

2017

ROČNÍK 8

ČÍSLO 1

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

VÁŽENÉ ČTENÁŘKY, VÁŽENÍ ČTENÁŘI,

do rukou se Vám dostává v pořadí již sedmé vydání časopisu LOGOS POLYTECHNIKOS zaměřené na zdravotnické nelékařské profese. Toto číslo obsahuje články zaměřené nejen na ošetrovatelskou péči a vzdělávání sester, ale i články zaměřené na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.

Věříme, že Vás LOGOS POLYTECHNIKOS s ošetrovatelskou problematikou zaujme a jeho prostřednictvím budete mít jedinečnou příležitost seznámit se s nejnovějšími trendy v ošetrovatelství.

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry zdravotnických studií
Vysoká škola polytechnická Jihlava

OBSAH / CONTENTS

4

CROHNOVA CHOROBA – REVIEW

CROHN'S DISEASE – REVIEW

doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc., PhDr. Ingrid Juhásová, PhD., Andrea Judinová

14

NEFARMAKOLOGICKÉ METÓDY TLMENIA BOLESTI U NOVORODENCOV

NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF PAIN RELIEF IN NEWBORNS

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD., doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD., Bc. Silvia Šoltéssová

24

POSTOJ SESTER K AKREDITACI NEMOCNICE

ATTITUDE OF NURSES TO HOSPITAL ACCREDITATION

PhDr. Lenka Görnerová, PhD.

34

KVALITA ŽIVOTA U NEMOCNÝCH S HYPERTENZÍ

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

46

SEN: POHLED ZA OPONU VĚDOMÍ?

DREAM: VIEW BEHIND THE SCENES OF CONSCIOUSNESS?

PhDr. Hana Locihová, MPH, doc. PhDr. Hana Padyšáková, PhD.

53

SYSTÉM PRAVIDELNÉHO POVINNÉHO A NEPOVINNÉHO OČKOVÁNÍ DĚTÍ V ČESKÉ REPUBLICE

THE SYSTEM FOR REGULAR COMPULSORY AND VOLUNTARY VACCINATION OF CHILDREN IN THE CZECH REPUBLIC

Bc. Zdeňka Tručková, Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

64

PERCEPCE AKUTNÍ BOLESTI PACIENTY V POOPERAČNÍM OBDOBÍ

PERCEPTION OF ACUTE PAIN DURING POSTOPERATIVE PERIOD BY PATIENTS

Mgr. Petra Kourková, Bc. Dana Šprynarová

74

PÁD PACIENTA JAKO JEDNO Z PERIOPERAČNÍCH RIZIK

FALL PATIENT AS ONE OF THE PERIOPERATIVE RISK

Mgr. Jana Vácová

88

ZVLÁDÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U TĚŽCE NEMOCNÝCH A UMÍRAJÍCÍCH

COPING NURSING CARE FOR SERIOUSLY ILL AND DYING

Mgr. Petra Vršecká

97

REZORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍL - BEZPEČNÁ IDENTIFIKACE PACIENTA

DEPARTMENTAL SAFETY OBJECTIVE - SECURE PATIENT IDENTIFICATION

PhDr. Lada Nováková, doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD., Mgr. Petra Chymová

CROHNOVA CHOROBA – REVIEW

PAVOL BEŇO
ANDREA JUDINOVÁ
TRNAVSKÁ UNIVERZITA V TRNAVE

INGRID JUHÁSOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Crohnova choroba je ochorenie s neobjasnenou etiológiou. Je to celoživotné, nevyliciteľné ochorenie s najčastejšou lokalizáciou v oblasti terminálneho ilea a hrubého čreva. Cieľom prehľadu je na základe dostupnej literatúry poukázať na Crohnovu chorobu ako ochorenie vyskytujúce sa výlučne vo vyspelom svete. K zlatému štandardu endoskopických metód patrí v súčasnosti kolonoskopia. Je to presná a citlivá metóda, avšak kvôli príprave na vyšetrenie sa stretáva s nechotou u pacientov. Z toho dôvodu sa ďalej hľadajú a vylepšujú nové diagnostické metódy ako napr. kapsulová kolonoskopia. Crohnova choroba je nevyliciteľná, chceme poukázať na možnosti liečby komplikácií, čím je možné dosiahnuť zlepšenie kvality života pacientov.

KLÍČOVÁ SLOVA:

crohnova choroba, diagnostika,
kolonoskopia, kapsulová kolonoskopia,
liečba

JEL CLASSIFICATION: I 190

ÚVOD

„Crohnova choroba je systémové zápalové ochorenie tráviaceho ústrojenstva. Ide o chronický nešpecifický zápal ktorejkoľvek časti tráviacej trubice, segmentálny alebo plurisegmentálny, transmurálny, v typických prípadoch granulomatózný“ (Hourka, 2009). Najčastejšie zápaly lokalizujeme v oblasti terminálneho ilea a hrubého čreva (Zakuciová, Borošová, 2013).

Incidencia Crohnovej choroby v krajinách Európskej únie je od 3,6 do 15/100 000. Prevalencia sa pohybuje cca od 100 do 200/100 000. Na Slovensku sa výskyt prevalencie pohybuje cca 80/100 000 obyvateľov (Burisch, Munkholm, 2013; Hourka, 2014). Najvyšší výskyt je v tretej dekáde života. Stredný vek nástupu ochorenia je okolo 33 rokov. V tomto veku začína nástup ochorenia u väčšiny pacientov s Crohnovou chorobou a trvá po celý profesijný život. Úmrtnosť u Crohnovej choroby sa nezmenil napriek zlepšeniu v lekárskej a chirurgickej liečby (Burisch, Munkholm, 2013; Preiss et al., 2014).

KLINICKÝ PRIEBEH – CROHNOVEJ CHOROBY

Priebeh ochorenia charakterizuje iniciálne vzplanutie, remisia, relaps a recidíva (Hourka, 2009).

Aktivitu ochorenia hodnotíme skórovacím systémom **CDAI** (Crohn's Disease Activity Index) vytvorený v sedemdesiatich rokoch minulého storočia. Retrospektívne sa prostredníctvom systému CDAI hodnotí: celkový stav pacienta, aktivita intestinálnych a extraintestinálnych prejavov.

V Tabuľke 1 sú uvedené najčastejšie prejavy postihnutí tráviacej trubice (Červenková, 2009).

Tabuľka 1: Prehľad klinických symptómov

Tenké a hrubé črevo	Hrubé črevo	Tenké črevo	Konečník
Bolesť brucha	Hnačky	Bolesť brucha	Krvácanie
Teploty	Krvácanie	Chudnutie	Nutkanie na stolicu
Hnačky	Mimočrevné prejavy	Chudokrvnosť	Hnisanie a fistuly

Zdroj: Červenková (2009)

KOMPLIKÁCIE – CROHNOVEJ CHOROBY

Vývoj ochorenia charakterizuje výskyt gastrointestinálnych komplikácií. U Crohnovej choroby sú to hlavne: zápaly, fistuly, abscesy, perianálne lézie, stenózy (Ribière, Bouhnik, 2014).

V mnohých prípadoch pri výskyte ochorenia sa objavujú tzv. sprievodné extraintestinálne ochorenia:

- reumatické (ankylozujúca spondylartritída, periférna artropia),
- kožné (pyoderma gangrenosum),
- očné (uveitída, iridocyklitída),
- hepatálne (PSC- primárna sklerotizujúca cholangitída),
- nefrolitiáza,
- amyloidóza,
- tromboembolické komplikácie (Hourka, 2014).

Polovica pacientov má tieto komplikácie do 20 rokov po stanovení diagnózy. Bolo preukázané, že 25 % pacientov s Crohnovou chorobou mali aspoň jednu striktúru tenkého čreva a 10 % má aspoň jednu striktúru hrubého čreva. Väčšina z týchto pacientov bude musieť absolvovať minimálne jednu operáciu počas svojho života. Včasná diagnóza môže zabrániť postihnutiu a mortalite týchto pacientov (Chang et al., 2015).

ETIOLÓGIA – CROHNOVEJ CHOROBY

Etiológia Crohnovej choroby nateraz nie je jasná. S rozvojom medicínskych poznatkov bolo formulovaných viacero predpokladaných príčin a faktorov rozvoja ochorenia. Súčasné modely Crohnovej choroby opisujú počiatočné narušenie epitelu na rozhraní črevnej sliznice a črevnej mikroflóry. Okrem toho sú v súčasnej dobe diskutované aj genetické vplyvy, enviromentálne vplyvy, fajčenie ako vonkajší faktor a infekcie (Berh, 2010; Danaj, 2009).

Mensik (2007) je názoru, že genetické a negenetické faktory zohrávajú kľúčovú úlohu v Crohnovej chorobe. Riziko rozvoja a komplikácií je vyššie u príbuzných pacientov s Crohnovou chorobou, ako vo všeobecnej populácii. Podľa Hourku (2009) majú významné postavenie v patogenéze Crohnovej choroby **T lymfocyty** a ich subpopulácie CD4+ lymfocyty (pomocné T lymfocyty). Wang et al. (2015) skúmali prejavy IL12p40 a jeho receptora interleukín-12 receptor β 1 (beta) lokálne aj systémovo.

DIAGNOSTIKA – CROHNOVEJ CHOROBY

V diagnostickom procese má popredné miesto kvalitná anamnéza, klinický obraz, laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia. Pri Crohnovej chorobe sa využíva magnetická rezonancia (MR), počítačová tomografia (CT), ultrasonografia (USG) s možnosťou verifikovania možných komplikácií. Zlatým štandardom v diagnostike je endoskopické vyšetrenie – kolonoskopia. V prípade Crohnovej choroby sa využíva kapsulová endoskopia pri negatívnom kolonoskopickom vyšetrení, balóniková endoskopia pri potrebe biopsie z tenkého čreva (Zakuciová, Borošová, 2013).

Ukazovatele aktivity črevného zápalu, jedná sa o nešpecifické známky zápalu, ktoré využívame pri diagnostike väčšiny iných zápalových chorôb. U chorých s Crohnovou chorobou sa využíva predovšetkým C-reaktívny proteín, sedimentácia červených krviniek a zmeny v krvnom obraze (Jurgoš, Kužela, Hrušovský et al., 2006).

Stanovenie kalprotektínu, je to antimikrobiálny proteín s vysokou afinitou k zinku. Tvorí 30-60 % neutrofilných granulocytov a uvoľňuje sa pri zápalových procesoch (Malíčková et al., 2008; Schoepfer et al., 2010).

Stanovenie laktoferínu, test predstavuje vysoko citlivú, špecifickú a neinvazívnu metódu pre hodnotenie aktivity zápalových ochorení, sledovanie odpovedi na liečbu týchto pacientov. Ide o kvalitný imunochromatografický test pre stanovenie ľudského laktoferínu vo vzorkách stolice. Test je komerčne dostupný, kde v testovacích zónach membrány sú naviazané protilátky proti ľudskému laktoferínu.

Ayling (2011) uvádza, že meranie fekálneho kalprotektínu a laktoferínu má dôležitú úlohu pri diagnostike zápalových ochorení čriev.

V klinickej praxi sa na stanovenie diagnózy Crohnovej choroby využíva **sérologická diagnostika**. Ide o dôkaz protilátok proti kvasinkám *Saccharomyces cerevisiae*, ktoré sa využívajú v pekárstve, vinárstve a pivovarníctve (ASCA), boli zistené u pacientov s Crohnovou chorobou. Na doplnenie sa využíva stanovenie protilátok proti neutrofilným granulocytom (pANCA). Na ich dôkaz sa využíva ELISA-anti-ASCA-II-A,G súprava (Anonymous: ELISA..., 2014; Zima, 2013).

Transabdominálna ultrasonografia, je široko dostupná a neinvazívna metóda bez použitia ionizujúceho žiarenia. Táto metóda využíva Dopplerov ultrazvuk, ktorý môže byť schopný sledovať zmeny aktivity steny čreva po určenej farmaceutickej liečbe. Niektoré špecializované pracoviská využívajú sonografickú enteroklýzu ako metódu na sledovanie efektu biologickej liečby pri Crohnovej chorobe (Marková, Květenský, 2011; Chang et al., 2015; Drews et al., 2012).

MR enterografia (MREg) sa používa ako primárna diagnostická metóda. Je neinvazívna, tolerovaná všetkými vekovými skupinami chorých a bez radiačnej záťaže. Príprava čreva prakticky nie je nutná. V deň vyšetrenia pacient nesmie od polnoci jesť, piť, fajčiť. Pacientovi sa následne pred vyšetrením podáva frakcionovane veľký objem roztoku v priebehu 60 minút. Využívajú sa pri detekcii aktívneho zápalu pri Crohnovej chorobe a na detekciu stenóz.

CT enterografia (CTEg), pri CTEg je nutné použiť multidetektorový CT prístroj s podaním intravenózne kontrastnej látky a spasmolytik ktoré použijeme na redukciiu pohybových artefaktov. Diagnostickými príznakmi v CT obraze pre aktívnu formu Crohnovej choroby sú nálezy zhrubnutej steny, sýtenie steny, zvýšená denzita perienterálneho tuku.

Pasáž tenkým črevom, princíp vyšetrenia spočíva v perorálnom podaní cca 550 ml báriovej suspenzie. Pacient by mal piť kontrastnú látku v ľahu a väčšinou na pravom boku, aby pasáž bola čo najspôhlivejšia. Skiagramy tenkého čreva sa uskutočňujú v intervaloch 10 – 20 min, v ľahu na chrbte a na bruchu (Jurgoš et al., 2006).

Najčastejším vyšetrením k vylúčeniu postihnutia tenkého čreva pri Crohnovej chorobe je v súčasnosti **enteroklýza**. Diagnostická výťažnosť enteroklýzy pre ulcerácie, erózie a zápalové polypy je výrazne nižšia v porovnaní s diagnostickou vyťaženosťou zlatého štandardu pre vyšetrenie tenkého čreva (Špičák, 2008).

Endoskopia sa považuje za zlatý štandard, ale pacienti ju zle prijímajú pre jej invazívnosť. Medzi tieto metódy štandardne patrí kolonoskopia, ďalej sa uplatňujú enteroskopické vyšetrenia. Medzi ne patrí Push enteroskopia, v súčasnosti je k dispozícii aj kapsulová a jedno-dvojbalónková enteroskopia. Spomínané vyšetrenia nám umožnia prehliadnúť celé tenké črevo. Balónová enteroskopia sa dá využiť na odber vzorky na histologické vyšetrenie (Hourka, 2009; Ercole, Riqazio, 2014).

Kapsulová kolonoskopia, je neinvazívna metóda vyšetrenia hrubého čreva bez nutnosti sedácie (Spada, 2012).

Jednobalónová enteroskopia, pri tejto zobrazovacej metóde je možný odber bioptického materiálu a terapeutické endoskopické intervencie pri tomto vyšetrení. Ide o finančne a časovo náročnú metódu, ktorá si vyžaduje špeciálnu techniku a celkovú anestéziu pacienta.

Push enteroskopia je alternatívou orálneho prístupu pri balónovej enteroskopii, pre proximálne postihnutie. Výhodou je finančná a časová nenáročnosť a nie je nutná ani celková anestézia. Jej nevýhodou je však obmedzený rozsah vyšetrení (Hrdlička, 2011).

Histologické metódy, pri endoskopických vyšetreniach sa odoberajú bioptické vzorky na histologické vyšetrenie. Histologické vyšetrenie odstráneného čreva čiže resekátu je úspešné pre stanovenie diagnózy (Červenková, 2009; Busikova-Malenovska et al., 2013).

LIEČBA – CROHNOVEJ CHOROBY

Medikamentózna liečba vždy prihliada k aktivite, lokalizácií a správaniu ochorenia. Primárnym cieľom liečby je dosiahnutie remisie. Ďalší cieľ liečby je slizničné zahojenie, zlepšenie výživy, udržanie a zlepšenie kvality života. Aplikuje sa liečba, ktorá je dlhodobo preverená podľa stupňa závažnosti ochorenia. Začíname s liečbou antibiotikami a 5-ASA, ďalej sa podávajú kortikoidy, imunosupresíva a na vrchole je biologická liečba (Gabalec, 2009).

Imunosupresívna liečba, je indikovaná u kortikodependentných a kortikorezistentných pacientov. V liečbe sa využíva azathioprin (AZA) 2–2,5 mg/kg alebo 6-merkaptopurin 1,5–2,0 mg/kg, menej často sa užíva metotrexát k navodeniu remisie 25 mg/týždenne a k udržaniu remisie 15 mg/ týždenne (Gabalec, 2009).

Chirurgická liečba. V priebehu ochorenia si 75 – 85 % pacientov vyžiada aspoň jeden chirurgický výkon. Hlavné indikácie chirurgickej liečby sú: stenózy spôsobujúce obštrukčné symptómy, zlyhanie konzervatívnej liečby, perianálne postihnutie (Danaj, 2009; Gabalec, 2009).

Európske smernice odporúčajú kombinovať chirurgickú a biologickú liečbu pre dosiahnutie čo najlepších výsledkov pre pacienta (SICA et al., 2014).

Biologická liečba priniesla veľmi zásadné zmeny v terapeutických aspektoch. Zavedenie anti-tumor necrosis faktoru (TNF), protilátky na liečbu pacientov, zásadne prispelo v monitorovaní vedľajších účinkov, starostlivom zhodnotení rozsahu a aktivity črevného zápalu, hodnotenie efektivity liečby. Pozitívny prínos je preukázaný u 80 % chorých. V súčasnosti na liečbu Crohnovej choroby sú na Slovensku registrované 2 biologiká, anti – TNF prípravky: infliximab (IFX) a adalimumab (ADA). Sú to monoklonálne protilátky so špecifickou väzbou pre TNF α , ktoré sa používajú na liečbu Crohnovej choroby (Zakuciová, Borošová, 2013; Lukáš, 2010; Vande Castele, 2015; Perry et al., 2015).

Nedávno publikovaná štúdia potvrdila benefit anti – TNF protilátok v navodení remisie luminálnej formy Crohnovej choroby, tiež aj v prevencii relapsu ochorenia (Zelinková, 2014).

Enterálna výživa, je považovaná za veľmi dôležitú u pacientov so zápalovým ochorením čriev (IBD). Môže znížiť aktivitu Crohnovej choroby a udržiavať tak pacienta vo fáze bez výrazných komplikácií. Nutričná podpora použitia tekutej detskej výživy by sa mala zväziť

u týchto pacientov. Vzhľadom k tomu, že hlavným cieľom v liečbe Crohnovej choroby je slizničné hojenie, táto výhoda enterálnej výživy nad liečbou kortikosteroidmi je cenná v terapeutickom rozhodovaní. Enterálna výživa je uvedená pri aktívnej Crohnovej chorobe, v prípade intolerancie steroidov, v kombinácii so steroidmi u podvyživených jedincov a u pacientov so zápalovými stenózami tenkého čreva. Avšak táto výživa má obmedzenú hodnotu pri liečbe pacientov s Crohnovou chorobou hrubého čreva. Dôležité je nepodceňovať úlohu výživy, ako podpornej liečby u pacientov s Crohnovou chorobou (Triantafillidis, Vaqianos, Papailos, 2015).

ZÁVER

Crohnova choroba postihuje ktorúkoľvek časť tráviacej trubice. V prehľade bola uvedená aj nová endoskopická metóda, ktorou je kapsulová endoskopia. Táto metóda však kvôli nákladom nie je štandardizovaná, prebieha jej stále technické vylepšovanie. V súčasnosti, pre zlepšenie a prinavrátanie kvality života pacientov s Crohnovou chorobou prebieha štúdia ASTIC. Tá má preveriť účinnosť novej terapie u pacientov s Crohnovou chorobou, ktorá predstavuje transplantáciu hematopoetických, teda krvotvorných kmeňových buniek.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ANONYMOUS: *ELISA-anti-ASCA-II-A,G*, [online]. Košice : Materiál firmy BIOGEMA, výrobné družstvo, 2014, 3 s. [cit. 2014-11-16]. Dostupné na internete: http://www.biogema.sk/files/2014-02-19-113334-9_ASCA-II-AG.pdf.
- [2] AYLING, M.R. 2011. New faecal tests in gastroenterology. In *Annals of Clinical Biochemistry* [online]. 2014, vol. 49, no.1, p. 44-54 [cit. 2015-03-20]. Dostupné na internete: http://www.researchgate.net/publication/51828044_New_faecal_tests_in_gastroenterology. ISSN 1758-1001.
- [3] BERH, M.A. 2010. The path to Crohn's disease: Is mucosal pathology a secondary event? In *Inflamm Bowel Dis*. [online] 2010, vol. 16, no.5, p. 896-902 [cit. 2015-03-20]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19924803>. ISSN: 1536-4844
- [4] BURISCH, J. – MUNKHOLM, P. 2013. Inflammatory bowel disease epidemiology. In *Current Opinion in Gastroenterology*. [online] 2013, vol. 29, no.4, p. 357-362 [cit. 2015-03-20]. Dostupné na internete: http://journals.lww.com/co-gastroenterology/Abstract/2013/07000/Inflammatory_bowel_disease_epidemiology.4.aspx. ISSN 1531-7056.
- [5] BUSIKOVA-MALENOVSKA, P. et al. 2013. Morphology of intestinal microcirculation in colitis ulcerosa and Crohn's disease. In *Bratislavské lekárske listy*. ISSN 0006-9248, 2013, roč. 114, č. 6, s. 342-344.
- [6] ČERVENKOVÁ, R. 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 15-57 s. ISBN 978-80-7262-600-7.

- [7] DANAJ, M. 2009. Crohnova choroba v ére biologickej liečby. In *Slovenská chirurgická spoločnosť*. ISSN 1339-4169, 2009, roč. 6, č. 5-6, s. 18-19.
- [8] DREWS, H.B. et al. 2009. Comparison of sonographically measured bowel wall vascularity, histology, and disease activity in Crohn's disease. In *European Radiology*. [online] 2009, vol. 19, no. 6, p. 1379-1386 [cit. 2015-03-20]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19184036>. ISSN 1432-1084.
- [9] ERCOLE, R. – RIQAZIO, C. 2014. Role of bowel ultrasound in the management of postoperative Crohn's disease. In *World J Gastrointest Pathophysiol*. [online] 2014, vol. 5, no. 4, p. 457-461 [cit. 2014-12-10]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4231510/>. ISSN 2150-5330.
- [10] GABALEC, L. 2009. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. In *Interná medicína*. ISSN 1335-8359, 2009, roč. 11, č. 1, s. 16-20.
- [11] HOURKA, M. 2014. Nešpecifické črevné zápaly- horúca téma v gastroenterológii. In *Revue medicíny v praxi*. ISSN 1336-202X, 2014, roč. 12, č. 2, s. 33-36.
- [12] HOURKA, M. 2009. Crohnova choroba. In *Via pract.* ISSN 1336-4790, 2009, roč. 6, č. 3, s. 108-110.
- [13] HRDLIČKA, L. 2011. Doporučený postup pro vyšetření tenkého střeva u pacientů s Crohnovou chorobou. In *Gastroenterologie a hepatologie*. ISSN: 1804-7874, 2011, roč. 65, č. 2, s. 65-69.
- [14] CHANG, C.W. et al. 2015. Intestinal stricture in Crohn's disease. In *Intest Res*. [online] 2015, vol. 13, no. 1 [cit. 2015-03-20]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4316217/>. ISSN: 1552-4604.
- [15] JURGOŠ, Ľ. – KUŽELA, L. – HRUŠOVSKÝ, Š. et al. 2006. *Gastroenterológia*. Bratislava : Veda, 2009. 368-384 s. ISBN 80-224-0893-X.
- [16] LUKÁŠ, M. 2010. Výhody a limity biologickej liečby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. In *Gastroeterol. prax*. ISSN 1336 – 1473, 2010, roč. 9, č. 3, s. 97-100.
- [17] MALÍČKOVÁ, K. et al. 2008. Stanovení koncentrace kalprotektínu ve stolici u nemocných s idiopatickými střevními záněty – srovnání dvou komerčních testů. In *Epidemiol Mikrobiol Imunol Journal*. ISSN 1210-7913, roč. 57, č. 4, s. 147-153.
- [18] MARKOVÁ, I. – KVĚTENSKÝ, J. 2011. Zobrazovanie Crohnovej choroby – CT enterografia (CTEG) alebo MR enterografia (MREG)? In *Gastroeterol. prax*. ISSN 1336 – 1473, 2011, roč. 10, č. 1, s. 54-59.
- [19] MENSINK, F. B. P, 2007. Complications of double balloon enteroscopy: a multicenter survey. In *Endoscopy* [online]. 2007, vol. 39, no.7, p. 613-615 [cit. 2015-03-20]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17516287>. ISSN: 0013-726X.
- [20] PERRY, M. et al. 2015. ANNALS EXPRESS: Infliximab and Adalimumab are stable in whole blood clotted samples for 7 days at room temperature. In *Ann Clin Biochem*. [online] [cit. 2015-03-20]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25780249>. ISSN: 1758-1001.

- [21] PREISS, C.J. et al. 2014. Aktualizovaná S3-Leitlinie – „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn“ 2014. In *Z Gastroenterol.* [online] 2014, vol. 52, no. 12, [cit. 2014-12-08]. Dostupné na internete: <<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1385199>. ISSN 0044-2771.
- [22] RIBIÈRE, S. – BOUHNİK, Y. 2014. Management of intestinal complications in inflammatory bowel diseases. In *Rev Prat.* [online]. 2014, vol. 64, no. 9, p. 1249-1255 [cit. 2014-10-08]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25638864>. ISSN 0035-2640.
- [23] SCHOEPPFER, M.A. et al. 2010. Fecal Calprotectin Correlates More Closely With the Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease (SES-CD) than CRP, Blood Leukocytes, and the CDAI. In *Am J Gastroenterol.* [online] 2010, vol. 105, no.1, p. 162-169 [cit. 2015-03-20]. Dostupné na internete: <http://www.nature.com/ajg/journal/v105/n1/full/ajg2009545a.html>. ISSN: 0002-9270.
- [24] SICA, G. S. et al. 2014. Treatment of peri-anal fistula in Crohn's disease. In *World J Gastrointest Pathophysiol.* [online] 2014, vol. 20, no. 37, p. 13205-13210 [cit. 2014-10-20]. Dostupné na internete : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4188878/>. ISSN 2150-5330.
- [25] SPADA, C. et al. 2012. Colon capsule endoscopy. In *European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline* [online]. 2012, vol. 44, no. 5 [cit. 2014-12-10]. Dostupné na internete: <<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0031-1291717>. ISSN: 0013-726X.
- [26] ŠPIČÁK, J. 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 444 s. ISBN 978-80-247-1783-8.
- [27] VANDE CASTEELE, N. 2015. Pharmacokinetics of anti-TNF monoclonal antibodies in inflammatory bowel disease: Adding value to current practice. In *Journal Clin Pharmacol.* [online] 2015 [cit. 2015-03-08]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25707962>. ISSN: 1552-4604.
- [28] TRIANTAFILLIDIS, JK. – VAQIANOS, C. – PAPAIOLOS, AE. 2015. The Role of Enteral Nutrition in Patients with Inflammatory Bowel Disease: Current Aspects. In *Biomed Res Int.* [online]. 2015 [cit. 2015-03-20]. Dostupné na internete: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25793189>. ISSN 1110-7243.
- [29] WANG, X. et al. 2015. IL12p40 Regulates Functional Development of Human CD4+ T Cells: Enlightenment by the Elevated Expressions of IL12p40 in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. In *Medicine (Baltimore)*. [online] 2015, vol. 94, no.10, [cit. 2015-03-20]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25761185>. ISSN 1536-5964.
- [30] ZAKUCIOVÁ, M. – BOROŠOVÁ, J. 2013. Súčasný pohľad na liečbu chronických nešpecifických zápalov čreva. In *Interná medicína*. ISSN 1335–8359, 2013, roč. 13, č. 2, s. 86-91.
- [31] ZELINKOVÁ, Z. 2014. Biologická liečba nešpecifických zápalových ochorení čreva. In *Interná medicína*. ISSN 1335–8359, 2014, roč. 14, č. 4, s. 171-174.
- [32] ZIMA, T. et al. 2013. *Laboratorní Diagnostika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2013. 1146 s. ISBN 978-80-7492-062-2.

CROHN'S DISEASE – REVIEW



ABSTRAKT

Crohn's disease is one of the diseases with unexplained etiology. It is a lifelong incurable disease with the frequent localization in the area of the terminal ileum and colon. Using available literature sources, the aim of this paper is to show that Crohn's disease is a disease occurring exclusively in the economically developed world. The gold standard of endoscopic methods include colonoscopy which is an accurate method. However, due to its preparation it is met with reluctance on the side of patients. For this reason, there is still a search for new diagnostic methods which are being improved, e.g. capsule colonoscopy. Although Crohn's disease is incurable, we tried to point out the possibilities of the treatment of complications which might help to achieve an improvement in the quality of life of patients with this disease.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc.
Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej
práce
Katedra laboratórných vyšetrovacích
metód v zdravotníctve
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
Slovenská republika
e-mail: pavol.beno@truni.sk

PhDr. Ingrid Juhásová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotníckych študií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: ingrid.juhasova@vspj.cz

Andrea Judinová
Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej
práce
Katedra laboratórných vyšetrovacích
metód v zdravotníctve
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
Slovenská republika
e-mail: andreajudinova@gmail.com

KLÍČOVÁ SLOVA:

Crohn's disease, diagnostics,
colonoscopy, capsule colonoscopy,
treatment

NEFARMAKOLOGICKÉ METÓDY TLMIENIA BOLESTI U NOVORODENCOV

LUCIA DIMUNOVÁ
MÁRIA ZAMBORIOVÁ
UNIVERZITA PAVLA JOZEFA
ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

SILVIA ŠOLTÉSOVÁ
NEMOCNICA KOŠICE - ŠACA

ABSTRAKT

Cieľ: Cieľom príspevku je priblížiť využívanie nefarmakologických intervencií zameraných na zmiernenie bolesti pri odbere kapilárnej krvi z päty novorodenca.

Metodika a vzorka: Súbor tvorilo 160 fyziologických novorodencov, ktorí boli sledovaní počas odberu kapilárnej krvi na povinný novorodenecký skríning vrodených a dedičných ochorení. Na sledovanie intenzity bolesti bolo použitých päť zložiek kódovacieho systému novorodeneckej mimiky – NFCS Neonatal Facial Coding System - zvráštenie obočia, zovretie očných viečok, zvýraznenie nasolabilných rýh, otvorenie úst a napnutie jazyka. Pozorovanie a zaznamenávanie prebiehalo v troch fázach – pred bolestivým stimulom, počas a po bolestivom stimule. Ako nefarmakologické intervencie využité pri odbere krvi z päty bolo dojčenie, nenutričné satie a stimulácia kontralaterálnej strany vpichu masážou.

Výsledky: Ako najefektívnejšia nefarmakologická intervencia zameraná na zmiernenie bolesti z nami sledovaných metód počas odberu kapilárnej krvi z päty u novorodencov sa nám potvrdilo dojčenie, nasledovalo nenutričné satie a najmenej efektívna sa ukázala kontralaterálna masáž.

Záver: Využívanie nefarmakologických metód tlmenia bolesti sa javí ako účinné a vedie k efektívnemu zmierňovaniu bolesti pri procedurálnom výkone ako je odber krvi z päty u novorodenca

KLÍČOVÁ SLOVA:

boleť, nefarmakologické metódy, tlmenie bolesti, novorodenec, odber kapilárnej krvi

ÚVOD

Bolest' je popisovaná viacerými definíciami, ktoré sa snažia vyjadriť jej podstatu. Medzinárodná asociácia pre štúdium bolesti – International Association for the study of Pain (ISPA) ju definuje, ako nepríjemný emocionálny zážitok spojený so skutočným alebo potenciálnym poškodením tkaniva, alebo opis v zmysle takého poškodenia (2011). Spoločná komisia pre akreditáciu nemocníc – The Joint Commission for the Accreditation of Hospital (JCAH) v roku 2000 stanovila bolesť ako piatu vitálnu funkciu. Cieľom tohto kroku bolo zvýšenie povedomia o problematike bolesti medzi zdravotníckym personálom (Pain..., 2000). Iniciovala sa snaha o vytvorenie pravidiel pri hodnotení a dokumentovaní bolesti. Základnou zložkou pri hodnotení je rutinný screening bolesti u všetkých pacientov, používanie hodnotiacich škál, dokumentácia bolesti ako súčasť denného záznamu, dokumentácia komplexného zhodnotenia plánu liečby a stanovenie časového rámca pre prehodnotenie bolesti (Fendrychová, 2013, s. 2). V prípade kedy nie je dieťa schopné svoju bolesť zhodnotiť (vek, mentálna úroveň a pod.) hodnotí prejavy bolesti iná osoba, ktorá sa kvôli objektívnosti hodnotenia bolesti musí zamerať na škály a prejavy bolesti (ako je napr. výraz tváre, poloha a pod.) (Plevová a kol., 2012, s. 197).

Rozvoj problematiky zameranej na oblasť bolesti u novorodencov nastal v 80. rokoch minulého storočia (Doleys, 2014, s. 145). Novorodenecké obdobie zahŕňa prvých 28 dní života. Predstavuje prechod z intrauterínneho vývoja na extrauterínny život (Kovács, 2010, s.50). V tomto období po narodení dieťaťa dozrievajú aj receptory bolesti (nociceptory) (Rokyta, a kol. 2012, s. 26). Autori Anand, Hickey a Craing zahájili sériu prác a prospektívnych štúdií, ktorých cieľom bolo preukázať, že aj novorodenci pociťujú a vyjadrujú bolesť. V roku 1996 Anand a Craing publikovali novú definíciu bolesti zameranú práve na novorodencov, v ktorej uvádzali, že bolesť je dedená kvalita života prejavujúca sa krátko po narodení a slúžiaca ako signálny systém poškodenia tkanív (Doleys, 2014, s. 145).

Bolesť u novorodenca nie je samostatným dobre odlišným javom, ale je úzko prepojená s nepríjemnými zážitkami a pocitom bio-psycho-sociálneho nedostatku (Rokyta a kol., 2012, s. 15). Zo skúsenosti vieme, že novorodenec prejavuje svoju bolesť fyziologickými, behaviorálnymi, hormonálnymi a metabolickými zmenami a tieto prejavy bolesti sú merateľné. Zaraďujú sa medzi objektívne merateľné a subjektívne hodnotiteľné charakteristiky správania novorodenca (Richnavská, Ferenčáková, 2012, s. 62). Fyziologická odpoveď na bolesť sa prejavuje na viacerých úrovniach. Medzi najčastejšie používané fyziologické ukazovatele bolesti sú radené zmeny v dychovej a pulzovej frekvencii, v hodnotách krvného tlaku, saturácii kyslíka a zmenou intrakraniálneho tlaku (Rokyta, a kol., 2012; Marešová, 2007). Behaviorálne zmenené správanie u novorodenca poukazuje na zmenu správania počas bolestivého stimulu a je vyjadrovaná súborom grimás na tvári, plačom, zvýšenou pohyblivosťou končatín (Chromčíková, Magyarová, 2012, s. 1). Ďalším dôležitým ukazovateľom bolesti u novorodenca je zmena biochemických parametrov

a hormonálna odpoveď organizmu na bolesť. Bolesť aktivuje sekréciu hormónov, stúpa plazmatická hladina katecholamínov, znižuje sekréciu inzulínu a hladiny prolaktínu (Chromčíková, Magyarová, 2012; Krishnan, 2013).

V rámci zdravotnej starostlivosti je u novorodencov najčastejším zdrojom bolesti tzv. procedurálna bolesť, ktorú je možné chápať ako iatrogénnu intervenciu pri bežnej starostlivosti o novorodenca, predovšetkým počas invazívnych i neinvazívnych procedúr. Medzi procedurálnu bolesť radíme napr. odber kapilárnej krvi (Macko, 2010, s. 585).

Nefarmakologické metódy ovplyvnenia bolesti patria medzi terapeutické prostriedky, ktoré sú charakteristické krátkodobou a efektívnou účinnosťou. Efekt nefarmakologických intervencií je možné zaznamenať pri ovplyvnení procedurálnej bolesti (Chromá, Sikorová, 2013, s. 6). Medzi často v klinickej praxi využívané nefarmakologické metódy ovplyvnenia bolesti patri polohovanie, zavinutie, kontralaterálna masáž, liečebný dotyk, dojčenie, nenutričné satie, aplikácia cukrových roztokov, klokanovanie (Chromá, Sikorová, 2013; Marešová, 2007; Podolanová, 2005; Magyarová, Bauer, 2005; Chromčíková, Magyarová, 2012; Magurová, Bodíková, 2009). **Cieľom výskumu** bolo zistiť či nefarmakologické intervencie zamerané na zmiernenie bolesti pri odbere kapilárnej krvi z päty novorodenca ovplyvňujú vnímanie bolesti. Ako nefarmakologické intervencie využité pri odbere krvi z päty bolo dojčenie, nenutričné satie a stimulácia kontralaterálnej strany vpichu masážou.

MATERIÁL A METÓDY

Súbor tvorili fyziologickí novorodenci s gestačným vekom 38. – 42. týždeň pri narodení, bez prejavu adaptačných porúch. Pôrodná hmotnosť sa pohybovala v rozmedzí 2550 – 4380 g. Súbor zahŕňal 160 novorodencov, ktorý boli z dôvodu splnenia cieľov výskumu rozdelený do štyroch skupín, každú skupinu tvorilo 40 respondentov. Skupina I. novorodenci, u ktorých sa odber vykonal bez použitia nefarmakologickej intervencie. Skupinu II. tvorili novorodenci, u ktorých bola využitá nefarmakologická intervencia v podobe dojčenia, kedy boli novorodenci uložení v pohodlnej polohe v náručí matky a priložení k prsníku. Skupina III. predstavovala novorodencov, u ktorých bola využitá opäť nefarmakologická intervencia – nenutričné satie s použitím cumlíka. Skupina IV. zahŕňala novorodencov, u ktorých bola využitá ďalšia nefarmakologická intervencia - masáž kontralaterálnej strany pri vpichu do päty.

Výskum prebiehal **metódou pozorovania** na Novorodeneckom oddelení a oddelení šestonedelia na úseku rooming-in. v Nemocnici Košice-Šaca a. s., na Slovensku.

Novorodenci boli sledovaní počas odberu kapilárnej krvi na povinný novorodenecký skríning vrodených a dedičných ochorení, ktorý sme vykonali 72-96 hodín po narodení dieťaťa. Pri termíne odberu sme sa riadili odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 49988-2012- OZS. Samotný vpich do pätičky sme vykonali automatickou lancetou.

Na sledovanie intenzity bolesti sme použili kódovací systém novorodeneckej mimiky – NFCS Neonatal Facial Coding System (Grunau, Craig, 1987). Základom tejto metódy je štúdium mimických reakcií novorodenca, ktorá je popisovaná konkrétnou uniformnou sadou mimických prejavov. Sestry vo vopred stanovenom časovom intervale sledovali správanie novorodenca a zaznamenávali jeho mimické prejavy číslami 1 alebo 0, podľa toho, či sa príslušný typ správania u daného novorodenca prejavil alebo neprejavil. Na vyhodnotenie prežívania bolesti u novorodencov sme použili päť zložiek NFCS kódovacieho systému - zvrátenie obočia, zovretie očných viečok, zvýraznenie nasolabilných rýh, otvorenie úst a napnutie jazyka. Mimický prejav u novorodenca ako prežívanie bolesti, bolo hodnotené len v tom prípade, ak výsledné skóre hodnotenia dosiahlo 5 bodov. Výsledné skóre nižšie ako 5 bodov bolo hodnotené ako fyzická a emocionálna nepohoda novorodenca.

Pozorovanie prebiehalo v troch fázach. Prvá fáza bola pred bolestivým stimulom a trvala 1 minútu. V tejto fáze bola realizovaná príprava novorodenca na odber (vybalenie z perinky, dezinfekcia miesta vpichu) a tesne pred vpichom zaznamenaný prejav správania podľa škály NFCS. Druhá fáza nasledovala bezprostredne po prvej fáze a prebiehal v rámci nej samotný bolestivý stimul, odber kapilárnej krvi a stláčanie päty novorodenca na vytlačenie potrebného množstva krvi na odber. Proces pichnutia päty trval 10 sekúnd, osušenie prvej kvapky krvi, následné stláčanie pätičky a odber trval približne 120 – 200 sekúnd. Dĺžka odberu závisela od intenzity krvácania z pätičky. Novorodenec bol pozorovaný počas celej druhej fázy a prejavy boli zaznamenané podľa škály NFCS. V rámci tretej fázy bola prelepená rana po vpichu a opäť bol novorodenec zabalený do perinky. Záznam z pozorovania novorodenca bol realizovaný po uplynutí 2 minút od ukončenia druhej fázy. Na pozorovaní sa zúčastnili tri sestry-jedna realizovala odber, druhá zaznamenávala zistené údaje a sledovala čas, tretia asistovala pri nefarmakologických intervenciách. Realizácia výskumu bola na základe schválenia Etickej komisie a informovaného súhlasu matiek pozorovaných detí v období 12.2014 – 01. 2015.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

V tabuľke 1 interpretujeme výsledky pozorovania mimických prejavov bolesti súvisiacich s odberom kapilárnej krvi u novorodencov, ktorých sme si rozdělili na štyri súbory. V rámci prvej fázy, ktorá predstavovala prípravu novorodenca na odber z pätičky sme prejavy bolesti nezaznamenali.

V druhej fáze samotného vpichu sme zaznamenali rozdiely v prežívaní bolesti v jednotlivých skupinách. Najintenzívnejšie mimické prejavy v počte n=30 sme zaregistrovali u prvej skupiny, teda u novorodencov, kde bol realizovaný klasický odber krvi bez nefarmakologických intervencií. V skupine II, kde bola využitá nefarmakologická intervencia v podobe dojčenia, kedy boli novorodenci uložení v pohodlnej polohe v náručí matky a priložený k prsníku sme zaznamenali najvyšší počet bodov u 4 respondentov. V skupine III. Bolo využité nenutričné satie s použitím cumlíka a výsledky pozorovania sú

opäť nižšie ako u skupiny I. a predstavujú počet $n=7$. V skupine IV. bola ako intervencia využitá masáž kontralaterálnej strany pri vpichu do pätičky a mimické reakcie bolesti sme zaznamenali u $n = 15$ novorodencov. U ostatných novorodencov vo všetkých skupinách v rámci druhej fázy môžeme mimické prejavy označiť ako prežívanie fyzickej a emocionálnej nepohody novorodenca. V tretej fáze pozorovania bol ukončený výkon prelepená rana po vpichu a opäť bol novorodenec zabalený do perinky. V tejto fáze sme mimické prejavy bolesti zaznamenali len v skupine I. u $n = 5$ novorodencoch.

Tab. 1: Vyhodnotenie mimických prejavov bolesti u novorodenca

Prvá fáza odberu				
Počet bodov (NFCS)	I skupina n=40	II skupina n=40	III skupina n=40	IV skupina n=40
0	38	37	36	37
1	0	3	3	2
2	2	0	0	0
3	0	0	0	1
4	0	0	1	0
5	0	0	0	0
Druhá fáza odberu				
0	2	31	27	20
1	2	3	1	0
2	1	0	1	1
3	0	1	2	0
4	5	1	2	4
5	30	4	7	15
Tretia fáza odberu				
0	27	40	34	32
1	4	0	0	2
2	1	0	4	0
3	0	0	0	1
4	3	0	2	5
5	5	0	0	0

Najefektívnejšia nefarmakologická intervencia zameraná na zmiernenie bolesti v nami sledovanom súbore sa javí dojčenie, nasleduje nenutričné satie a najmenej efektívna sa ukázala kontralaterálna masáž.

V klinickej praxi prebiehajú často diskusie o poznatkoch a skúsenostiach využívania nefarmakologických metód pri tlmení bolesti u novorodencov. Cieľom nášho výskumu bolo zhodnotenie účinnosti nefarmakologických intervencií pri odbere krvi z pätičky. Zamerali sme sa na využívanie metód dojčenia (nutričného satia), nenutričného satia a stimulácie kontralaterálnej strany vpichu hladením. Chromová, Sikorová (2013) uvádzajú zistenia z analýzy 42 štúdií zaoberajúcich sa problematikou nefarmakologických metód tlmenia procesuálnej bolesti u novorodencov. Uvádzajú, že medzi najpoužívanejšie metódy tlmenia bolesti u novorodencov môžeme zaradiť multisenzorickú stimuláciu, zavinutie dieťaťa, facilitated tucking, klokankovanie, akupunktúru, non-nutričné a nutričné sanie.

Novorodenec prejavuje navonok pociťovanie bolestivého stimul mimikou tváre, ktorou je možné zaznamenať a vyhodnotiť prostredníctvom hodnotiacich a posudzovacích škál (Chovancová, 2013; Krishnan, 2013; Chromčíková, Magyarová, 2012). Pozorovaním sme zisťovali prejavy prežívania bolestivého stimulu u 160 novorodencov vo všetkých fázach odberu kapilárnej krvi pomocou kódovacieho systému novorodeneckej mimiky (NFCS -Neonatal Facial Coding System). U skupiny I. sme realizovali u novorodencov odber kapilárnej krvi klasickým spôsobom. Ma základe pozorovania a zaznamenávania mimických prejavov bolesti sa nám potvrdilo, že až n=30 novorodencov prežíva bolesť vo vysokej miere. Vo výskumnej práci Fendrychovej (2004), ktorá hodnotila u novorodencov v gestačnom veku 38. týždňa, škálou PIPP, bolestivosť pri odbere krvi z pätičky sa taktiež potvrdila vysoká miera prejavov bolesti u sledovaného súboru.

Materské mlieko, ak je matka schopná dojčiť, je najvhodnejšou výživou pre dieťa uvádzajú v zhode s inými autormi Raková, Čech-Špírková (2009) a dojčenie je podľa viacerých zahraničných štúdií (Uga et al., 2008; Slater, et. al, 2010; Hogan, et.al, 2012) považované za jednu z najefektívnejších nefarmakologických metód tlmenia určitej intenzity bolesti u novorodencov. Chromčíková, Magyarová (2012) popisujú a prezentujú pozitívne účinky dojčenia ako analgetika pri odbore kapilárnej krvi, čo sa potvrdilo aj v nami sledovanom súbore. Campbell-Yeo (2011) dokonca odporúča dojčenie materského mlieka pre jeho analgetický efekt v prípade odberu krvi z päty. Shah et al. (2012) uvádza na základe analýzy jedenástich štúdií, že dojčenie je vnímané ako účinná intervencia na zmiernenie prejavov bolesti, podporená aj štatistickou významnosťou v oblasti zvýšenia srdcovej frekvencie a dĺžky plaču v porovnaní s intervenciami ako sú zavinutie a použitie cumlíka. O pozitívnych účinkoch materského mlieka, ktoré pôsobí na zníženie symptómov bolesti upozorňuje aj autori Upadhyay et al. (2004), ktorí realizovali pozorovanie dvoch skupín novorodencov zamerané na zmiernenie symptómov bolesti pri výkone. Jednej skupine novorodencov počas výkonu aplikovali 5 ml mlieka a druhej 5 ml vody so striekačkou. Na základe pozorovania uvádzajú, že materské mlieko účinnejšie.

Nenutričné satie bola ďalšia nefarmakologická metóda tlmenia bolesti, ktorú sme sledovali. Jedná sa o použitie cumlíka, na ukľudnenie dieťaťa, nie na jeho kŕmenie. Mathai et al. (2006) uvádzajú, že pri tlmení bolesti u novorodencov je nenutričné satie pomocou

cumlíka efektívnejšie než nutričné satie alebo masáž miesta vpichu, čo je v zhode s našimi zisteniami.

ZÁVER

Výskumy ukazujú, že pokiaľ je dieťa vystavované bolesti v rannej fáze života, transformuje sa podstata jeho bolestivých skúseností a vyjadrovania bolesti v neskoršom veku (Marešová, 2007, s.124). Zamerali sme sa na uplatnenie nefarmakologických prístupov tlmenia bolesti u novorodencov. Zistili sme, že v nami sledovanom súbore sa ako najviac účinná metóda pri odbere krvi z pätičky javí dojčenie, nasledovalo nenutričné satie a ako najmenej efektívna sa zdá metóda stimulácie kontralaterálnej strany vpichu hladením.

Ovplyvnenie bolesti nefarmakologickými intervenciami má svoje opodstatnenie a jeho využívanie v praxi predstavuje podporu kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] CAMPBELL-YEO, M. - FERNANDES, A. - JOHNSTON, C. 2011. Procedural pain management for neonates using nonpharmacological strategies. In *Advances in neonatal care*, 2011, vol. 11, no. 5, pp. 312-318.
- [2] DOLEYS, D.M. 2014. *Pain. Dynamics and complexities*. Oxford University Press, 2014. 304 p.
- [3] FENDRYCHOVÁ, J. 2013. Bolest jako 5 vitální funkce. [online], XI. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v neonatológii, Trenčín, 2013. [cit.2016-03-03]. Dostupné z <http://www.neonatologickasestra.sk/docs/tn2013/06.pdf>.
- [4] FENDRYCHOVÁ, J. 2004. Hodnocení bolesti u novorozenců – ošetrovatelský výskum. In *Česko-Slovenská Pediatrie*, 2004, roč. 59, č. 4, s. 182-186.
- [5] GRUNAU, R.V.E. - CRAIG, K.D. 1987. Pain expression in neonates: facial action and cry. In *Pain*, 1987, vol. 28, no.3, pp. 395-410.
- [6] HOGAN, M. E. et al. 2012. Glucose for the management of procedural pain in neonates. In *Cochrane Neonatal Group*, 2012.
- [7] CHOVANCOVÁ, D. 2013. Ako vníma novorodec bolesť? [online], XI. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v neonatológii, Trenčín. [cit.2016-03-22]. Dostupné z: <http://www.neonatologickasestra.sk/docs/tn2013/01.pdf>
- [8] CHROMÁ, J. - SIKOROVÁ, L. 2013. Bolest u novorozenců a možnosti jejího nefarmakologického tlumení. In *PROFESE ON-LINE* [online], 2013, roč. 6, č. 2, s. 6-12. [cit.2016-04-12]. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/archive/2013/2/POL_CZ_2013-2-2_Chroma.pdf.
- [9] CHROMČÍKOVÁ, K. - MAGYAROVÁ, G. 2012. Nefarmakologické ovplyvnenie bolesti u novorodenca pri odbere kapilárnej krvi. [online], Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v neonatológii, Košice. [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: <http://www.neonatologickasestra.sk/docs/ke2012/P1.pdf>
- [10] IASP. *International Association for the study of Pain*. [online]. 2011. [cit.2015-12-12]. Dostupné z: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
- [11] KOVÁCS, L. 2010. *Pediatrics*. Bratislava : Areta. 2010. 412 s.
- [12] KRISHNAN, L. 2013. Pain Relief in Neonates. In *Journal of Neonatal Surgery*, 2013, vol. 2, no. 2, pp.1-8.
- [13] MACKO, J. 2010. Procedurální bolest novorozence – možnosti prevence a tlášení. In *Česko – Slovenská Pediatrie*, 2010, roč. 65, č. 10, s. 584-591.
- [14] MAGUROVÁ, D. - BODÍKOVÁ, J. 2009. Kangaroo Care a jeho uplatnění v ošetrovatelstvé praxi. In *Sestra*, 2005, roč. 19, č. 5, s. 40-42.
- [15] MAGYAROVÁ, G. - BAUER, F. 2005. Behaviorálna ošetrovateľská starostlivosť o nezrelých novorodencov. In *Ošetrovateľský obzor*, 2005, roč. II, č. 1, s.17-22.
- [16] MAREŠOVÁ, J. 2007. Bolest u novorozenců. In *Bolest* [online], 2007, č. 3., s. 121-132. [cit.2016-04-18]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2007/3_2007/03_Maresova_bolest_3_07_web_zabezp.pdf

- [17] MATHAI, S. - NATRAJAN, N. - RAJALASHMI, N.R. 2006. Non-Pharmacological Methods to Reduce Pain in Neonates. In *Indian Pediatrics*, 2006, vol. 43, no. 12, pp. 1070-1075.
- [18] PLEVOVÁ, I. - SLOWIK, E. - KULHÁNKOVÁ, J. - BUCHWALDOVÁ, D. -TYDLAČKOVÁ, R. 2012. Hodnocení bolesti u dětí. Využití měřících nástrojů v ošetrovatelské praxi. In *Pediatric pro praxi* [online], 2012, roč. 13, č. 3, s. 193-197. [cit.2016-04-18]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/03/12.pdf>
- [19] PODOLANOVÁ, K. 2005. Prevencia distresu novorodenca: nefarmakologický prístup k liečbe bolesti a minimalizácia nepriaznivých vplyvov personálu i prostredia. In *Sestra*, roč. 4., č.1, s. 37.
- [20] RAKOVÁ, J. - ČECH-ŠPIRKOVÁ, J. 2009. Úroveň vedomostí matiek o správnej výžive dieťaťa. In *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*, 2009, roč. VII.,č. 4, s. X.-XII.
- [21] RICHNAVSKÁ, A. - FERENČÁKOVÁ, M. 2012. Bolest jako ošetrovatelský problém u novorozenců. In *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 7-8, s. 62-63.
- [22] ROKYTA, R. - KOZÁK, J. - KRŠIAK, M. 2012. *Bolest*. Tigris, 2012. 748 s.
- [23] SHAH, P. S. - HERBOZO, C. - ALIWALAS, L.L. - SHAH, V. S. 2012. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. In *Cohrane Database of Systematic Reviews*, 2012, vol. 12., no. 12.
- [24] SLATER, R. et al. 2010. Oral sucrose as an analgeric drug for procedural pain in newborn infants: a randomised controlled trial. In *Lancet*, 2010, vol. 9, no. 376, p. 1225-1232.
- [25] UGA, E. et al. 2008. Heel lance in newborn during breastfeeding. In *Italian journal of pediatrics*, 2008, vol. 34, no.1, pp. 34-43.
- [26] UPADHYAY, A. - AQQARWAL, R. - NARAVAN, S. - JOSHI, M. - PAUL, V.K. - DEORARI, A.K. 2004. Analgethics effect of expressed breast milk in procedural pain in term neonates: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. In *Acta Paediatric*, 2004, vol. 93., no. 4., pp. 518-522.
- [27] Vestník MZ SR. 2012. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 49988-2012- OZS o celoplošnom skríningu kongenitálnej hypotyreózy, kongenitálnej adrenálnej hyperplázie, cystickej fibrózy a vybraných dedičných metabolických porúch u novorodencov a zdravotnej starostlivosti o zachytené prípady.

NON- PHARMACOLOGICAL METHODS OF PAIN RELIEF IN NEWBORNS

ABSTRAKT

Aim: The aim of the paper is to outline the use of non-pharmacological interventions focused on relieving pain for the collection of capillary blood from the newborn's heel.

Methodology and sample: The group consisted of 160 healthy newborns who were followed for collection of capillary blood for mandatory newborn screening for congenital and hereditary diseases. The five components coding system of neonatal facial expressions - NFCS Neonatal Facial Coding System - shrinkage eyebrows, eyelids grip, highlighting nasal trenches, opening his mouth and tongue tension were used to monitor the intensity of pain. Observation and recording was carried out in three phases - pain scores before, during or after painful stimulus. As non-pharmacological interventions used for the taking of capillary blood was breastfeeding, non-nutritive suction and stimulation of contralateral massage.

Results: the most effective non-pharmacological interventions to relieve pain during the collection of capillary blood from the heel in neonates, we confirmed breast feeding, followed by non-nutritive suckling and least effective proved contralateral massage.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
v Košiciach
Lekárska fakulta
Tr. SNP č.1
040 11 Košice
Slovenská republika
e-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
v Košiciach
Lekárska fakulta
Tr. SNP č.1
040 11 Košice
Slovenská republika
e-mail: maria.zamboriova@upjs.sk

Bc. Silvia Šoltéssová
Nemocnica Košice-Šaca
Novorodenecké oddelenie
Lúčna 57
040 15 Košice-Šaca
Slovenská republika
e-mail: silviasoltesova@gmail.com

Conclusion: The use of non-pharmacological methods of pain therapy appears to be effective and leads to an effective pain relief for procedural performance as taking blood from the newborn's heel.

KEYWORDS:

pain, non-pharmacological methods, pain control, newborn, collection of capillary blood

POSTOJ SESTER K AKREDITACI NEMOCNICE

LENKA GÖRNEROVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Teoretická východiska: Akreditace by měly usnadnit zdravotnickému zařízení sledovat svůj výkon a kontinuálně jej zvyšovat. Akreditační řízení představuje proces, který začíná rozhodnutím zdravotnického zařízení sjednotit své aktivity s požadavky akreditačních standardů. V případě úspěchu tento proces končí získáním akreditačního certifikátu. Zaměření akreditací se přesouvá z vyhodnocování struktury na vyhodnocování procesů a výstupů. Důraz je kladen na bezpečnost léčebné a ošetrovatelské péče.

Cíl: Zjistit postoj sester k akreditaci zdravotnických zařízení

Soubor a metody: Námi zkoumaným vzorkem byly sestry pracující na pozicích vrchních sester, staničních sester, sester na ambulancích a sester pracujících u lůžka. Výzkumná data jsme získali v Nemocnici Jihlava a Nemocnici Havlíčkův Brod. Pro získání dat byla použita dotazníková technika sběru dat. Celkem bylo zařazeno do výzkumu 495 sester.

Výsledky: U obou testovaných otázek jsme sice zjistili, že sestry s kratší dobou praxe považují akreditaci nemocnice za přínosnou více než sestry s delší dobou praxe, ale u otázky č. 1 jsme námi zjištěný rozdíl

vyhodnotili jako statisticky nevýznamný. Výrazně zastoupenou variantou odpovědi v obou porovnávaných kategoriích sester byla varianta „nedokáži posoudit“, která vyjadřuje spíše neutrální postoj a výrazně negativní postoj nevyjádřila ani jedna respondentka.

Závěr: Sestry k akreditaci zdravotnických zařízení zaujímají spíše neutrální postoj. Nemají k akreditaci zdravotnických zařízení vyhraněný postoj, ale většina námi dotazovaných sester by chtěla pracovat v akreditovaném zdravotnickém zařízení.

KLÍČOVÁ SLOVA:

sestra, akreditace, nemocnice, kvalita

ÚVOD

Kvalitu poskytované ošetrovateľskej péče lze hodnotit pomocí vnějšího a vnitřního systému. Vnitřní systém kontroly kvality je hodnocení postupu poskytovatele dle platných standardů, dokumentace nebo kontroly jiným poskytovatelem. Vnější systém je kontrola kvality poskytované péče, kdy objektivním kritériem pro hodnocení kvality je celkový stav klienta a subjektivním kritériem je slovní vyjádření lidí, kteří jsou s ošetrovateľskou péčí v kontaktu, ať už samotný klient, nebo i jeho rodina (Jarošová, 2007).

AKREDITACE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Akreditace by měly usnadnit zdravotnickému zařízení sledovat svůj výkon a kontinuálně jej zvyšovat. Akreditační řízení představuje proces, který začíná rozhodnutím zdravotnického zařízení sjednotit své aktivity s požadavky akreditačních standardů. V případě úspěchu tento proces končí získáním akreditačního certifikátu. Zaměření akreditací se přesouvá z vyhodnocování struktury na vyhodnocování procesů a výstupů. Důraz je kladen na bezpečnost léčebné a ošetrovateľské péče. V rámci přípravy na akreditaci i po jejím získání se zdravotnické zařízení zavazuje ke zvyšování kvality poskytované péče, k zajišťování bezpečí prostředí, ve kterém je péče poskytována, k systematické snaze o snižování rizik pro pacienty i zaměstnance. Akreditace, ale zejména příprava na ni má vzdělávací, organizační, standardizační a ověřovací charakter. Cílem je dosáhnout co nejlepší péče pro pacienty za co nejlepších pracovních podmínek pro zdravotníky a zavedení efektivního systému kontinuálního zvyšování kvality. Historie akreditací ve světě je úzce spojena se snahou zajistit kvalitu lékařské a ošetrovateľské péče v době, kdy tato kvalita byla zaměřena především na kontrolu nákladů. V posledních letech se mění filozofie kvality z nepopulárního nástroje, který trestal za nekvalitu, v nástroj výuky a kontinuálního zvyšování kvality. Nové iniciativy v managementu kvality, které se začaly realizovat v oblastech průmyslu, tak inspirovaly i oblast zdravotnictví. V USA došlo k založení „Spojené komise pro akreditaci“ (The Joint Commission for Accreditation – JCA).

Jmenovaná komise v roce 1976 vytvořila první soubor akreditačních standardů. Na základě standardů JCA byly definovány Základní mezinárodní akreditační principy, které mají být rozpracovány do akreditačních standardů. Tematické oblasti akreditačních standardů představují oblast kvality, diagnostické postupy, péče o pacienta, kontinuita péče, dodržování práv pacientů, podmínky poskytované péče, standardy managementu, péče o zaměstnance, sběr a zpracování informací, protiepidemická opatření. Vlastní akreditační hodnocení je zajišťováno příslušnými akreditačními komisemi. Skupina členů akreditační komise je složena ze zkušených odborníků s dlouholetou praxí v oboru, se znalostmi o zásadách managementu a vysokým stupněm odborné a osobní prestiže.

V České republice je akreditačním orgánem Spojená akreditační komise ČR (SAK ČR), jejíž činnost začala v roce 1998. Ve Věstníku MZ ČR bylo zveřejněno metodické opatření s názvem Akreditace zdravotnických zařízení a seznam akreditovaných zdravotnických zařízení, která se stále rozšiřuje. Akreditací nemocnice je vlastně myšleno nastavení norem a procesů tak, aby pacient i jeho rodina mohli mít jistotu kvalitní péče. Minimalizuje riziko záměny či jiné nežádoucí události. Je třeba naplánovat praktické kroky, které vedou k naplnění akreditačních standardů. Podpora vrcholového managementu je předpokladem procesu úspěšné akreditace. Dále je třeba vytvořit koordinační tým a určit koordinátory za jednotlivá oddělení. Vytvoření harmonogramu realizace projektu kontinuálního zvyšování kvality je dalším krokem v plánování dosažení akreditačních standardů. Nedílnou součástí je i seznámení zaměstnanců s procesem akreditace, vypracování akreditačních standardů a jejich zavedení do praxe. Školení všech zaměstnanců v naplňování principů akreditace, o vydaných směrnících, o průběhu akreditačního procesu. Dalším předpokladem k naplnění cílů akreditace je vyškolení týmu interních auditorů a provádění interních auditů za účelem zjišťování dodržování stanovených směrnic, postupů (Brabcová, 2007; Filka, 2009; Mathis, Jakson, 2006).

VÝHODY A PŘÍNOSY AKREDITACE

Přínosy akreditace lze spatřovat v následujících oblastech: dochází k rozlišení služeb poskytovaných akreditovanými a neakreditovanými subjekty - akreditace znamená zvýšení důvěry v dodržování potřebné úrovně jakosti poskytovaných služeb subjektů akreditace, pravidelný dozor nad dodržováním akreditačních kritérií prováděný akreditačním orgánem vede k neustálému rozvoji systémů jakosti v akreditovaných subjektech, je patrný výrazný tlak na neustálé zvyšování jakosti služeb, které akreditované subjekty poskytují, na růst dovedností personálu akreditovaných subjektů a na zajištění lepší technické vybavenosti akreditovaných subjektů, v neposlední řadě je třeba připomenout též kladný ekonomický efekt akreditace, a to jak z pohledu akreditovaných subjektů a jejich zákazníků, tak i z pohledu ochrany veřejného zájmu (Škrla, Škrlová, 2003). Z hlediska sestry vidíme přínos akreditace v těchto oblastech: sestry se účastní celého procesu jako rovnocenné partnerky spolu s manažery a lékaři, což představuje důležitý posun ve zdravotnictví, akreditace zlepšuje kvalitu ošetrovatelské péče a ošetrovatelské dokumentace, vytváří prostředí, které je radostnější, bezpečnější a atraktivnější pro klienty a sestry, snižuje variabilitu v pracovních a ošetrovatelských procesech a zdravotnické dokumentaci, dochází k efektivnějšímu využívání zdrojů, překonává "provozní slepotu" a buduje organizační kulturu, ve které existuje dimenze osobní odpovědnosti za kvalitu a efektivitu práce. Dochází ke zlepšení vztahů mezi členy multidisciplinárního týmu, k lepší image zdravotnického zařízení a zdravotníků a snížení fluktuace zaměstnanců. Smyslem akreditace není pouhá snaha získat kulaté razítko na akreditačním certifikátu. Opravdovým smyslem akreditace je udělat si „pořádek“ ve svém vlastním zdravotnickém zařízení (Kareš, Drlíková, Brabcová, 2006).

METODOLOGIE A METODY VÝZKUMU

Námi zkoumaným vzorkem byly sestry pracující na pozicích vrchních sester, staničních sester, sester na ambulancích a sester pracujících u lůžka. Výzkumná data jsme získali v Nemocnici Jihlava a Nemocnici Havlíčkův Brod. Pro získání dat byla použita dotazníková technika sběru dat. Vzhledem k obavám z nízké návratnosti dotazníků jsem před jejich rozdáním kontaktovala vrchní a staniční sestry jednotlivých oddělení a řešila distribuci dotazníku za jejich asistence. Na základě jejich kladného vyjádření jsem předpokládala vyšší návratnost, která se potvrdila. Zdůrazněna byla anonymita a časově neomezené vyplňování dotazníku. Na oddělení byly vyplněné dotazníky vhažovány do předem připravené schránky. Byli jsme velmi překvapeni ochotou sester zúčastnit se výzkumu. Celkem bylo zařazeno do výzkumu 495 sester.

Výzkumná data potřebná k testování stanovené hypotézy jsme pro přehlednost uspořádali do tabulek nebo grafů.

Při matematickém zpracování výsledků jsme při výpočtech průměrů, sumárních součtů, procent a rozdílů, použili základní matematické algebraické metody. Při výpočtech a formulaci jednotlivých vzorců jsme použili funkce Rovnice a Vložit funkci, které jsou součástí tabulkového procesoru Excel v programu Microsoft Office Professional Plus 2010 společnosti Microsoft Corporation.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Stanovený cíl:

Zjistit postoj sester k akreditaci zdravotnických zařízení

Hypotéza:

Sestry s délkou praxe do 10 let považují akreditaci nemocnice za přínosnou více než sestry s délkou praxe více než 10 let

Testování hypotézy

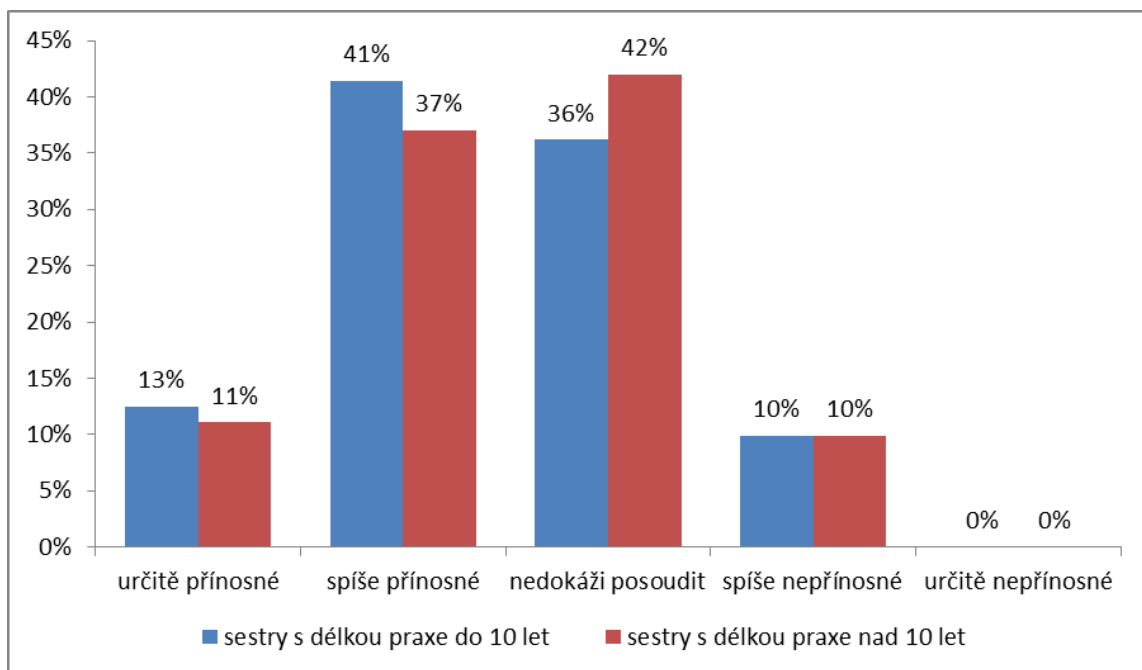
Sestry s délkou praxe do 10 let považují akreditaci nemocnice za přínosnou více než sestry s délkou praxe více než 10 let

Pro ověření platnosti hypotézy H jsme respondentkám v obou vzorcích položili v dotazníku 2 dílčí otázky.

Testování hypotézy H otázkou dotazníku č. 1 „Získání akreditace považujete za:“

V položce dotazníku číslo 1 měly respondentky možnost výběru odpovědi z variant „určitě přínosné“, „spíše přínosné“, „nedokáži posoudit“, „spíše nepřínosné“ a „určitě nepřínosné“. Odpovědi respondentek jsou shrnuty v grafu 1.

Graf 1: odpovědi respondentek na otázku „Získání akreditace považujete za:“



Získání akreditace považovalo za určitě prospěšné 19 sester s délkou praxe do 10 let (13 %) a 38 sester s délkou praxe nad 10 let (11 %), za spíše prospěšné 63 sester s délkou praxe do 10 let (41 %) a 144 sester s délkou praxe nad 10 let (42 %), že to nedokáží posoudit uvedlo 55 sester s délkou praxe do 10 let (36 %) a 144 sester s délkou praxe nad 10 let (42 %), za spíše neprospěšné 15 sester s délkou praxe do 10 let (10 %) a 34 sester s délkou praxe nad 10 let (10 %) a za určitě neprospěšné nepovažovala získání akreditace žádná respondentka v obou porovnávaných skupinách.

Prosté matematické srovnání relativních četností v porovnávaných vzorcích ukázalo, že otázka č. 1 naší hypotézu H8 potvrdila (za určitě nebo za spíše prospěšné považuje získání akreditace 54 % sester s délkou praxe do 10 let v porovnání s 51 % sester s délkou praxe nad 10 let). Pro ověření toho, zda je tento rozdíl statisticky významný, jsme provedli jeho statistické testování.

STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZY H OTÁZKOU Č. 1

Formulace nulové a alternativní hypotézy

Pro potřeby statistického testování jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu následovně:

H_0 : Sestry s délkou praxe do 10 let považují akreditaci nemocnice za přínosnou stejně jako sestry s délkou praxe více než 10 let

H_1 : Sestry s délkou praxe do 10 let považují akreditaci nemocnice za přínosnou více než sestry s délkou praxe více než 10 let

Zvolení přijatelné úrovně chyby rozhodování

Vzhledem k povaze námi provedeného výzkumu, kdy jsme dotazníkovou metodou zjišťovali subjektivní názory respondentek, jsme si zvolili jako plně dostatečnou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$, tedy 5%.

Výpočet testovací statistiky

Vzhledem k povaze námi testovaných dat, tedy porovnávání dvou relativních četností, jsme se rozhodli použít testování rozdílu četností pomocí asymptoticky platné procedury.

a) výpočet směrodatné odchylky

$$s_{(p_1 - p_2)} = \sqrt{\frac{0,54(1-0,54)}{152} + \frac{0,51(1-0,51)}{343}} = 0,040$$

b) výpočet intervalu spolehlivosti

$$(p_1 - p_2) \in (0,54 - 0,51 - 1,960 * 0,040; 0,54 - 0,51 + 1,960 * 0,040) = (-0,05; 0,11)$$

SROVNÁNÍ EMPIRICKY ZJIŠTĚNÉ HODNOTY S INTERVALEM SPOLEHLIVOSTI

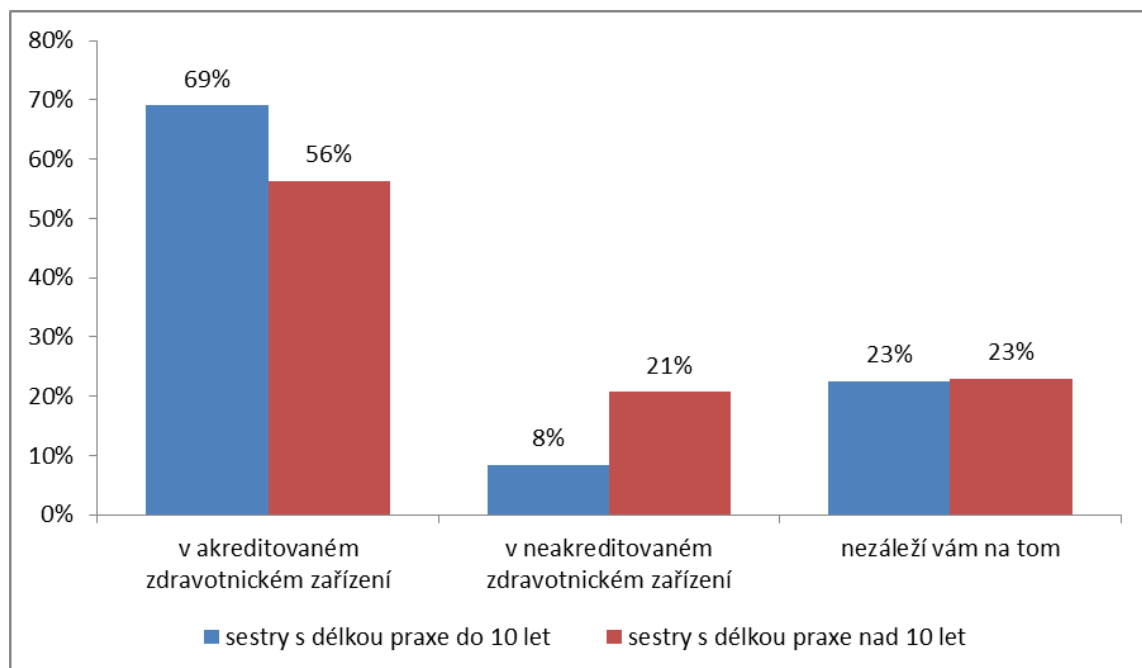
Vzhledem k tomu, že interval spolehlivosti pokrýval nulu, mohli jsme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nulovou hypotézu přijmout a zamítnout alternativní hypotézu.

Hypotéza H „Sestry s délkou praxe do 10 let považují akreditaci nemocnice za přínosnou více než sestry s délkou praxe více než 10 let“ se tedy **otázkou č. 1 nepotvrdila**.

Testování hypotézy H otázkou dotazníku č. 2 „Pokud byste si mohla vybrat, pracoval/a byste raději v:“

V položce dotazníku číslo 2 měly respondentky možnost výběru odpovědi z variant „akreditovaném zdravotnickém zařízení“, „neakreditovaném zdravotnickém zařízení“ a „nezáleží vám na tom“. Odpovědi respondentek jsou shrnuty v grafu 2.

Graf 2: odpovědi respondentek na otázku „Pokud byste si mohla vybrat, pracoval/a byste raději v:“



V akreditovaném zdravotnickém zařízení by raději pracovalo 107 sester s délkou praxe do 10 let (69 %) a 38 sester s délkou praxe nad 10 let (56 %), v neakreditovaném zdravotnickém zařízení by raději pracovalo 13 sester s délkou praxe do 10 let (8 %) a 71 sester s délkou praxe nad 10 let (21 %) a že jim na tom nezáleží, uvedlo 35 sester s délkou praxe do 10 let (23 %) a 79 sester s délkou praxe nad 10 let (23 %).

Prosté matematické srovnání relativních četností v porovnávaných vzorcích ukázalo, že otázka č. 22 naši hypotézu H₈ potvrdila (v akreditovaném zdravotnickém zařízení by raději pracovalo 69 % sester s délkou praxe do 10 let v porovnání s 56 % sester s délkou praxe nad 10 let). Pro ověření toho, zda je tento rozdíl statisticky významný, jsme provedli jeho statistické testování.

STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZY H OTÁZKOU Č. 2

Formulace nulové a alternativní hypotézy

Pro potřeby statistického testování jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu následovně:

H₀: Sestry s délkou praxe do 10 let považují akreditaci nemocnice za přínosnou stejně jako sestry s délkou praxe více než 10 let

H_1 : Sestry s délkou praxe do 10 let považují akreditaci nemocnice za přínosnou více než sestry s délkou praxe více než 10 let

Zvolení přijatelné úrovně chyby rozhodování

Vzhledem k povaze námi provedeného výzkumu, kdy jsme dotazníkovou metodou zjišťovali subjektivní názory respondentek, jsme si zvolili jako plně dostatečnou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$, tedy 5%.

Výpočet testovací statistiky

Vzhledem k povaze námi testovaných dat, tedy porovnávání dvou relativních četností, jsme se rozhodli použít testování rozdílu četností pomocí asymptoticky platné procedury.

a) výpočet směrodatné odchylky

$$s_{(p_1 - p_2)} = \sqrt{\frac{0,69(1-0,69)}{152} + \frac{0,56(1-0,56)}{343}} = 0,021$$

b) výpočet intervalu spolehlivosti

$$(p_1 - p_2) \in (0,69 - 0,56 - 1,960 * 0,021; 0,69 - 0,56 + 1,960 * 0,021) = \\ = (0,09; 0,17)$$

ROVNÁNÍ EMPIRICKY ZJIŠTĚNÉ HODNOTY S INTERVALEM SPOLEHLIVOSTI

Vzhledem k tomu, že interval spolehlivosti nepokrýval nulu, mohli jsme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nulovou hypotézu zamítnout a přijmout alternativní hypotézu.

Hypotéza H „Sestry s délkou praxe do 10 let považují akreditaci nemocnice za přínosnou více než sestry s délkou praxe více než 10 let“ se tedy **otázkou č. 2 potvrdila**.

DISKUSE

Hypotéza H „Sestry s délkou praxe do 10 let považují akreditaci nemocnice za přínosnou více než sestry s délkou praxe více než 10 let“, se naším výzkumem částečně potvrdila. Při testování byla potvrzena otázkou č. 2, ale nebyla potvrzena otázkou č. 1. U obou testovaných otázek jsme sice zjistili, že sestry s kratší dobou praxe považují akreditaci nemocnice za přínosnou více než sestry s delší dobou praxe, ale u otázky č. 1 jsme námi zjištěný rozdíl vyhodnotili jako statisticky nevýznamný. Výrazně zastoupenou variantou odpovědi v obou porovnávaných kategoriích sester byla varianta „nedokáži posoudit“, která vyjadřuje spíše neutrální postoj a výrazně negativní postoj nevyjádřila ani jedna respondentka. Sestry tedy akreditaci přímo neodmítají, ale zastávají spíše neutrální postoj. Při přímém dotazu, zda by chtěly pracovat v akreditovaném

nebo neakreditovaném zařízení, upřednostnila většina sester v obou porovnávaných kategoriích akreditované zařízení. Mladší sestra vidí v akreditaci daného zdravotnického zařízení přínos, jelikož je to ukázkou poskytování kvalitní péče. Mladší sestry byly už ve škole nabádány k tomu, že v akreditovaných zařízeních je vyšší úroveň poskytované péče. Proto je jejich snaha pracovat v akreditovaných zařízeních. Starší sestry vnímají akreditaci negativně, přijde jim zbytečná. Mají pocit, že poskytují ošetrovatelskou péči, jak nejlépe umí a nějaká akreditace to neovlivní. Yepes-Baldó ve svém výzkumu došel k obdobnému závěru, že sestry obecně považují systém standardů a akreditací zdravotnických zařízení za přínosný (2013).

ZÁVĚR

Náš výzkum, ve kterém na otázky v dotazníku odpovídalo 495 sester ze dvou nemocnic na Vysočině, měl za cíl zjistit postoj sester k akreditaci zdravotnických zařízení, cíl byl splněn. Sestry k akreditaci zdravotnických zařízení zaujímají spíše neutrální postoj. Nemají k akreditaci zdravotnických zařízení vyhraněný postoj, ale většina námi dotazovaných sester by chtěla pracovat v akreditovaném zdravotnickém zařízení. Pravdou je, že aby byla poskytována kvalitní péče, musí ošetřující tým dobře spolupracovat, komunikovat, pracovat a být motivován. Závěrem bych chtěla říci, že kvalita znamená dělat věci správně i když se nikdo nedívá a my, sestry, jsme v silné pozici pro zlepšení kvality.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BRABCOVÁ, I. 2007. *Akreditace a její přínos pro ošetrovatelství*. In: Nové trendy v ošetrovatelství. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. Jihočeské ošetrovatelské dny. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 48 – 51 s. ISBN 978-80-7040-992-3.
- [2] FILKA, J. 2009. *Akreditace pracovišť Nemocnice České Budějovice, a.s.* In: Akreditace nemocnice. Sborník přednášek II. Jihočeské konference nelékařských zdravotnických pracovníků. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s., 2009. 119 – 123 s. ISBN 978-80-354-54 16-9.
- [3] JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007. 99s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- [4] KAREŠ, J. – DRLÍKOVÁ, M. – BRABCOVÁ, I. 2006. *Moderní metody v řízení*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-91.
- [5] MATHIS, L. – JACKSON, H. 2006. *Human resource management*. 4th edition. [s.l.]: Cengage learning, 2006. 199 p. ISBN 0324361785.
- [6] ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent- Orion, 2003. 485 s. ISBN 80-7172-841-1.
- [7] YEPES-BALDÓ, M. – ROMEO, M. – BERGER, R. 2013. *Human Capital Questionnaire: Assessment of European nurses' perceptions as indicators of human capital quality*. Nursing & Health Sciences, 15. P. 229–234. ISSN 1442-2018.

ATTITUDE OF NURSES TO HOSPITAL ACCREDITATION

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
Vysoká škol polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: lenkagornerova@seznam.cz

ABSTRAKT

Theoretical background: Accreditation is to help health care facility to monitor its performance and to continuously improve it. Accreditation process is a process that begins with the decision of the medical facility to unify its activities with the requirements of the accreditation standards. If successful, the process ends with obtaining an accreditation certificate. The focus of accreditation is shifting from the evaluation of structure to the evaluation of processes and outcomes. Emphasis is placed on the safety of medical and nursing care.

Objective: To determine the attitude of nurses to the accreditation of health care facilities

Methods and sample: Our research sample were nurses working in positions of head nurses, station nurses, ambulance nurses and nurses working at the bedside. Research data we obtained in Hospital Jihlava Hospital Havlickuv Brod. To obtain the data we used the questionnaire data collection technique. A total of 495 nurses took part in our research.

Results: In both test questions we found that nurses with a shorter practice consider hospital accreditation as beneficial more than nurses with longer practice, but in

the question no. 1 we evaluated the difference to be statistically insignificant. Strongly represented variant of response in both compared categories of nurses was a variant of "I cannot judge", which expresses rather neutral attitude and strongly egative attitude did not express any respondent.

Conclusion: Nurses have to the accreditation of health care facilities a rather neutral attitude. They do not have clear-cut attitude to the accreditation of health care facilities but most of surveyed nurses would prefer to work in an accredited medical facility.

KEYWORDS:

nurse, accreditation, hospital, quality

KVALITA ŽIVOTA U NEMOCNÝCH S HYPERTENZÍ

JANA HALUZÍKOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ



ABSTRAKT

Autorka se zaměřila na sledování kvality života u nemocných s hypertenzí, kteří byli sledováni v ordinaci praktického lékaře. V průzkumném šetření byla použita kombinace dvou typů dotazníků. WHOQoL-BREF a SF 36. Byla zjištěna snížená kvalita života v první a třetí doméně a ve druhé otázce (Q2). Výsledky jsou na hladině statistické významnosti $p < 0,05$. Hypertenze patří k nejrozšířenějším onemocněním v ordinacích praktických lékařů a jiných odborníků. K zlepšení kvality života má vliv nejen dodržování režimových opatření, také dostatečná sociální opora především ze strany rodinných příslušníků.

KLÍČOVÁ SLOVA:

kvalita života, hypertenze, dotazník WHOQoL-BREF, SF 36

ÚVOD

Kardiovaskulární onemocnění patří k nejčastějším onemocněním. Jedná se o onemocnění, která úzce souvisí s životním stylem. Cozma, Mitu, Szalonta, Cojocar (2014) uvádějí, že systémová hypertenze je časté onemocnění v populaci. V USA dosahuje 28 % a 44 % v Evropě. Předpokládá se, že v roce 2025 bude počet lidí s hypertenzí okolo 1,56 miliardy po celém světě. Zdravotníci nejen v České republice, také ve všech vyspělých zemích světa informují veřejnost k zdravému životnímu stylu, kterým můžeme snížit negativní působení rizikových faktorů. Je všeobecně známo, že na jedince kromě známých rizikových faktorů působí i faktory psychosociální. Křivohlavý (2002) uvádí, že hypertenzí jsou ohroženi jedinci s mimořádnou snahou o sebezprosažení, těm, kterým ztroskotaly ambice, lidé s vyšší mírou obav, jedinci, kterým se nedaří sebezprosadit.

Pojem kvality života se častěji začal objevovat v literatuře v posledních třiceti letech. Zkoumáním kvality života se rozumí pátrat a rozlišovat mezi faktory, které vedou k smysluplnému životu a pocitu lidského štěstí. V odborných literaturách lze nalézt mnoho definic, které přibližují pojem kvality života. Žádná definice nebyla přijata v celém rozsahu. Jak uvádí Payne, mnohdy jsou definice kvality života, zaměněny za pojmy: „sociální pohoda“ a „lidský rozvoj“. V obecné rovině lze říct, že kvalita života je důsledkem vzájemného působení několika různých faktorů: zdravotní, ekonomické podmínky, sociální a prostředí, ve kterém jedinec žije (Payne, 2005). K měření kvality života v současné době je k dispozici množství dotazníků, které jsou standardizované. Neexistuje univerzální nástroj, který by byl všemi konsenzuálně přijímán.

„Výzkum kvality života byl v rámci systému zdravotní péče iniciován v sedmdesátých letech 20. století a všeobecně byl potencován dvěma faktory. Prvním, farmakoekonomickým faktorem, byla potřeba hodnocení finanční nákladnosti a efektivity léčby (při zvyšujícím se tlaku na snižování nákladů) stejně jako potřeba určení priorit v případě alokace (přidělení) zdrojů. Druhým faktorem bylo úsilí komplexně dokladovat klinickou úspěšnost léčby. Objektívni ekonomické a klinické aspekty zdraví jsou tedy doplňovány o termíny maximalizace kvality života pacienta. Tyto změny lze charakterizovat jako odklon od zaměření na chorobu k důrazu na subjektivní prožívání pacienta, od prodloužení délky života ke zlepšení jeho kvality, od konvenční symptomatiky k běžnému dennímu „fungování“ pacienta. HRQoL byla v rámci zdravotní péče vytvořena pro účely ekonomických a klinických analýz“ (Gurková, 2011, s. 41).

Významným a velmi závažným rizikovým faktorem ICHS a CMP je hypertenze. Prevalence hypertenze v České republice ve věku 25-64 let se pohybuje kolem 35 % se zřetelným nárůstem prevalence ve vyšších věkových skupinách (v dekádě od 55 do 64 let má hypertenzi 72 % mužů a 65 % žen), přičemž asi ¼ hypertoniků vědí o své nemoci (Karen, 2014, s. 3). Pokud je krevní tlak chronicky zvýšený, dochází k postupnému poškození cévního systému a následným onemocněním, která mohou postihnout celý organismus.

Arteriální hypertenze má přímý vztah k rozvoji cévní mozkové příhody a ischemické choroby srdeční, která vede ke vzniku infarktu myokardu. Pro udržení správného tlaku se doporučuje udržovat si správnou váhu, mít pravidelný pohyb vytrvalostního charakteru - podnikat procházky rychlejším tempem, běhat, v létě jezdit na kole a plavat a v zimě běhat na běžkách. Zásadní je nekouřit, jíst racionálně, alkohol pít jen střídmě a zbytečně nepřislovat. Odpovídající příjem soli je pět gramů za den, mnoho lidí ho má až trojnásobný. V oblasti mezilidských vztahů se především projevují dlouhodobé interpersonální konflikty. Především jde o konflikty v rodině, na pracovišti s nadřízenými, existenciální starosti. Hypertenzi řadíme k chronickým onemocněním, ukazuje se, že chronicita nemoci ovlivňuje i sociální vazby. Změna celkového stavu chronicky nemocného se dotýká jeho manželství a rodiny, postupně dochází i ke změnám sociálních rolí, mění se vztahy mezi manžely, ovlivněna je i míra spokojenosti (Křivohlavý, 2002). V případě, že chronickým onemocněním jsou postiženi lidé v produktivním věku, mohou nastat obavy z postupného zhoršování zdravotního stavu, který může postupně vést k snížení až omezení pracovních schopností, vážné zdravotní problémy mohou vést až k odchodu do invalidního důchodu. Tato situace ovlivní především socioekonomickou situaci v rodině.

Sociální podpora je důležitým faktorem z hlediska podpory zdraví. Magrin a kol., Hu, Gli, Tara, (2014, 2016) uvádějí pozitivní vliv sociální podpory nejen na kvalitu života u nemocných s hypertenzí, také pozitivní vliv na užívání léků, pravidelné kontroly krevního tlaku. Na základě studie, kterou realizoval Sorman (2016), by se další studie měly zaměřit na kvalitativní aspekty například na pocity osamělosti, kvalitu sociálních vztahů apod. Hypertenze je důležitým rizikovým faktorem pro vznik kardiovaskulárních onemocnění, která jsou příčinou úmrtí ve světě.

Nepodařilo se dohledat studie, které by hodnotily kvalitu života u nemocných s hypertenzí, s použitím uvedených dotazníků. V budoucnu by bylo vhodné zaměřit se u nemocných s hypertenzí nejen na sledování kvality života, ale i na vliv sociálního prožívání, sledování úzkosti, deprese, vlivu životního prostředí.

Cíl práce: Hlavním cílem práce bylo porovnání kvality života u nemocných s hypertenzí v dimenzích a doménách dotazníků SF 36 a WHOQoL-Bref.

V průzkumném šetření jsou dále sledovány:

- a) závislost domén na pohlaví
- b) závislost domén na věku
- c) závislost domén na vzdělání
- d) závislost domén na postavení

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

V průzkumném šetření byla použita kombinace dvou typů dotazníků. WHOQoL-BREF a SF 36. WHOQoL-BREF je zkrácenou verzí multidimenzionálního dotazníku, který byl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Původně byl vyvinutý sto položkový dotazník, který byl pro použití v klinické praxi velmi dlouhý. Byla vytvořena jeho zkrácená verze, 26 položkový WHOQoL-Bref.

Dotazník WHOQoL-Bref se skládá ze dvou samostatných položek, týkající se kvality života a celkového zdraví. Dále se otázky dělí do čtyř domén. První doména **fyzické zdraví** obsahuje otázky q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18. Další doména **prožívání** je tvořena otázkami q5, q6, q7, q11, q19, q26, třetí doména **sociální vztahy** je tvořena otázkami q20, q21, q22 a čtvrtá doména **prostředí** je tvořena otázkami q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25. Byly zde použity uzavřené – škálové otázky, kde respondent vyjádřil svůj postoj na hodnotící Likertově škále výběrem ze stupnice 1-5 zakroužkováním daného čísla.

Dotazník ShortForm (SF-36) je celosvětově rozšířeným instrumentem, který je využíván při výzkumech zdravé i nemocné populace, při komparativních studiích nemocných s různými diagnózami. Dotazník je zaměřen dopad a vliv léčebných metod na kvalitu života nemocných. Hodnotí fyzické a mentální zdraví v 8 doménách za poslední 4 týdny života pacienta. Jedna otázka není zahrnuta v hodnocení a pacient je dotazován, jak by hodnotil svůj zdravotní stav ve srovnání se zdravotním stavem před rokem. Jednotlivé otázky v 8 doménách jsou hodnoceny od 0 – 100, kdy 0 udává nejnížší možné skóre a 100 udává nejvyšší možné skóre. Následně jsou hodnoty daných domén zprůměrované a nižší hodnoty znamenají nižší kvalitu života. Dle uživatelské příručky pocházejí průměrné výsledky dotazníku SF-36 z MedicalOutcomes Study. Jak již bylo uvedeno nejvyšší možné skóre v dané oblasti je 100, což znamená žádné potíže v dané oblasti. Tohoto výsledku nedosahuje běžná populace v žádné sledované oblasti. Zjištěné hodnoty u respondentů jsou posuzovány ve vztahu k běžné populaci.

Rozdělení 8 domén ovlivňujících kvalitu života:

- fyzické zdraví (PhysicalHealth - SPH)
- fyzická aktivita (PhysicalFunctioning – PF)
- omezení způsobené fyzickým zdravím (Role Physical – RP)
- tělesná bolest (BodilyPain – BP)
- všeobecné zdraví (General Health – GH)
- Mentální zdraví (MentalHealth - SMH)
- vitalita (Vitality – VT)
- omezení způsobené emočními problémy (Role Emotional – RE)
- sociální fungování (SocialFunctioning – SF)
- duševní zdraví (MentalHealth – MH)

Do výzkumného souboru byli zařazeni pacienti s hypertenzí, kteří byli sledováni v ordinaci praktického lékaře a souhlasili s účastí v průzkumném šetření.

STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ

Byla použita popisná statistika, Mann-Whitneyův U test, Kruskal-Wallisova ANOVA, Spearmanova korelace, F-test. Testy jsou významné na hladině $p < 0,05$.

VÝSLEDKY

Hlavním cílem průzkumného šetření bylo zmapovat současnou kvalitu života u nemocných s hypertenzí. Získaná data byla porovnána s daty běžné populace, které jsou publikovány v Příručce pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace. Při porovnávání výsledků bylo zjištěno, že kvalita života respondentů s hypertenzí se v některých sledovaných oblastech výrazně liší od kvality života běžné populace.

Výběrový soubor

Celkem bylo osloveno 80 respondentů, návratnost byla 45 tj. 56,25 %. K finálnímu zpracování dat bylo použito 42 dotazníků tj. 100 % pro určení relativních četností. Z tohoto souboru bylo 29 mužů, (69,04 %) a 13 žen (30,95 %). Respondenti byli ve věku 45-65 let. Průměrný věk respondentů 53 let. Nejmladšímu muži bylo 40 let a nejstaršímu 65 let. Nejmladší ženě bylo 45 let a nejstarší 65 let. Nejvíce respondentů bylo se středoškolským vzděláním 16 (38,1 %) a vyučeno v oboru 15 (35,71 %), 9 respondentů (21,42 %) uvedlo vysokoškolské vzdělání a 2 (4,76 %) měli základní vzdělání.

Výsledky dotazníku WHOQoL-Bref

Aritmetický průměr u samostatné otázky Q1 (Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?) u běžné populace činí 3,82 (STD=0,72). V našem průzkumném šetření byl aritmetický průměr 3,79 (STD=0,68). Nejedná se tedy o signifikantní rozdíl. U otázky Q2 (Jak jste spokojen/a se svým zdravím) u běžné populace je průměr 3,68 (STD=0,85). V našem průzkumném šetření je aritmetický průměr 3,26 (STD=0,70). Zde se tedy jedná o signifikantní snížení subjektivní spokojenosti se zdravím ($p < 0,05$). Rozpětí škály u dvou samostatných otázek (Q1 a Q2) je 1-5.

První doména - fyzické zdraví

Výsledná hodnota aritmetického průměru v první doméně je 14,63 (STD=2,63). Průměr u běžné populace činí 15,55 (STD=2,55). Přičemž spodní hranice kvality života je 14,3 a mírně snížená kvalita života u běžné populace je při hodnotě pod 13,0. Zjištěná data tedy ukazují signifikantně sníženou kvalitu života nemocných s hypertenzí ($p < 0,05$).

Druhá doména – prožívání

Výsledná hodnota aritmetického průměru ve druhé doméně je 15,17 (STD=2,41). Průměr u běžné populace činí 14,78 (STD=2,43). Zjištěná data tedy ukazují, že ve druhé doméně nedochází ke snížení kvality života u respondentů s hypertenzí.

Třetí doména – sociální vztahy

Výsledná hodnota aritmetického průměru ve třetí doméně je 14,25 (STD=2,42). Průměr u běžné populace činí 14,98 (STD=2,89). U třetí domény tedy také nedochází ke snížení kvality života.

Čtvrt doména – životní podmínky

Výsledná hodnota aritmetického průměru ve čtvrté doméně je 14,30 (STD=1,95). Průměr u běžné populace činí 13,3 (STD=2,08). V této čtvrté doméně tedy dochází k signifikantnímu poklesu kvality života u nemocných s hypertenzí ($p < 0,05$).

Při porovnání výsledků bylo zjištěno, že kvalita života respondentů s hypertenzí podle dotazníku WHOQoL-Brefse ve třech oblastech signifikantně liší od kvality života běžné populace.

Hodnocení dotazníku WHOQoL-Bref je níže přehledně uvedeno v tabulce.

Tab. 1: Průměry a směrodatné odchylky dotazníku WHOQoL-Bref

Doména/ Otázka	Soubor nemocných		Populační norma		Výsledek F-testu	Statistická významnost
	průměr	STD	průměr	STD		
fyzičné zdraví	14,63	2,63	15,55	2,55	shodný rozptyl	$p < 0,05$
prožívání	15,17	2,41	14,78	2,43	shodný rozptyl	
sociální vztahy	14,25	2,42	14,98	2,89	shodný rozptyl	
životní podmínky	14,30	1,95	13,30	2,08	shodný rozptyl	$p < 0,05$
Q1	3,79	0,68	3,82	0,72	shodný rozptyl	
Q2	3,26	0,70	3,68	0,85	shodný rozptyl	$p < 0,05$

Pro další výpočty bylo nutné vypočítat také skóre domén dotazníku SF-36. Hodnocení dotazníku SF-36 je níže přehledně uvedeno v tabulce.

Tab. 2: Průměry a směrodatné odchylky dimenzí dotazníku SF – 36

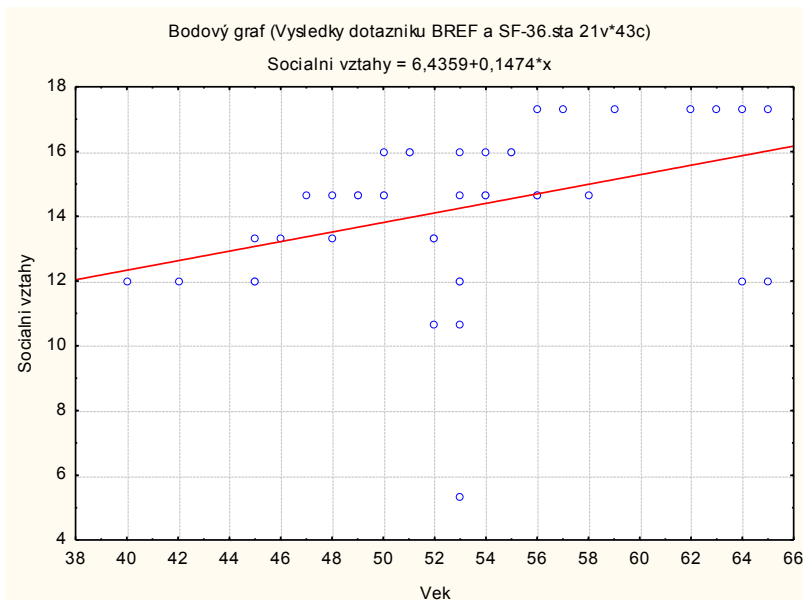
	Doména							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Průměr	81,79	69,05	70,65	55,71	55,48	75,00	76,98	68,00
SD	18,77	38,97	26,61	20,17	19,25	23,75	37,89	19,42

Dalším cílem práce bylo zjistit závislost domén dotazníků WHOQoL-Bref a SF-36 na některé ze sledovaných ukazatelů výběrového souboru (pohlaví, věk, vzdělání, postavení). Pomocí U-testu bylo zjištěno, že domény obou dotazníků nezávisí na pohlaví. Pomocí Kruskal-Wallisovy ANOVY bylo zjištěno, že domény obou dotazníků nezávisí ani na vzdělání či postavení. Dále byla pomocí Spearmanova korelačního koeficientu zjišťována závislost domén na věku. Zde již byly nějaké signifikantní výsledky, které jsou uvedeny níže v tabulkách 3 a 4 a grafem 1,2 a 3.

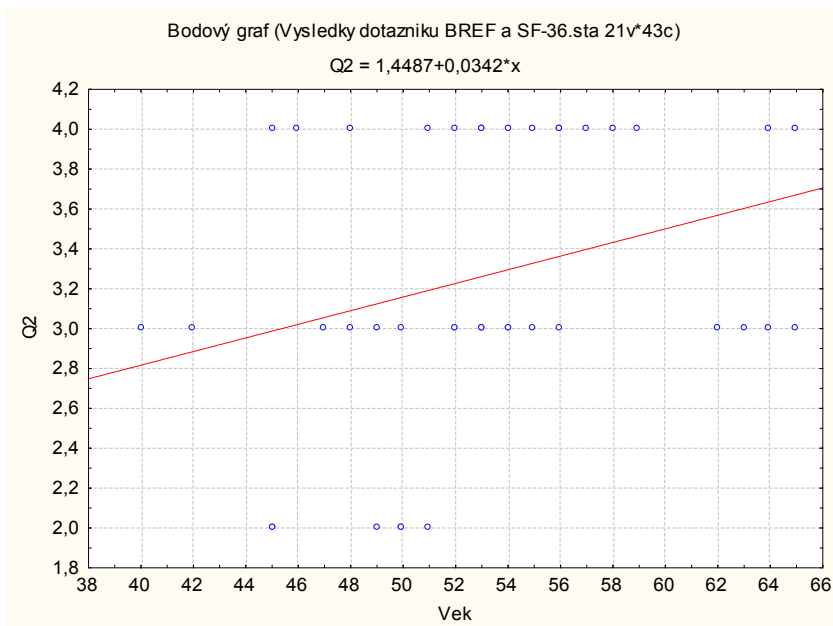
Tab. 3: Závislost domén dotazníku WHOQoL-Bref na věku (Spearmanův korelační koeficient). Označené korelace jsou signifikantně významné ($p < 0,05$).

	Doména					
	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí	Q1	Q2
Korelační koeficient věk vs	0,27	0,26	<u>0,46</u>	0,27	0,26	<u>0,35</u>

Graf 1: Znázornění závislosti hodnocení sociálních vztahů na věku (doména 3 dotazníku WHOQoL-Bref)



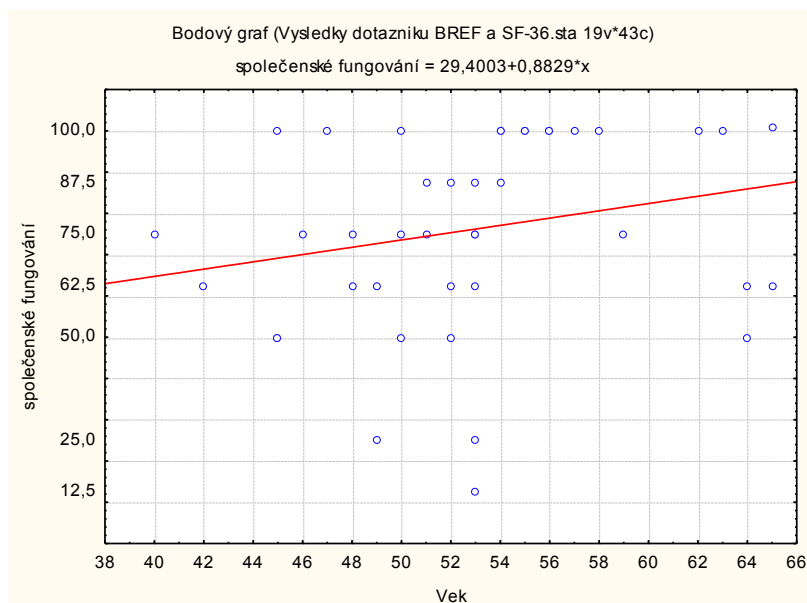
Graf 2: Znázornění závislosti hodnocení spokojenosti se zdravím na věku (otázka Q2 dotazníku WHOQoL-Bref)



Tab. 3: Závislost domén dotazníku SF-36 na věku (Spearmanův korelační koeficient). Označená korelace je signifikantně významná ($p < 0,05$).

	Doména						
	fyzická činnost	omezení pro fyzické problémy	tělesná bolest	celkové zdraví	energie /únava	společenské fungování	omezení pro emoční problémy
Korelační koeficient věk vs	0,17	0,20	0,04	0,20	0,28	<u>0,36</u>	-0,03

Graf 3: Znázornění závislosti společenského fungování na věku (doména 6 dotazníku SF-36)



DISKUZE A ZÁVĚR

V průzkumném šetření byly v obou dotaznících zjištěny statisticky významné korelace na věku v doméně sociálních vztahů. Dále pak u dotazníku WHOQoL-Brefu otázky Q2 a v doménách jedna a tři signifikantně významné snížení kvality života oproti běžné populaci ($p < 0,05$). Lze tedy konstatovat, že průzkumné šetření prokázalo nutnost zlepšení především sociálních vztahů hypertoniků s rostoucím věkem. Sociální podpora pomáhá nemocným zvládat obtíže. Je všeobecně známo, že k tzv. civilizačním chorobám mají sklon lidé s vyšší mírou stresu a nižší sociální oporou. Jedinci, kteří mají rozvinuté sociální vazby, mají lepší fyzické a psychické zdraví. Každý jedinec očekává v případě potřeby sociální oporu a je přesvědčen, že v jeho okolí jsou lidé připraveni mu v případě nouzi pomoci. Sociální opora je pomoc, kterou člověk v nepříznivé životní situaci obdržel. Forma sociální opory může být informační, emoční, instrumentální a hodnotící.

Hypertenze patří k nejrozšířenějším onemocněním v ordinacích praktických lékařů a jiných odborníků. Sociální oporou nemocnému může být nejen lékař, především sestra. V roce 2008 byla Milderem a jeho spolupracovníky provedena studie zaměřena na četnost a obsah doporučení ohledně režimových opatření praktických lékařů během návštěv pacientů s hypertenzí. Výsledky byly velmi neuspokojivé. Průměrná délka návštěvy pacienta v ordinaci byla 10 minut. Pouze u 40% těchto návštěv byla vedena diskuse ohledně životosprávy, z nichž u 81% trvala méně než $\frac{1}{4}$ z celkové délky návštěvy.

Do průzkumného šetření byli zařazeni nemocní v produktivním věku. S přibývajícím věkem stoupá u nich riziko výskytu dalších přidružených onemocnění, které mohou zhoršit kvalitu života. V centru zájmů odborníků nejen v zahraničí, ale i u nás je sledování kvality života různých onemocnění. Hypertenze je jednou z nich. Musíme mít na mysli, že každé onemocnění s sebou přináší obtíže nejen v oblasti fyzické, ale i v oblasti psychosociální.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] COZMA, C., D., MITU, F., SZALONTAY, A. Socioeconomic status and psychological factors in patients with essential hypertension. *Revista de cercetare [i interven] ie social*, 2014, vol. 44, pp. 147-159. ISSN 1584-5397 (electronic)
- [2] DRAGOMIRECKÁ, E. WHOQOL-BREF, HOQOL-100. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-824.
- [3] GURKOVÁ, E. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [4] HU, GLI, TARA Theassociationoffamilysocial support, depression, anxiety and self-ef ficacywithspecifichypertensionsself-care behaviours in Chineselocalcommunity. *JournalofHumanHypertension*, 2015, 29, 198-203
- [5] KAREN, I., FILIPOVSKÝ, J. Arteriální hypertenze: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2014. ISBN 978-80-86998-71-8.
- [6] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- [7] MAGRIN, M., E., D'ADDARIO, M., GRECO, A., MIGLIORETTI, M., SARINI, M., SCRIGNARO, M., STECA, P., VECCHIO, L., CROCETTI, E. Social Support and Adherence to Treatment in HypertensivePatients: A Meta-Analysis. *ann. behav. med.* (2015) 49:307–318 The Society ofBehavioralMedicine 2014.
- [8] Milder I. E. J. ET AL., GROOT, J., BEMELMANS. Lifestylecounseling in hypertension-relatedvisits--analysisof video-tapedgeneralpracticevisits. *BMC FamilyPractice* [online]. 2008, vol. 9, issue 1, s. 58- [cit. 2015-02-10]. DOI: 10.1186/1471-2296-9-58. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2577675/>
- [9] PAYNE, J. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- [10] SORMAN, D., E. BloodPressureLevels and LongitudinalChanges in RelationSocial Network Factors. *PsychologicalTopics*, 25, 2016, 1, 59-73 YAGOUB YOUSIF AL-KANDARI <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21271283> -
- [11] RelationshipofStrengthofSocial Support and FrequencyofSocialContactwithHypertension and General Health. Status AmongOlderAdults in the Mobile Care Unit in Kuwait. *J CrossCultGerontol* (2011) 26:175–187

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION



ABSTRAKT

The author focused on assessing the quality of life in patients with hypertension who came for follow-up in a general outpatient practice. A combination of two types of questionnaires was employed in the research, namely WHOQoL-BREF and SF-36. Decreased quality of life was identified in the first and fourth domains and in Question 2 (Q2). The results were produced at a level of statistical significance $p < 0,05$. Hypertension ranks among the most highly prevalent conditions in general outpatient practices and in specialist practices. Improvements in quality of life can be achieved not only by compliance with treatment regimens, but also by means of extended social support, especially that of close relatives.

Conclusion: The use of non-pharmacological methods of pain therapy appears to be effective and leads to an effective pain relief for procedural performance as taking blood from the newborn's heel.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo nám. 14
746 01 Opava
e-mail: Jana.Haluzikova@fvp.slu.cz

KEYWORDS:

quality of life, hypertension, WHOQOL-BREF, SF-36

*Příspěvek vznikl v rámci projektu IGS SU
14/2015*

SEN: POHLED ZA OPONU VĚDOMÍ?



HANA LOCIHOVÁ
SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA
UNIVERZITA V BRATISLAVE
VZDĚLÁVACÍ A VÝZKUMNÝ
INSTITUT AGEL (VAVIA)

HANA PADYŠÁKOVÁ
SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA
UNIVERZITA V BRATISLAVE

ABSTRAKT

Spánek je nezbytnou a důležitou součástí života každého z nás. K spánku neodmyslitelně patří snění. Definovat sen při hlubším zamyšlení není zcela jednoduché. Sny jsou hodnoceny z různých hledisek: podle druhu snů, frekvence vybavování snů. Limitace tohoto fenoménu vychází z omezených možností hodnocení fungování mozkových struktur průběhu spánku.

KLÍČOVÁ SLOVA:

spánek, sny, vědomí, vybavování snů,
noční můry

ÚVOD

Spánek je nezbytnou a nedílnou součástí každého z nás. Jeho prostřednictvím dochází k regeneraci psychických, fyzických sil a je důležité pro zachování a správné fungování nejen metabolických procesů ale i kognitivních funkcí. Definovat sen z ošetřovatelského pohledu se může zdát zbytečné, vždyť přece každý se s tím setkal. Každý z nás si jistě pamatuje alespoň pár snů, které se mu zdály. Otázkou je, zda ovlivňují emoce obsah našich snů a co tvoří hranici mezi sny, noční můrou a halucinacemi.

VĚDOMÍ

Co se však samotného vědomí týče, nacházíme se na začátku dobrodružné pouti a to i přes to, že narůstající empirická evidence a nově vznikající teorie odhalují vědomí jako něco mnohem podivuhodnějšího. Vznik vědomí a jeho specifická povaha zůstávají jednou z největších záhad, před nimiž současný intelekt stojí. Podle Marvana (2015) existují dva rozdílné teoretické přístupy vědomí a tím je přístup „shora“: filosofické teorie vědomí: reprezentují názory a směry filosofů, obvykle se nezabývají empirickými detaily neurálních mechanismů, které vědomí realizují a druhý přístup „zdola“ zaměřen k jakým výsledkům dospělo současné neurovědecké poznání v hledání neurálních korelátů vědomí (minimální dostatečná neurální struktura, jejíž aktivace doprovází vědomé procesy).

Havlík (2012) klade akcent, že existují dva ústřední pojmy, kterými jsou vigilita (bdělost - awake, vigilant, alert) a lucidita (jasnost - awareness):

- Vigilitu lze definovat jako vědomí základní, u něhož jde především o jeho charakter vůči střídajícím se cyklům mezi spánkem a bdělostí. Bdělost je základem jakéhokoli projevu vyššího vědomí, ať už je to vnímání vnějšího světa.
- Lucidita je vystavěna na předpokladu bdělosti a je spojena s veškerými projevy vědomí. (Vnímání, paměť, emoce, nálady, vědomí uvědomování si svého vlastního já a vědomí atd.) lucidita dělí na dvě komponenty, a to: vědomí sebe sama a vědomí vnějšího prostředí.
- Kombinace těchto dvou prvků – vigility a lucidity – je receptem, jímž se určuje tzv. úroveň vědomí: pojem, kterým se v klinických podmínkách rozlišuje několik standardních typů vědomí.

V rámci operacionalizace pojmů je nutné definovat arousal: míra vnitřního napětí, úroveň aktivace organismu, jeho doba před usnutím je doplňována přívlastkem pre-sleep.

SPÁNEK

Již Shakespeare ve svém Hamletovi považuje smrt za sestru spánku. Spánek byl po tisíciletí považován za pasivní děj v současnosti je zřejmé, že se jedná o aktivní děj, kdy je nutná spolupráce mnoha mozkových oblastí. „Spánek: periodicky se opakující stav klidu s minimální pohybovou aktivitou v typické poloze, s omezenou reaktivitou na zevní podněty a s mentální činností mozku odlišnou od bdělého stavu, okamžitě reverzibilní stav“ (Honzák, 2007, 21s.).

Bdělost, REM (rapid eye movement: rychlé oční pohyby) a NON REM spánek jsou tři základní funkční stavy řízení organismu.

Spánek se dělí na 2 typy:

Non REM fáze: (non-rapid-eye-movement - spánek synchronní), mající čtyři stadia. První stadium (N1) je usínání, jedná se o velmi mělké stadium, kdy externími podněty jsme velmi rychle vzbuzeni. Druhé stadium (N2) je hlubší fáze a tvoří jakýsi pomyslný přechod do nejhlubších fází Non REM (N3 a N4) nebo přechod do REM fáze. Stadium N3 a N4 jsou brány jako nejhlubší fáze spánku, často nazývané jako tzv. fáze delta. I v této fázi se podle posledních provedených výzkumů mohou vyskytovat sny. REM fáze: (rapid-eye-movement- spánek paradoxní): spánek se snovou aktivitou, EEG je podobné bdělosti, hloubka spánku je mezi stádiem 2-3 Velmi aktivní stadium s vysokým stupněm mozkové aktivity.

SNY

Pro celá staletí jsou vytvářeny teorie o tom, proč spánek existuje, co znamenají a jak vznikají ve spánku sny, jaký je jejich význam. Když byl v roce 1953 popsán spánek REM, zdálo se, že výzkum snů se zásadním způsobem posunul (před 50 lety se zdálo, že se sny vyskytují téměř výhradně v REM spánku). Nyní již to tak zcela neplatí. V současné době je na tomto poli stále živěji. V odborné obci se vedou diskuze, zdali stadia spánku vedou k různým typům snů a nakolik mohou různé charakteristiky snů (např. nelogičnost, míra jejich uchování) souviset s rozvojem duševních poruch. Vzniklo mnoho teorií počínaje jejich úloze při čištění mozku od zbytečností až po teorie o významu snů pro formování paměti za účelem kreativního řešení problému. Jak uvádí Nevšimalová (2007) podle současných poznatků funkcí snů je pravděpodobně jejich hlavní role při hledání optimálního řešení problému. Také panuje shoda, že sny patří ke zdravému spánku a úplná absence snů je v současnosti považována za významný negativní faktor při hodnocení kvality spánku. Pretl (2007) popsal korelaci spánku a konsolidaci paměti, a tím rozvoj nové dimenze spánek/ paměť. Výstupem mnoha studií převládá názor, že spánek REM má význam pro vývoj procedurální (implicitní) paměti, sloužící k vývoji a učení se motorické koordinace a dovednosti, zatímco spánek NON REM má význam pro paměť

deklarativní (explicitní), sloužící k zapamatování dějů a informací. Dále Nevšimalová (2006) zúžila definici snu: jakákoliv duševní aktivita vyskytující se ve spánku. Význam a obsah snů mnohdy profiluje individuální vývoj a životní osud jedince – tedy emoční náboj snů odpovídá emocím jedince v průběhu bdění. Autorka také vyvrací domněnku, že sny duševně nemocného vždy odrážejí jeho poruchu. Významný dopad snů na psychiku je u osob postižených posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD), jež mají velmi živé sny a obsah jejich snů se může objevovat také při bdění ve formě flashbacků (náhlý, nečekaný pseudohalucinační prožitek stresové události). Podle Čapkové (2015) emoční pre - sleep arousal, kdy je nadměrně aktivní mysl obavami je velmi často silně zastoupena u hospitalizovaných pacientů. Emoční prožívání v době před usnutím výraznou měrou přispívá k problémům se spánkem. Vtíravé myšlenky významně sužují pacienta, narušují aktivitu, jež člověk se chystá vykonat- tedy spánek. Vtíravé myšlenky lze rozdělit do dvou druhů na obavy a ruminace, ačkoliv se na první pohled mohou zdát, že se termíny překrývají při hlubší faktorové analýze lze jasně rozlišit jejich obsah. Obava je jasně negativně emočně zabarvena a směřuje většinou na budoucnost zatímco ruminace je oproti tomu procesem, kdy se jedinec snaží odhalit důvody pro své stávající pocity (obrací svou pozornost do minulosti).

Přínosem ve výzkumu snění ve vztahu k emocím jsou experimentální práce E. Hartmanna, kdy jeho teorie je založena na třech aspektech: fungování mozkových struktur v průběhu spánku, vliv osobnosti a vliv emocí na charakter snu.

Plháková (2013) rozděluje sny:

- a) Fantastické sny: neobvyklé obrazy, které mohou u některých jedinců podněcovat k tvořivé činnosti, odrazem kreativity jedince.
- b) Sny založeny na běžných zážitcích: inspirace v reálných podnětech (prostředí, lidé, situace, vzpomínky). Jejich výklad je možné interpretovat jako zrcadlení situace z předchozího dne a doplnění toho co v nich chybí. Doplnují a korigují, jsou často ventilem pro uvolnění tlaku z běžných konfliktů.
- c) Lucidní sny: ve většině snů si myslíme, že jsme vzhůru a až po probuzení si uvědomíme, mnohdy s úlevou, že jsme pouze snili. Uvnitř lucidního snu jsme schopni sebe reflektivního uvědomění, můžeme ovládat sebe sama, pohyby, myšlenky a tak ovlivňovat i představované snové obrazy.
- d) Rekurentní sny: snové prožitky, které se objevují ve snění jedince opakovaně v rámci dlouhé časové periody. Např. létání, nahota, pronásledování, pády. Zvláštní podkategorií jsou sny po traumatu, v rámci posttraumatické stresové poruchy se opakovaně objevují sny, které zrcadlí zážitky z traumatizující události.

Frekvence vybavování snů (dream recall frequency: DRF) podle Schredla (2008) souvisí s propustností hranic naší mysli. Podle neurobiologických výzkumů je pravá hemisféra zodpovědná za vytvoření snového obrazu a levá za jeho reprodukci po probuzení. Na

základě tohoto tvrzení výše zmíněný autor se snažil najít souvislost vlivu praváctví a leváctví na vybavování snů. Praváci a osoby s nevyhraněnou dominantní rukou si lépe vybavují sny než leváci. Jedná se spíše jen o teorii konspirační a na základě výzkumů panuje shoda, že vybavnost snů je ovlivněna:

- a) kvalitou spánku: osoby s horší kvalitou (povrchní spánek a jeho fragmentace) si sny vybavují více (předpokládaná souvislost mezi emočními prožitky a zvýšeným stresem během dne a nočními sny).
- b) gender: ženy si vybavují své sny častěji než muži (snová socializace),
- c) zájem o sny: pozitivní vztah ke snům zvyšuje frekvenci jejich vybavnosti.
- d) věk: zvyšuje se v období adolescence, v průběhu dospělosti se výrazně nemění a ve vyšším věku začíná klesat (dána změnou spánkové architektury),
- e) Fáze spánku: ve kterém je spící probuzen: je-li probuzen v REM fázi je vybavnost snů okolo 74% s živým obsahovým nábojem, dojde-li k probuzení v NON REM: vybavnost okolo 17% sny jsou bez náboje, pomíjivé.

Nevšímalová (2007) uvádí, že během spánku se také můžeme setkat i s jinými abnormálními projevy, které se vyskytují při usínání, v průběhu spánku, během probouzení jedná se o tzv. parasomnie. Některé parasomnie jsou vázány převážně na NON REM (maximum výskytu v dětství) jiné na REM spánek. Patří zde např. noční můry: opakované děsivé sny v průběhu REM spánku. Způsobují velmi nepříjemný zážitek, který vede k probuzení a je spojen s výrazným emočním doprovodem (strach, úzkost), po probuzení často úplná orientace a jasná vzpomínka na proběhlý sen. Opětné usínání může být velmi obtížné. Provokačními faktory mohou být negativní duševní zážitky, zevní faktory, farmakologicky navozeny stavy (beta-blokátory).

Během spánku se můžeme setkat s tzv. spánkovými halucinacemi, (které je třeba podle Plhákové odlišit od snů): dochází k prolínání snové aktivity do bdělosti, předpokládá se souvislost s myšlenkovými pochody a představami, vjemy převážně zrakové, které mohou probíhat při usínání (hypnagogická halucinace) nebo při probuzení (hypnopompická halucinace). Halucinace často nepříjemný obsah, živý charakter. Nemocný si může i nemusí být vědom klamnosti vjemů. U pacientů vysoké riziko poranění (v hrůze mohou opustit lůžko a zranit se).

ZÁVĚR

Dá se říci, že právě rozmanitost a omezené možnosti zkoumání, vycházející z metodologických limitů (sen probíhá ve spánku, zatímco jeho výzkum jsme schopni realizovat jen za bdělého stavu). Sny mají pro nás zcela jistě důležitou psychologickou funkci, jsou pro nás neomezeným zdrojem kreativního řešení emočního problému, přispívá k nalezení cest zpracovat problém a tím podporuje naše duševní zdraví. Pro dosažení poskytování humanisticky orientované ošetrovatelské péče je významné, aby sestra mněla prostor na komunikaci s pacientem a vyslyšela jeho vyjádření o tom, jako hodnotí svůj spánek a co se mu zdálo ve snu.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] MARVAN, T.; POLÁK, M. 2015. *Vědomí a jeho teorie*. 2 vyd. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2015. 159 s. ISBN: 978-80-7465-138-0.
- [2] NEVŠÍMALOVÁ, S.; ŠONKA, K. et al. 2007. *Poruchy spánku a bdění*. 2 vyd. Praha: Galén, 2007. 345 s. ISBN: 978-80-7262-500-0.
- [3] HAVLÍK, M. 2012. *Vědomí a úrovně vědomí. Dva rozdílné teoretické přístupy vědomí*. [online]. Citované dne: [2016-02-26]. Dostupné z: https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/6556/Havlik_1.pdf?sequence=1
- [4] HONZÁK, R. 2015. Některé nové poznatky o mechanismu spánku. In *Psychosom*. ISSN: 2336-7741, 2015, 13(2), 90-100s.
- [5] PRETL, M. 2007. Spánek a jeho nejčastější poruchy. In *Psychiatrie pro praxi*. ISSN: 1213-0508, 2007, 3, 126-128 s.
- [6] NEVŠÍMALOVÁ, S. 2006. Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života. In *Neurologie pro praxi*. ISSN: 1213-1814, 2006, 2, 94-98s.
- [7] ČAPKOVÁ, K. *Vliv arousalu a vybraných strategií k ovládnutí vtíravých myšlenek na kvalitu spánku*. Brno, 2015, bakalářská práce (Bc.) MASARYKOVA UNIVERZITA V BRNĚ. Fakulta sociálních studií.
- [8] PLHÁKOVÁ, A. 2013. *Spánek a snění. Vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití*. 1.vyd. Praha: Portál, 2013. 264s. ISBN: 978-80-262-0365-0.
- [9] SCHREDL, M. 2008. Dream recall frequency in a representative German Sample. In *Perceptual and motor skills* ISSN: 0031-5125, 2008. 106(3) 699-702 s.

DREAM: VIEW BEHIND THE SCENES OF CONSCIOUSNESS?



ABSTRACT

Sleep is a necessary and important part of everyone's life. The inherently belong sleep dreaming. Define dream on second thought, it is not simple. Dreams are evaluated from different perspectives: by the type of dream recall frequency of dreams. Limitations of this phenomenon is based on limited options evaluation of the functioning of brain structures during sleep.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Hana Locihová, MPH
Slovenská zdravotnícka univerzita
v Bratislave
Fakulta ošetrovateľstva
a zdravotníckych odborných štúdií
Limbová 14
833 03 Bratislava
Slovenská republika
Vzdělávací a výzkumný institut AGEL
(VAVIA)
Mathonova 291/1
796 04 Prostějov
Česká republika
e-mail: h.reichelova@seznam.cz

doc. PhDr. Hana Padyšáková, PhD.
Slovenská zdravotnícka univerzita
v Bratislave
Fakulta ošetrovateľstva
a zdravotníckych odborných štúdií
Limbová 14
833 03 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: hana.padysakova@szu.sk

KEYWORDS:

sleep, dreams, consciousness, dream
recall, nightmares

SYSTEM PRAVIDELNEHO POVINNEHO A NEPOVINNEHO OCKOVANI DETI V CESKE REPUBLICE

ZDENKA TRUCKOVA
IVA BRABCOVA
JIHOCESKA UNIVERZITA
V CESKYCH BUDJOVICICH



ABSTRAKT

Cílem předkládaného příspěvku je definovat pojem imunita a očkovací látka, popsat princip očkování a charakterizovat systém povinného a nepovinných očkování dětí v České republice. Jde o teoretickou přehledovou práci. K naplnění cíle bylo použito kvalitativní výzkumné šetření s využitím techniky sekundární analýzy relevantních zdrojů. Vyhledávání informací o zkoumané problematice vycházelo z odborných, vědeckých publikací a české legislativy. Očkování je součástí preventivní péče o děti a má v České republice dlouholetou tradici. Vlivem antivakcinačních kampaní v médiích však proočkovanosť u nás klesá. Mladí rodiče nemají dostatek informací o významu očkování. V zájmu udržení vysoké úrovně zdraví dětské populace v oblasti prevence infekčních onemocnění je třeba poskytnout rodičům, konkrétní informace o významu očkování, zveřejnit historická fakta a odborné studie, vysvětlit možné nežádoucí reakce očkování a zároveň také zdravotní rizika neočkování.

KLÍČOVÁ SLOVA:

prevence, imunita, očkování dětí,
očkovací látka, sestra

ÚVOD

Imunita je schopnost organismu odolávat napadení a působení cizorodých látek a patogenů. Immunire z latiny znamená opevňovat. Principem očkování je umělé vpravení antigenu do organismu za účelem tvorby protilátek. Jednotlivé druhy očkování v České republice dělíme na pravidelné očkování, zvláštní očkování, mimořádné očkování, očkování při i úrazech, poraněních a nehojících se ranách, očkování před cestou do zahraničí a očkování na žádost (Švejda, 1987; Dáňová a Částková, 2008).

Očkování funguje na principu ochranných reakcí těla a imituje přirozenou imunitní reakci. Pro dosažení potřebné hladiny protilátek se v závislosti na druhu a vlastnostech konkrétní očkovací látky aplikuje jedna či více dávek základního očkování. K dosažení imunity obvykle dochází za jeden až tři týdny po ukončení základního očkování. Podle potřeby se provádí přeočkování, aby se imunita získaná očkováním prodloužila. Optimální rozvržení dávek je pevně stanoveno, aby bylo dosaženo dlouhodobého udržení vysokých hladin protilátek a tedy i imunity (Beran, 2006; Beran, Havlík a kol., 2008). Imunizace znamená vytvoření imunity proti antigenu. Rozdělujeme ji na přirozenou aktivní a pasivní, a umělou aktivní a pasivní. Přirozená aktivní imunizace je tzv. postinfekční, po přirozeném setkání s antigenem, proděláním nemoci. Přirozená pasivní imunizace je zprostředkována Imunoglobuliny G, které volně přestupují placentární bariérou z oběhu matky do oběhu plodu. Umělá aktivní imunizace se provádí naočkováním antigenem. Umělá pasivní imunizace se provádí aplikací protilátek (Švejda, 1987).

Imunizace je nejprospěšnější a nákladově nejvýhodnější prevencí nemocí. Účinnost očkování můžeme pozorovat na srovnání nemocnosti a úmrtnosti na infekční choroby před a po zavedení očkování.

Cílem předkládaného přehledového článku práce je definovat pojem imunita a očkovací látka, popsat princip očkování a charakterizovat systém povinného a nepovinných očkování dětí v České republice.

MATERIÁL A METODY

Předkládaná publikace je zpracována jako přehledový článek, v rámci které bylo použito kvalitativní výzkumné šetření s využitím techniky sekundární analýzy relevantních zdrojů. Jednalo se o systematickou vlastní rešeršní činnost s dohledanými zdroji. Po analýze získaných dat, následovala jejich syntéza, komparace a zhodnocení (review). Vyhledávání informací o zkoumané problematice čerpalo z odborných, vědeckých publikací a české legislativy. Rešerše relevantních zdrojů vycházela z těchto klíčových slov: prevence, imunita, očkování dětí, očkovací látka, dětská sestra. Sběr primárních dokumentů probíhal od července 2015 do srpna 2016. Předmětem zdrojů bylo vysvětlit význam očkování, popsat na jakém principu funguje očkování, definovat očkovací látku,

vyjmenovat druhy očkování, popsat systém povinného a nepovinného očkování dětí v České republice.

VÝSLEDKY A DISKUZE

OČKOVACÍ LÁTKA, PŘEHLED OČKOVACÍCH LÁTEK V ČESKÉ REPUBLICE

Očkovací látku (vakcínu) lze definovat jako preparát, který obsahuje antigeny jednoho či více mikroorganismů a po aplikaci člověku či zvířeti vyvolá protilátkovou odezvu, navodí vznik aktivní imunity proti specifické nemoci.

Slovo vakcína je odvozeno od latinského vacca – kráva. Poprvé bylo očkování experimentálně použito proti pravým neštovicím virem kravských neštovic. Z historie očkování víme, že roku 1796 britský lékař Edward Jenner poprvé očkoval malého chlapce proti pravým neštovicím (variole), k tomuto očkování experimentálně použil virus v podobě prášku strupu z kravských neštovic. Roku 1885 francouzský vědec Louis Pasteur použil oslabený virus vztekliny k vakcinaci proti vzteklině. V obou případech se očkování jedinci stali vůči přirozené infekci imunní a po setkání s infekcí se u nich nemoc neprojevila (Beran, 2006). Imunoprophylaxe je postup, jehož cílem je zvyšování specifické imunity vůči infekčnímu agens. Rozlišujeme dva typy imunoprophylaxe: při aktivní imunizaci navozujeme specifickou imunitu podáním očkovací látky a při pasivní imunizaci podáváme již vytvořené protilátky hyperimunní séra (Law a Hangaetner, 2008). Pro úspěšnou imunizaci je nutná kvalitní, bezpečná a účinná vakcína, přiměřený počet dávek základního očkování a dodržení časového schématu očkování, její správná aplikace, imunitně vyzrálý jedinec s genetickými předpoklady pro odpověď na daný antigen. Očkování musí být prováděno sterilním způsobem, na správné místo a vhodnou injekční jehlou (Petráš, 2007). Kontraindikace očkování dělíme na dočasné: akutní onemocnění, rekonvalescence, inkubační doba a trvalé jsou kongenitální imunodeficientní stav, maligního onemocnění, to se týká především podání živých vakcín; anafylaktický typ alergie vůči některé z komponent vakcíny např. vaječná bílkovina a těžká nežádoucí reakce po prvním podání vakcíny. Zvláště posuzujeme osoby léčené imunopresivou a neurologická onemocnění (Šterzl, 2005; Petráš 2011).

Vakcíny dělíme podle způsobu přípravy na atenuované, živé oslabené vakcíny, vzniklé pasážováním na kultivačních médiích (bakterie nebo virus ztrácí svoji patogenitu, při zachování své antigenní struktury). Jsou schopny navodit protektivní imunitu. Používají se k prevenci spalniček, zarděnek, příušnic, dětské obrny, tuberkulózy a žluté zimnice. K důležitým vakcínám patří vakcíny proti rotavirům a proti planým neštovicím. Druhou skupinou jsou inaktivované, suspenze usmrcených bakterií nebo virů bez poškozených povrchových antigenů, takže zcela ztrácí schopnost vyvolat infekční onemocnění. Buď se použije celá bakterie (celobuněčné) nebo jen její část – toxin zbavený toxického účinku. Jde o kombinované vakcíny proti záškrtu, tetanu, chřipce, vzteklině, hepatitidě A. Třetí

skupinu tvoří anatoxiny, jde o bakteriální toxiny, které jsou upraveny tak, že neškodí, ale podněcují tvorbu protilátek. Používají se k prevenci infekčních onemocnění, pro jejichž rozvoj hraje toxin bakterie důležitou roli. Čtvrtou skupinu tvoří subjednotkové vakcíny, jde o virové částice, štěpící se a purifikující se. Odstraněním toxických částí virového antigenu se snižuje reaktivita, výhodou je menší výskyt nežádoucích účinků a patologických reakcí na očkování (chřipka). Pátou skupinou jsou konjugované vakcíny, jde většinou o T-independentní polysacharidový antigen konjugovaný s imunogenním proteinem. Imunitní systém malých dětí by totiž nedokázal reagovat na samotný antigen jako je pneumokok, meningokok, Haemophilus influenzae typ B. Šestou skupinou jsou rekombinantní vakcíny (vektorové) připravované genetickou cestou, kdy gen z viru, kvasinek nebo bakterií nebo parazita který kóduje vznik specifického antigenu, vytvoří velké množství protilátek hepatitis B, pertusse. Tento gen se inkorporuje do jiného organismu např. bakterie Escherichia coli, jež poté produkuje specifický antigen. DNA vakcína je obdoba rekombinantní vakcíny s tím rozdílem, že nosičem je celá DNA, která se vnese do buňky očkované osoby. Tato vakcína je prozatím ve stádiu experimentů. Osmou skupinu tvoří syntetické vakcíny, připravené chemicky, kde se očekává vysoká biologická a chemická čistota a nízká cena. Devátou skupinou je vakcína, připravená z patogenního kmene kultivovaného od postižené osoby. Je tak šitá na míru konkrétnímu pacientovi, přičemž v podstatě nejde o očkování, ale o imunostimulaci (Šterzl, 2005; Smíšek, 2008; Petráš, 2007).

PRAVIDELNÉ POVINNÉ OČKOVÁNÍ DĚTÍ V ČESKÉ REPUBLICCE

Pravidelné očkování dětí se řídí vyhláškou č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. Plošné očkování zahrnuje očkování proti devíti nemocem a provádí jej praktický lékař pro děti a dorost (Petráš, 2014).

Očkování je součástí preventivních prohlídek, je ze zákona povinné a jeho ignorování je postižitelné. Jeho smyslem je motivovat dětský organismus k tvorbě ochranných protilátek, které pak dítě při styku s infekčním onemocněním ochrání a zabrání vzniku nemoci. Tvorba protilátek probíhá postupně, k dosažení maximálního účinku očkování je nutné podat očkovací látku opakovaně v předem stanovených intervalech (Beran, Havlík a kol. 2008).

Očkování chrání děti v jejich nejrizikovějším období, kdy jsou náchylné k řadě onemocnění. Pravidelné očkování dětí proti infekčním nemocem pomohlo snížit a omezit výskyt řady onemocnění. Díky dobré proočkování české populace se již nesetkáváme s přenosnou dětskou mozkovou obrnou, tetanem, jen vzácně se spalničkami, zarděnkami (Vincentová, 2007).

Významným předpokladem práce dětské sestry při očkování je edukace rodičů a jejich získání ke spolupráci. Je nutné rodičům vysvětlit význam očkování, informovat je, jak

očkovaní bude probíhat, doporučit po očkovaní setrvat nejméně 15 minut v čekárně v klidu kvůli ojedinělým možným nežádoucím účinkům (Machová, Suchanová, 2013).

Plošné očkovaní dětí Hexavakcínou proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, virové hepatitidě B, Haemophilus influenzae b a dětské obrně se provádí třemi základními a jednou posilující dávkou od 9. týdne věku dítěte. V současnosti probíhá v odborné veřejnosti diskuze o možnosti snížení počtu očkovaní Hexavakcínou o jednu dávku. Základní očkovaní proti zarděnkám, spalničkám a příušnicím se provede živou očkovací látkou, a to nejdříve první den patnáctého měsíce po narození dítěte. Přeočkovaní se provede jednou dávkou za 6 až 10 měsíců po provedeném základním očkovaní. Přeočkovaní proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli se provádí v 5 letech látkou Boostrix, což je rovněž trojkombinace, avšak pertusová složka je acelulární, takže po očkovaní by nemělo dojít k žádné nežádoucí reakci, kterou jsme občas vídali při klasickém očkovaní vakcínou Ditepe. Přeočkovaní proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli a dětské obrně se provádí v 11. letech očkovací látkou Boostrix Polio, kde jak vyplývá z názvu, je i dětská obrna (Beran, Havlík a kol. 2008).

Metodika provádění pravidelného očkovaní v roce 2015, kterou vydala Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, je určena smluvním poskytovatelům zdravotní péče a zdravotním pojišťovnám. Upravuje způsob zajištění a provádění pravidelného povinného plošného očkovaní (včetně očkovaní rizikových pacientů) v souladu s § 30 odst. 2 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve smyslu vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkovaní proti infekčním nemocem (Svaz zdravotních pojišťoven, 2015).

NEPOVINNÉ OČKOVÁNÍ DĚTÍ V ČESKÉ REPUBLICCE

Očkovaní proti pneumokokům, které způsobují záněty mozkových blan, záněty plic a středouší, je zajišťováno očkovacími látkami Synflorix (obsahuje protilátky proti 10 kmenům) nebo Prevenar (obsahuje 13 kmenů a je hrazen pojišťovnou pouze částečně). Očkuje se v prvním roce 4x současně s Hexavakcínou. tj. ve 3, 4, 5 a 12 měsících.

K očkovaní proti infekcím rotaviry, které se projevují průjmem, teplotami a zvracením, se používají očkovací látky Rotarix a Rotateq. Onemocnění je charakteristické zejména pro kojence.

Proti hepatitidě typu A se očkuje dvěma dávkami očkovací látky Havrix, Twinrix a Vaqta, nejlépe po druhém roce života. Jedná se o onemocnění tzv. „špinavých rukou“, protože se přenáší špinavými rukama, nemytými potravinami, šíří se často v dětských kolektivech. Lze zakoupit očkovací látku kombinovanou proti hepatitidě A i B (Petráš, 2014).

Proti meningitidě (zánětu mozkových blan), závažnému onemocnění obalů mozku, které může přecházet do mozkové tkáně, se očkuje očkovacími látkami Bexsero, Menjugate, Menveo, Neisvac C, Polysacharidovou meningokokovou vakcínou A+B. Existuje několik

typů – A, B, C, Y, W135, X, D. Používá se očkovací látka Bexsero proti B kmenům, které jsou nejčastější příčinou zánětlivého onemocnění mozkových blan a vyvolávají nejtěžší formy onemocnění. Dětem obvykle stačí jedna dávka, kojencům se dávají nejméně 2 dávky.

Při očkování proti planým neštovicím očkujeme očkovací látkou Priorix Tetra a Varilrix a můžeme očkovat spolu s povinným očkováním proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, anebo individuálně. Očkuje se 2x (Petráš, 2014).

U dětí se provádí očkování proti rakovině děložního čípku vakcínou Silgard a Cervarix, obě tyto látky obsahují protilátky proti kmenům Human papiloma viru (HPV). Infekce se nejčastěji projeví onemocněním zevního genitálu a rakovinou děložního čípku. Bezplatné nepovinné očkování proti HPV se provádí mezi 13. a 14. rokem života děvčat a je plně hrazeno zdravotní pojišťovnou (Velemínský, 2015).

Očkování proti chřipce očkujeme očkovací látkou Fluarix, Vaxigrip, Influvac. Všechny vakcíny obsahují dva typy usmrčené chřipky typu A a B. Děti do tří let se očkují dvěma polovičními dávkami a děti starší 9 let jen jednou dávkou. Očkování proti klíšťové encefalitidě očkujeme očkovací látkou Encepur a FSME. Očkujeme třemi dávkami a další přeočkování je po 5 letech.

Celoplošné očkování proti tuberkulóze bylo v České republice zrušeno od listopadu 2010 s odůvodněním, že je u nás snížený výskyt tohoto onemocnění, a proto se provádí u rizikových novorozenců s indikacemi, které posoudí lékař novorozeneckého oddělení, případně registrující lékař pro děti a dorost (Petráš, 2014), anebo na žádost rodiče. Dítě v rizikové skupině, které splňuje podmínky indikace k očkování proti tuberkulóze, je na základě žádosti zákonného zástupce dítěte a lékaře spolu s vyplněným dotazníkem a s doporučením lékaře odeslán na pracoviště kalmetizace. Zde je provedeno očkování podle metodiky provádění pravidelného očkování v roce 2015, tato metodika je určená pro potřeby praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost a pro pracoviště kalmetizace. Metodika je dostupná na webových stránkách MZ ČR a zdravotních pojišťoven (Svaz zdravotních pojišťoven, 2015).

V pediatrické praxi je očkování dětí co nejvíce synchronizováno. Očkování je prováděno od 1. dne 9. týdne věku dítěte, to znamená, že dítě má mít již 8 týdnů. Ve 4 týdenních odstupech jsou provedena vždy všechna očkování najednou. Obvykle je aplikována Hexacima a Synflorix v jeden den. Dále je postupováno dle očkovacího kalendáře.

Dětská sestra může sama provádět očkování dítěte, bez přímé účasti lékaře. V medicíně se vše rychle mění. Před očkováním musí dětská sestra, která očkování provádí, zhodnotit celkový zdravotní stav dítěte. Není-li dítě zcela v pořádku, je očkování odloženo. Kontraindikací očkování je akutní horečnaté onemocnění, reakce na jednu složku vakcíny a jiné komplikace, k nimž dojde během očkování. Po očkování sestra rodičům doporučí,

aby vyčkali v klidu v čekárně nejméně 30 minut kvůli možným nežádoucím reakcím po očkování. Může se objevit přechodné zarudnutí kůže, otok a bolest v místě vpichu, přechodně zvýšená tělesná teplota, únava, bolest hlavy, slabost a malátnost. Místo vpichu je třeba sledovat. V případě potíží je vhodné místo vpichu chladit studenými obklady, v případě teploty podat léky proti horečce dle váhy dítěte (Beran, Havlík a kol., 2008; Česká vakcinologická společnost, 2014).

DISKUSE NAD PŘÍNOSY A RIZIKY OČKOVÁNÍ DĚTÍ

Vakcíny slouží ke stimulaci imunitního systému, která přináší vysoký stupeň ochrany proti specifickým onemocněním. Žádné vědecké důkazy o poškození imunitního systému, anebo snížení jeho funkce či zvýšení vnímavosti k jiným infekčním onemocněním neexistují (Dražan 2015).

Nicméně není pochyb o tom, že každé očkování může mít nežádoucí komplikace, ve většině případů jsou mírné a do dvou, tří dní odeznívají. S porovnáním s riziky při probíhajícím možném infekčním onemocnění jde o zanedbatelné číslo (Beran, Havlík a kol., 2008). Opačný názor má Společnost pacientů s následky po očkování. Tato společnost uvádí, že množství nežádoucích účinků po očkování není tak zanedbatelné, jak se všeobecně míní. Svědčí o tom i údaj Státního ústavu pro kontrolu léčiv, který uvádí, že se hlásí pouze 5 % nežádoucích účinků. Nejde jen o přechodné reakce jako zarudnutí v místě vpichu, horečka a podobně, ale také o vznik autismu, depresí atd. Mnoho dětí po očkování začalo trpět vážnými imunologickými, kožními či neurologickými problémy (Hrabák, 2015). Naopak Světový poradní výbor pro bezpečnost očkovacích látek a Světová zdravotnická organizace vylučují, že by vakcíny způsobovaly autismus. Rovněž odborné studie z let 1999 a 2012 na 14 700 000 dětech nepotvrdily souvislost mezi autismem a očkováním. Nebylo prokázáno, že by očkování mělo vliv na vznik onemocnění jako např. astma a alergie, autoimunitní nebo neurologická onemocnění. Obtíže po očkování se jeví jako náhodné události, které se na očkování nevážou (Gricová, 2016).

V ordinaci dětského lékaře pracuji více jak dvacet let a mohu říci, že u současných vakcín se setkáváme s nežádoucími komplikacemi jen opravdu výjimečně. Dochází k tomu někdy, když u dítěte zároveň propukne nachlazení, takže se objeví zvýšená teplota nebo horečka; anebo v případě, že rodiče nedodrží upozornění nepobývat 1-2 dny po očkování na slunci. U jednoho dítěte se matka domnívala, že došlo po prvním očkování u dítěte ke křečím a epilepsii. Ale ani po podrobném vyšetření, nebyla tato domněnka potvrzena. V rodině se totiž epilepsie vyskytovala u prarodičů dítěte. Před 15 a více lety jsme se s nežádoucími účinky v ordinaci setkávali častěji; jednalo se o teplotu, vyrážku, otok, bolest v oblasti místa vpichu. Tyto komplikace trvaly několik dní. Na druhou stranu byly očkovány všechny registrované děti. V současnosti se objeví jedny nebo dvoje rodiče ročně, kteří si očkování nepřejí. Což odpovídá národnímu průměru 1-2 % dětí, které nejsou očkovány (Muntau, 2009).

V případě, že rodiče nesouhlasí s povinným očkováním svých dětí, podepisují formulář o nesouhlasu s očkováním. Rodiče k odmítnutí očkování mají různé důvody a většinou si nejsou jistí jejich správností. V této souvislosti bychom rády uvedly jeden příklad. Neočkovaní kojenci mají vyšší riziko onemocnění černým kašlem. Právě u těchto dětí může dojít po záchvatu černého kašle k apnoickým pauzám, prošednutí a bradykardii (Brabcová, Machová, 2012). Také Fabiánová (2015) ve zprávě SZÚ konstatuje, že v České republice bylo v roce 2014 evidováno 23,98 případů pertuse na 100 000 obyvatel (2521 osob). Z celkového počtu dětí, které onemocněly pertusí, jich 77 % onemocnělo v prvních 4 měsících života. Téměř všechny musely být hospitalizovány a došlo ke čtyřem úmrtím; 3 děti nebyly očkovány z důvodu nízkého věku, u čtvrtého bylo očkování odloženo.

Rodiče neočkovaných dětí musí přijmout fakt, že jejich dítě nebude přijato do mateřské školky. Očkování je v našem zákonodárství povinné (Olchava, 2007).

ZÁVĚR

Ministerstvo zdravotnictví by se mělo zasadit o to, aby veřejnost měla dostatek informací o důležitosti a významu očkování. Tyto informace by měli podávat lékaři a dětské sestry. Narušenou důvěru v očkování je možné obnovit novou informační kampaní formou specializovaných webových stránek, aplikací do telefonu a návštěv komunitních sester. Bezdůvodné odmítání očkování dětí jejich rodiči by nemělo být společností tolerováno, neboť tyto jedinci jsou vstupní bránou infekce a hrozbou pro ostatní lidi. Jsou jistě také výjimky, pokud rodiče mají vážný důvod pochybovat o prospěšnosti očkování jejich dítěte a jsou přesvědčeni, že ho vážně poškodí, měl by lékař posoudit, zda je jejich obava odůvodněná. Pak by jistě neměli být sankcionováni. Lékař by jim měl vysvětlit důsledky jejich rozhodnutí pro jejich dítě. Je potřeba rodiče upozornit na to, že pokud jejich dítě onemocní, ponesou velký díl odpovědnosti. Onemocnění jako je tetanus nebo záškrť jsou smrtelná a dětská mozková obrna přináší trvalé postižení. Ve světě stovky dětí nesmírně trpí a umírají na infekční nemoci, které se u nás nevyskytují jen díky očkování. Umírají, protože si jejich rodiče z finančních důvodů nemohou očkování dovolit, zatímco v České republice je toto očkování zadarmo.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] Beran J. Očkování – otázky a odpovědi. Praha: Galen. 2006.
- [2] Beran J, Havlík J. a kol. *Lexikon očkování*. Praha: Maxdorf. 2008.
- [3] Brabcová I, Machová A. Pertuse – role sestry v prevenci a léčbě. *Pediatric pro praxi*, 2012. 13(6), 350-352.
- [4] Česká vakcinologická společnost. *Očkování v ČR*. Očkovací kalendář pro děti. 2014. Online 11-2-2016. Dostupné na: <http://www.vakcinace.eu/ockovani-v-cr>.
- [5] Dáňová J, Částková J. Očkování v České republice. Praha: Triton. 2008.
- [6] Dražan D. Přetěžují vakcíny imunitní systém? *Vakcinologie*. 2015. 9(2). 103-106.
- [7] Fabiánová K. Očkování těhotných proti pertusi – současná situace ve světě a v ČR. *Zpráva centra epidemiologie a mikrobiologie*. Státní zdravotní ústav: Praha. 2015 24 (1). 15-18. ISSN 1804-8668.
- [8] Gricová P. Jak obnovit narušenou důvěru v očkování aneb pradoxy dnešního světa. *Medical Tribune* 9. [online] 2016 [Cit. 12. 2. 2016]. Dostupné na: <http://www.tribune.cz/clanek/39324-jak-obnovit-narusenou-duveru-verejnosti-v-ockovani-aneb-paradoxy-dnesniho-sveta>.
- [9] Hrabák V. *Společnost pacientů s následky po očkování*. Vznikla Společnost pacientů s následky po očkování. [Online] 2015. [Cit. 12. 2. 2016]. Dostupné na: <http://www.pooockovani.cz/>.
- [10] Law, M a L Hangaetner. Antibodies against viruses: pasive and active imunizacion. *Current Opinion in Immunology*, 2008, vol. 20 ,no 4. s. 486-492, ISSN 0952-7915)
- [11] Machová A, Suchanová M. Povinné očkování – úloha sestry v ordinaci PLDD. *Pediatric pro praxi*. 14(2), 130-136. 2013.
- [12] Muntau A. *Pediatric*. Vyd. 6. Praha: Grada. 2009.
- [13] Olchava P. *Zdravé a nemocné dítě. Od početí do puberty*. 2. Aktual..vyd. Praha: Grada. 2007.
- [14] Petráš, M. *Význam očkování* [online]. 2007. [cit. 2016-10-20]. <http://www.vakciny.net/principy_ockovani/pr_01.html>.
- [15] Petráš M. Co by měli rodiče vědět o očkování. *Příloha časopisu Informace pro lékařské praxe*. 3-32. 2014.
- [16] Petráš, M. Význam očkování [online]. 2007. [cit. 2010-21-04]. <http://www.vakciny.net/principy_ockovani/pr_01.html>.
- [17] Petráš, M. *Očkování, internetové informační centrum : Očkovací kalendář v ČR (2010)* [online]. 2011. [cit. 2016-10-20]. < http://www.vakciny.net/principy_ockovani/pr_02.html
- [18] Smíšek, J. *Imunizace a očkovací látky* [online]. ©2008. [cit. 2016-10-20]. <<http://old.lf3.cuni.cz/mikrobiologie/teozak/imun/imunizace.pdf>>
- [19] Svaz zdravotních pojišťoven. [online] 2015. [Cit. 12. 2. 2016]. Dostupné na: http://www.szpcr.cz/aktuality/20160229_metodika_ockovani_%202016.pdf
- [20] Šterzl I. et al. *Základy imunologie pro zubní a všeobecné lékaře*. Praha: Nakladatelství Karolinum. 2005. ISBN 80-246-0972-X

- [21] Švejda J. Principy obecné epidemiologie. Praha: Avicenum. 1987.
- [22] Velemínský M. Nepovinné očkování.[online] 2015 [cit. 23. 2. 2016]. Dostupné na:
<http://www.veleminsky.cz/clanky/nepovinne-ockovani/27>
- [23] Vincentová D. Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči.
Pediatric pro praxi. 8(2), 116-118. 2007.

THE SYSTEM FOR REGULAR COMPULSORY AND VOLUNTARY VACCINATION OF CHILDREN IN THE CZECH REPUBLIC

ABSTRACT

The aim of this contribution is definition of the term immunity and vaccine, describe the principle of compulsory and voluntary immunisation of children in the Czech Republic. This study is a theoretical review. To fulfil the aims of this study, qualitative research was utilized using the technique of secondary analysis of relevant sources. Found information on the researched issue was based on professional and scientific publications as well as Czech legislation. Vaccination is included in child preventive care and has a long tradition in the Czech Republic. Due to anti-vaccination campaigns in the media, the degree of vaccinated children is decreasing nation-wide. Young parents lack sufficient information on the significance of vaccination. In order to maintain the high quality of health in children in the Czech Republic regarding the prevention of infectious diseases, parents need to be given specific information about the significance of vaccination, historic facts and scientific research must be available and possible undesired side effects and reactions to vaccination explained together with the health risks that the refusal of vaccination can bring.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Zdeňka Tručková
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
U Výstaviště 26
370 05 České Budějovice
e-mail: Zdenka.Truckova@seznam.cz

Ing. Iva Brabcová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
U Výstaviště 26
370 05 České Budějovice
e-mail: brabcova@zsf.jcu.cz

KEYWORDS:

prevention, immunity, child vaccination,
vaccination serum, nurse

PERCEPCE AKUTNÍ BOLESTI PACIENTY V POOPERAČNÍM OBDOBÍ

PETRA KOURKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA
NEMOCNICE JIHLAVA, P. O.

DANA ŠPRYNAROVÁ
NEMOCNICE ZNOJMO, P. O.

ABSTRAKT

Akutní pooperační bolest zůstává i nadále výrazným negativním faktorem, spojeným s operačním výkonem pacientů. V managementu bolesti zaujímají všeobecné sestry významné postavení, především v hodnocení bolesti. Ve výzkumném sdělení jsme ověřily, že pokud je analgetická terapie aplikována dle nastavených parametrů s ohledem na potřeby pacientů, dosahuje kýžený efekt. Za negativní zjištění je třeba považovat nedostatečné využívání nefarmakologických metod v praxi uvedeného zdravotnického zařízení. Úkolem všeobecných sester je v časném pooperačním období, kdy dochází ke snížené soběstačnosti pacienta, eliminovat kvalitní ošetrovatelskou péči tento deficit. V souladu s holistickým pojetím moderního ošetrovatelství je nutno klást důraz na kvalitní komunikaci s pacientem a empatický přístup při uspokojování pacientových potřeb v pooperačním období.

KLÍČOVÁ SLOVA:

akutní bolest, operace, analgetika,
všeobecná sestra, pacient

ÚVOD

Bolest provází lidstvo od nepaměti a i v době enormního pokroku technologií není tento problém eliminován. Akutní bolest je pro pacienta nepříjemným a obávaným vjemem, může být důvodem prodloužené doby hospitalizace a omezujícím faktorem ovlivňujícím kvalitu života. Obava z bolesti patří oprávněně i v současnosti mezi nejvýznamnější faktory ve vztahu k operačnímu výkonu. Je deklarováno, že v tuzemsku není ani na začátku 21. století u třetiny až poloviny pacientů pooperační bolest dostatečně tlumena (Málek, 2011).

Bolest je podle Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) definována jako: „nepříjemná senzoričká a emoční zkušenost spojená s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkání“ (IASP, 2014). Akutní pooperační bolest je stav spojený s vegetativními a psychickými reakcemi, možnými změnami chování, má ochranný charakter pro organismus, informuje o rozsahu, lokalizaci a charakteru poškození (Rokyta, 2006). Pooperační bolest vzniká jako důsledek různých chirurgických výkonů, nastává v důsledku mechanického nebo tepelného poškození tkání (Rokyta, 2009). Varujícím alarmem může být především přechod akutní bolesti do chronicity (Pergolizzi, 2014).

Schmidt (2007) deklaruje, že efektivní management pooperační bolesti vede ke zvýšení komfortu pacienta, zkrácení doby hospitalizace, rychlejší mobilizaci a snížení rizika vzniku pooperačních komplikací.

V léčbě pooperační bolesti hraje klíčovou roli typ, rozsah chirurgického zákroku, typ anestezie, kvalita pooperační péče a vznik komplikací (Málek, 2011). V českých nemocnicích je v současnosti pro léčbu akutní bolesti uplatňováno aktuální doporučení České společnosti anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM, 2008, Ševčík, 2008).

Podle tvrzení Mála je důležitá správná diagnostika bolesti, která rozhoduje o adekvátní a cílené léčbě bolesti (Málek, 2011). Adekvátní léčba bolesti, která by měla být pacientům poskytnuta, je základním právem každého jedince (Rokyta, 2006; Macintyre, 2010).

Potřeba mezioborové spolupráce lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků v zájmu kvalitní péče o pacienty s bolestí je v současnosti jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotnického zařízení a spokojenosti pacientů.

Pro bezpečnou a efektivní léčbu akutní bolesti je vyžadováno odpovídající vzdělání všech zdravotnických pracovníků (Wu, 2011). V souvislosti s uspokojováním pacientových potřeb je při hodnocení bolesti nezastupitelná úloha všeobecných sester. Nejpřesnějším a nejspolehlivějším hodnocením bolesti je pacientovo vlastní vnímání přítomnosti a intenzity bolesti (Kolektiv autorů, 2006).

Pro úspěšnou terapii pooperační bolesti je důležitá informovanost a edukace zdravotníků i pacientů (Málek, 2011). Právě na oblast hodnocení efektivity managementu bolesti v souvislosti s operačním výkonem a v bezprostředním pooperačním období byl zaměřen prezentovaný výzkum.

METODIKA A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Metodou sběru dat bylo kvantitativní výzkumné šetření. Data byla získána pomocí dotazníkového šetření vlastní konstrukce. Výzkumným souborem byli pacienti chirurgického, gynekologického, ortopedického a urologického oddělení Nemocnice Znojmo, příspěvkové organizace. Výzkumný soubor tvořilo 100 respondentů, 71 žen a 29 mužů, ve věku od 24 do 79 let.

CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ:

C1. Zmapovat pohled pacientů na tlumení bolesti v časném pooperačním období. C2. Zjistit, zda nelékařští zdravotničtí pracovníci (NLZP) věnují dostatečnou pozornost pacientově bolesti v časném pooperačním období.

VÝZKUMNÉ OTÁZKY:

1. Jak vnímají pacienti bolest po operačním výkonu?
2. Jsou pacienti seznámeni s hodnocením bolesti?
3. Jak vnímají pacienti účinek analgetické terapie?
4. Věnují nelékařští zdravotničtí pracovníci dostatečnou pozornost pacientově bolesti?
5. Která forma analgetické terapie je pro pacienta nejúčinnější?
6. Jakým způsobem ovlivňuje bolest pacienta v následné soběstačnosti?

VÝSLEDKY A DISKUSE

První výzkumnou otázkou bylo mapováno, jak vnímají pacienti intenzitu bolesti v 1., maximálně 2. dni po operačním zákroku s využitím škálování bolesti v rozmezí 0 – 10. V rozmezí střední intenzity bolesti hodnotilo bolest 37 % respondentů, jako nízkou intenzitu bolesti označilo bolest 41 % respondentů a vysokou intenzitu bolesti pociťovalo 22 % pacientů. Ve vztahu k charakteru bolesti označilo nejvíce pacientů, 43 % respondentů, bolest jako tupou, spojenou u více než poloviny pacientů s pocity bezmoci a úzkostí.

Operační výkony lze odlišit podle předpokládané operační bolesti na výkony s malou pooperační bolestí, se střední pooperační bolestí a výkony s předpokládanou velkou pooperační bolestí (Málek, 2011).

Na základě této diferenciacie se poté přistupuje i k volbě možností pooperační analgezie podle doporučení ČSARIM (ČSARIM, 2008).

K charakteru tématu práce se budeme dále zabývat pouze výkony s předpokládanou velkou pooperační bolestí. Mezi takové výkony patří například rozsáhlé břišní výkony v epigastriu, totální náhrady kolenního kloubu, totální náhrady kyčelního kloubu, radikální nefrektomie. S tím deklarují výsledky šetření, kdy je respondenty vnímán jako nejbolestivější zákrok ortopedický s průměrnou intenzitou bolesti 5,72, následován gynekologickým s intenzitou 4,42, chirurgickým s intenzitou 4,0 a urologickým s intenzitou 3,81.

Při hodnocení bolesti je nutné odebrat anamnézu bolesti, kdy všeobecná sestra získává informace o lokalitě, intenzitě (malé, střední, velké až nesnesitelné), kvalitě a typu bolesti (Trachtová, 2013). V druhé otázce jsme zjišťovali, jakým způsobem bylo respondentům vysvětleno hodnocení bolesti. Dvě třetiny participantů (73,3 %) byly poučeny verbálně všeobecnou sestrou, 11 pacientů (4,9 %) pomocí vizuální analogové škály a u 15 pacientů (14,9 %) nebylo hodnocení bolesti vysvětleno. Docházíme ke zjištění, že pokud nebylo provedeno zhodnocení bolesti u této skupiny pacientů, nebyla bolest adekvátně léčena, a tudíž nemohla být poskytnuta v těchto případech odpovídající péče. Následnou otázkou jsme potvrdili srozumitelnost hodnocení bolesti u 89 % pacientů.

Další otázkou byla zjišťována efektivnost analgetické terapie, která byla potvrzena jako ústup bolesti u 49 % respondentů, u 34 pacientů bolest téměř zmizela (viz tab. 1). V 70 % byla analgetická terapie aplikována na základě naordinované terapie lékařem, u 30 % na základě ordinace lékařem na opakovanou žádost pacienta intervencí všeobecné sestry.

Tabulka 1: Vnímání účinku analgetik

bolest menší	bolest téměř zmizela	žádná bolest	bez účinku
49	34	15	2
46%	34%	15%	2%

Zdroj: autor

V souvislosti s otázkou č. 4, zda věnuje NLZP dostatek pozornosti pacientově bolesti, bylo zjišťováno, zda byly pacientům nabídnuty i nefarmakologické způsoby tlumení bolesti, které v kombinaci s farmakologickými metodami mohou zefektivnit dosažení úlevy. Za nelichotivé zjištění lze konstatovat, že 48 % respondentů nebyl nabídnut žádný nefarmakologický způsob, v 38 % byla nabídnuta úlevová poloha (viz tab. 2). Podle výsledků Novákové (2014), která provedla šetření se 120 NLZP v Brně, jsou nejčastěji používané metody léčby akutní pooperační bolesti v rámci kompetencí sester vyhledání úlevové polohy a použití nefarmakologických metod léčby. Toto potvrzují i závěry Osičkové (2016), která uvádí, že 102 respondentů (75,56 %) ze vzorku 135 všeobecných sester

pracujících v intenzivní péči, dokáže zmírnit bolest u pacientů změnou polohy, odpoutání pozornosti uvedlo 14 participantů (10,37 %). Příznivý vliv odpoutání pacientovy pozornosti či psychologické intervence byl prokázán i v odborných zdrojích (Macintyre, 2010).

Tabulka 2: Nefarmakologický způsob tlumení bolesti

nebyl nabídnut	úlevová poloha	aplikace chladu	aplikace tepla
47	38	13	2
47%	38%	13%	2%

Zdroj: autor

Důraz na edukovaný personál, který je schopen efektivně a kvalifikovaně hodnotit a posuzovat bolest, poukazují ve svých doporučeních i mezinárodní organizace. V roce 2000 vydala Spojená akreditační komise (JCI) standardy pro hodnocení, léčbu a dokumentaci bolesti. Postupy kladou důraz na hodnocení bolesti na základě kritérií dané nemocnice s ohledem na potřeby pacienta (JCI, 2009).

Dalším zjištěním bylo, jak monitorují všeobecné sestry efektivnost analgetické terapie u pacientů. Pozitivním zjištěním bylo, že v 72 % sledovaly všeobecné sestry „vždy“ a ve 21 % „někdy“ účinek analgetik po operaci (viz tab. 3). V souvislosti s touto problematikou vyvstala otázka, zda byly pacienti spokojeni s postupem sester při tlumení bolesti, kdy 55% respondentů bylo „velmi spokojeno“ a 41 % „spokojeno“.

Tabulka 3: Kontrola účinků analgetik ošetřujícím personálem po jejich aplikaci

ano, vždy	ano, někdy	zřídka	nikdy	neumím posoudit
72	21	2	3	2
72%	21%	2%	3%	3%

Zdroj: autor

Komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem je zásadní pro eliminaci negativních vjemů v souvislosti s pooperačními stavy a v případě, že nefunguje, se zásadním způsobem zvyšuje diskomfort pacienta. V porovnání s národní studií provedenou na vzorku 250 respondentů ve Spojených státech amerických (Apfelbaum, 2013) v souvislosti s vnímáním pooperační bolesti dvě třetiny respondentů uvedly, že s nimi zdravotníci hovořili o jejich bolesti. Deklarované výsledky uvedeného šetření svědčí o vysoké komunikační úrovni všeobecných sester s pacienty o bolesti. Závěry šetření se ztotožňují s výsledky Leibnerové (2010), která uvádí, že 94 % dotazovaných pacientů odpovědělo, že sestry pravidelně kontrolovaly bolest po operaci.

Obsahem páté výzkumné otázky bylo zjistit, která forma analgetik je účinnější při tlumení bolesti. Největší úlevu od bolesti pacientům přinášela analgetika aplikována injekční formou, což potvrzuje i četná odborná literatura (Málek, 2009; Málek, 2011; Fitzgerald, 2006) viz tab. 4.

Tabulka 4: Vnímání účinku analgetik dle aplikované formy

injekce	tablety	čípky	jiná forma
88	10	2	0
88%	10%	2%	0%

Zdroj: autor

Z výzkumu vyplývá, že při tlumení pooperační bolesti je jako nejúčinnější označena respondenty aplikace intravenózní a více než 90 % pacientů pocítilo úlevu do 30 minut. Tématikou hodnocení bolesti a její léčbou u dospělých pacientů se zabývá Osičková (2016), která hodnotí názory 135 sester z intenzivní péče. Jako nejčastější způsob aplikace analgetik volili respondenti intravenózní podání ve 127 (94,07 %) případech.

V reakci na šestou výzkumnou otázku lze uvést, že určitým způsobem došlo v souvislosti s operačním zákrokem k ovlivnění soběstačnosti u pacientů. Schopnost ovlivnění mobilizace uvedla polovina pacientů (viz tab. 5).

Tabulka 5: Ovlivnění soběstačnosti bolesti

	úplně soběstačná/ý	částečně soběstačná/ý	úplně nesoběstačná/ý
Schopnost pohybu	(50%) 50	(49%) 49	(1%) 1
Schopnost umýt se	(60%) 60	(39%) 39	(1%) 1
Schopnost oblékání	(60%) 60	(38%) 38	(2%) 2
Schopnost najíst se	(84%) 84	(16%) 16	(0%) 0
Schopnost dojít si na toaletu	(54%) 54	(44%) 44	(2%) 2

Zdroj: autor

Velmi vhodnou metodou k ovlivnění pooperační bolesti jsou kontinuální regionální metody. Potvrzením tohoto faktu je významný efekt účinnější mobilizace u 70 % pacientů se zavedenou kontinuální analgezií, v tomto případě epidurální, (ze vzorku 277 respondentů) bez ohledu na věk či pohlaví (Pokorná, 2014).

Do popředí vstupuje úloha NLZP, která je schopna kvalitní ošetrovatelskou péčí eliminovat nedostatek v soběstačnosti pacientů. Pokud je bolest efektivně tlumena, jsou pacienti schopni v rámci pooperační vertikalizace a rehabilitace dosáhnout účinnějšího postupu v mobilizaci a rychlejší rekonvalescenci.

ZÁVĚR

Problematika pooperační bolesti v časném pooperačním stádiu z hlediska vnímání pacienta je aktuální s ohledem na spokojenost pacientů s poskytovanou péčí. Cílem sdělení bylo zmapovat pohled pacientů na tlumení bolesti v časném pooperačním období a současně zjistit, zda NLZP věnují dostatečnou pozornost pacientově bolesti. Z výzkumu vyplynulo, že 89 % pacientů hospitalizovaných v Nemocnici Znojmo, příspěvkové organizaci, je srozumitelné hodnocení bolesti. Na otázku ohledně percepce účinku analgetik, byla pozitivní reakce téměř u kompletního vzorku respondentů. Celých 98 % pacientů vnímalo buď totální ústup bolesti, nebo dílčí úlevu. Lze konstatovat, že pokud je analgezie aplikována na základě konkrétní indikace s pravidelnou frekvencí, pacienti pociťují účinek analgetické terapie pozitivně. Obzvláště vhodně je vnímána injekční forma analgezie, u které byl potvrzen rychlý nástup účinku.

V souvislosti s detekcí pozornosti nelékařských zdravotnických pracovníků ve vztahu k pacientově bolesti z výzkumu vyplynulo, že u 93 % pacientů probíhala kontrola účinků terapie nelékařským personálem. Pozitivní výsledek byl důsledkem hodnocení spokojenosti pacientů s postupy všeobecné sestry při mírnění bolesti, kdy 96 % respondentů uvedlo, že s postupy při mírnění bolesti bylo spokojeno. Pokud je pacientům poskytnut odborný přístup nelékařského zdravotnického personálu, jsou schopni v rámci pooperační rekonvalescence dosáhnout kvalitních výsledků v postupu léčby, neboť dojde ke snížení intenzity bolesti, jsou zlepšeny funkční schopnosti pacienta a zároveň dojde ke zmírnění diskomfortu pacienta. Nepříznivým zjištěním bylo, že nelékařský zdravotnický personál 47 % respondentů nenabídl nefarmakologické způsoby tlumení bolesti.

I přesto, že existují v léčbě pooperační bolesti v klinické praxi určité nedostatky, nelékařský zdravotnický pracovník by měl být schopen, s přihlédnutím ke svým praktickým zkušenostem a úrovni vzdělání, posoudit aktuální stav pacienta a komplexní péčí a dostatečnou empatií podpořit proces rekonvalescence pacienta.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] APFELBAUM, J. L., 2003. Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged. *Anesthesia & Analgesia*. [online]. [cit. 2016-08-30]. Dostupné z: <http://journals.lww.com/>.
- [2] DOPORUČENÉ POSTUPY DIAGNOSTIKY A TERAPIE: LÉČBA AKUTNÍ POOPERAČNÍ BOLESTI. In: [Http://www.csarim.cz/ke-stazeni/doporucene-postupy-a-stanoviska-csarim/](http://www.csarim.cz/ke-stazeni/doporucene-postupy-a-stanoviska-csarim/) [online]. [cit. 2013-11-18]. Dostupné z: http://www.csarim.cz/Public/csarim/doc/postupy/Guid_CSARIM_defin080609.pdf.
- [3] FITZGERALD, K., BUGGY, D., 2006. Nonconventional and adjunctive analgesia. In: Shorten GD. *Postoperative pain management*. Philadelphia: Saunders Elsevier, 197–209.
- [4] IASP Pain Terminology. International Association for the Study of Pain Committee on Taxonomy. 2014. Washington DC IASP, 2014. [online]. [cit. 2016-08-30]. Dostupné z: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>.
- [5] JOINT COMMISSION INTERNATIONAL., 2009. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
- [6] KOLEKTIV AUTORŮ., 2006. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
- [7] LEIBNEROVÁ, J., 2010. *Spokojenost pacientů s léčbou akutní pooperační bolesti*. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze [online]. [cit. 2016-08-30]. Dostupné z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/85676/>.
- [8] MÁLEK, J., et al., 2011 *Praktická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN: 978-80-247-3642-6.
- [9] MÁLEK, J., 2009. *Tlumení bolesti po urologických operacích*. *Urolog. pro Praxi*, 10(4): 234–237. [online]. [cit. 2016 -08-30]. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/04/05.pdf>.
- [10] MÁLEK, J., ŠEVČÍK, P., et al., 2011. *Léčba pooperační bolesti*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. 153 s. ISBN 978-80-204-2453-2.
- [11] MACINTYRE, P. et al., 2010. *Acute pain management: Scientific Evidence*. 491 s. [online]. [cit. 2016-08-30]. Dostupné z: <http://www.anzca.edu.au/resources/collegepublications/pdfs/Acute%20Pain%20Management/books-andpublications/acutepain.pdf>.
- [12] NOVÁKOVÁ, L., 2014. *Akutní pooperační bolest v intenzivní medicíně Brno*. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [online]. [cit. 2016-08-28]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/416700/lf_m/.
- [13] OSIČKOVÁ, L., 2016. *Hodnocení bolesti a její léčba u dospělých pacientů z pohledu sester intenzivní péče*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [online]. [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/326380/lf_m/.

- [14] PERGOLIZZI JV, RAFFA RB, TAYLOR R., 2014. Treating acute pain in light of the chronification of pain. *Pain Manag Nurs*.15(1):380-90. doi: 10.1016/j.pmn.2012.07.004. Epub 2012 Aug 25.
- [15] POKORNÁ, A., KOURKOVÁ P., 2014. Efektivita epidurální analgezie v souvislosti s operačním výkonem. *Bolest*, Praha: Tigris, vol. 17, no. 4, s. 159-164. ISSN 1212-0634.
- [16] ROKYTA R., KRŠIAK M., KOZÁK J., 2006. *Bolest: monografie algeziologie*. 1. vyd. Praha: TIGIS, s. 684. ISBN 80-235 00000-0-0.
- [17] ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J., 2012. *Bolest: monografie algeziologie*. 2.vyd. Praha: TIGIS, 2012. 747 s. ISBN 978-80-87323-02-1.
- [18] ROKYTA, R., et al, 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 176 s. ISBN: 978-80-247-3012-7.
- [19] SCHMIDT, R. F., WILLIS, W. D., 2007. *Encyklopedia of pain*. Springer Berlin Heidelberg New York. 2745 s. ISBN 13: 978-3-540-43957-8.
- [20] ŠEVČÍK, P. et al., 2008. Léčba akutní pooperační bolesti. [online]. [cit. 2016-08-30]. Dostupné z: sdaim.cz/RSystem/Soubory/Bolest_CSARIM_130308%5B1%5D.pdf.
- [21] TRACHTOVÁ, E., et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. nezměn. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-553-2.
- [22] WU, Ch. L., RAJA, S. N., 2011. Treatment of acute postoperative pain. *Lancet*. 377, 2215 – 2225 s. [online]. [cit. 2016-08-30]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/health/docview/874025169/fulltextPDF/141ADD5609B293D23F7/3?accountid=16531>.

PERCEPTION OF ACUTE PAIN DURING POSTOPERATIVE PERIOD BY PATIENTS



ABSTRACT

Acute postoperative pain still remains a severely negative factor connected to the surgery of a patient. Nurses hold an important role during pain management, especially while assessing the pain. During our research we have confirmed that if analgesic therapy is applied according to the set standards, it does achieve wanted effect. It is important to note the insufficient usage of non-pharmaceutic methods in practice of the fore mentioned facility as a negative finding. It is a nurse's task to eliminate this deficit moments after the surgery, when a patient is not fully self-sufficient, using proper nursing care standards. In compliance with the holistic concept of modern nursing care it is vital to truly communicate with a patient, showing empathy while satisfying patients' needs during postoperative period.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Petra Kourková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: kouris@centrum

Bc. Dana Šprynarová
Nemocnice Znojmo, p. o.
MUDr. Jana Janského 2675/11
669 02 Znojmo
e-mail: sprynarova@gmail.com

KEYWORDS:

acute pain, surgery, analgesic, nurse, patient

PÁD PACIENTA JAKO JEDNO Z PERIOPERAČNÍCH RIZIK

JANA VÁCOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Pád pacienta ve zdravotnické organizaci je nejčastější nežádoucí událost, která komplikuje a prodlužuje léčbu. Riziko pádu je i jedno z perioperačních rizik, které ohrožuje pacienta při pobytu na operačním sále, kde hrozí nebezpečí pádu při přesunu pacienta z lůžka na operační stůl nebo při nesprávné fixaci těla pacienta k operačnímu stolu. Bezpečnost pacienta na operačním sále je společným cílem všech zdravotnických pracovníků, kteří se podílí na perioperační péči. Výzkumné šetření probíhalo v šesti zdravotnických zařízeních pomocí kvalitativních výzkumných technik - pozorování na pěti pracovištích centrálních operačních sálů a dotazováním deseti respondentek pracujících na šesti operačních sálech. Přestože cílem výzkumu bylo zmapovat předoperační bezpečnostní proceduru na operačních sálech ve vybraných nemocnicích, sebraná data vypovídala i o perioperačních rizicích a postoji perioperačních sester k ošetrovatelským intervencím, které by vedly k jejich minimalizaci. Jedním perioperačních rizik je riziko pádu. Z uvedeného šetření vyplývá, že intervence perioperačních sester k minimalizaci rizika pádu pacienta na operačním sále nejsou dostatečné.

KLÍČOVÁ SLOVA:

pád pacienta, perioperační riziko,
perioperační péče, perioperační sestra

ÚVOD

Pád pacienta ve zdravotnické organizaci je nežádoucí událost. Je to nepředvídatelné spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu (Joint Commission Resources, 2008). Ve věkové kategorii seniorů a chronicky nemocných jsou pády nejrizikovější a nejčastější nežádoucí událostí ve zdravotnické organizaci, která komplikuje a prodlužuje léčbu (Marx, 2005). Pro seniory pád znamená vážnou prognózu (Ahmed et al, 2007; Bennet et al., 2014), komplikuje léčbu zraněním způsobeným pádem, zhoršuje průběh základního onemocnění (Binder, 2002; Narkani et al, 2011; Wong et al, 2011). Pád zasahuje i do psychického stavu pacienta, obavy z opakovaného pádu zvyšují strach z pohybu a fyzické aktivity, což zvyšuje pravděpodobnost vzniku imobilizačního syndromu (Rubenstein, Josephson, 2006). Riziko pádů s věkem roste (Svobodová, Jurásková, 2010).

Intenzivně se problematikou pádů zabývá oblast kvality a bezpečnosti zdravotnických služeb. Ministerstvo zdravotnictví České republiky reagovalo i na tuto skutečnost v roce 2011 vyhlášením Resortních bezpečnostních cílů pro zajištění vyšší bezpečnosti pacientů a pro zvýšení kvality poskytované péče (SAK, 2012). Prevenci pádů pacientů definuje resortní bezpečnostní cíl č. 4. Poskytovatel zdravotnických služeb má závazným předpisem stanoveno vstupní hodnocení rizika pádu při příjmu pacienta k hospitalizaci i opakované hodnocení rizika pádu při každé změně zdravotního stavu pacienta nebo změně medikace. Má zavedeny standardní postupy ošetrovatelské péče o pacienty, kteří vykazují zvýšené riziko pádu, používá preventivní opatření k minimalizaci rizika pádu pacientů. Pravidelně sleduje a vyhodnocuje pády pacientů, výsledky používá k preventivním a nápravným opatřením (MZČR, Resortní bezpečnostní cíle, 2012).

Od roku 2011 poskytovatelé zdravotnických služeb sledují další, rozšiřující, ukazatele příčin pádu. Hodnotí se místo, příčina a doba pádu, stav lůžka a jeho okolí, psychický stav pacienta, vyšetření nebo ošetření, které pacient před pádem absolvoval, ordinovaná medikace (ČAS, 2008). Pády pacientů ve zdravotnických organizacích patří mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče, jsou sledovány celorepublikově a zdravotnická zařízení se mohou do tohoto sledování dobrovolně zapojit a porovnat své výsledky v celorepublikovém měřítku (Brabcová, Bártlová, 2015).

V roce 2014 došlo v České republice k pilotní implementaci aplikace klinického doporučeného postupu „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“ do ošetrovatelské praxe. Tento klinický doporučený postup byl pro české sociokulturní a organizační prostředí upraven výzkumným týmem pracujícím na Lékařské fakultě Ostravské univerzity z klinického doporučeného postupu „Prevention of falls and fall injuries in the older adult“ (RNAO, 2012; Jarošová et al., 2015). Studie a metaanalýzy, které byly provedeny k zjištění příčin a řešení problematiky pádů hospitalizovaných pacientů nemají jednotné závěry (Zeleníková et al., 2015). Ošetrovatelské intervence v oblasti edukace pacientů

za účelem snižování frekvence pádů jsou účinné (Becker et al., 2003; Jarošová et al., 2015), ale intervence v oblasti ošetrovatelské péče probíhají v součinnosti s ostatními intervencemi celého multidisciplinárního týmu, tudíž jsou obtížně hodnotitelné (RNAO, 2012).

Toto sdělení je zaměřeno na riziko pádu jako jedno z perioperačních rizik. Při pobytu v sálovém traktu je pacient ohrožen množstvím různých rizik. Jedno z nich je pád. Bezpečnost pacienta na operačním sále je společným cílem všech zdravotnických pracovníků, kteří se podílí na perioperační péči. Tento cíl ale vyžaduje jejich aktivní přístup. Většinu nežádoucích událostí na operačním sále lze předejít, nebo alespoň snížit míru dopadu na pacienta. Nicméně nezbytnou podmínkou je, aby zdravotničtí pracovníci přijali za svou filozofii kultury bezpečí na pracovišti a dodržovali doporučené postupy správné praxe na operačním sále (Jedličková et al., 2012).

Zahraniční studie informují, že se perioperační sestry zabývají bezpečností pacienta na operačním sále (Alfredsdottir a Bjornsdottir, 2008). Podle profesorky Janice M. Morse (2012) z univerzity v Utahu je skupina náhodných pádů zapříčiněných selháním pomůcek nebo faktory prostředí, dále nepředvídatelné fyziologické pády způsobené například epileptickým záchvatem či mdlobou, a předvídatelné fyziologické pády, kterým lze zabránit vyhodnocením rizika při příjmu nebo během hospitalizace.

Na operačním sále hrozí nebezpečí pádu při přesunu pacienta z lůžka na operační stůl nebo při nesprávné fixaci těla pacienta k operačnímu stolu. Fixace je nutná v takové poloze, která je dostačující pro typ operačního výkonu a zároveň bezpečná pro pacienta. Ošetřující personál nepřetržitě na pacientovu bezpečnost dohlíží (Suchá et al., 2009). Na přesunu pacienta a úpravě speciální polohy k operačnímu výkonu je důležitá souhra celého operačního týmu včetně pomocného personálu (Joint Commission Resources, 2008). Důležitá jsou preventivní opatření, která zabraňují riziku pádu. Mezi základní preventivní opatření patří zajištění operačního stolu a lůžka při překladi proti posunutí, používání pomůcek určených k přesunu pacienta (Jedličková et al., 2012). Odpovědnost za bezpečnou polohu pacienta nese perioperační sestra, která zajišťuje manipulaci s operačními stoly a uložení pacienta do polohy vhodné k typu operačního výkonu. Zodpovídá i za fixaci pacienta na operačním stole jak před, v průběhu, tak i po operačním výkonu (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011).

METODIKA

Při kvalitativním výzkumném šetření z roku 2015, které bylo zaměřené na předoperační bezpečnostní proceduru, byla při zúčastněném pozorování a pomoci hloubkových rozhovorů s perioperačními sestrami zjištěna i data týkající se perioperačních rizik. Sběr dat byl prováděn pomocí kvalitativních výzkumných metod - dotazování a pozorování.

Bylo osloveno šest nemocnic s žádostí o povolení pozorování procesů na operačních sálech a realizování rozhovorů s perioperačními sestrami. Jedna z nemocnic nepovolila zúčastněné pozorování, pouze realizaci hloubkových rozhovorů s perioperačními sestrami. Zúčastněné přímé pozorování probíhalo v prostředí pěti centrálních operačních sálů nemocnic Kraje Vysočina během operačního programu. K zaznamenávání jednotlivých pozorovaných jevů sloužil záznamový arch pozorování (viz Příloha 1) Pozorování bylo doplněno dotazováním, odpovědi byly zapisovány do záznamového archu pozorování jako terénní poznámky. Ihned po návratu z pozorovaného prostředí byl vypracován záznam pozorování (viz Příloha 2). Hloubkové rozhovory s deseti perioperačními sestrami z šesti centrálních operačních sálů probíhaly pomocí nestandardizovaného rozhovoru (viz Příloha 3).

VÝSLEDKY

Z uskutečněných rozhovorů je zřejmé, že perioperační sestry si uvědomují veliké množství rizik, které v průběhu perioperační péče pacientovi hrozí. Pravděpodobnost rizik ohrožení pacienta ve svých odpovědích řadily od nejvýznamnějších (zapomenutí nástroje nebo roušky v operační ráně, záměna pacienta, operované strany nebo orgánu, záměna léku nebo medicínálního plynu, *pád pacienta z operačního stolu*, poškození pacienta medicínskou technikou a vznik alergické reakce) po nejčastější (vznik otlaků nebo dekubitů během pobytu pacienta na operačním sále, porušení asepse a tím nebezpečí vzniku infekce). Z deseti respondentek však pouze čtyři odpověděly na otázku: „Jakým způsobem je jištěno bezpečí pacienta během jeho pobytu v intraoperační péči?“ i specifikováním intervencí, které snižují riziko pádu. Tyto čtyři respondentky uvedly, že mezi nejdůležitější činnosti perioperační sestry patří i předcházení rizika pádu bezpečnou fixací pacienta na operačním stole. Pozorováním bylo zjištěno, že v *nemocnicích B, C a D* přiváží pacienta na operační sál sestra z oddělení, na němž je pacient hospitalizován, v doprovodu sanitáře. Překlad pacienta probíhá ve všech třech případech velice podobně. V prostoru určeném k překladi pacientů do sálového traktu dochází ke kontaktu předávajícího a přijímajícího týmu. Pacienta přesouvá na desku operačního stolu samostatně sálový sanitář za přítomnosti sestry pomocí překladového pásu a *fixuje ho* k ní fixačními pásy. V *nemocnici F* překládá pacienta do sálového traktu samostatně pouze sanitář bez kontroly sestry! Předává pacienta a jeho dokumentaci opět pouze sálovému sanitáři! Ten pacienta ukládá na desku operačního stolu *a bez fixování ho převáží do* předzářní operačního sálu, kde *pacient sám*, bez dozoru zdravotníků, čeká na ukončení předchozího operačního výkonu. V *nemocnici A* pacienta z dospávacího pokoje překládá na centrální operační sál sestra v doprovodu sanitáře. Ta dohlíží na sanitáře, který provádí překlad pacienta přes překladový pás. Sanitář pacienta přeloží na desku operačního stolu *a fixuje ho* na ni již před převozem na operační sál fixačním pásem. Na všech operačních sálech, kde probíhalo zúčastněné pozorování, do operační polohy pacienta připravuje *a fixuje samostatně sanitář*, ale pouze ve dvou nemocnicích ve spolupráci a za kontroly perioperační sestry.

Stejným způsobem jako příjem pacienta na operační sál probíhá i předávání pacientů po operaci ze sálového traktu k pooperační péči. Pouze v jedné ze šesti nemocnic doprovází sestra pacienta po anestézii, tedy pacienta se zvýšeným rizikem pádu, až do okamžiku předání sestře přijímající operanta k pooperační péči. V jedné nemocnici dokonce při překládání pacienta překládovým pásem z operačního stolu do lůžka nebylo za pásem připraveno lůžko. Zároveň za pásem nestál nikdo ze zdravotníků, aby pacienta jistil před nebezpečím pádu!

DISKUSE

Při výzkumném šetření jsem měla možnost vyhodnotit procesy spojené s poskytováním pooperační péče na pěti centrálních operačních sálech zdravotnických organizací Kraje Vysočina. Přestože má poskytování perioperační péče jasně stanovené legislativní mantinely, a přestože všechny nemocnice, ve kterých výzkumné šetření probíhalo, jsou držitelkami akreditace SAK o.p.s., zjistila jsem, že každé pracoviště má své zvláštnosti a specifika. Pozorováním bylo zjištěno, že ve dvou ze šesti nemocnic provádí překlad pacienta na operační sál, včetně předávání pacientovy dokumentace, sám sanitář bez perioperační sestry. V jedné ze šesti pozorovaných nemocnic dokonce sám sanitář od sanitáře pacienta do sálového traktu přijímal. Předávání premedikovaného pacienta k operaci bez přítomnosti sestry vnímám jako vysoce rizikové jednání ošetřovatelského personálu, které zvyšuje riziko pádu pacienta. Je důležité pacienta po premedikaci nenechávat bez dozoru sestry, jak říká Špičáková (2008). V pozorovaných nemocnicích byl ve dvou případech z šesti pacient po předání na operační sál ponecháván bez dozoru na úzké desce operačního stolu několik desítek minut.

V předoperační fázi perioperační péče dochází k *polohování pacienta na operačním stole* do polohy vhodné k operaci. Podle Jedličkové a kol. (2012) jde o důležitou část předoperační přípravy pacienta, která patří do kompetencí perioperační sestry. Vhodná poloha pacienta a zajištění této polohy na operačním stole jsou důležité k prevenci rizika pádu. Pouze ve dvou nemocnicích z šesti na polohování pacienta dohlíží nebo se ho účastní perioperační sestra. V ostatních nemocnicích tyto činnosti samostatně a bez dozoru provádí sáloví sanitáři.

Dle Suché a kol. (2009) je pacient při překládu z operačního sálu k pooperační péči nejvíce ohrožen *rizikem pádu z operačního stolu*. Pacient je pod vlivem anestetik a opiátů, neorientuje se ještě zcela v prostoru a čase, pospává. Pacienti jsou na všech sledovaných pracovištích fixováni k desce operačního stolu fixačními pásy. Tyto činnosti však provádějí a do perioperační dokumentace zapisují sestry pouze na jednom operačním sále ze šesti. Je důležité, aby předávání pacienta po operaci probíhalo na úrovni komunikace sestry se sestrou (Špičáková, 2008). Na dvou z pozorovaných operačních sálů, ale probíhá předání pacienta ze sálu sanitáři. Na jednom pracovišti předává pacienta sestra sanitáři, na druhém dokonce sanitář sanitáři.

ZÁVĚR

Po období stráveném pozorováním procesů spojených perioperační péčí na centrálních operačních sálech v oslovených nemocnicích a po rozhovorech realizovanými s respondentkami výzkumu jsem nabyla přesvědčení, že přestože všechny perioperační sestry chtějí svoji práci vykonávat zodpovědně a bezchybně, dochází z různých příčin k systémovým chybám, které ony samy nejsou schopny ovlivnit a napravit. Zaměřit se na tyto chyby v poskytování perioperační péče a také je i odstranit, je bezpochyby nelehký úkol pro management centrálních operačních sálů a pro vrcholový management nemocnice. Z šesti nemocnic, ve kterých probíhalo výzkumné šetření, mají jen na dvou pracovištích centrálních operačních sálů vhodně nastavené procesy minimalizující riziko pádu pacienta. A to jak při jeho překladu na operační sál, při polohování k operaci, tak i při předávání pacienta z operačního traktu k pooperační péči.

V tomto směru se můj pohled na danou problematiku a výsledky výzkumného šetření shodují s výsledky studie Alfredsdottir a Bjornsdottir (2008), podle kterých mají perioperační sestry obecné povědomí o vztahu jejich práce k zajištění bezpečnosti pacienta v průběhu operace. Jejich pracovní prostředí je ale stále více syceno skrytými chybami, proto se ohrožení pacientovy bezpečnosti může kdykoliv projevit. Intervence ke zvýšení pacientovy bezpečnosti na operačním sále je potřebná. Perioperační sestry cítí bezpečnost pacienta jako nejdůležitější úkol své ošetrovatelské péče. Zatímco požadavky zaměstnavatele na zvýšení produktivity práce, nebo nedostatky v personálním obsazení na sále mohou ohrozit pacientovu bezpečnost, klinické a organizační znalosti a schopnosti perioperačních sester mohou posloužit k odhalení latentních chyb a mohou pomoci vyhnout se chybám aktivním.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ALFREDSDOTTIR, H., BJORNSDOTTIR, K., 2008. Nursing and Safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*. Roč. 61, č. 1, s. 29-37. ISSN 0309-2402.
- [2] AHMED, N., MANDEL, R., FRAIN, M. K., 2007. Frailty: an emerging geriatric syndrome. *Am J Med*. 120(9): 748-753.
- [3] BENNET, A., GNJIDIC, D., GILLET, M., CARROL, P., MATTHEWS, S., JOHNEL, K., FASTBOOM, J., HILMER, S., 2014. Prevalence and impact of fall-risk-increasing drugs, polypharmacy, and drug-drug interactions in robust versus frail hospitalised falls patients: a prospective cohort study. *Drugs Aging*. 1(3). 225-232.
- [4] BECKER, N., TWEEDALE, C., ELLIS, C. J., 2002. Adverse event with medical device may go unreported. *British Medical Journal*. 325(7369):905
- [5] BINDER, S., 2002. Injuries among older adults: the challenge of optimizing safety and minimizing unintended consequences. *Inj Prev*. 8(Suppl.4): IV2-4.
- [6] BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN. 288 s. ISBN 978-80-7422-402-7
- [7] ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2008. *Pády*. [online] [cit. 2016-05-05] Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/pady>
- [8] JAROŠOVÁ, D., MAJKUSOVÁ, K., ZELENÍKOVÁ, R., KOZÁKOVÁ, R., LÍČENÍK, R., STOLIČKA, M., 2014. *Prevence pádů a zranění způsobených pády u starších dospělých. Klinický postup adaptovaný*. 2014. [online]. [cit. 2016-05-05] Dostupné z: <http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/kdp-pady-plna-verze.pdf>
- [9] JAROŠOVÁ, D., MAJKUSOVÁ, K., KOZÁKOVÁ, R., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0
- [10] JEDLIČKOVÁ, J. a kolektiv autorů, 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 268s. ISBN 978-80-7013-543-3.
- [11] JOINT COMMISSION RESOURCES. *Reducing the Risk of Patient Harm Resulting from Falls. Toolkit for implementing National Patient Safety Goal 9*. Illinois, Oakbrook, Terrace. Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization. 2008. 101s. ISBN 978-1-599-40-210-9
- [12] MADAR, J. a kolektiv autorů, 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
- [13] MARX, D., 2005. Riziko pádů ve zdravotnických zařízeních. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 1(3): 140-173.
- [14] Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Resortní bezpečnostní cíle*. [online] 2012. [cit. 2016-05-05]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile_1837_15.html

- [15] MORSE, J., M. et al. 2010. Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient Canadian Journal on Aging/La Revue du canadienne vieillissement. [online]. 2010 [cit. 2016-08-28]. Dostupné z: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7785631>
- [16] NADKARNI, J., IYENGAR, K. P., DUSSA, C., WATWE, S., VISHWANATH, K., 2005. Orthopaedic injuries following falls by hospital in-patients. *Gerontology*. 51: 329-333.
- [17] REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO. *Toolkit: Implementation of Best practice Guidelines*. 2012.[online]. [cit. 2015-05-05] Dostupné z www: <http://rnao.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition>
- [18] RUBENSTEIN, L. Z., JOSEPHSON, K. R., 2006. Falls and Their Prevention in Elderly People: What Does the Evidence Show? *Med Clin N Am*. 90: 807-824.
- [19] Spojená akreditační komise, 2012. *Resortní bezpečnostní cíle v akreditaci SAK* [online]. 2012. [cit. 2016-08-05]. Dostupné z <http://www.sakcr.cz/czmain/napsali-o-nas/rok-2012/resortni-bezpecnostni-cile-v-akreditaci-sak-.549/>
- [20] SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: TIGRIS. 162 s. ISBN 978-80-87323-04-05.
- [21] SUCHÁ, Š. a kolektiv autorů, 2009. Bezpečí pacienta na operačním sále. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Roč. 19, č. 1, s. 69. ISSN 1210-0404.
- [22] SVOBODOVÁ, D., JURÁSKOVÁ, D., 2011. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v České republice*. In: Jihlavské zdravotnické dny 2011. s. 642 – 652. ISBN: 978-80-87035-37-5
- [23] ŠPIČÁKOVÁ, E., 2008. Pacient na operačním sále. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Roč. 18, č. 1, s. 8. ISSN 1210-0404.
- [24] Vyhláška č. 55 ze dne 14. března 2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482 - 543. ISSN:1211-1244.
- [25] WONG, C. A., RECTENWALD, A. J., JONES, M. L., WATTERMANN, B. M., BOLLINI, M. L., DUNAGAN, W. C., 2011. The cost of servus fall-related injuries at free Midwestern hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 37(2): 81-87.
- [26] ZELENÍKOVÁ, R., KOZÁKOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D., 2015. Intervence v prevenci pádů seniorů v institucích: přehledová studie. *Praktický lékař: časopis pro vzdělávání lékařů*. 2015, Roč. 95, č. 1, s. 20-30. ISSN 0032-6739, 1805-4544.

PŘÍLOHY

Příloha 1: Záznamový arch pozorování

1.krok PŘÍJEM DO OPERAČNÍHO TRAKTU			
kde probíhá	dispečink	ano	jinde
	filtr		
předává	sestra	z oddělení	
		z dospávacího pokoje ano	
	jiný způsob předání - sanitář, jiná osoba, lékař ARO, pediatr		
přijímá	sestra dispečink		ano
	sestra anesteziologická		ano
	sestra perioperační		
přítomni	sanitář		
	lékař		
kontrola identity pacienta podle dokumentace	sestra dispečink		ano
	sestra anesteziologická		ano
	sestra perioperační		
kontrola identity pacienta podle identif. náramku	sestra dispečink		
	sestra anesteziologická		ano
	sestra perioperační		
otázky kladené pacientovi	Jak se jmenujete?		ano
	Kdy jste se narodil(a)?		ne
	Na jakou jdete operaci?		ano
	Kdy jste naposledy jedl(a)?		ano
	Kdy jste naposledy pil(a)?		ano
	Máte nějaké alergie?		ano
	Máte své zuby nebo zubní protézu?		
otázky pacientovi klade	sestra anesteziologická		ano
	sestra perioperační		
pacient přeložen na	desku operačního stolu	ano	při převozu na sál fixován
	na transportní lehátko		
transportu na op.sál přítomní	sanitář	ano	lékař
	sestra anesteziologická	ano	sestra perioperační
poznámky			

Příloha 1: Záznamový arch pozorování

2.krok PŘÍJEZD PACIENTA NA OPERAČNÍ SÁL			
kontrola identity pacienta	proběhla při předávání pacienta do sálového traktu ano		
	probíhá znovu podle předchozího schématu		
kontrola dokumentace perioperační sestrou	neproběhla při příjmu pacienta, probíhá znovu viz předchozí schéma		
	kontrola kompletnosti dokumentace		ano
	kontrola informovaných souhlasů		ano
	kontrola předoperačního i bezpečnostního protokolu		ano
	kontrola splněných předoperačních ordinací a intervencí		ano
	kontrola antibiotik - profylaxe		ano
příprava pacienta operační polohy	kontrola objednaní transfuzních přípravků		ano
	polohování provádí sanitář ano		
	polohování provádí perioperační obíhající sestra		
	kontrola predilekčních míst vzniku (periop. obíhající sestrou		
	použití polohovacích pomůcek - jakých ano		
přiložení neutr. elektrody	pacient po celou dobu fixován na op.stole ano		
	u nefixovaného pacienta po celou dobu někdo přítom ano		
	periop. obíhající sestra		jednorázová ano
	sanitář ano		pro opakované použití
příprava operačních přístrojů	perioper. obíhající sestra ano		zdravotnický technik
	sanitář		někdo jiný
příprava instrumentária	kontrola sterility		ano
	kontrola počtu nástrojů		ano
příprava tampon longet, břišních roušek	kontrola počtu tamponů	dvě oči	čtyři oči ano
	kontrola počtu longet	dvě oči	čtyři oči ano
	kontrola počtu roušek	dvě oči	čtyři oči ano
kontrola označení místa a strany výkonu	ve spolupráci s pacientem před úvodem do anestezie		
	perioperační sestrou před úvodem do anestezie		ano
poznámky	perioperační sestrou po úvodu do anestezie		

Příloha 2: Záznam pozorování s kódováním "tužka - papír"

Nemocnice A, záznam pozorování

Centrální operační sály situované v jednom patře, na jedné chodbě se nachází 6 operačních sálů. Pacienti jsou na jednotlivé operační sály překládáni **dvěma překládacími pásy**, které jsou součástí **dispečinku COS**. Pacient přijíždí na operační sály z **dospávacího pokoje**, kam je na zavolání anesteziologické sestry překládán z oddělení. Na **dospávacím pokoji je zajištěn žilní vstup** periferním žilním katetrem. Na operační sál je tedy pacient převezen z **dospávacího pokoje**, v doprovodu **sestry a sanitáře**. Na dispečinku si **dispečinková sestra** zapisuje do operační knihy v kolik hodin je pacient přijímán na operační sály a číslo sálu, na kterém bude operován. Na překládku na něj čeká sálový **sanitář s anesteziologickou sestrou**. **Pomocí překládacího pásu** je pacient sanitářem přeložen z lůžka **na desku operačního stolu**. Sanitář **fixuje pacienta k desce operačního stolu fixačními pásy**. Pacient je nahý, na hlavě má operační čepici, přikrytý je bavlněnou příkrývkou. Při překládku **anesteziologická sestra** kontroluje **predilekční místa vzniku dekubitů**, před déletrvajícím výkonem ošetřuje tato místa antidekubitním sprejem. **Anesteziologická sestra** se pacienta **identifikuje**, ptá se ho na jakou operaci jde, jak dlouho je **lačný**, kdy naposledy **pil**, jaké má **alergie**, na **stav chrupu a zubní náhrady**. **Předsálím pouze projíždí a vjíždí na operační sál, kde se již chystají perioperační sestry**. Sanitář **desku operačního stolu fixuje na nohu operačního stolu** a odjíždí s podvozkem. **Anesteziologická sestra** pacienta připojuje na **monitor**, přikládá **manžetu tonometru**, nasazuje **saturační čidlo**. **Anesteziolog** kontroluje **informovaný souhlas s anestezií**. **Obíhající perioperační sestra** kontroluje **dokumentaci pacienta**, **informovaný souhlas s výkonem** a bere si z ní **Bezpečnostní protokol**. **Instrumentující perioperační sestra** sterilně **prostírá instrumentační stolky**, připravuje **nástrojová síta**, **počítá nástroje**. Společně pod kontrolou obíhající perioperační sestry **počítají operační roušky metodou čtyř očí**. Tampony a ostatní operační materiál si sleduje sama. Operační roušky jsou sterilně balené a spočítané od výrobce. Přichází **operátor**, který ještě před úvodem do anestezie s pacientem promluví, spolu si **potvrdí operované místo a stranu**, **zkontroluje označení**. Odchází do umývárny se mýt. Anesteziolog zahajuje anestezií. Operační tým přichází na sál po provedení chirurgické desinfekce rukou. Operátor provádí **desinfekci operačního pole**. Instrumentářka ostatním členům operačního týmu podává sterilní operační pláště, navléká rukavice. Operační skupina zahajuje **rouškování operačního pole**. Obíhající sestra předčítá **z bezpečnostního protokolu** **jméno a příjmení pacienta**, **druh a místo operace**, ptá se na **komplikace při anestezií**, na **očekávanou krevní ztrátu**, **objednání krevních derivátů**, na **sterilitu nástrojů**. **Operátor, anesteziolog a instrumentářka** odpovídají. **Obíhající sestra** zapisuje odpovědi, datum a čas

Překlad M. H. S.K.

Překlad M. H. S.K.

Příloha 2: Záznam pozorování s kódováním "tužka - papír"

A

Kontrola - pozorování - INSTRUMENTACE

realizace bezpečnostní procedury do bezpečnostního protokolu. Vše stvrzuje svým podpisem a razítkem. Operátoři zahajují operaci. Obíhající sestry zakládá Záznam perioperační péče, Spotřební list materiálu, Žádanku na CS. O použití zdravotnické techniky vede záznam do provozních deníků jednotlivých přístrojů. Při ukončování operačního výkonu provádí instrumentující sestra početní kontrolu nástrojů, společně s obíhající sestrou početní kontrolu operačních roušek. Souhlas hlásí operátorovi, který bere na vědomí. Znovu se počítají vzorky biologického materiálu a opakuje se, z jakých oblastí těla byl odebrán a počet vzorků. Anesteziolog začíná pacienta vyvádět z anestezie, operační skupina odchází ze sálu, instrumentářka myje a desinfikuje operační ránu, kryje sterilním obvazem. Instrumentářka ve spolupráci s obíhající sestrou odkládá nástroje a resterilizovatelný operační materiál do dekontaminačních kontejnerů a obíhající sestry je společně se žádankou odváží na centrální sterilizaci. Záznam perioperační péče obíhající sestry ukončuje a vkládá do pacientovy dokumentace. Na pokyn anesteziologa sanitář najíždí s podvozkem pod operační desku a pacienta, který je fixován fixačními pásy, převáží v doprovodu anesteziologické sestry a anesteziologa na dispečink COS, kde čekají za překládovým pásem sestry z dospávacího pokoje. Dispečinková sestra zapisuje v kolik hodin pacient opouští operační trakt, anesteziolog předává sestrám z dospávacího pokoje průběh operace, ústní ordinace a dokumentaci.

Kontrola - pozorování - INSTRUMENTACE

Průběh bezpečnostní procedury:

- Sign in** – provádí anesteziologická sestra při překládu pacienta na operační sál
- Time out** – vede obíhající perioperační sestra, účastní se jí všichni členové operačního týmu, dokumentuje a podpisem potvrzuje obíhající perioperační sestra
- Sign out** – provádí instrumentující sestra se spolupráci s obíhající sestrou, hlásí operátorovi, ten bere informace na vědomí

Dokumentace na operačním sále:

Záznam perioperační péče, Záznam anesteziologické sestry, Spotřební list materiálu, Žádanka na CS, Provozní deníky přístrojů.

Příloha 3: Ukázka hloubkového rozhovoru s kódováním “tužka - papír”

22

Respondentkač. 1 z nemocnice A, let praxe v perioperační péči, specializační vzdělání v perioperační péči ukončené.

1. T: Mohla byste mi popsat perioperační péči?

R: Perioperační péče je komplexní péče o pacienta na operačním sále. Zahrnuje uložení pacienta na operační stůl, anesteziologickou péči a instrumentování.

2. T: Mohla byste popsat rizika chyb (pochybení), která se vyskytují v perioperačním prostředí, která jsou nejpravděpodobnější, která jsou nejvýznamnější?

R: Podle mě je to riziko pádu, vznik otlaků, dekubitů, popálenin kůže, paréza končetin, alergie, podchlazení při dlouhých výkonech, záměna pacienta nebo operované strany, porušení asepsy, porucha přístrojů, ale i komplikace u intubace, např. poškození chrupu. Nejpravděpodobnější jsou asi otlaky kůže a parézy, mezi nejvýznamnější bych zařadila všechny, které jsou nevratné pro pacienta.

3. T: Jakým způsobem je jištěno bezpečí pacientů během jejich pobytu v intraoperační péči?

R: Začíná na překladu pacienta na sál kontrolou identifikace, potom se klient uloží na operační stůl, fixuje se pásem, u dlouhých výkonů se podkládá vyhřívací podložkou, dále antidekubitačními podložkami. Pacient je pod stálým dohledem ošetřujícího personálu.

4. T: Jakým způsobem byla na vašem pracovišti zaváděna předoperační bezpečnostní procedura? Byly jste proškoleny, jak přesně má předoperační bezpečnostní procedura probíhat? Proč bylo na Vašem pracovišti zavedeno její provádění?

R: Já sama jsem se zúčastnila schůze, na kterou mě vyslala vrchní sestra, kde lékařům operačních oborů a sálovému personálu vysvětloval ředitel nemocnice význam celé procedury a pustil nám instruktážní zahraniční video bez procedury se závažným pochybením – záměnou operované strany a video s bezpečnostní procedurou pro srovnání. Bezpečnostní listy vypracovala na základě tohoto videa manažerka kvality. Nikterak proškoleny jsme nebyly. Bezpečnostní listy jsme začaly vyplňovat před operačním výkonem, při natírání operačního pole dezinfekcí společně s

FALL PATIENT AS ONE OF THE PERIOPERATIVE RISK



ABSTRACT

Falling of a patient in a health-care facility is the leading unwanted accident which complicates and prolongs the medical treatment of patients. The risk of falling also is one of the perioperative risks that can endanger the patient while being prepared for a surgery in the operating room. These also include the risk of falling when moving the patient from the bed onto the operating table or insufficient fixation of the patient to the operating table. All healthcare workers who are involved in perioperative care have a common aim which is the patient's safety in the operating room. The survey was carried out in six health-care facilities using qualitative research techniques - observation done in five workplaces of central operating rooms and interviewing ten respondents. Although the aim of the research was to map out a preoperative procedure safety in operating theaters in selected hospitals, collected data and testified about the perioperative risks and attitudes perioperative nurses to nursing interventions that would lead to minimize them. One of perioperative risks is the risk of falling. The survey has shown that interventions of the perioperative nurses in order to minimise the risk of falls are not sufficient.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jana Vácová
doktorandské studium ošetřovatelství
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice

Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: jana.vacova@vspj.cz

KEYWORDS:

fall patient , perioperative risk,
perioperative care, perioperative nurse

ZVLÁDÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U TĚŽCE NEMOCNÝCH A UMÍRAJÍCÍCH

PETRA VRŠECKÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Pečovat o dlouhodobě nemocné je náročné nejen fyzicky, ale i psychicky. Na práci pečovatelů jsou kladeny velké nároky, jsou pod stálým tlakem, který je vyvoláván neustálým ovládním svých emocí, potlačováním vlastních potřeb, nedostatečným oceněním jak finančním, tak i společenským. Tato náročnost je velmi vyčerpávající.

Pečující si potřebuje přiznat sám sobě, že nejen jeho klienti a blízcí mají své nezbytné potřeby, ale že i on má potřeby, bez jejichž uspokojování je ohrožen. U pečujících osob se projevuje zejména stres, strach a vyčerpání, obavy z budoucnosti, ale i finanční problémy a podobně.

Pokud se pečujícímu nedostane pomoci, ať již odborné nebo laické, začne být vyčerpaný. Vyčerpanost se promítá do psychiky pečovatelů a jestliže jim není zavčas poskytnuta vhodná psychologická pomoc, může tento stav vyústit až v syndrom vyhoření. Zejména pro laické pečovatele je důležité vědět, že na péči o blízkého nejsou sami. Rodina v péči o nevládně nemocného příbuzného je pokládána za nedílnou součást péče o nemocného.

KLÍČOVÁ SLOVA:

dlouhodobě nemocní, laická péče, potřeby pečovatelů, podpora pečujícím

1. ÚVOD

V současné době se velmi často hovoří o problematickém umístování dlouhodobě nemocných lidí do ústavní péče, nebo o problematice domácích pečovatелů. Ať se již o dlouhodobě nemocného stará laik, či profesionál, je to práce náročná nejen fyzicky, ale i psychicky. Na práci pečovatелů jsou kladeny velké nároky, jsou pod stálým tlakem, který je vyvoláván neustálým ovládním svých emocí, potlačováním vlastních potřeb, nedostatečným oceněním jak finančním, tak i společenským. Tato náročnost je velmi vyčerpávající, oslabuje motivaci, může vést i k syndromu vyhoření. O jedince, kteří pracují v těchto profesích, nebo kteří pečují o své blízké, musí být pečováno také, i když vcítění se a pochopení potřeb lidí, kteří pečují o dlouhodobě nemocné je velice náročné. Často se ptáme, jaké jsou potřeby dlouhodobě nemocných, zda jsme udělali vše pro kvalitu jejich života, ale jen málokdo se zajímá o potřeby pečujících osob.

ZÁTĚŽ V PRÁCI PEČOVATELE

Pečující potřebuje přiznat sám sobě, že nejen jeho klienti a blízcí mají své nezbytné potřeby, ale že i on má potřeby, bez jejichž uspokojování je ohrožen.

U pečujících osob se projevuje zejména stres, strach a vyčerpání, obavy z budoucnosti, ale i finanční problémy a podobně.

Pečující se velmi často starají o své blízké pod zátěží ze stresu. Slovo stres používá jak laická veřejnost, tak profesionálové a to velmi hojně. Obecně je stres vnímán jako nadměrná zátěž, ale i zde je potřeba rozlišovat, zda se jedná o zátěž přirozenou nebo dokonce inspirativní, či zátěž nadměrnou a tedy zdraví škodlivou.

Objevitelem teorie stresu je kanadský lékař-fyziolog maďarského původu, který pracoval i v Praze, Hans Selye, který popsal obecný adaptační syndrom.

Slovo stres je převzato z anglického "stress", a to vzniklo z latinského slovesa "stringo, stringere, strinxi, strictum", což znamená: utahovati, stahovati, zadrhovati. Slovo stres je blízké svým významem "presu", lisu a znamená působit tlakem na daný předmět (Selye, 2016).

Ve zdravotnictví a pečovatelství se často objevuje stres, který má mnoho příčin. U pečujících je jednou z jeho nejčastějších příčin stres z umírání svěřených pacientů a také stres z nedostatku času. Ale není to pouze stres, ale i strach ze smrti své nebo blízkých osob. Ten je totiž dalším patologickým jevem, kterým jsou pečující ohroženi.

Dalším patologickým jevem, kterým jsou pečující ohroženi, je strach. Dle Slovníku spisovné češtiny je strach „tísňivý pocit neklidu vyvolaný představou možné ztráty nebo ohrožení

někoho nebo něčeho, případně obava, že by k něčemu takovému mohlo dojít, a také tísnivý pocit bázně, vyvolaný představou či očekáváním něčeho nemilého, zlého (Mejstřík, 2003). Strach může mít pečující z čehokoliv, od finančních problémů až po psychické a fyzické vyčerpání.

Pokud se pečujícímu nedostane pomoci, ať již odborné, nebo laické, začne být vyčerpaný, to vše se promítá do psychiky pečovatelů a pokud se jim neposkytne vhodná psychologická pomoc, může vyústit až v syndrom vyhoření, neboli burn out. Ten byl původně popsán a formálně definován jako důsledek specifického profesionálního rizika psychiatrů, kteří musí neustále pozorovat, přijímat a pracovat s různými pocity pacientů. Dle Tamary a Jiřího Tošnerových lze syndrom vyhoření popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce, ani radost ze života (Tošnerová, Tošner, 2010).

Pokud je péče o osobu blízkou dlouhodobá, dochází k chronickému vyčerpání organismu, jedná se o duševní stav, který se velmi často objevuje u lidí pracujících s lidmi (Novák, 2010).

V péči o nevléčitelně nemocné a umírající se jedná zejména o situace, ve kterých opakovaně projevujeme nemocnému, nebo osobě blízké soucit a empatii, i situace, kdy stojíme proti kruté bolesti, či neodvratné smrti.

2. PÉČE O PEČUJÍCÍ

Jak již bylo řečeno, pečující, ať již laici, nebo profesionálové jsou vystaveni obrovské zátěži. K zátěži pečovatelů zejména při dlouhodobé péči může dojít po stránce tělesné, finanční, sociální, či citové. V celkovém kontextu může tato zvýšená zátěž pečovatelů vyvolat řadu nepříjemných pocitů, jejichž výsledkem může být hněv, odpor či znechucení z trvalé odpovědnosti a ztráty duševní rovnováhy. Neméně časté jsou i pocity bezmoci či touha se zbavit svého břemene a umístit starého či nemocného příbuzného do institucionální péče. Tyto myšlenky jsou poté následovány pocitem viny. Jde o začarovaný kruh. Proto je třeba i o pečovatele pečovat, vysvětlit jim, že jsou tyto pocity běžné a nabídnout jim nějakou formu pomoci (Tošnerová, 2009).

Jako varovné znaky zátěže pečovatele byly popsány následující body:

- popření situace (nepřijetí diagnózy a stavu blízké osoby);
- hněv na seniora/osobu v péči;
- sociální izolace;
- úzkost z každého nového dne a z budoucnosti;

- depresivní myšlenky pečujícího;
- vyčerpání;
- poruchy spánku způsobené množstvím starostí;
- dráždivost, náladovost, negativní emoce;
- nedostatek soustředěnosti a
- zdravotní potíže (Špatenková, 2009).

Předpoklady pro zvládnutí nároků na osobnost pečovatele ať již profesionálního, nebo laického jsou zejména tyto:

1. Poznat sám sebe.

Mít reálný náhled na to jaký jsem, znát své silné a slabé stránky.

2. Všímat si sebe a svých reakcí.

Člověk není stroj, lidé mají své emoce a prožívání. Pečující by si měli uvědomit, že i oni mají nárok na to mít „špatný den“ a nestydět se za to, ale brát to jakou věc zcela normální.

3. Dokázat komunikovat o svých potřebách, představách a potížích (Venglářová, 2011).

PODPORA A POMOC V SATURACI POTŘEB PEČUJÍCÍCH

Aby mohli pečující efektivně uspokojovat své potřeby, neobejdou se bez vnější, formální pomoci a podpory. Tato podpora by měla být dlouhodobá. Vlastní potřeby pečovatelů z nich ve skutečném slova smyslu dělají klienty sociálních služeb. Vyhledání nových forem pomoci a podpory pečujícím, které by co nejvíce odpovídalo jejich potřebám, z nich dělá zvláštní cílovou skupinu. Důležité je vybudovat nástroje k objektivnímu zkoumání v respektování potřeby podpory pečujících jak v oblasti emoční, materiální a finanční pomoci, tak v poskytování služeb a praktické pomoci. Pomáhající profese jsou pro poskytování této pomoci nejlépe určeny (Michalík, 2011).

Emoční podpora pro pečující osoby zahrnuje naslouchání, blízkost, porozumění, vytvoření atmosféry důvěry, aby pečující člověk cítil, že o něj má někdo zájem a chce mu pomoci. Také ocenění, a to nejen slovní, ale i postojem, úctou a respektem, je důležitou složkou podpory pečujících. Emocionální podpora může být jak osobní např. ze strany profesionálních osob, tak mohou být připravovány různé svépomocné skupiny, kde se rodinní pečující spolu setkávají a sdílejí si navzájem své pocity, problémy, představy či zkušenosti. Edukace pečujících je další velice významnou pomocí a velkým přínosem pro pečující. Účast na kurzech s touto problematikou znamená pro pečovatele zdroj nových informací a umožňuje naučit se novým pečovatelským a ošetřovatelským technikám a úkonům (Jeřábek a kol. 2013).

V péči o nevyлéčitelně nemocného je pokládána za nedílnou součást péče o nemocného i rodina. Přesto pochopení povahy její role a vztahů s odborníky jak ve zdravotní, tak v sociální sféře je často problematické (Haškovcová, 2010).

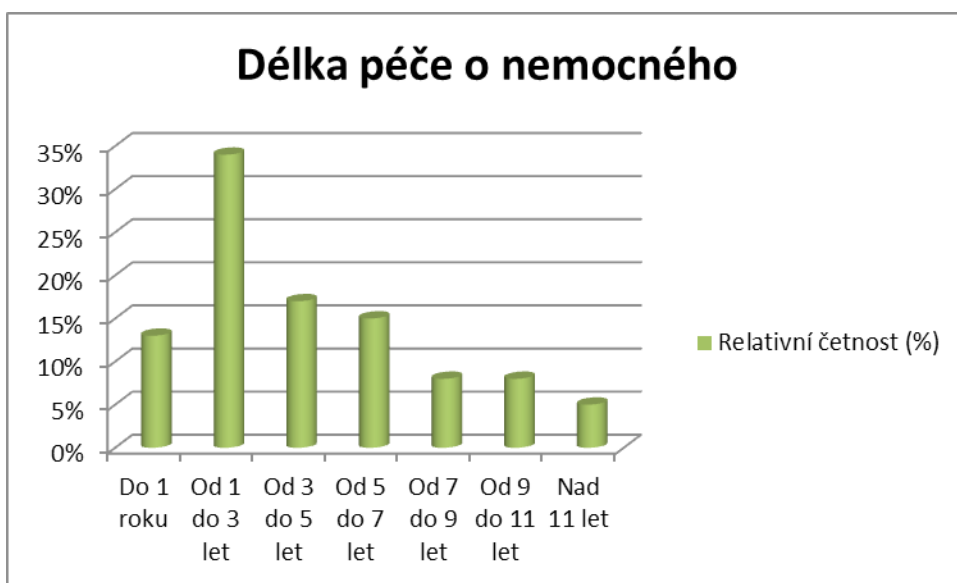
Vážným onemocněním svého blízkého se rodina dostává do krize, která může výrazně ovlivnit její fungování. Role a povinnosti, jež dříve prováděl nemocný člen rodiny, se přesouvají na ostatní členy, případně zůstávají nesplněné. Vliv nemoci na rodinu je závislý na mnoha faktorech, jako jsou charakter onemocnění, trvání onemocnění a jeho následky, význam daného onemocnění pro rodinu, stejně tak i vliv onemocnění na funkčnost rodiny v budoucnosti (Kurucová, 2016).

Další mnohdy nezbytnou pomocí pro pečovatele je respitní (úlevová) péče. Je zaměřena na nevyhnutelný odpočinek pečujících, kteří si potřebují odpočinout od pečovatelských povinností na několik hodin či týdnů a odjet třeba na dovolenou. Odlehčovací služby mohou mít formu terénní, ambulantní či pobytovou. Jsou to např. denní či týdenní stacionáře a službu poskytují nejčastěji neziskové a charitativní organizace (Jeřábek a kol., 2013).

Samozřejmě samostatnou kapitolou je podpora finanční a poradenská.

Na závěr jedna velmi výstižná citace: „pečujte o pečující rodiny, aby ony mohly pečovat o své závislé členy“ (Kalvach a kol., 2014, s. 26).

Výzkum na toto téma ukázal mnoho zajímavých informací, které se vztahují k problematice pečujících. V náhodném vzorku 100 lidí byla převážná část žen (84 %).

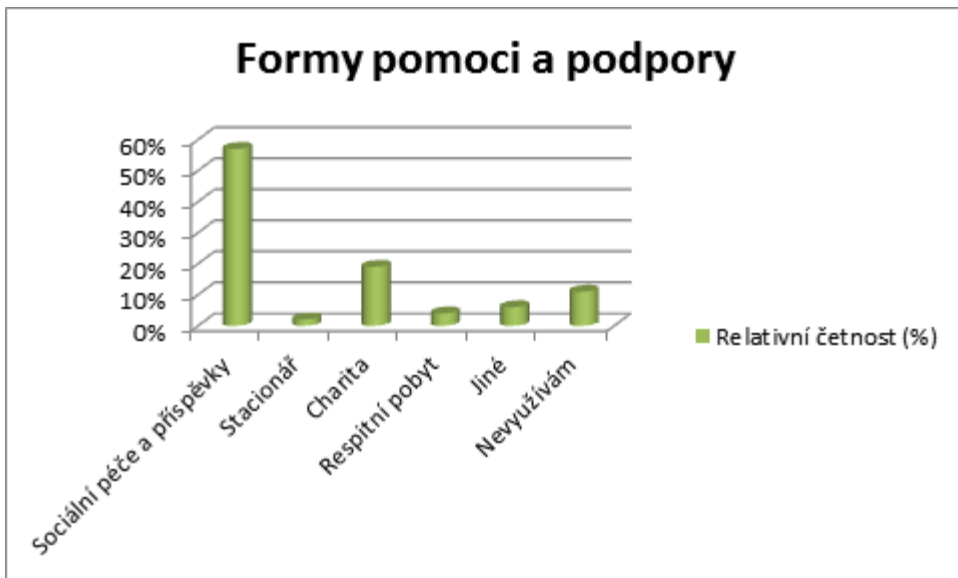


Dalším bodem výzkumu byla délka péče o blízkou osobu.

V této otázce se zjišťovala délka péče o blízkou osobu. V první kategorii, tj. do 1 roku, se nacházelo 13 % respondentů. Minimem délky péče o nemocnou blízkou osobu byly 3 měsíce. Opakem, tedy nejdelší dobou, po kterou se dotazovaní respondenti starají o někoho blízkého je období delší jak 15 let, což uvedla jedna osoba z celkového počtu respondentů.

Nejčetněji zastoupenou kategorií byla délka péče od 1 roku do 3 let, kterou reprezentuje 34 % respondentů. Z níže uvedeného grafu je také patrné, že s délkou péče ubývá počet pečovatелů.

Dalším zajímavým výsledkem byly otázky týkající se znalostí nějaké formy pomoci rodinám pečujících o své nemocné příbuzné v domácím prostředí.



Jednoznačně nejznámější podpůrnou službou je dle názoru respondentů sociální péče (včetně zařízení sociální péče) a příspěvky sociální péče. Následuje Charita. Taktéž oslovení respondenti v poměrně hojné míře (téměř polovina dotázaných) mají povědomí o možnosti využití služeb stacionářů. Nejmenší povědomí měli respondenti o využití respitní péče (Peterková, 2014).

ZÁVĚR

Péče o dlouhodobě nemocného pacienta či příbuzného je velmi obtížná a to z mnoha hledisek. Při dlouhodobé péči je na pečovatele kladena vysoká zátěž.

K zátěži pečovatelů zejména při dlouhodobé péči může dojít po stránce tělesné, finanční, sociální, či citové. Aby mohli pečující efektivně uspokojovat své potřeby, neobejdou se bez vnější, formální pomoci a podpory. Tato podpora by měla být dlouhodobá. Zejména pro laické pečovatele je důležité vědět, že na péči o blízkého nejsou sami.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [2] JEŘÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-117-6.
- [3] KALVACH, Zdeněk. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE, 2014. ISBN 978-80-87953-07-5.
- [4] KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.
- [5] NOVÁK, Tomáš. *Sám sobě psychologem 2*. 1. vyd. Praha 7: Grada Publishing a. s, 2010. ISBN 9788024729565
- [6] MEJSTŘÍK, Vladimír (ed.). *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost: s Dodatkem ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky*. Vyd. 3., opr. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-1080-7.
- [7] MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- [8] PETERKOVÁ, Ludmila. *Péče o pečující*. Jihlava, 2014. Bakalářská práce. VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA. Vedoucí práce Mgr. Petra Vršecká.
- [9] SELYE, Hans. *Stres života*. Přeložil Petra KUDRNÁČOVÁ. Hodkovičky: Pragma, 2016. ISBN 978-80-7349-392-9.
- [10] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Gerontopsychologie: studijní texty pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. ISBN 978-80-244-24743
- [11] TOŠNEROVÁ, Tamara. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001. ISBN 80-238-8001-2.
- [12] TOŠNEROVÁ, Tamara a Jiří TONŠER. *Burn out , Syndrom vyhoření: interní pracovní sešit*. Praha: Hestia, 2010
- [13] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

COPING NURSING CARE FOR SERIOUSLY ILL AND DYING

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Petra Vršecká
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: petra.vrsecka@vspj.cz

ABSTRACT

Care for the chronically ill is challenging not only physically but also mentally. The work of carers are placed great demands are under constant pressure, which cause constant control their emotions, suppressing their own needs, lack of appreciation of both financial as well as social. This intensity is very exhausting.

Carers needs to admit to himself that only his clients and their loved ones are necessities, but that he got needs, without whose satisfaction is at risk. For caregivers, it is reflected in particular stress, fear and exhaustion, fear of the future, but financial problems and so on. If caring does not get help, whether professional or lay, become exhausted, it all translates into psychological carers, and if they will not provide appropriate psychological care, can all lead to the burnout. Especially for lay caregivers it is important to know that the care of loved not alone. The family in the care of a terminally ill relative is considered an integral part of patient care.

KEYWORDS:

long-term illnesses, informal care, the needs of carers, support carers

REZORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍL - BEZPEČNÁ IDENTIFIKACE PACIENTA

LADA NOVÁKOVÁ
LADA CETLOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

PETRA CHYMOVÁ
NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD

ABSTRAKT

Dodržování bezpečnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních je vážným problémem, proto dochází k zavádění systematických přístupů vedoucích jak k zajištění bezpečnosti pacientů, tak i ke zvýšení celkové kvality zdravotní péče. Je řada faktorů, které zvyšují riziko omylů. Nejvíce chyb vzniká u zaměstnanců, kteří jsou v přímém kontaktu s procesem - pacientem.

V naší práci analyzujeme výsledky kvantitativního průzkumu. Jako průzkumnou metodu jsme zvolili nestandardizovaný dotazník, který byl distribuován hospitalizovaným dospělým pacientům. Průzkum probíhal v akreditované nemocnici u Spojené akreditační komise SAK, o.p.s. a v nemocnici, která nemá doložitelný certifikát kvality a bezpečí. Šetření probíhalo v období od začátku měsíce červen do konce měsíce října roku 2015. Celkem se průzkumu zúčastnilo 190 respondentů z oslovených nemocnic. Z akreditované nemocnice bylo 93 respondentů a z neakreditované nemocnice bylo 97 respondentů. Cíl jsme zaměřili na analýzu dodržování rezortního bezpečnostního cíle se zaměřením na bezpečnou identifikaci pacienta při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

KLÍČOVÁ SLOVA:

identifikace, kvalita, rezortní bezpečnostní cíl, sestra

JEL CLASSIFICATION: I 19

ÚVOD

Zlepšovat kvalitu poskytované péče není snadné. Bez správného nastavení některých oblastí, které můžeme označit za klíčové, úspěchu zpravidla nedosáhneme. Klíčové prvky jako jsou nastavení kultury beztrestnosti, motivace zdravotníků k hlášení, sestavení komise pro šetření nežádoucích událostí, která ponese odpovědnost za koordinaci procesu včetně přijímaných opatření, informovat zaměstnance o konkrétních opatřeních, která z hlášení vyplynula. Bezpečná péče znamená velmi široký koncept, pro jehož existenci je nutná interakce mezi strukturou a systémem organizace, technickým zabezpečením a řízením lidských zdrojů. Resortní bezpečnostní cíle, které vychází z Doporučení Rady Evropské unie (EU) o bezpečnosti pacientů včetně infekcí spojených se zdravotní péčí a jednotlivých doporučení Světové aliance pro bezpečnost pacientů, byly modifikovány na národní podmínky. Resortní bezpečnostní cíle se vyhláší formou doporučených postupů vedoucích ke snížení rizik poškození pacientů i jiných osob v procesu poskytování zdravotní péče. Jsou závazné pro přímo řízené organizace ministerstva a zároveň slouží jako doporučení pro ostatní zdravotnická zařízení. Cíle jsou vyhlášované od roku 2010 a jsou závazné pro přímo řízené organizace ministerstva a doporučující pro ostatní zdravotnická zařízení. *„Všechny organizace přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví ČR úkol splnily a Resortní bezpečnostní cíle vyhlášené v roce 2010 zavedly,“* připomíná ministr zdravotnictví ČR a dodává: *„Pro další období jsme zařadili další dva cíle a zároveň se připojujeme k iniciativě WHO k celosvětovému snížení výskytu infekcí spojených se zdravotní péčí. Budeme prosazovat nejvyšší standardy praxe a chování, jež povedou ke snižování rizika infekcí spojených se zdravotní péčí.“* (Heger, 2011, s. 15)

METODY

Cílem naší práce bylo zmapovat dodržování rezortního bezpečnostního cíle se zaměřením na bezpečnou identifikaci pacienta při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Soubor tvořily dvě skupiny zdravotnických zařízení. Jednalo se o oblastní nemocnice s nižší komplexností péče. Jedna z nemocnic opakovaně prošla auditem Spojené akreditační komise SAK o.p.s.. Průzkumný soubor tvořili pacienti různé věkové kategorie. Z celkového počtu 190 respondentů jich bylo 15 ve věku 19-30 let, 24 ve věku 31-40 let, 30 ve věku 41-50 let, 35 ve věku 51-60 let, 41 ve věku 61-70 let a 45 respondentů bylo ve věku 71 let a více. Počet distribuovaných dotazníků byl stanoven jako reprezentativní vzorek. Hospitalizovaným pacientům byly dotazníky předány vrchní sestrou nebo staniční sestrou. Sestra vysvětlila účel daného šetření a v případě potřeby poskytla pomoc takovou formou, aby neovlivňovala pacientovo rozhodnutí.

ANALÝZA VÝSLEDKŮ

V naší práci jsme zjistili, že mladší pacienti jsou více informováni o důvodech přiložení identifikačního náramku než starší pacienti a téměř tři čtvrtiny starších pacientů chápaly důvod přiložení identifikačního náramku, značně nižší procento z nich chápalo význam barevného bodového označení.

Cleopas a kol. (2004) ve svém výzkumu zjistili, že akceptace identifikačního náramku pacienty se zvýšila, když jim byl podrobně objasněn důvod jeho nošení a byla jim na příkladech objasněna rizika, která jim hrozí při chybné identifikaci.

Přístup zdravotnického personálu k identifikaci pacientů s použitím identifikačních náramků se liší v různých zdravotnických systémech. Hoffmeister a de Moura (2015) ve výzkumu v Brazílii považovali za úspěch to, že 84 % pacientů mělo identifikační náramky v pořádku (12 % pacientů mělo náramky s chybou a 4 % pacientů neměly náramek vůbec). Henneman a kolektiv (2008) ve výzkumech v letech zjistili, že při simulovaných scénářích se dopustilo chyb 92 % zdravotnických pracovníků při objednávání léků, 61 % zdravotnických pracovníků se dopustilo chyb při identifikaci pacienta a 27 % jich řádně neporovnálo náramek s pacientem. Podle regionů se také liší důvody, pro které zdravotničtí pracovníci neprovádějí řádnou identifikaci pacientů. Phipps a kolektiv (2012) uvádějí, že sestry někdy v případech časového tlaku, sebejistoty ve schopnost identifikovat pacienta neformálně nebo ve snaze o poskytování humánní péče neprovádějí řádně identifikaci pacientů. Sestry uváděly, že neustálé kontroly identifikace pacientů a dotazování se na rok narození pacienty znechucuje, uráží nebo znepřáteluje (Phipps, 2012).

Správná identifikace pacienta je problém celosvětového zdravotnictví. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) publikoval, že špatná identifikace pacientů se objevuje ve 13 % všech chirurgických pochybení a 67 % chyb při transfúzi je způsobeno též špatnou identifikací. Aby se zamezilo pochybení s identifikací, tak již v roce 2004 se v Severní Americe ve většině nemocnic používaly identifikační náramky. Ve Švýcarsku a ani v dalších Evropských zemích v této době nebyla identifikace pacienta brána jako prioritní téma. Jeden z prvních publikovaných výzkumů týkající se plošné identifikace pacientů probíhal v Ženevské Univerzitní Nemocnici a publikován byl v roce 2004. Výzkum byl nazván Acceptability of identification bracelets for hospital inpatients. V Ženevské Univerzitní Nemocnici v této době nosili identifikační náramky chirurgičtí pacienti a pacienti s demencí. Dříve než byl výzkum proveden, byli dotazováni zdravotničtí pracovníci na jejich názor na identifikaci z pohledu pacienta. Zdravotničtí pracovníci se domnívali, že nošení identifikačních náramků je ponižující a většina pacientů by tento náramek při hospitalizaci odmítla (Cleopas a kol., 2004).

Dále jsme z naší práce zjistili, že opět mladší pacienti více chápou význam důležitosti identifikace než starší pacienti. Cleopas a kolektiv (2004) ve svém výzkumu uvádějí, že

92 % je ochotno nosit identifikační náramek. Podrobné vysvětlení účelu náramku zvýšilo akceptaci pacientů z 88 % na 92 %, přičemž k tomu přispělo i vysvětlení důležitosti náramku na příkladech důsledků chybné identifikace pacienta (Cleopas a kol., 2004).

Kim a kolektiv (2014) se zabývali faktory, které ovlivňují provádění identifikace zdravotnickými pracovníky. Zjistili, že na přístup sester k identifikaci pacientů mají pozitivní vliv dobré vztahy s pacienty, dobrá personální kultura v organizaci a délka zaměstnání v nemocnici a na oddělení. Negativní vliv byl zjištěn při nedostatečných počtech sester na oddělení. Výzkumníci zjistili, že délka praxe na oddělení nemá významný vliv na přístup sester k identifikaci pacientů (Kim a kol., 2014).

Phipps a kolektiv (2012) uvádějí, že sestry jsou si vědomy důležitosti identifikace pacienta, ale striktní dodržování postupů je ovlivněno různými faktory, jako vyhodnocení nízkého rizika při chybné identifikaci, dopadu na osobní vztahy s pacientem nebo zvyklostmi na daných odděleních (Phipps a kol., 2012).

Hoffmeister a de Moura (2015) upozorňují na nutnost standardizace systému barevných kódů, kdy uvedl, že *„Instituce provádějí tuto praxi bez řádné standardizace mezi nimi. Bylo zjištěno, že zatímco v některých nemocnicích znamená oranžový náramek alergii, v jiných oranžový náramek indikuje riziko pádu. V rámci iniciativy „Koloradská nadace pro zdravotní péči“ se manažeři nemocnic tohoto regionu sešli, aby definovali standardizaci barev náramků, a to po případu sestry klasifikující nesprávně pacienta, kdy byla pacientova alergie označena červenou barvou.“* (Hoffmeister, de Moura 2015, s. 41)

Získaná data se shodují i s provedením výzkumem v roce 2004, kdy byla vybrána skupina pacientů starších 18 let, kteří byli hospitalizováni v této nemocnici mezi 15. zářím a 15. říjnem 2002 a těm byl zaslán úvodní dopis, otázky a předplacená obálka pro zaslání odpovědí zpět. Studie se zajímala, jestli by pacienti z výzkumného vzorku souhlasili a nosili identifikační náramky a pokud jim budou detailně vysvětleny důvody, jestli dojde k nárůstu tohoto procenta pacientů. Dále jestli nebudou preferovat na identifikačním náramku kód místo vlastního jména. 84 % pacientů z celého výzkumného souboru se domnívalo, že by nemocnice měla zavést identifikační náramky pro všechny hospitalizované. 92 % procent pacientů z celého výzkumného souboru souhlasilo s nošením identifikačního náramku při příští hospitalizaci (Cleopas a kol., 2004).

V České republice v roce 2006 byl proveden výzkum kdy na o otázku, jestli je plošná identifikace užitečná nebo zbytečná, pacienti odpovídali v poměru takto: 19 % velice potřebná, 48 % spíše užitečná, nedokázalo posoudit 25 % a 8 % cítilo, že je zbytečná nebo spíše zbytečná. Projekt identifikace ocenilo 85 % pacientů a 12 % pacientů odmítlo identifikační náramek. Tyto pacienti byli znovu proškoleni o potřebě identifikace a následků, které mohou nastat při nesprávné identifikaci pacienta. Pacienti také odpověděli, že necítí problémy s nošením identifikačního náramku v 80 %. Pokud uvedli nějaký problém

tak to, že jim náramek vadil při umývání, anebo je nepříjemně svědila kůže. Téměř dvě třetiny pacientů uvedlo, že byli sestrami informováni o významu nošení náramků a 20 % jich uvedlo, že je nikdo neinformoval. Na otázku spokojenosti s péčí v Ústřední vojenské nemocnici odpovědělo 94 % dotázaných kladně. Zbytek pacientů uvedl, že je spokojen s malými výhradami a nikdo nebyl nespokojen (Šedo a kol., 2006).

ZÁVĚR

Zajistit poskytování bezpečné péče je jednou z hlavních priorit celosvětového zdravotnictví a vyžaduje vždy zapojení odborné i laické veřejnosti. Každý z nás má roli ve vytváření bezpečného zdravotnictví. Při poskytování zdravotní péče je vždy snaha ze strany odborného personálu minimalizovat všechna rizika, která mohou vzniknout pobytem v nemocnici nebo v jiném zdravotnickém zařízení. Jedním z takových nástrojů na minimalizování rizik je identifikace pacientů pomocí identifikačních náramků. Hlavním přínosem identifikačních náramků pro praxi je zajištění bezpečnosti pacienta, minimalizování chyb při poskytování ošetrovatelské péče.

Aktivní přístup zdravotnických zařízení spočívá především v nepřetržitém sledování výskytu nežádoucích událostí a v důrazu na procesní řízení s cílem trvale jejich výskyt snižovat. Mají-li být opatření účinná, nesmí se jednat pouze o „povinnost“ danou zákonem, ale o aktivní snahu zlepšovat výsledky své práce. V praxi nestačí mít vedením zdravotnického zařízení výborně zpracovaný vnitřní předpis například pro podávání léků pacientům, nebo pro prevence pádů. Stejně důležité je, aby se s ním ztotožnil zdravotnický i nezdravotnický personál a dodržoval ho. Proto je nutné současně zavést účinný vnitřní kontrolní systém dodržování pravidel. Jedinou účinnou cestou, jak dosáhnout toho, aby zdravotnická zařízení kladla důraz na bezpečí, je aktivní přístup pacientů.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] CLEOPAS, A. - KOLLY, V. - BOVIER, PA. - GARNERIN, P. - PERNEGER, TV. 2004. *Acceptability of identification bracelets for hospital inpatients*. Qual Saf Health Care 2004;13:344-348 doi:10.1136/qshc.2004.010496.
- [2] FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv. 2006. *Ošetřovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8.
- [3] HEGER, L. 2011. ČR se připojí k aktivitě „Čistá péče je bezpečnější“. [online]. 2011. [cit. 2015-11-22]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/23181-cr-se-pripoj-k-aktivite-cista-pece-je-bezpecnejsi>.
- [4] HENNEMAN, PL. - FISHER, DL. - HENNEMAN, EA. - PHAM, TA. - CAMPBELL, MM. – NATHANSON, BH. 2009. *Patient identification errors are common in a simulated setting*. Ann Emerg Med. 2010 Jun;55(6):503-9. doi: 10.1016/j.annemergmed.2009.11.017. Epub 2009 Dec 23.
- [5] HOFFMEISTER, LV. - DE MOURA, GM. 2015. *Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital*. Rev Lat Am Enfermagem. 2015 Jan-Feb; 23(1): 36–43. doi: 10.1590/0104-1169.0144.2522.
- [6] KIM, YM. - KANG, SW. - KIM, SY. 2014. *Factors related to Nurses' Patient Identification Behavior and the Moderating Effect of Person-organization Value Congruence Climate within Nursing Units*. J Korean Acad Nurs. 2014 Apr;44(2):198-208. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2014.44.2.198>.
- [7] PHIPPS, E. - TURKEL, M. - MACKENZIE, ER. - URREA, C. 2012. *He thought the "lady in the door" was the "lady in the window": a qualitative study of patient identification practices*. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2012 Mar; 38(3):127-34.
- [8] ŠEDO, J - MARKS, D - VLČEK, F. – GUTOVÁ, L. – MAŠKOVÁ, M. Identifikace pacientů pomocí identifikačních náramků. *Zdravotnictví v České Republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2006, 9(2), 48-53. ISSN 1213-6050.

DEPARTMENTAL SAFETY OBJECTIVE - SECURE PATIENT IDENTIFICATION



ABSTRACT

Respect for patient safety in healthcare facilities is a serious problem, because there is the introduction of systematic approaches leadership as to ensure patient safety and increase the overall quality of health care. A number of factors that increase the risk of errors. Most errors occur among employees who are in direct contact with the process - the patient.

In our work we analyze the results of the quantitative survey. As an exploration method we chose a standard questionnaire, which was distributed to hospitalized adult patients. The survey was conducted in an accredited hospital in the United Accreditation Commission SAK, o.p.s. and in the hospital, which has no verifiable certificate of quality and safety. Investigation covered the period from the beginning of June until the end of October 2015. A total of 190 respondents participated in the survey from the hospitals surveyed. Of accredited hospitals were 93 respondents from a non-accredited hospitals were 97 respondents. Goal was focused on the analysis of compliance with departmental safety goals focused on secure identification of patients at the hospital in a medical facility.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Lada Nováková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: lada.novakova@onhb.cz

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: lada.cetlova@vspj.cz

Mgr. Petra Chymová
Nemocnice Havlíčkův Brod
Husova 2033
580 01 Havlíčkův Brod
e-mail: petra.chymova@onhb.cz

KEYWORDS:

identification, quality, departmental safety objective, sister



LOGOS POLYTECHNIKOS

Odborný recenzovaný časopis Vysoké školy polytechnické Jihlava, který svým obsahem reflektuje zaměření studijních programů VŠPJ. Tematicky je zaměřen do oblastí společenskovedních a technických.

Časopis vychází 4x ročně

Náklad 75 výtisků

Šéfredaktor: doc. Dr. Ing. Jan Voráček, CSc.

Odpovědný redaktor čísla:

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

Editor: Mgr. Alena Šetková (komunikace s autory a recenzenty)

Technické zpracování: Lukáš Mikula

Web editor: Mgr. Alena Šetková

Redakční rada:

doc. PhDr. Ladislav Benyovszky, CSc. (Univerzita Karlova v Praze)

prof. PhDr. Ivan Blecha, CSc. (Univerzita Palackého v Olomouci)

doc. RNDr. Helena Brožová, CSc. (Česká zemědělská univerzita v Praze)

doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr. (Vysoká škola ekonomická v Praze)

prof. Ing. Tomáš Dostál, DrSc. (Vysoké učení technické v Brně)

Ing. Jiří Dušek, Ph.D. (Vysoká škola evropských a regionálních studií)

Ing. Veronika Hedija, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc. (Univerzita Karlova v Praze)

prof. RNDr. Ivan Holoubek, CSc. (Masarykova univerzita)

Mgr. Petr Chládek, Ph.D. (Vysoká škola technická a ekonomická v Českých Budějovicích)

prof. PhDr. Ivo Jirásek, Ph.D. (Univerzita Palackého v Olomouci)

prof. Ing. Bohumil Minařík, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. Ján Pavlík (Vysoká škola ekonomická v Praze)

doc. PhDr. Karel Pstružina, CSc. (Vysoká škola ekonomická v Praze)

prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

prof. Ing. Jan Váchal, CSc. (Vysoká škola technická a ekonomická v Českých Budějovicích)

doc. Ing. Libor Žídek, Ph.D. (Masarykova univerzita v Brně)

Pokyny pro autory a deklarovaná forma příspěvků jsou dostupné na

<https://www.vspj.cz/tvurci-cinnost-a-projekty/casopisy-vspj/logos-polytechnikos>

Zasílání příspěvků

Redakce přijímá příspěvky v českém, slovenském a anglickém jazyce elektronicky na adrese logos@vspj.cz

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

Distribuce: časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách VŠPJ.
V omezeném množství jej lze vyžádat zdarma na adrese redakce.

Vytiskl: AMAPRINT-Kerndl s.r.o., Třebíč

Vydání: březen 2017

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 1804-3682 (PRINT)

ISSN 2464-7551 (ONLINE)

Registrace **MK ČR E 19390**

RECENZENTI ČÍSLA 1/2017

doc. Ing. Iva Brabcová, PhD. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

PhDr. Petra Doucková (Nemocnice Jihlava)

Mgr. Andrea Ganswohlová (Nemocnice Jihlava)

Mgr. Petra Chymová (Nemocnice Havlíčkův Brod)

doc. PhDr. Monika Jankechová, PhD. (Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave)

PhDr. Lívia Kollárová, PhD. (Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave)

Mgr. Kateřina Pokorná (Nemocnice Havlíčkův Brod)

Mgr. David Rezničenko (Nemocnice Havlíčkův Brod)