

2023

ROČNÍK 14

ČÍSLO 2

# LOGOS POLYTECHNIKOS

**V Š P**

**J**

Vysoká škola  
polytechnická  
Jihlava

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

připravili jsme pro Vás další číslo časopisu LOGOS POLYTECHNIKOS. Věříme, že v něm opět naleznete články, které stojí za přečtení. Doufáme, že Vám přinesou zajímavé a užitečné informace z oblasti zdravotní a sociální problematiky, která se dotýká každého z nás a zaslouží si více pozornosti a respektu z pohledu jednotlivce, společnosti i vědeckého bádání.

**Mgr. Markéta Dubnová, PhD.**  
vedoucí Katedry sociální práce  
Vysoká škola polytechnická Jihlava

# OBSAH / CONTENTS

---

5

**SOUČASNÝ STAV SOCIÁLNÍHO PODNIKÁNÍ**  
CURRENT SITUATION OF SOCIAL ENTREPRENEURSHIP  
Karel Řezáč

17

**POTRAVINOVÉ INTOLERANCE A ALERGIE Z POHLEDU SESTER**  
FOOD INTOLERANCES AND ALLERGIES FROM THE NURSES' PERSPECTIVE  
Lucie Krejsová, Michaela Abrmanová

29

**VLIV MÍRY SOBĚSTAČNOSTI SENIORŮ NA VYBRANÉ OBLASTI JEJICH ŽIVOTA**  
THE INFLUENCE OF THE DEGREE OF SELF-SUFFICIENCY OF SENIORS ON SELECTED AREAS OF THEIR LIVES  
Alena Hricová, Stanislav Ondrášek

41

**SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ A JEJÍ LIMITY**  
SOCIAL WORK IN HEALTHCARE AND ITS LIMITS  
David Urban, Alena Hricová, Stanislav Ondrášek

53

**ŠPECIFIKÁ VYBRANÝCH KULTŮR U PACIENTOV S INOU KULTÚROU**  
SPECIFICITIES OF SELECTED CULTURES IN PATIENTS WITH A DIFFERENT CULTURE  
Ivica Gulášová, Lenka Görnerová

62

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE POSKYTOVANÁ VŠEOBECNOU SESTROU PRACUJÍCÍ V AGENTUŘE DOMÁČÍ PÉČE**  
NURSING CARE PROVIDED BY A NURSE WORKING IN HOME CARE AGENCY  
Hana Ochtinská, Lada Daňková

73

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ S VYUŽITÍM MODELU VIRGINIA HENDERSON**  
SPECIFIC NURSING CARE FOR PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE USING THE VIRGINIA HENDERSON MODEL  
Pětníková Žaneta, Krause Martin

82

**PRÁVNÍ A ETICKÁ ODPOVĚDNOST NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA**  
LEGAL AND ETHICAL RESPONSIBILITY OF THE NON-MEDICAL HEALTH PROFESSIONAL  
Michaela Přibíková

93

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO KARCINOMU TLUSTÉHO STŘEVA**  
QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER COLON CANCER  
Zuzana Kosaková, Lenka Němcová, Veronika Šidláková

100

**ÚSKALÍ PRÁCE VŠEOBECNÝCH SESTER V DOMÁČÍ PÉČI**  
DIFFICULTIES OF THE WORK OF GENERAL NURSES IN HOME CARE  
Veronika Kusínová, Lada Razimová, Lucie Maixnerová

# OBSAH / CONTENTS

---

114

## **SPECIFIKA POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V SAUDSKÉ ARÁBII**

THE SPECIFICS OF NURSING CARE PROVISION IN SAUDI ARABIA

Pavλίna Juračková, Martin Krause

122

## **PROBLEMATIKA ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI**

ISSUES OF MEDICAL DOCUMENTATION IN PREHOSPITAL EMERGENCY CARE

Natálie Křeválková, Michaela Přibíková

133

## **AKUTNÍ CVVHD Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY**

ACUTE CONTINUOUS DIALYSIS FROM THE PERSPECTIVE OF NURSE

Filip Kremel, Michaela Přibíková

141

## **ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI**

MEDICAL DOCUMENTATION IN PREHOSPITAL EMERGENCY CARE

David Matoušek, Michaela Přibíková

152

## **TAP BLOK PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU**

TAP BLOCK AFTER CAESAREAN SECTION

Lenka Görnerová, Vlasta Dvořáková

162

## **PÉČE O CENTRÁLNÍ ŽILNÍ KATÉTRY NA JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE**

NURSING CARE ABOUT THE CENTRAL VENOUS CATHETERS AT THE INTENSIVE CARE UNIT

Jan Neugebauer, Lada Martinková, Andrea Hudáčková, František Dolák, Jitka Doležalová, Inka Kratochvílová

179

## **KVALITA PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ PŘI PROPUŠTĚNÍ PACIENTA Z AKUTNÍ PÉČE DO DOMÁCÍHO OŠETŘOVÁNÍ A PŘI PŘEKLDU MEZI POSKYTOVATELI ZDRAVOTNÍ PÉČE**

THE QUALITY OF INFORMATION TRANSFER WHEN A PATIENT IS DISCHARGED FROM ACUTE CARE TO HOME CARE AND WHEN TRANSFERRING BETWEEN HEALTH CARE PROVIDERS

Pavλίna Tůmová, Sylva Bártlová

195

## **VYBRANÉ PREJAVY RIZIKOVÉHO SPRÁVANIA U DOSPIEVAJÚCICH**

SELECTED MANIFESTATIONS OF RISK BEHAVIOUR IN ADOLESCENTS

Ivan Rác

206

## **EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE MEZI PACIENTEM S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA A PERSONÁLEM VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH**

EFFECTIVE COMMUNICATION BETWEEN PATIENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND STAFF IN HEALTHCARE FACILITIES

Jan Neugebauer, Blanka Vlková, Pavel Bludovský

220

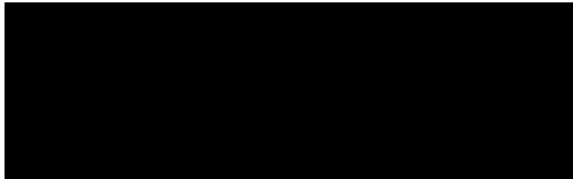
## **SOCIÁLNÍ, ZDRAVOTNÍ, PRÁVNÍ A PEDAGOGICKÉ ASPEKTY PÉČE O DĚTI S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA POHLEDEM PEČUJÍCÍ OSOBY**

SOCIAL, HEALTH, LEGAL AND PEDAGOGICAL ASPECTS OF CARING FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER FROM THE POINT OF VIEW OF THE CAREGIVER

Renata Švestková, Ingrid Baloun, Michaela Šrenková, Iva Brabcová

# SOUČASNÝ STAV SOCIÁLNÍHO PODNIKÁNÍ

KAREL ŘEZÁČ  
ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA  
V PLZNI



## ABSTRAKT

Cílem tohoto příspěvku je charakterizovat aspekty současného stavu sociálního podnikání na základě uskutečněné teoretické konceptualizace a kvalitativního výzkumu realizovaného s výzkumným souborem přímých aktérů sociálního podnikání v České republice. Na stav sociálního podnikání je ve studii nahlíženo z celkem čtyř aspektů, kterými jsou motivace, proces realizace, praxe a úspěšnost. Metodika výzkumu spočívala v aplikaci přístupu deduktivně kvalitativní analýzy a metody hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Navzdory moderním trendům a všestrannému potenciálu je problematika sociálního podnikání dlouhodobě mimo vzdělávací standardy oboru sociální práce, nemá dostatečné ukotvení v legislativě a často je obecně ve společnosti přehlížena. Zároveň je ovšem současná společnost stále více vystavována ekonomizačním tlakům, které prostupují prakticky všemi oblastmi života a bez ohledu na specifické potřeby vytvářejí výzvy pro všechny lidi bez rozdílu. Z tohoto důvodu zaměřila Studentská výzkumná skupina sociální práce Katedry sociologie Filozofické fakulty Západočeské univerzity v Plzni svou pozornost právě na tuto méně probádanou problematiku a prostřednictvím realizovaného výzkumu přinesla nové poznatky o této specifické oblasti sociální práce, která tvoří pomyslný předěl mezi sférou profitujícího byznysu a neziskových sociálních záležitostí.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Ekonomizace, sociální práce, byznys, aspekty, zaměstnávání

## ÚVOD

**V**e vývoji současné neoliberální společnosti lze podle mnohých autorů sledovat tendence intenzivní ekonomizace, která stále více prostupuje dříve neekonomické sféry lidského života, a je proto také skloňována v pestré škále různých oblastí a vědních disciplín (Wenzlaff, 2019). Nadneseně řečeno sledujeme triumf ekonomického smýšlení (Keller, 2007), které vytváří určité omámení pokrokem (Sedláček, 2012). Ekonomizace pochopitelně prostupuje také do oblasti sociální práce, respektive vytváří potřebu vyrovnat se zvyšujícím tlaku na výkon jednotlivce (Elichová, 2017). Nutno ovšem podotknout, že jak zmiňuje Wenzlaff (2019:75): „*samozřejmě, ne každý vývoj směrem k ekonomizaci a marketizaci je sám o sobě negativní, ale spíše musí být pečlivě zhodnocen*“. Jinými slovy nás nabádá, abychom tento proces a trend neodsuzovali, nýbrž o něm dále uvažovali a diskutovali.

Vnímání ekonomizace jako trendu nás přivádí k úvaze, že sociální práce by neměla tento proces opomíjet, ale naopak na něj nahlížet jako na významnou potenciální příčinu sociálních problémů i zdroj jejich řešení. Přemýšleli jsme o tom, jakým způsobem může sociální práce z tohoto procesu profitovat, nebo zda se již tak neděje. Odpověď jsme našli ve sféře sociálního podnikání. Tento pojem zpravidla nenajdeme v běžných publikacích pojících se se sociální prací, ani není součástí obvyklé struktury vzdělávacích programů tohoto oboru. I samotný význam ekonomie v tomto smyslu není příliš valný. Ekonomie sociální sféry či pracovní trh a nezaměstnanost jsou například dle poslední aktualizace Minimálních standardů vzdělávání v sociální práci ASVSP (2021) doporučovány vedle řady dalších oblastí jako specializovaná výběrová přednáška sloužící k umožnění profesní orientace. Sociální podnikání tak není neopomenutelným tématem vzdělávacích programů sociální práce. Tuto skutečnost v duchu dnešní doby vnímáme jako neuspokojivou. Její příčinu spatřujeme v dlouhodobě chybějícím ukotvení sociálního podnikání, které již bylo od roku 2014 několikrát připravováno, avšak doposud nepřekonalu podobu pouhého vznikajícího návrhu zákona. Sociální podnikání je přitom stěžejní součástí evropského sociálního modelu a představuje významnou část strategie s názvem Evropa 2020. Evropská komise dlouhodobě usiluje o rozvoj oblasti sociální ekonomiky a od roku 2011 je pro ni sociální podnikání prioritou a současně politickým cílem, který mimo jiné vedl k ustanovení Iniciativy pro sociální podnikání (Monzón, Chaves, 2017; Evropská Unie, 2010). Absence zákonného ukotvení této činnosti v české legislativě, kterou dle Adresáře sociálních podniků (MPSV, 2022) aktuálně poskytuje 310 podniků, je proto alarmující. Cítíme tudíž potřebu tuto oblast ekonomiky více zviditelnit a prostřednictvím základního výzkumu upozornit na tento fatální a dlouhodobý nedostatek. Na základě toho jsme formulovali výzkumný cíl charakterizovat aspekty současného stavu sociálního podnikání. Jsme přesvědčeni o tom, že dosažením tohoto cíle můžeme jednak více porozumět sociálním podnikům, přispět k jejich charakterizování a potažmo tak implicitně poskytnout východiska pro jejich zákonné ukotvení.

## ASPEKTY SOCIÁLNÍHO PODNIKÁNÍ

**A**bychom mohli empiricky probádat námi stanovený cíl, provedli jsme konceptualizaci teoretických východisek. Jako klíčový termín našeho tématu chápeme samotné sociální podnikání, jehož definice napříč různými zdroji jsou sice dohledatelné, avšak v důsledku již zmíněného legislativního a odborného neukotvení tématu jsou nejednotné.

Nezisková organizace TESSEA (2011), jež zastřešuje sociální podniky po celé České republice, definuje sociální podnikání jako: „podnikatelské aktivity prospívající společnosti a životnímu prostředí.“. Dále je také zahrnut akcent na význam role sociálních podniků v místním rozvoji a obvyklý cíl v podobě zaměstnávání osob se zdravotním, sociálním nebo kulturním znevýhodněním. Zisk těchto podniků je pak z větší části využíván pro rozvoj podniku a jeho význam je stejně důležitý, jako dosažení veřejné prospěšnosti. Sociální podnikání je tak důležitou součástí ekonomiky, neboť zefektivňuje ekonomickou činnost osob, jejichž fungování je v tomto směru z určitého důvodu omezené.

Podle některých autorů pak v případě sociálního podnikání (na rozdíl od „nesociálního“) převažuje v realizovaných činnostech veřejně prospěšná složka, například začleňování znevýhodněných osob na trh práce, nad ekonomickými účely (Hunčová, 2007:181). Podle Oujedské a Gójoyé (2016) lze na sociální podnikání nahlížet jednak na mikroúrovni, která představuje podnikatelské činnosti s cílem naplnit sociální cíl, i na makroúrovni, kdy je sociální podnikání využíváno státem, za účelem úlevy veřejným rozpočtům v oblasti sociální péče. Tím stát přenáší část své zodpovědnosti na soukromé subjekty (Oujedská, Gojová, 2016:11). Dle definice TESSEA (2014) existuje i jistá diferenciací sociálních podniků. Může se jednat o „obecný sociální podnik“ nebo „integrační sociální podnik“. Oba typy shodně naplňují veřejně prospěšný cíl, ovšem v případě integračního typu se jedná konkrétně o zaměstnávání a začleňování znevýhodněných osob na trh práce. V rámci našeho výzkumného projektu jsme definovali vlastní aspekty sociálního podnikání v souladu s tím, co jsme na základě rešerše dostupných zdrojů v kontextu tématu považovali za méně probádané a zajímavé.

Aspekt lze definovat jako jednu část celku určité situace, problému či tématu (Cambridge Dictionary, 2022). Barták a kol. (2008:36) aspekt charakterizují synonymy ve smyslu, který můžeme chápat ve významu specifické optiky či subjektivního výkladu jako „...*stanovisko, pohled, hledisko, úhel pohledu...*“. Dále můžeme nalézt charakteristiku aspektu jako stavu nebo fáze, v němž se něco objevuje a může být pozorováno (Merriam-Webster, 2022). Již zmíněný princip členitosti ve významu pojmu lze nalézt také v definici Oxfordského slovníku (Oxford Learner's Dictionary, 2022), kde jsou pro vymezení použita opět slova jako situace a problém i způsob uvažování. Souhrnně pojem aspekt zahrnuje význam fragmentace sledované skutečnosti. Tuto fragmentaci pro naše účely interpretujeme ve významu fází procesu sociálního podnikání. Z důvodu snahy zachovat komplexní perspektivu, která se u nepříliš probádané oblasti jeví jako vhodný způsob jejího zviditelnění, jsme vymezili

čtyři hlavní aspekty zachycující z našeho pohledu klíčové oblasti poznání. Tyto aspekty nám umožnily hloubkově analyzovat zkoumané téma. Jedná se o aspekty: (1) motivace; (2) proces realizace; (3) praxe; (4) úspěšnost. Získané dílčí poznatky nám daly možnost komplexně uchopit danou problematiku pro operacionalizaci výzkumné otázky, umožnily poznat samotný proces budování sociálních podniků (včetně nástrah a příležitostí) i následnou realitu praxe v kontrastu s původním očekáváním a konečným hodnocením úspěšnosti.

## MOTIVACE

**P**rvním ze zkoumaných aspektů byla motivace. Na motivaci lze nahlížet z různých perspektiv, jelikož dohledatelné definice se v některých ohledech rozcházejí. V první řadě je třeba zmínit, že motivace se úzce váže k lidským představám, tužbám nebo zájmům a projevuje se v podobě vnitřního stavu člověka, který vede k určitému chování a aktivitě člověka (Veber a kol., 2000). Přirozeně se tak jedná o velmi výrazný faktor podnikání v obecném slova smyslu. Plháková (2003:319) definuje motivaci jako „...souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního.“

Pokud bychom se na tento pojem podívali z užšího kontextu naší studie, můžeme dojít k závěru, že motivace k podnikání úzce souvisí s touhou po nezávislosti, seberealizaci, vysokém příjmu a jiných výstupech, které jsou pro nás atraktivní (Srpová a kol., 2020). Šedivý a Medlíková (2017) vymezují motivaci v kontextu tématu úspěšných neziskových organizací jako soubor vnitřních hnacích sil člověka, které usměřňují jeho jednání a prožívání. Motivace podle nich obsahuje dvě složky – energetizující (síla) a řídící (směr). Zdrojem motivace pro člověka jsou hlavně jeho potřeby, návyky, zájmy, ideály a hodnoty.

## PROCES REALIZACE

**D**ruhý aspekt, tedy proces realizace, je specifické a v odborné literatuře spíše neukotvené slovní spojení. K jeho vymezení jsme proto přistoupili prostřednictvím shrnutí podstaty obou slov. Podle Bartáka a kol. (2008) můžeme odvodit, že proces je určitým směrem ubírající se jev či děj, nebo též posloupnost stavů. Realizaci lze chápat jako uskutečnění a provádění. Pojem proces realizace tak lze vnímat jako dynamicky postupující děj, který zahrnuje měnící se stavy. Explicitně se s tímto pojmem můžeme setkat ve dvou oborech, a to v ekonomii (podnikové ekonomice) a stavitelství. V obou disciplínách hovoříme o souboru činností, které předchází určité hmotné existenci.

Z důvodu zaměření naší studie se budeme věnovat pouze perspektivě ekonomické. V podnikové ekonomice se nejčastěji jedná o proces vedoucí k založení podniku. Proces realizace lze v ekonomickém kontextu rozdělit do životních fází projektu (podniku). První je předinvestiční, následuje investiční, provozní a ukončující. Každá z nich je podstatná pro úspěšnost, nicméně největší váha je přikládána první fázi. K úspěšnému založení



podniku je nutná i vhodná osobnost podnikatele, již zmíněná motivace a podnikatelský nápad (Taušl Procházková, Jelínková, 2018).

## PRAXE

**O**d počátku byla praxe stavěna do opozice k pojmu teorie. Aristoteles například pojmenoval praktický život jako ten, který je aktivní a je plný činností spojených s rozhodováním, zároveň pojem praxe spojil s činnostmi, které mají smysl samy o sobě a nemusí mít finální produkt. Prostřednictvím praxe člověk nabývá zručnosti. Také ji lze ovšem vnímat obecněji jako aktivitu v oboru, nebo opakování činnosti pro zlepšení (Hartl, 2004). Slovník filozofických pojmů současnosti (Olšovský, 2011) pojmenovává praxi jako lidské jednání, konání a činnost v různých oblastech. Praxe má více fází jako je získání vědomostí a jejich aplikování. V oblasti sociálního podnikání se nejčastěji vyskytuje pojem praxe jako činnost v této oblasti, pro které je potřeba určité know-how. Z toho důvodu se v kontextu praktických činností často mluví o dobré praxi. Dobrá praxe má představovat činnost, která se prokázala jako užitečná a existuje důvod pro její sdílení a rozšíření. Dle Bednárikové (2012) sdílení dobré praxe má v sociálním podnikání za účel přinést porozumění tomu, co obnáší. Zároveň toto sdílení může inspirovat, motivovat a ujistit ve funkčnosti konceptu.

## ÚSPĚŠNOST

**P**řes dobrou praxi se dostáváme k poslednímu námi zkoumanému aspektu sociálního podnikání, kterým je úspěšnost. Na úvod lze konstatovat, že z logiky věci je podstatou tohoto pojmu úspěch, na který můžeme podle Taušl Procházkové a Jelínkové (2018) nahlížet jako na pozitivní výsledek snahy jednotlivce nebo skupiny o dosažení určitého cíle. Podle Plamínka (2010) je úspěch stav, kdy bylo dosaženo toho, čeho být dosaženo mělo a zároveň dodává, že pokud hovoříme o úspěchu a neúspěchu, tak mluvíme o očekávání a skutečnostech. Suchý, Papánek a Náhlovský (2016) kladou důraz i na připravenost na úspěch. K této připravenosti se řadí i postoje. Postoje k sobě samému, k práci, k lidem a k životu. Velkou roli hrají i emoce, respektive to, jak je dokážeme ovládat a řídit. Největší váhu pak autoři přisuzují mezilidským vztahům.

Konkrétně ve vztahu k sociálnímu podnikání Rektořík a kol. (2001) rozlišuje mezi vnějšími a vnitřními faktory úspěchu. Vnější faktory zahrnují politické uspořádání, způsob financování „třetího sektoru“, konkurenci ve veřejném sektoru a fungování tržního sektoru. Vnitřní faktory znamenají kvalifikaci zaměstnanců, využívání poznatků různých oborů v praxi (management, IT apod.), vhodnou volbu práce, komunikaci s okolím či iniciativu pracovníků. Dle Vyskočila (2014:20) ovšem *“...podnik s velkým sociálním přínosem může mít špatné tržní výsledky vedoucí až k bankrotu...přesto sociální podnik, i přes špatné hospodářské výsledky, může být velice přínosný pro společenské blaho...”*. Podnik přesahující trh sociálním významem může být tedy méně stabilní a náchylnější k ohrožení. Tržní neúspěch však v tomto smyslu neznamena nepřínosnost, jelikož přínos může spočívat v pozitivním společenském dopadu.

## METODIKA VÝZKUMU

Cílem našeho výzkumu bylo charakterizovat aspekty současného stavu sociálního podnikání. K dosažení našeho cíle jsme využili kvalitativní výzkumnou strategii, konkrétně se jednalo o přístup deduktivně kvalitativní analýzy (Gilgun, 2019). Data byla shromažďována metodou hloubkových polostrukturovaných rozhovorů (Reichel, 2009). Výzkumným souborem byly osoby, které jsou zodpovědné za provoz sociálního podniku. Nashromážděná data byla standardním způsobem otevřeně kódována a kategorizována. Kódy a kategorie byly následně analyzovány a na základě této analýzy byly interpretovány závěry studie.

Deduktivně kvalitativní analýza kombinuje výhody přístupů zakotvené teorie a fenomenogicky orientovaného přístupu. Tento výzkumný přístup je liberální a otevřený, čímž dává výzkumníkům prostor pro úpravu výzkumného designu (Gilgunová, 2019). Tento výzkumný přístup odpovídá parametrům tradičního a všeobecně zažitého modelu zkoumání, jelikož předpokládá sestavení konceptuální rámce výzkumu před jeho aktivní fází v podobě sběru dat, jejich analýzou a následnou interpretací.

Polostrukturovaný rozhovor přináší v jisté míře výhody volného i nestrukturovaného rozhovoru a minimalizuje jejich nevýhody. Jistá volnost umožňuje tazateli vytvořit příjemnější prostředí pro informanta a komunikace nad tématy snáze plyne (Reichel, 2009).

Výzkumný soubor se skládal z celkem 6 participantů. Jejich výběr probíhal volně prostřednictvím metody sněhové koule (Miovský, 2006). První participanty jsme našli ve svém blízkém okolí a k dalším docházeli získáváním nových tipů a kontaktů. Každý participant byl před započítáním rozhovoru seznámen s etickými zásadami rozhovoru a byl ujistěn o zachování anonymity. S každým účastníkem byl rovněž podepsán písemný informovaný souhlas.

Otevřené kódování podle Glasera (2016) zprostředkovává badateli směr, jakým by se měl jeho výzkum ubírat. Díky kódování se výzkum jako celek stává selektivním a umožňuje koncepční zaměření na konkrétní sociální problém. Kategorizace je pak dle Givenové (2008) hlavní složkou kvalitativní analýzy dat, jejíž pomocí se výzkumníci pokoušejí sdružovat vzorce nalezené v datech do smysluplných kategorií, které následně slouží k jejich interpretaci.

## INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Ačkoliv jsme se v rámci výzkumu snažili kontinuálně dodržovat naší diferenciaci dle konceptualizovaných aspektů, v průběhu interpretace se začaly hranice mezi jednotlivými aspekty stírat. Ukázalo se, že řada z nich je vzájemně propojena a úzce souvisí. Přesto se zde pokusíme alespoň částečně toto rozlišování dodržet

a vyjádřit závěry výzkumu ve vztahu k dílčím aspektům sociálního podnikání tak, aby zůstala zachována srozumitelnost a přehlednost výsledků.

Z hlediska motivace se prokázalo, že pro působení v sociálním podniku je očima našich participantů klíčová konstelace hodnot. Z našeho pohledu to nejlépe vystihuje participant P5, který rozdíl mezi podnikáním a sociálním podnikáním shrnul konstatováním toho, že: „...sociální podnikání roste z hodnot, ne potřeb...“. Obecně se téma hodnot v rámci rozhovorů opakovalo ve vztahu k motivaci velice často. Konkrétně byly zmíněny hodnoty jako spolupráce, empatie, důvěra a soudržnost. Celkově byl napříč rozhovory důraz na sociální stránku věci, jak shrnuje participant P2: „...neřešíme tolik zisk, ale spíše zaměstnance...“. Přesto někteří v rozhovoru finanční stránku věci neopomenuli zmínit, viz participantka P4: „...je to forma podnikání, samozřejmě za účelem zisku...“. Zisk je však vždy brán nanejvýš jako významná část, nikdy však ne jako dominantní hodnota či jako motiv. Silným motivem k působení v oblasti sociálního podnikání se ukázala být pohodová atmosféra a orientace na člověka, která neprostopuje pouze práci s klienty, tedy začleňovanými zaměstnanci, nýbrž celým kolektivem sociálního podniku. Motivací pro sociální podnikání pak může být rovněž uznání ze strany okolí, ať již ve smyslu bližšího okolí (rodiny, přátel apod.) nebo ve smyslu celé společnosti. V rozhovorech jsme ovšem také narazili na opačnou situaci, kdy okolí záměr sociálního podniku kritizuje. Participantka P3 se například setkala s kritikou na sociálních sítích. Prezentace podniku jako sociálního vedla k nařčení, že se jedná o účelné označení: „...někdo na sociálních sítích napsal, že ať nehraju na city ... tak jsem si říkala, že musím být s tímhle opatrná a nezdůrazňuji to...“. Sociální podstata podniku tedy může některé lidi i odrazovat a být interpretována jako účelová.

Z metodického hlediska chodu sociálních podniků pro nás v kontextu procesu realizace bylo klíčové zjištění, že fungující sociální podnik obvykle vyžaduje duální vedení dvěma vedoucími s odlišnou rolí. Jak vysvětluje participant P5: „...v každém sociálním podniku je důležitý, aby byli dva lidi. Jednomu říkáme nekrachlo, to je ten podnikatel, a druhému říkáme všem se rozdál, a to je ten sociál. Je důležitý, aby ti dva lidi, v tom sociálním podniku byli, a zároveň byli schopni se domluvit.“. Podobné, ačkoliv ne tak konkrétní názory se objevily ve většině rozhovorů. Naopak v případě jednoho podniku jsme sledovali ohrožení chodu podniku nedostatkem financí, přičemž se jednalo právě o podnik, v jehož vedení stál pouze jeden člověk, evidentně zaměřený na sociální stránku věci. Je zřejmé, že ambivalentní podstata principu sociálního podnikání, žádá vyvažování těchto dvou dimenzí. Aby se udržela rovnováha mezi hospodařením a sociálním smyslem, je ideální mít v managementu podniku dva vedoucí na shodné úrovni. Pokud vyjdeme z rétoriky citovaného úseku (kterou jsme si dovolili mírně upravit), každý sociální podnik by měl mít vedoucího v roli „nekrachlo“, který nese odpovědnost za to, aby podnik ekonomicky fungoval a nepropadl se do ztráty, a zároveň je žádoucí role „rozdával“, který v podstatě zodpovídá za udržování toho, čím je sociální podnik specifický, tedy hodnoty, zaměření na zaměstnance a účel začleňování do společnosti. Pokud tato rovnováha není vyvážená, podnik se buď může ocitnout v situaci, kdy mizí jeho odlišnost od běžného podniku, nebo

se naopak stát spíše sociální službou, zejména z hlediska závislosti na dotacích. Rovněž jsme se setkali s tím, že se sociální podniky často podílejí na různých společenských aktivitách. Participant P2 zmiňuje: „*Jezdíme na festák do Varů...uspořádali jsme různý konference, coffee breaky a podobně.*“. I v tomto případě se nejedná o ojedinělou externalitu. Sociální podniky se často podílí na realizaci podobných činností, které jednak přinášejí možnost osvěty problematiky, jíž se daný podnik věnuje, a zároveň slouží jako určitá forma propagace a reklamy podniku.

Praxe sociálních podniků našich participantů velmi často naráží na překážky spojené s financováním a legislativou. Zdroje financí mimo vlastní zisk jsou různé. Participant P2 uvedl: „*...byli jsme úspěšní v Hithit, ale tam více méně to byla kapka v moři.*“. Peníze tedy podnik sháněl i přes internetový portál Hithit fungující na principu crowdfundingu. Participantka P6 zase zmiňuje význam dotací, které však podle ní mohou být i zneužívány: „*Myslím si, že kdyby ty dotace nebyly, tak spousta firem vůbec nemůže přežít. Nebo mi to takhle rozhodně teď máme, že ty dotace jsou velká pomoc a zároveň je tam taky riziko zneužitelnosti těch peněz, a i těch lidí, který chci zaměstnávat.*“. Naši participanté zmiňovali také využití fondů Evropské unie, sponzorské dary, granty a v případě přidružení k větší organizaci, také finanční pomoc z její strany. Financování sociálních podniků je tak velmi různorodé a v některých ohledech až komplikované. Řešením by podle některých mohla být systematická finanční podpora sociálních podniků prostřednictvím nové legislativy. Participantka P1 na otázku ohledně toho, co by stát mohl pro chod jejího podniku udělat, jednoznačně na prvním místě uvedla: „*No určitě zvýšit finance...*“. Někteří provozovatelé také narážejí na problémy spojené se specifíčností sociálních podniků, které se projevují v praktických ohledech, jako je například evidence docházky. Participant P3 k tomuto říká: „*...jak počítat tu absenci? ...já ho už zaměstnávám s tím, že je zdravotně postižen a musím počítat s tím, že prostě může mít výpadky v práci...*“. Zároveň tato specifika nezohledňují například auditoři při kontrolách činností. Legislativní ukotvení by navíc mohlo přispět k celkově vyšší transparentnosti a srozumitelnosti tohoto fenoménu v očích veřejnosti a také usnadnit vyrovnávání se nesociální konkurenci, která má při své primární orientaci na ekonomickou stránku podnikání konkurenční výhody. Navzdory absenci legislativy jsme však zjistili, že na lokální komunální úrovni některé sociální podniky již spolupracují například s příslušnými městy, ve kterých působí. Podle participantů lze legislativní cestou podpořit spolupráci sociálních podniků se státem, kraji i obcemi, která může být oboustranně prospěšná.

Úspěšnost sociálních podniků se perspektivou participantů našeho výzkumu obvykle identifikuje na základě spokojenosti zaměstnanců a finanční stability. Participantka P1 uvedla: „*Nejdůležitější je pro mě to, aby tady byli lidi spokojení, aby sem nešli s nějakým děsem, když se ráno probudí.*“. Úspěšný sociální podnik si tedy uchovává lidskou tvář. Nemusí se přitom jednat vždy jen o orientaci na zlepšení situace lidí, podle participantky P4 spočívá význam sociálního podniku také v tom, že: „*...pomůže té lokalitě, ve který působí. A to jak z hlediska životního prostředí, tak z hlediska populace.*“. Sociální podniky tedy podle našich participantů mohou svou činností rozvíjet kromě sociálního také životní prostředí. Z hlediska cíle podniků jsme se setkávali primárně se třemi oblastmi zaměření,

keré shrnula participantka P4: „...vytvořit ty pracovní pozice pro lidi se zdravotním handicapem, uživit se a být prospěšná tomu zákazníkovi...“. Sociální podnikání je tak velmi komplexní záležitostí a pro úspěšnou realizaci vyžaduje všestranné kompetence, dovednosti a schopnosti.

## ZÁVĚR

**N**a základě námi provedeného výzkumu můžeme konstatovat, že s ohledem na významná specifika sociálního podnikání je velmi žádoucí přistoupit k legislativnímu ukotvení této oblasti sociální práce vyplňující místo mezi sociálními službami a tradičním byznysem. Legislativní cestou by bylo možné ošetřit problematické oblasti, jako jsou komplikované financování, srozumitelnost fungování a nekonzistentní podpora. Došli jsme k závěru, že sociální podnikání může být svou výraznou orientací na pohodu a péči o (nejen znevýhodněné) zaměstnance inspirující praxí pro kultury podniků obecně. Spokojenost vypěstovaná na tomto základě by patrně mohla posílit spokojenost zaměstnanců jakéhokoliv podniku a potažmo tak snížit jejich fluktuaci. Dále jsme přinesli poznatky o originálním a v praxi fungujícím způsobu duálního řízení chodu sociálního podniku prostřednictvím dvou vedoucích v odlišných rolích tzv. „nekrachla“ a „rozdávala“. Sociální podnikání má v obecném smyslu jedinečný význam propojující ekonomickou a sociální sféru společenského života. Přestože z velké části stojí na lidských hodnotách, do jisté míry nám tím ukazuje vrtkavost světa kolem nás. Většina lidí obecně totiž ve svém životě balancuje v podobném duchu, kdy musí vyrovnávat sociální citění a ekonomické kalkuly. Na základě našich poznatků je nasnadě formulovat doporučení pro vysoké školy, aby v rámci studijních programů sociální práce oblast sociálního podnikání nejen figurovala dominantněji jako významný nástroj sociálního začleňování, ale v ideálním případě byla zakomponována jako společné téma vzdělávání (například v podobě sdíleného povinně volitelného předmětu) pro ekonomické a sociální studijní programy. Studenti z obou těchto sfér by se pak mohli vzájemně obohatit o své různé perspektivy a přispět k interdisciplinaritě, která je v dnešní době stále žádanější, (zejména v zahraničí) populárnější a především přináší tolik potřebný komplexní náhled na svět kolem nás.

Doufáme, že tato studie přinejmenším podnítí pár čtenářů k tomu, aby o sociálním podnikání přemýšleli a při hledání služeb podniků zvážili vyhledání a využití právě těch sociálních. Skloubí tím totiž příjemné s užitečným, což je z našeho pohledu ona skutečná podstata a přínos současného stavu sociálního podnikání.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ASVSP. 2021. Minimální standard vzdělávání v sociální práci ASVSP [online]. Brno: ASVSP. [4. 9. 2022]. Dostupné z: [http://www.asvsp.org/wp-content/uploads/2021/12/standard\\_asvsp\\_6\\_5\\_21.doc](http://www.asvsp.org/wp-content/uploads/2021/12/standard_asvsp_6_5_21.doc)
- [2] BARTÁK, M. a kol. 2008. Slovník cizích slov. Praha: Plot. ISBN 978-80-86523-89-7.
- [3] BEDNÁRIKOVÁ, D. 2012. Příklady dobré praxe aneb sociální podnikání v České republice i zahraničí. Praha: P3 – People, Planet, Profit. ISBN 978-80-260-4043-9.
- [4] CAMBRIDGE DICTIONARY. 2022. ASPECT / meaning, definition in Cambridge English Dictionary [online]. Cambridge: Cambridge University Press. [1. 10. 2022]. Dostupné z: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/aspect>
- [5] ELICHOVÁ, M. 2017. Sociální práce: Aktuální otázky. Praha: Grada Publishing.
- [6] EVROPSKÁ UNIE. 2010. EUROPE 2020: A European strategy for smart, sustainable and inclusive growth. Brussels: European Commission.
- [7] GILGUN, J. 2019. Deductive Qualitative Analysis and Grounded Theory: Sensitizing Concepts and Hypothesis-Testing. In BRYANT, A., CHARMAZ, K. The SAGE Handbook of Current Developments in Grounded Theory. London: Sage. ISBN 978-1-4739-7095-3.
- [8] GIVEN, L. M. 2008. The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods. London: Sage. ISBN 978-1-4129-4163-1.
- [9] GLASER, B. G. 2016. Open Coding Descriptions. The Grounded Theory Review, 15(2), 108-110. ISSN 1556-1542.
- [10] HARTL, P. 2004. Stručný psychologický slovník. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-803-4.
- [11] HUNČOVÁ, M. 2007. Sociální ekonomika a sociální podnik. Ústí nad Labem: UJEP. ISBN 978-807-0449-462.
- [12] KELLER, J. 2007. Teorie modernizace. Praha: Sociologické Nakladatelství. ISBN 978-80-86429-66-3.
- [13] MERRIAM-WEBSTER. 2022. Aspect Definition & Meaning – Merriam-Webster [online]. Springfield: Merriam-Webster Inc. [9. 9. 2022]. Dostupné z: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/aspect>
- [14] MIOVSKÝ, M. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- [15] MONZÓN, J. L., CHAVES, R. 2017. Recent Evolutions of the Social Economy in the European Union. Brussel: European Union. ISBN 978-92-830-3841-2.
- [16] MPSV. 2022. České sociální podnikání – Seznam podniků [online]. Praha: MPSV. [4. 1. 2022]. Dostupné z: <https://ceske-socialni-podnikani.cz/adresar-socialnich-podniku/seznam-podniku>.
- [17] OLŠOVSKÝ, J. 2011. Slovník filozofických pojmů současnosti. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3613-6.
- [18] OUJEDSKÁ, I. GOJOVÁ, V. 2016. Vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti sociálního podnikání. Sociální práce, 16(5), 7-25. ISSN 1213-6204.

- [19] OXFORD LEARNER'S DICTIONARY. 2022. Aspect noun – Definition, pictures, pronunciation and usage notes [online]. Oxford: Oxford University Press. [1. 10. 2022]. Dostupné z: [https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/american\\_english/aspect](https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/american_english/aspect)
- [20] PLAMÍNEK, J. 2010. Tajemství úspěchu. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3658-7.
- [21] PLHÁKOVÁ, A. 2003. Učebnice obecné psychologie. Praha: AVČR. ISBN 978-80-200-1499-3.
- [22] REEVE, J. 2015. Understanding Motivation and Emotion. Hoboken: Wiley. ISBN 978-1-118-51779-6.
- [23] REICHEL, J. 2009. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [24] REKTOŘÍK, J. a kol. 2001. Organizace neziskového sektoru. Základy ekonomiky, teorie a řízení. Praha: Ekopress. ISBN 80-86119-41-6.
- [25] SEDLÁČEK, T. 2012. Ekonomie dobra a zla. Praha: 65. pole. ISBN 978-80-87506-94-3.
- [26] SRPOVÁ, J. a kol. 2020. Začínáme podnikat: s případovými studii začínajících podnikatelů. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2253-0.
- [27] SUCHÝ, J., PAPÁNEK, P., NÁHLOVSKÝ, P. 2016. Šest pilířů manažerského úspěchu. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5868-8.
- [28] ŠEDIVÝ, M., MEDLÍKOVÁ, O. 2017. Úspěšná nezisková organizace. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0249-5
- [29] TAUŠL PROCHÁZKOVÁ, P., JELÍNKOVÁ, E. 2018. Úvod do podnikové ekonomiky. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-261-0733-0.
- [30] TESSEA, 2011. Definice TESSEA [online]. Praha: TESSEA ČR, z. s. [1. 10. 2022]. Dostupné z: <https://tessea.cz/cz/socialnipodnikani/definice-tessea>
- [31] TESSEA, 2014. Přehled rozpoznávacích indikátorů pro obecné sociální podniky (SP) [online]. Praha: TESSEA ČR, z. s. [1. 10. 2022]. Dostupné z: [https://tessea.cz/images/pdf/prehled\\_indikatoru\\_obecne-SP\\_2014.pdf](https://tessea.cz/images/pdf/prehled_indikatoru_obecne-SP_2014.pdf)
- [32] VEBER, J. a kol. 2000. Management: základy, prosperita, globalizace. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-029-7.
- [33] VYSKOČIL, M. 2014. Podklad pro koncepci politiky vlády vůči NNO do roku 2020 [online]. Brno: Centrum pro výzkum neziskového sektor. [1. 10. 2022]. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/rnno/dokumenty/studie\\_vyskocil\\_pro\\_web.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/rnno/dokumenty/studie_vyskocil_pro_web.pdf)
- [34] WENZLAFF, F. 2019. Economization of Society: Functional Differentiation and Economic Stagnation. Journal of Economic Issues, 53(1), 57-80. ISSN 0021-3624.

*Projekt Studentská výzkumná skupina sociální práce (SVSSP) byl pro období 2021 až 2022 podpořen katedrálním fondem KSS FF ZČU. Na projektu a jeho výstupech participovaly studentky: Leona Bártová, Petra Benediktová, Kateřina Hulínská, Adéla Kovářová, Markéta Kuchařová a Lenka Steinerová.*

# CURRENT SITUATION OF SOCIAL ENTREPRENEURSHIP



## ABSTRACT

This paper aims to describe and characterize aspects of the current state of social entrepreneurship. The study has the character of theoretical conceptualization and qualitative research with a research sample of managers and leaders of social entrepreneurship in the Czech Republic. The research methodology included applying the approach of deductive qualitative analysis and the method of in-depth semi-structured interviews. Contrary to other modern trends and universal potential, the issue of social entrepreneurship has long been outside the social work educational standards. Also, the legislation in this specific area of social work is not precisely defined, and society overlooks the topic in general. At the same time, however, current society is increasingly exposed to economizing pressures that pervade almost all areas of human life and create challenges for all people without distinction, regardless of specific needs. Therefore, the Social Work Students Research Group from the Department of Sociology of the Faculty of Arts of the University of West Bohemia focused on this less-explored issue. During the research project, we collected new knowledge about this specific area of social work. Social entrepreneurship is an imaginary boundary between the field of profit-making business and non-profit social affairs. At least for these facts, social work experts should be more focused on the issue of social entrepreneurship.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Karel Řezáč, Ph.D.  
Západočeská univerzita v Plzni  
Filozofická fakulta  
Katedra sociologie  
Sedláčkova 214/15  
301 00 Plzeň  
e-mail: rezack@kss.zcu.cz

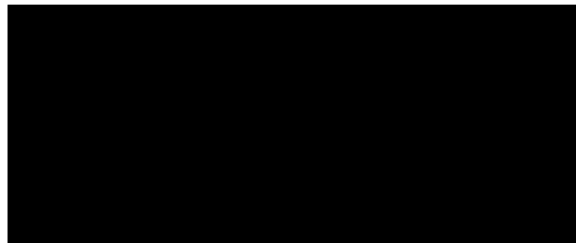
## KEYWORDS:

Economization, social work, business, aspects, employment



# POTRAVINOVÉ INTOLERANCE A ALERGIE Z POHLEDU SESTER

LUCIE KREJSOVÁ  
MICHAELA ABRMANOVÁ  
JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH



## ABSTRAKT

V současné době jsou potravinové intolerance a alergie stále častějšími problémy, se kterými se setkává ošetrovatelský personál, zejména u dětských pacientů. Je proto důležité, aby odborné a praktické dovednosti zdravotnických pracovníků byly v souladu s touto rostoucí prevalencí. Potravinovou intoleranci lze definovat jako stav charakterizovaný absencí určité látky nebo skupiny látek, které jsou ve fyziologických podmínkách nezbytné pro zpracování potravy. Naproti tomu, potravinová alergie se projevuje jako nepřiměřená a nežádoucí reakce imunitního systému na potraviny. Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo posoudit, jak sestry pečují o dětské pacienty trpící potravinovou alergií nebo intolerancí a jaké mají znalosti o těchto stavech. Pro realizaci tohoto výzkumu byla použita kvalitativní metoda v podobě polostrukturovaného rozhovoru. Informantky tvořily sestry pracující na dětském oddělení jedné nemocnice v Jihočeském kraji. Po dosažení teoretické saturace, kdy se odpovědi informantek začaly opakovat, byl výběr ukončen. Zjištění ukázaly, že sestry na dětském oddělení neměly dostatečné znalosti o první pomoci při anafylaktickém šoku a jeho symptomatologii, což je závažný problém vzhledem k tomu, že anafylaktický šok může ohrozit život

dítěte. Dalším významným zjištěním byla nedostatečná informovanost sester o léčbě alergie na bílkovinu kravského mléka, což je časté onemocnění v kojeneckém věku. Tato zjištění by mohla sloužit jako platforma pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče na dětských odděleních a pro výuku v oblasti pediatrického ošetrovatelství.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Potravinové intolerance, potravinové alergie, potravinové alergeny, dětský pacient, ošetrovatelství, dětská sestra

## ÚVOD

**V**současné době přibývá dětí ve světě, které trpí potravinovou alergií (dále jen PA) nebo potravinovou intolerancí (dále jen PI). Z pohledu ošetrovatelského personálu je důležité znát klinické příznaky těchto onemocnění, neboť mohou dítě ohrožovat ve správném růstu a vývinu, ale také dítě mohou ohrozit na životě. Ze strany pediatrického ošetrovatelského personálu je tedy nutné, aby sestry v této problematice byly informovány nebo dokonce specializovány.

V této práci byly určeny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak sestry pečují o dítě s potravinovou alergií nebo intolerancí a druhým cílem bylo zjistit, jakými znalostmi disponují sestry o potravinových alergiích a intolerancích.

## METODY

**E**mpirická část byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Výzkumná data byla zpracována pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření bylo provedeno v jednom zdravotnickém zařízení Jihočeského kraje typu nemocnice. Samotné výzkumné šetření probíhalo v druhé polovině února roku 2023 a trvalo přibližně tři týdny.

Podklad pro polostrukturovaný rozhovor se skládal z dvaceti otázek pro sestry pracující na dětském oddělení. Jednalo se o otevřené otázky. V samém úvodu rozhovoru jsou otázky pro zajištění identifikačních údajů informantek.

Pro výzkumné šetření bylo vyhledáno jedenáct sester pracujících na dětském oddělení, které tvořily výzkumný soubor. Sestry pracující na dětském oddělení byly vyhledány záměrně z toho důvodu, že jsem se domnívala, že se nejčastěji setkají i se závažnými alergickými reakcemi u dětí, budou pomáhat dítěti nastavit eliminační dietu tak, aby nebyl ohrožen vývoj a růst dítěte a budou podporovat matky v kojení dětí, které trpí alergií na bílkovinu kravského mléka. Průměrná délka praxe informantek je dvanáct let. Pět informantek má středoškolské vzdělání a jsou profesně dětské sestry. Čtyři sestry s bakalářským vzděláním mají titul všeobecná sestra. Dvě sestry s magisterským vzděláním mají titul dětské sestry.

**Tabulka 1 Identifikační údaje informantek**

Informantky	Dosažené nejvyšší vzdělání	Délka praxe odpracované na dětském oddělení
S 1	Bakalářské	6 let
S 2	Magisterské	7 let
S 3	Středoškolské s maturitou	11 let
S 4	Magisterské	1, 5 měsíce
S 5	Středoškolské s maturitou	26 let
S 6	Středoškolské s maturitou	13 let
S 7	Bakalářské	6 měsíců
S 8	Bakalářské	10 let
S 9	Středoškolské s maturitou	40 let
S 10	Bakalářské	6 let
S 11	Středoškolské s maturitou	15 let

(Zdroj: Vlastní)

## INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DISKUZE

**P**rvním cílem bylo zmapovat znalosti sester, které se týkají PI a PA. Mezi klíčové a diskutované body patří znalosti informantek ohledně příznaků PI a PA, důležitosti anamnézy u PA, diagnostiky PA, léčby PA, prevence PA, příznaků anafylaktického šoku a další teoretické a praktické znalosti. Z výzkumného šetření vyplývá, že všechny informantky uvedly mezi časté příznaky gastrointestinální (dále jen GIT) problémy. S tímto tvrzením souhlasí i Cianferoni et al. (2021), kteří ve své publikaci uvádějí, že mezi příznaky trávicího traktu patří nevolnost, bolesti břicha, křeče, zvracení a průjem. Jako kožní příznaky PA uvedly S1, S3, S6 a S9 atopickou dermatitidu. S tímto názorem se shoduje i Čelakovská (2020), která se svým článkem uvádí, že děti, které trpí atopickou dermatitidou, převážně trpí i PA. K respiračním příznakům uvedla S6, že děti mohou mít dýchací problémy, jako je například alergické astma nebo rýma. S alergickou rýmou souhlasila i informantka S8, která mezi příznaky přidala navíc kašel. Ahrens et al. (2014) ve svém odborném článku uvádějí, že většina laiků zaměňuje příznak kašle s tím, že se dítě dusí, protože aspirovalo potravinu, ale v praxi je to často jinak. Děti kašlou z toho důvodu, že vznikla alergická reakce na potravinu, která může přejít až do anafylaktického šoku a být život ohrožující. Dále ve svém článku zmiňuje jako příznak PA astma nebo rýmu. Dalším zajímavým zjištěním

bylo, že informantky (S5–S11), které ve své odpovědi uvedly, že intolerance nastupuje pomaleji a je dlouhodobá, neuvedly výjimku, například laktóзовé intolerance, u které příznaky nastupují po požití od třiceti minut do dvou hodin (Bajerová, 2018).

Dále jsme mapovaly více do hloubky znalosti sester ohledně PA. Důležitost získání rodinné anamnézy uvedly informantky S1, S2, S3 S4 a S8, které ve své odpovědi uvedly, že je pro zdravotnický personál důležité znát, zda nemá PA rodič nebo například sourozenec dítěte. S tímto tvrzením souhlasí ve svém článku i Škvorová (2022). Informantky S1 a S2 ve svých odpovědích také uvedly důležitost anamnézy, která se vztahuje k aktuálnímu onemocnění dítěte. S2 odpověděla: „Důležitá je i anamnéza dítěte. Budeme se ptát, zda nemají něco v rodině, jestli už tam něco je. Co to dítě jedlo, po čem to vzniklo, jak se to projevilo.“ S touto odpovědí informantky S2 se ztotožňuje i Kopelentová a Vernerová (2016), které ve svém článku zdůrazňují, že je důležité získat informace o tom, co dítě jedlo, po jaké době se příznaky objevily a jak se příznaky projevily. Ohledně diagnostiky PA nám informantky S6, S9, S10 ve svých odpovědích uvedly, že při diagnostice pomocí orálních neboli potravinových expozičních testů musí být přítomen lékař. Je to z důvodu rizika vzniku anafylaktického šoku. S těmito odpověďmi souhlasí i Kopelentová a Vernerová (2016). Všechny informantky uvedly ve své odpovědi, že se PA diagnostikuje pomocí krevních testů. S tímto ale Kopelentová a Vernerová (2016) a Šetinová (2020) nesouhlasí. Dle jejich názoru je stanovení diagnózy na základě krevních testů chybné. Musí být zde přítomna i další vyšetření, jelikož kožní testy a odběry krve samotné nestačí. Musí být pozitivní anamnéza dítěte, pozitivní kožní i krevní testy, ale i expoziční orální test. U léčby PA všech jedenáct dotazovaných informantek shodně uvedlo, že je důležité držet eliminační dietu. Pouze dvě informantky (S1 a S2) uvedly léčbu akutní. Z mého pohledu je to velmi nízké procento informantek, protože všechny sestry z dětského oddělení by měly umět zareagovat na situaci, kdy se u dítěte alergická reakce rozvine, a měly by umět předejít vzniku anafylaktického šoku. Yu et al. (2016) uvádí, že časná léčba adrenalinem po expozici alergenu (během několika málo minut) je účinnější než pozdější léčba a že časná léčba je rozhodujícím faktorem v prevenci úmrtí dítěte na anafylaxi. Kopelentová a Vernerová (2016) doporučují k léčbě lehkých a středně závažných alergických reakcí použít antihistaminika. Žádná z dotazovaných informantek neuvedly důležitost stanovení eliminační diety lékařem. Toto je dle našeho názoru také velmi důležité, protože nevznikají jen nutriční rizika pro dítě, ale také se může udržovat nežádoucí potravinová senzibilizace. V prevenci plno sester kladně hodnotilo kojení, a to z pohledu imunizace, ale žádná nespécifikovala, že kojení by mělo být dle doporučení WHO výlučné do šesti měsíců věku dítěte a matka by při kojení měla mít pestrou stravu, kam zařadí i potencionální alergeny. Matka by neměla v žádném případě potravinové alergeny omezovat nebo dokonce vynechávat (Novotná a Novák, 2012). Myslíme si, že je i velmi důležité, jakou má kojící žena výživu, protože i to může mít vliv na výživu kojence a kvalitu mateřského mléka. Chrpová a Musilová (2023) ve svém odborném článku uvádějí, že strava laktující matky ovlivňuje složení mateřského mléka a tím pádem také přispívá ke zdraví matky i dítěte. Mezi látky, které pomáhají kolonizaci střeva dítěte, patří oligosacharidy, které mají funkci antimikrobiální a probiotickou. V mléce jsou podle Chrpové a Musilové (2023) některé

živiny, které přímo vzájemně souvisí s výživou, kterou matka přijímá. Jedná se například o složení mastných kyselin, vitamin B12 nebo vitamin D.

Dále jsme se zabývaly znalostmi sester, kde jsme sledovaly jednak znalosti teoretické, tak i znalosti praktické. První otázka se týkala rozdílu PI a PA. Informantky kromě S1, S3 a S4 uvedly vyhovující, stručné odpovědi a dokázaly tuto problematiku vysvětlit. Druhá otázka se týkala časového rozdílu při nástupu příznaků u PI a PA. Informantka S1 a S3 na otázku nedokázaly správně odpovědět, ale zbytek informantek odpovědět dokázal. Myslíme si, že každá sestra pracující na dětském oddělení by měla vědět, že PA může jako každá jiná alergie vzniknout velmi rychle a dokonce do dvou hodin od expozice alergenu může vzniknout závažný anafylaktický šok (Petrů, 2015). S6 dopověděla na zadanou otázku nejlépe. Ve své odpovědi také specifikovala, že mezi možné příznaky PI patří i únava dětí nebo deprese. Deprese podle ní u takových dětí vzniká z toho důvodu, že se děti necítí dobře. S tímto tvrzením souhlasím. Sama jsem měla před pěti lety diagnostikovanou laktózovou intoleranci a v době, kdy jsem trpěla GIT problémy téměř každý den v průběhu přibližně dvou let a má praktická lékařka toto onemocnění nedokázala diagnostikovat, jsem trpěla depresivními stavy právě z toho důvodu, že jsem se dlouhodobě necítila fyzicky dobře, a to mělo negativní dopad i na mé psychické zdraví. Po diagnostice odborným gastroenterologem se mi psychické i fyzické zdraví navrátilo téměř ihned. Touto problematikou se zabývá ve svém článku i Cianferoni et al. (2021). Cianferoni et al. (2021) uvádějí, že přítomnost PI může mít vliv na psychickou pohodu dítěte. Úzkost, deprese a somatické příznaky se u dětí s PI vyskytují častěji. Některé studie zaměřené na psychosociální změny ukázaly možnou souvislost mezi PI a mladším věkem, ženským pohlavím, vyšším vzděláním a nespécifickými střevními záněty (dále jen IBS). Dále bylo prokázáno, že PI se může překrývat i s averzí k jídlu. Příznaky GIT se totiž objevují po požití potravin, a pokud se příjem konkrétní potravin shoduje s averzí vůči této potravíně, může to znamenat, že je naučená. Studie také naznačují potřebu lepší komunikace mezi lékařem a dětským pacientem (Cianferoni et al., 2021).

Praktických znalostí sester pracujících na dětském oddělení se týkala i otázka zaměřená na výživu kojence s alergií na bílkovinu kravského mléka (dále ABKM). Informantky S1, S4, S7–S11 uvedly ve svých odpovědích, že dítě, které má ABKM, má speciální mléka. Tyto odpovědi jsem vyhodnotila jako nedostačující, protože dle mého názoru, vzhledem k tomu, že kojenců s ABKM podle Bělohlávkové (2023) přibývá a je to velmi častá diagnóza, by sestry měly vědět, že je jedná o hypoalergenní mléka. Informantka S5 dokonce v odpovědi uvedla, že dítě má bezlaktózová mléka a matka drží bezlaktózovou dietu. To není pravda, dítě, které trpí alergií na bílkovinu kravského mléka, musí vyřadit právě zmíněnou bílkovinu kravského mléka nebo její složky. Jedná se tedy o umělá mléka takzvané hypoalergenní. Většina alergických dětí na ABKM je alergická buď na bílkovinnou složku zvanou kasein, nebo na syrovátkovou bílkovinu zvanou laktoglobulin (Giannetti et al., 2021). Laktóza je mléčný cukr, a kdyby dítě vysadilo pouze mléčný cukr a ne bílkovinu, která mu dělá problémy, tak by se jeho stav nezlepšil. Vandenplas et al. (2021) uvádí, že matky, které chtějí kojit dítě s ABKM, musí dodržovat striktní eliminační bezmléčnou dietu. Eliminovat pouze laktózu nestačí. S tímto tvrzením, že matky musí úplně eliminovat

mléčné výrobky a dokonce i ve skrytých formách, tedy sledovat na potravinách označení, že daná potravina může obsahovat stopové prvky, souhlasí i Bělohlávková (2019). Jsou i děti, které mají problémy při trávení laktózy, kterým stačí právě eliminovat pouze laktózu a bílkovinu kravského mléka můžou konzumovat. Pro ty existují upravená umělá mléka bez laktózy. Z vlastní zkušenosti vím, že bezlaktózová umělá mléka vyrábí například Nutrilon (Lactose free) nebo Beba (Expert pro – Lactose free). Gianneti et al. (2021) ve svém článku uvádějí současné pokyny, které výslovně potvrzují, že u kojenců s ABKM by matky měly být podporovány v pokračování kojení a také navrhují doporučení Americké pediatrické akademie (AAP) a ESPGHAN (Evropské společnosti pro pediatrickou gastroenterologii, hepatologii a výživu), aby kojení pokračovalo i při zavádění pevné stravy do jídelníčku dítěte. Dále jsme zkoumaly, jaké příznaky může mít celiakie u dětí, které sestry viděly v praxi. V odpovědích se objevilo mezi příznaky nevysvětlitelné ubývání na váze (S3, S5, S7–S11), krev ve stolici (S1, S5, S8–S10, S11), anémie (S5, S6, S8, S10), průjem (S1–S4, S6–S9), neprospívání (S2, S4–S6), nafouklé břicho (S4–S6), porucha vzrůstu (S2, S3, S5, S7, S9–S11) a bolesti břicha (S2–S4, S11). Geryk et al. (2022) se ve svém odborném článku shodují s většinou příznaků, které dotazované sestry uvedly. Uvádějí zde bolesti břicha, průjmovitou stolici, zácpu, nafouklé břicho, zvracení, hubnutí, neprospívání, poruchu růstu, opožděný nástup puberty, amenoreu, anémii, která neadekvátně reaguje na suplementaci železa, neboť střevo nedokáže železo absorbovat a dále uvedli defekty zubní skloviny. Na otázku, zda může vzniknout sekundární laktózová intolerance z důvodu různých patologií tenkého střeva, odpovědělo deset informantek kladně. Pouze informantka S2 se domnívala, že vzniknout nemůže, což není pravda. Dávala jsem sestrám jako příklad virovou gastroenteritidu a byla jsem zklamaná, že žádná ze sester pracujících na dětském oddělení neuvedla ve své odpovědi, že při virových gastroenteritidách se musí vynechat přechodně mléčné výrobky z toho důvodu, aby sekundární laktózová intolerance nevznikla. Z vlastní zkušenosti vím, že sezónně se například rotavirové infekce hojně vyskytují na tomto dětském oddělení, kde výzkumné šetření probíhalo. Toto tvrzení potvrzuje i odborný článek od Rainetové (2017), která zde uvádí, že po jednom až třech dnech napadají rotaviry sliznici tenkého střeva, což způsobuje malabsorpci cukrů a také dochází ke snížení až úplnému deficitu laktázy (enzymu, který štěpí mléčný cukr laktózu).

Další kategorií byl anafylaktický šok, kde jsem se zaměřila na příznaky. V odpovědích se nejčastěji objevilo opocení (S1, S6–S8, S10) vyrážka (S4, S5, S7, S10), tachykardie (S1, S5), otok horních cest dýchacích (S5, S6), dušení se (S3, S11), zástava dechu (S2–S4, S6), zástava srdeční činnosti (S3, S8, S11), bezvědomí (S1, S4, S6). Podle Petrů (2015), který ve svém odborném článku uvádí, že anafylaktický šok má u dětí velmi typické příznaky a z toho důvodu by jej měl odhalit každý odborník v praxi, jsem usoudila, že odpovědi informantek nebyly dostatečné. Jedná se o velmi závažný stav dítěte, který může podle Petrů (2015) až v deseti procentech skončit smrtí a zvláště sestry pracující na dětském oddělení by měly tyto příznaky velmi dobře znát. Petrů (2015) uvádí mezi první příznaky, které se projeví během krátké doby nejčastěji kožní příznaky, jaké jsou například pruritus, erytém, makulopopelózní vyrážka, urtikarie nebo angioedém. Tyto typické kožní příznaky mi sdělily pouze čtyři z jedenácti sester, které všechny shodně uvedly vyrážku. Dále Petrů (2015) uvádí příznaky dýchacího systému, jako je rýma, kašel, sípavý dech a astmatický

záchvat. Tyto respirační příznaky mi nesdělila žádná z dotazovaných sester. Mezi příznaky trávicího systému Petrů (2015) zařadil nauzeu, zvracení, bolesti břicha a průjem, které mi též nevedla žádná informantka. Do příznaků krevního oběhu zařadil tachykardii (vedly pouze sestry S1 a S5), hypotenzi, arytmií a srdeční kolaps (zástavu srdeční činnosti sdělily pouze informantky S3, S8 a S11). Další z příznaků bylo upadnutí dítěte do bezvědomí, tento příznak uvedly informantky S1, S4 a S6, svalové záškuby, povolení svěračů a následná inkontinence moči a stolice, které nevedla žádná z dotázaných informantek.

Druhým cílem bylo zjistit, jak sestry pečují o dětské pacienty s PI nebo PA. Všech jedenáct informantek ve svých odpovědích uvedlo, že dle jejich názoru PI a PA přibývá. S tímto tvrzením souhlasí i Yu et al. (2016). Informantka S6 ve své odpovědi uvedla, že se domnívá, že přibývají děti, kterým diagnostikují toto onemocnění matky, ale ne lékař. S tímto tvrzením souhlasí i Devulapalli (2020), který ve svém odborném článku uvádí, že dětí s nesprávnou diagnostikou bohužel přibývá. Dalším diskutovaným tématem byla nesprávná diagnostika PI nebo PA. Informantek jsem se dotazovala, zda nesprávná diagnostika PI nebo PA může ovlivnit dítě v jeho růstu a vývoji. Informantka S1 uvedla chybnou odpověď. Uvedla, že pokud dítěti bude například nesprávně diagnostikována bezlaktózová dieta, tak pokud bude mít dítě náhražky, tak to neohrozí jeho růst a vývoj. S tímto tvrzením nesouhlasím z toho důvodu, že laktóza je pro organismus důležitá z hlediska štěpení se na glukózu a galaktózu, které jsou potřebné pro správný vývoj centrální nervové soustavy a pro vstřebávání vápníku, hořčíku, železa a zinku (IKEM, 2021). Dalších osm informantek (S2–S8, S11) souhlasilo s tím, že nesprávná diagnostika může pro dítě znamenat problémy. Nejčteněji se v odpovědích informantek opakoval příklad masa, a to z toho důvodu, že když maso dítě vyřadí při nesprávné diagnostice, tak následkem může být nízká hladina železa. Dále uvedly mléko, z důvodu negativního ovlivnění růstu a vývoje kostí. V odpovědích se také objevily obiloviny, které jsou též pro vývoj dítěte velmi podstatné. Dále jsme se zabývaly otázkou spontánního vymizení PA. S1 ve své odpovědi uvedla, že již pokročilá alergie vymizet nemůže. S tímto tvrzením nesouhlasí NZIP (2022), který uvádí, že PA u dětí mohou vymizet v období školního věku. Vymizení PA v období školního věku uvedly správně i informantky S4, S6–S8. Chybně informantky S5 a S11 uvedly období předškolního věku. Informantky S9 a S10 též chybně uvedly období dvou let. Informantka S7 ve své odpovědi dále uvedla své osobní zkušenosti, kdy její syn, který trpěl ABKM, začal tolerovat bílkoviny kravského mléka kolem druhého roku věku. S touto její zkušeností koreluje i odborný článek, kde Koletzko et al. (2012) uvádějí, že až v 75 % vymizí ABKM u dětí do tří let. Dále jsem se zajímala o to, zda je možné se naučit tolerovat potravinový alergen. Shodně všech jedenáct informantek uvedlo, že je to možné a některé dále specifikovaly, že se to provádí pomocí hyposenzibilizace, která probíhá tak, že se dítěti po malých dávkách zkouší podávat orálně alergen a postupně se dávka navyšuje, než vznikne tolerance. Tuto metodu možné léčby ve svém článku podrobněji rozepisuje Wood (2017) a Tordesillas a Berin (2018), kteří uvádějí, že se jedná o metody, které se nazývají „oral tolerance“, která je do jisté míry experimentální a shodně, jak uvádějí informantky, se jedná o postupné zatěžování dítěte alergenem, při němž se hlídá jeho reakce. Oba autoři se shodují v tom, že tato metoda by mohla být v budoucnosti používána k léčbě PA. Poslední diskutovaná podkategorie se týkala zdravotnických profesí,

keré při zjištění PI nebo PA u dítěte mohou s dítětem a jeho rodinou spolupracovat. Informantky S1, S2, S8 a S9 uvedly, že důležitá je spolupráce s praktickým lékařem pro děti a dorost. Z mého pohledu je tato primární péče velmi důležitá, protože pediatr by měl dobře vyslechnout anamnézu dítěte a zhodnotit jeho klinické projevy. Informantky S2 a S3 uvedly důležitost spolupráce s imunologem, informantka S8 uvedla důležitost spolupráce s alergologem. Spolupráce s alergologem je z mého pohledu přínosná, neboť se u dětí často vyskytují i zkřížené alergie. Informantky S6 a S7 uvedly do možnosti spolupráce i psychologa. Ten je v této době určitě nepostradatelný, pokud chceme na dítě pohlížet jako na holistickou bytost. Informantky S3, S6–S8, S10 S11 uvedly, že rodina s dětským pacientem může spolupracovat s kožním lékařem. Spolupráce s kožním lékařem je dle mého názoru také důležitá, protože plno dětí, které trpí PA, trpí současně i atopickou dermatitidou Čelakovská (2020). Z největší části informantky (S1, S2, S4–S11) uvedly možnost spolupráce s nutričním terapeutem. NZIP (2022) uvádí, že spolupráce s nutričním terapeutem je důležitá z hlediska eliminačních diet, kdy by právě specialista na výživu měl posoudit vhodné náhrady a suplementy tak, aby nedošlo k ohrožení vývoje a růstu dítěte. Spáčilová (2019) ve své práci zmiňuje studii, která potvrdila, že při šesti měsíční spolupráci dítěte s nutričním terapeutem se významně zlepšil nutriční stav dítěte. Domnívám se, že by bylo vhodné doporučit spolupráci nutričního terapeuta i matkám, jejichž dítě má ABKM a je plně kojeno. Takto zásadní eliminační dieta rozhodně nutričně matku ovlivňuje. A jak jsem již zmiňovala výše odborný článek Chrpové a Musilové (2023) je způsob výživy laktující matky důležitý a má významný vliv na výživu kojence a kvalitu mateřského mléka.

## ZÁVĚR

**Z**odpovědí informantek, které jsme získaly během polostrukturovaného rozhovoru jsme získaly velmi podobné odpovědi od všech jedenácti informantek, ze kterých vyplynula následná shrnutí na výzkumnou otázku 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o dítě s potravinovou alergií nebo potravinovou intolerancí? Sestry mezi specifika zařadily nutnost multidisciplinární péče o dítě, kterému byla diagnostikována PI a PA. Nejčastěji byla uvedena potřeba spolupráce dítěte a jeho rodiny s nutričním terapeutem, praktickým lékařem pro děti a dorost, alergologem, imunologem, dermatologem a psychologem. Dalším specifikem je důležitost sledování růstu a vývoje dítěte z toho důvodu, aby byla eliminační dieta vhodná a dítě neomezovala a s tímto souvisí a správná diagnostika PI nebo PA odborným lékařem v této oblasti. Mezi další specifika ošetrovatelské péče patří možnost navození tolerance potravinového alergenu u dítěte pod přísným dohledem lékaře za pomoci hyposenzibilizace. Posledním specifikem je možné spontánní vymizení PA u dětí.

Výzkumná otázka 2: Jakými znalostmi disponují sestry na dětských odděleních o potravinových alergiích a potravinových intolerancích? Sestry na dětských odděleních mají nedostatečné znalosti v několika klíčových oblastech. Tyto nedostatky se týkají jak teoretických, tak praktických znalostí, například ve vytváření anamnézy u dětí s potravinovou intolerancí a alergiemi, v diagnostice potravinových alergií, v rozpoznávání



symptomů a léčbě anafylaktického šoku, a také v léčbě alergie na bílkovinu kravského mléka u dětí v kojeneckém věku. Na základě výsledků našeho šetření doporučujeme zařadit do vzdělání dětských sester specializaci, která se bude komplexněji zabývat výživou dětí. Toto by mělo zahrnovat rozšířené školení v oblasti výživy, zaměřené na potravinové intolerance a alergie. Aktivnější zapojení všech sester do takového vzdělávání by mělo vést nejen k zvýšení kvality poskytované ošetrovatelské péče, ale také ke zvýšení profesionality a prestiže sester ve společnosti. Naše studie je prvním krokem k identifikaci nedostatků v odborných znalostech a praxi sester v oblasti potravinových alergií a intolerancí u dětí. Naše zjištění mohou sloužit jako podklad pro další výzkum a rozvoj cílených vzdělávacích programů v této oblasti.

## SEZNAM ZKRATEK

PA – potravinová alergie

PI – potravinová alergie

GIT – gastrointestinální trakt

ABKM – alergie na bílkovinu kravského mléka

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

S – dotazovaná sestra

AAP - Americké pediatrické akademie

ESPGHAN - Evropské společnosti pro pediatrickou gastroenterologii, hepatologii a výživu

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AHRENS, B. et al., 2014. Think twice: misleading food-induced respiratory symptoms in children with food allergy. *Pediatric pulmonology* [online]. 49(3), 59-62 [cit. 2023-3-16]. DOI: 10.1002/ppul.22816. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ppul.22816>
- [2] BAJEROVÁ, K. 2018. Laktózoová intolerance – praktický přístup. *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, 19(3), 139-141 [cit. 2023-3-22]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2018/03/03.pdf>
- [3] BĚLOHLÁVKOVÁ, S. 2019. Alergie na bílkoviny kravského mléka – léčba. *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, 20(3), 196-198 [cit. 2023-3-18]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2019/03/14.pdf>
- CIANFERONI, A., et al., 2021. Food Allergy and Intolerance: A Narrative Review on Nutritional Concerns [online]. 13. 5. 2021, 13(5) [cit. 2022-12-12]. DOI: 10.3390/nu13051638. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8152468/>
- [4] BĚLOHLÁVKOVÁ, S. 2023. Synbiotika v léčbě alergie na bílkoviny kravského mléka. *Pediatric pro praxi* [online]. 2023, 24(1), 72-74 [cit. 2023-6-21]. DOI: 10.36290. ISSN 1213-0494. Dostupné z: [https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-202301-0015\\_synbiotika\\_v\\_lecbe\\_alergie\\_na\\_bilkoviny\\_kravskeho\\_mleka.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dabkm%26sfrom%3](https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-202301-0015_synbiotika_v_lecbe_alergie_na_bilkoviny_kravskeho_mleka.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dabkm%26sfrom%3)
- [5] ČELAKOVSKÁ, J. 2020. Atopická dermatitida: I. část – etiopatogeneze, atopický pochod. *Pediatric pro praxi* [online]. 21(1), 34 - 38 [cit. 2023-3-16]. DOI: 10.36290/ped.2020.002. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2020/01/06.pdf>
- [6] DEVULAPALLI, C. S. 2020. Food intolerance in children. *Tidsskriftet den norske legeforening* [online]. 4. 5. 2020 [cit. 2022-11-19]. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0122. Dostupné z: <https://tidsskriftet.no/en/2020/05/debatt/food-intolerance-children>
- [7] GERYK, M., KARÁSKOVÁ, E., VELGÁŇOVÁ-VÉGHOVÁ, M. 2022. Celiakie u dětí – kdy na ni myslet, jak ji diagnostikovat a léčit?. *Pediatric pro praxi* [online]. 23(2), 112-114 [cit. 2023-3-17]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2022/02/06.pdf>
- [8] GIANNETTI, A. et al., 2021. Cow's Milk Protein Allergy as a Model of Food Allergies.

- Nutrients [online]. 30. 4. 2021, 13(5) [cit. 2022-11-30]. DOI: 10.3390/nu13051525. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8147250/>
- [9] IKEM, 2021. Intolerance laktózy. [online]. IKEM. Praha, 16. 2. 2021 [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/intolerance-laktozy/a-4084/>
- [10] KOLETZKO, S. et al., 2012. Diagnostic Approach and Management of Cow's-Milk Protein Allergy in Infants and Children: ESPGHAN GI Committee Practical Guidelines. Medical Position Paper [online]. 55(2), 221-229 [cit. 2023-3-18]. Dostupné z: <https://www.espghan.org/knowledge-center?kcc=32fb9cf3-97bd-4e82-87ef-b5411944ec48>
- [11] KOPELETOVÁ, E., VERNEROVÁ, E. 2016. Potravinové alergie z pohledu alergologa. Medicína pro praxi [online]. 15. 8. 2016, 13(5), 242-247 [cit. 2022-11-17]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/05/07.pdf>
- [12] NOVOTNÁ, B., NOVÁK, J. 2012. Alergie a astma: v těhotenství, prevence v dětství. Praha: Grada Publishing. ISBN 8024782839, 9788024782836.
- [13] NZIP, 2022. Alergie u dětí. Nzip.cz [online]. Praha: MZČR a ÚZIS [cit. 2022-12-21]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/353-alergie-u-deti>
- [14] PETRŮ, V. 2015. Anafylaxe u dětí – praktické doporučení. Pediatrie pro praxi [online]. 16(4), 224-226 [cit. 2023-1-4]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2015/04/03.pdf>
- [15] RAINETOVÁ, P. 2017. Virové střevní infekce – virové gastroenteritidy. Pediatrie pro praxi [online]. Solen, 18(1), 44-49 [cit. 2023-3-17]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2017/01/09.pdf>
- [16] SPÁČILOVÁ, V. 2019. Role nutričního terapeuta při terapii potravinových alergií. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta. Vedoucí práce Martin Krobot.
- [17] ŠETINOVÁ, I. 2020. Potravinová alergie a intolerance [online]. Praha: Vnitřní Lékařství, 66(6), 340-344 [cit. 2022-4-28]. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2020/06/02.pdf>
- [18] ŠKVOROVÁ, E. 2022. Vyšetření v alergologické ordinaci. [online]. Ordinance alergologie a klinické imunologie. Ústí nad Labem: E. D. I. A INSTITUT, 2022 [cit. 2022-11-12]. Dostupné z: <https://alergo-deti.cz/vysetreni.html>
- [19] TORDESILLAS, L., BERIN, M. C. 2018. Mechanisms of oral tolerance. Clin Rev Allergy Immunol. [online]. 55(2), 107-117 [cit. 2023-3-18]. DOI: 10.1007/s12016-018-8680-5. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6110983/>
- [20] VANDENPLAS, Y. et al., 2021. Current Guidelines and Future Strategies for the Management of Cow's Milk Allergy. Journal of Asthma and Allergy [online]. 14, 1243–1256 [cit. 2023-3-17]. DOI: 10.2147/JAA.S276992. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8548055/>

# FOOD INTOLERANCES AND ALLERGIES FROM THE NURSES' PERSPECTIVE

## ABSTRACT

Nowadays, food intolerances and allergies are increasingly common problems encountered by nursing staff, especially in paediatric patients. It is therefore important that the professional and practical skills of healthcare professionals are in line with this increasing prevalence. Food intolerance can be defined as a condition characterised by the absence of a substance or group of substances that are physiologically necessary for the processing of food. In contrast, a food allergy manifests itself as an inappropriate and unwanted reaction of the immune system to food. The main aim of this research was to assess how nurses care for paediatric patients with food allergy or intolerance and their knowledge of these conditions. A qualitative method in the form of a semi-structured interview was used to conduct this research. The informants were nurses working in the paediatric ward of a hospital in the South Bohemia region. After reaching theoretical saturation, when the informants' answers began to repeat, the selection was terminated. The findings showed that nurses in the children's ward did not have sufficient knowledge of first aid for anaphylactic shock and its symptomatology, which is a serious problem given that anaphylactic shock can endanger the life of a child. Another significant finding was the lack of awareness among nurses about

the treatment of cow's milk protein allergy, a common condition in infancy. These findings could serve as a platform for improving the quality of nursing care in paediatric wards and for teaching paediatric nursing.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Lucie Krejsová  
Jihočeská univerzita v Českých  
Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetřovatelství, porodní  
asistence a neodkladné péče  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice  
e-mail: krejsl01@zsf.jcu.cz,  
lucie.krejsova00@gmail.com

Mgr. Michaela Abrmanová  
Jihočeská univerzita v Českých  
Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetřovatelství, porodní  
asistence a neodkladné péče  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice  
e-mail: abrmanova@zsf.jcu.cz

## KEYWORDS:

Food intolerances, food allergies, food allergens, paediatric patient, nursing, paediatric nurse

# VLIV MÍRY SOBĚSTAČNOSTI SENIORŮ NA VYBRANÉ OBLASTI JEJICH ŽIVOTA

ALENA HRICOVÁ  
STANISLAV ONDRÁŠEK  
JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

## ABSTRAKT

Cílem článku je popsat vliv míry soběstačnosti na zdravotní stav seniorů, jejich volnočasové a komunitní aktivity a sociální vztahy. Pro výzkum byla použita kvantitativní výzkumná strategie a pro sběr dat byl použit dotazník vlastní konstrukce zaměřený na sledované oblasti. Výzkumný soubor představovali senioři ve věku 65+ žijící v domácím prostředí. Celkem do výzkumu bylo zapojeno N=1174 respondentů (reprezentativní soubor pro Českou republiku). Výsledky ukázaly, že míra soběstačnosti souvisí s hodnocením celkového zdravotního stavu, ale také jednotlivých oblastí, tedy psychickou a fyzickou oblastí. Míra soběstačnosti má vliv také na sociální interakce seniorů. Zároveň bylo zjištěno, že míra soběstačnosti nemá vliv na participaci na volnočasových aktivitách, ale i na zapojení se do komunitních aktivit jako je např. účast v radách a komisích, pomáhání mladším generacím a ostatním seniorům nebo předávání životních zkušeností.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Soběstačnost, senioři, volnočasové aktivity, sociální vztahy, zdravotní stav

## ÚVOD

Vzhledem k demografickým trendům české společnosti, se stárnutí populace stalo velmi aktuální problematikou, na kterou musí reagovat odborníci z celé řady odvětví. V souvislosti se stárnutím populace je velmi diskutovaná kvalita života ve stáří, kdy významným faktorem je soběstačnost a její míra.

Cílem článku je popsat vliv míry soběstačnosti na zdravotní stav seniorů, jejich volnočasové a komunitní aktivity a sociální vztahy.

Článek představuje výstup v rámci projektu COST LTC 18066 „Sociální vyloučení u seniorů žijících v domácím prostředí v České republice“, který je podpořený MŠMT ČR v rámci programu INTER-EXCELLENCE, podprogram INTER-COST.

## MATERIÁL A METODY

### TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Soběstačnost seniorů se vztahuje k jejich schopnosti samostatně vykonávat základní činnosti každodenního života, jako jsou oblékání, hygiena, přípravu jídla a domácí práce. Tato schopnost může být ovlivněna různými faktory, jako jsou zdravotní stav, fyzická kondice, mentální stav, sociální podpora a mnoho dalších. Existuje řada odborných studií, které se zabývají vlivem soběstačnosti seniorů na jejich zdravotní stav. Shodují se na tom, že míra soběstačnosti má na zdravotní stav seniorů významný vliv. Jak ukazují systematická review, senioři s vyšší mírou soběstačnosti mají tendenci být fyzicky aktivnější, méně deprimovaní a mít vyšší kvalitu života. Pohybová aktivita v seniorském věku představuje jeden z důležitých faktorů ovlivňující zdravotní stav (Motlová et al., 2018). Naopak ti s nižší mírou soběstačnosti mají vyšší riziko úmrtí, pádu a dalších zdravotních komplikací (Gill, Baker, 2009; Ekdahl, Wirehn, 2015). Gitlin, Hauck (2005) se zaměřili na vztah mezi soběstačností a kvalitou života seniorů. Zjistili, že senioři s vyšší mírou soběstačnosti měli vyšší úroveň kvality života a nižší míru deprese. Yardley et al (2005) se zaměřili na vztah mezi soběstačností a rizikem pádu u seniorů. Zjistili, že senioři s nižší mírou soběstačnosti měli vyšší riziko pádu, což může vést k vážným zdravotním komplikacím.

Vyšší míra soběstačnosti seniorů je také spojena s větší účastí na volnočasových aktivitách. Například studie Roppolo et al. (2016) zjistila, že starší dospělí s většími schopnostmi vykonávat náročnější úkoly denního života (IADL) měli větší pravděpodobnost účasti na volnočasových aktivitách. Podobně studie Suanet a Broese van Groenou (2019) zjistila, že seniorů s vyšší mírou soběstačnosti měli tendenci účastnit se více volnočasových aktivit. Studie Hong et al. (2009) navíc ukázala, že účast na volnočasových aktivitách může pomoci snížit riziko deprese u starších dospělých.

Soběstačnost starých lidí dále pozitivně koreluje s dobrými sociálními vztahy. Kuzuya et al. (2006) zjistili, že starší lidé, kteří byli soběstačnější, měli méně negativních

zdravotních dopadů, jako je například hospitalizace, a jejich pečovatelé měli nižší zátěž a lepší fyzické a psychické zdraví. Podobně studie Löckenhoff et al. (2009) zjistila, že vyšší míra soběstačnosti seniorů je spojena s pozitivními percepcemi stáří a lepšími vztahy s ostatními lidmi. Naopak de Jong Gierveld et al. (2006) ukázali, že osamělost a sociální izolace jsou větší u starších lidí s omezenou soběstačností. Zajímavé jsou v této oblasti také kulturní vlivy. Litwin (2007) ukázal, že u starších lidí ve Středomoří je více sociálních kontaktů a větší podpora rodiny než v jiných populacích, přičemž sociální opora představuje jednu z důležitých determinant stáří. (Motlová, 2016) To souvisí s odlišnými kulturními zvyklosti. Kromě sociálních vztahů obecně soběstačnost u seniorů souvisí i se zapojením se do komunitních aktivit. Studie Latham a Clarke (2016) zjistila, že vyšší míra soběstačnosti u starších dospělých je spojena s vyšší mírou společenské účasti a vyššími hodnotami vnímané sociální soudržnosti. Podobně studie Pilkington et al. (2012) ukázala, že starší lidé, kteří se zapojují do dobrovolnických aktivit a mají podporu od svých sociálních sítí, mají vyšší míru subjektivního blaha.

## METODIKA

Výzkum byl realizovaný kvantitativní výzkumnou strategií, kdy pro sběr dat byla použita metoda dotazování, konkrétně se jednalo techniku dotazníku vlastní konstrukce s uzavřenými otázkami, který se zaměřoval na míru soběstačnosti, subjektivní hodnocení zdravotního stavu, participaci na volnočasových a komunitních aktivitách a v neposlední řadě na sociální kontakty. Další otázky byly věnovány hodnocení vybraných faktorů bydliště seniora a nechyběly ani otázky sociodemografického zaměření. Výzkumný soubor představovali senioři ve věku 65+ žijící ve vlastní domácnosti vybraní kvótním výběrem dle krajů České republiky (N=1174). Vzorek byl vybrán pomocí kvótního výběru, kdy jedna z kvót zahrnovala 14 autonomních regionů v rámci České republiky. Další kvóty představovaly pohlaví – 57,1 % mužů a 42,9 % žen a věk, kdy věková skupina 65–69letých tvořila 36,4 % respondentů, 32,1 % bylo 70–74 let, věkové skupiny 75–79 let a 80+ tvořily 14,7 %, resp. 16,8 %.

Výsledky byly zpracovány popisnou statistikou a statistickým testováním vztahů mezi proměnnými v programu SPSS. S ohledem na povahu dat byly využity korelace a test ANOVA. Testováno bylo na hladině významnosti 95 %.

## VÝSLEDKY A DISKUSE

Soběstačnost byla zjišťována na základě subjektivního sebehodnocení na škále 1–5 (1 min a 5 max), viz Tabulka 1, std. 5,739, m=2,38.

**Tabulka 1: Hodnocení míry soběstačnosti**

	Počet odpovědí	V %	Validní %
Velmi dobrou	392	33,4	33,4
Spíše dobrou	457	39,0	39,0
Ani dobrou ani špatnou	211	18,0	18,0
Spíše špatnou	91	7,8	7,8
Velmi špatnou	18	1,5	1,5
Neuvedl/a	4	0,3	0,3
Celkem	1173	100,0	100,0

Zdroj: COST LTC 18066

Z hlediska souvislosti se sociodemografickými proměnnými, mezi pohlavím a mírou soběstačnosti nebyl zaznamenán statisticky významný vztah:  $t=0,134$ ;  $p=0,893$ ,  $m$  mužů = 2,40;  $m$  žen = 2,36. Z rostoucím věkem seniorů klesá jejich soběstačnost:  $r=0,079$   $p=0,007$ . Dalším faktorem, který ovlivňuje míru soběstačnosti je rodinný stav, kdy senioři žijící s partnerem vykazují vyšší míru soběstačnosti:  $r=0,058$ ;  $p=0,048$ . Naopak nebyla prokázána souvislost mezi mírou soběstačnosti a subjektivním hodnocením výše příjmu:  $r=0,038$ ;  $p=0,190$ , ani jeho objektivní výši:  $r=-0,040$ ;  $p=0,175$ .

Zdravotní stav saturovala baterie otázek, které hodnotili respondenti na pětistupňové Lickertovo škále:

Jak se celkově zdravotně cítíte? Zhodnoťte prosím stav za poslední tři měsíce.

Jak se subjektivně cítíte po fyzické stránce? Zhodnoťte stav za poslední tři měsíce.

Jak se subjektivně cítíte po psychické stránce? Zhodnoťte stav za poslední tři měsíce

Byl(a) jste kvůli zdravotním potížím, po dobu předchozích nejméně 6 měsíců nebo déle, omezen(a) v činnostech, které lidé obvykle dělají?

Baterie byla mezi dvěma skupinami soběstačných a nesoběstačných seniorů testována pomocí t-testu pro dvě nezávislé skupiny.



Všechny z těchto otázek korelovaly se soběstačností, jak ukazuje korelační matice tabulka 2, níže. Se zhoršujícím se hodnocením celkového stavu klesá míra soběstačnosti seniorů, což platí i pro hodnocení fyzického a psychického stavu. A čím se více senioři cítí být omezení kvůli svému zdravotnímu stavu, tím hůře hodnotí svoji soběstačnost. Hvězdičky v tabulce poukazují na momenty, kde byl zachycen statisticky významný vztah, a to v případě dvou hvězdiček na hladině významnosti 99%.

**Tabulka 2 – korelační matice – Vliv zdravotního stavu na míru soběstačnosti**

		Celkové hodnocení zdravotního stavu	Fyzická stránka	Psychická stránka	Omezení kvůli zdravotnímu stavu (za 6 měsíců)	Míra soběstačnosti
Míra soběstačnosti	r	-,497**	-,511**	-,509**	-,428**	1
	p	,000	,000	,000	,000	
Celkové hodnocení zdravotního stavu	r	1	-,984**	-,967**	-,380**	-,497**
	p		,000	,000	,000	,000
Fyzická stránka	r	-,984**	1	-,965**	-,383**	-,511**
	p	,000		,000	,000	,000
Psychická stránka	r	-,967**	-,965**	1	-,397**	-,509**
	p	,000	,000		,000	,000
Omezení kvůli zdravotnímu stavu (za 6 měsíců)	r	-,380**	-,380**	-,397**	1	-,428**
	p	,000	,000	,000		,000

Zdroj: COST LTC 18066

Co se týče možnosti zapojení seniorů do volnočasových aktivit, zde nebyl zaznamenán se soběstačností statisticky významný vztah:  $r=0,009$ ;  $p=0,746$  a podobná situace byla v případě aktivit kulturních:  $r=0,011$ ;  $p=0,710$ . Míra soběstačnosti neovlivňuje ani aktivity, kterým by se senioři potenciálně chtěli věnovat:  $t=-1,379$ ;  $p=0,168$ . Zabývali jsme se i konkrétními jednotlivými zájmovými aktivitami (např. čtení, sledování TV, ruční práce, atp.), viz Tabulka 3. Ani v jednom případě však nebyl zachycen statisticky významný vztah se soběstačností. O svých aktivitách se senioři mohou rozhodovat nezávisle na své soběstačnosti  $r=0,006$ ;  $p=0,830$ .

**Tabulka 3 – Vliv míry soběstačnosti na volnočasové aktivity**

Volnočasová aktivita	t	p
Čtení	-0,504	0,615
Křížovky	0,040	0,968
Ruční práce	-0,610	0,951
Práce na zahradě	-0,985	0,325
Kulturní aktivity	-0,669	0,503
Procházky/výlety	-0,653	0,514
Cvičení	0,450	0,633
Sledování TV	0,371	0,711

Zdroj: COST LTC 18066

Sociální vztahy byly saturovány opět baterií otázek. První z nich se týkala pocitů osamělosti, kde senioři na škále vyjadřovali míru souhlasu s výroky „Zažívám pocit prázdnoti, marnosti“; „Chybí mi kontakt s lidmi“; „Často se cítím odmítnutý“ a „Znám dost lidí, kteří jsou mi blízcí“ a dále pak měli zhodnotit celkovou míru osamělosti.

Anticipovaná sociální opora byla vyjádřena výroky:

„Máte ve svém okolí někoho, na koho se můžete obrátit s žádostí o pomoc?“

a „Znám mnoho lidí, na které se mohu naprosto spolehnout“.

Statisticky významný vztah s mírou soběstačnosti byl potvrzen v případě absence kontaktu s lidmi:  $r=-0,073$ ;  $p=0,013$ , to znamená, že čím soběstačnější senioři jsou, tím méně jim kontakt s lidmi chybí. Dále spolu korelovala míra soběstačnosti a výrok Máte ve svém okolí někoho, na koho se můžete obrátit s žádostí o pomoc?;  $r=0,107$ ;  $p=0,000$ , takže tedy čím více byli respondenti soběstační, tím více uváděli, že se mají na koho obrátit v případě žádosti o pomoc. Slabá negativní korelace  $r=-0,085$ ;  $p=0,004$  se pak týkala vztahu mezi mírou soběstačnosti a zažívaným pocitem prázdnoty a marnosti.

**Tabulka 4 – Vliv míry soběstačnosti na sociální kontakty**

Míra soběstačnosti		
Máte ve svém okolí někoho, na koho se můžete obrátit s žádostí o pomoc?	r	,107**
	p	,000
Zažívám pocit prázdnoty, marnosti	r	-,085**
	p	,004
Chybí mi kontakt s lidmi	r	-,073*
	p	,013
Znám mnoho lidí, na které se mohu naprosto spolehnout	r	,035
	p	,230
Často se cítím odmítnutý	r	-,038
	p	,199
Znám dost lidí, kteří jsou mi blízcí	r	,028
	p	,336
Často se cítím odmítnutý	r	,024
	p	,641

Zdroj: COST LTC 18066

Další forma saturace sociálních kontaktů zahrnovala různé typy komunitních aktivit, které shrnuje Tabulka 5. Statistická analýza ukázala, že mezi zapojením do komunitních aktivit a soběstačností není žádný statisticky významný vztah.

**Tabulka 5 – Vliv míry soběstačnosti na komunitní aktivity**

Komunitní aktivita	t	p
Pomáhání mladším generacím	-0,034	0,940
Pomáhání ostatním seniorům	-0,423	0,672
Předávání životních zkušeností	1,566	0,118
Účast v radách a komisích	-1,135	0,257
Účast na aktivitách v rámci farnosti	-0,455	0,656

Zdroj: COST LTC 18066

## DISKUSE

**Z** výsledků výzkumu vyplynulo, že s rostoucím věkem klesá soběstačnost seniorů, přičemž toto představuje logický závěr, kdy toto bylo potvrzeno výsledky dalších studií (např. Hudáková et al., 2019). Dalším potvrzením výsledků již existujících studií je skutečnost se zhoršujícím se zdravotním stavem seniorů klesá i jejich soběstačnost (Hudáková et al., 2019; Sourtzi et al., 2019 a další).

Zajímavým zjištěním našeho výzkumu je, že senioři čím méně jsou soběstačnější, tím lépe hodnotí svou finanční situaci. Podobný výzkum byl proveden Bonk (2016), kdy autorka zjistila opačný jev, a to že čím více je senior soběstačnější, tím lépe hodnoty finanční situaci ( $F=14,215$ ,  $p=0,019$ ). Autorka dále zjistila, že pokud jsou senioři soběstačnější, tím lépe hodnotí svůj celkový zdravotní stav ( $F=6,045$ ,  $p=0,01$ ). S tímto se shodujeme i v našem výzkumu, kde hodnocení celkového zdravotního stavu významně korelovalo s mírou soběstačnosti ( $r=-0,497$ ,  $p=0,000$ ). Dále Bonk (2016) uvádí, že zapojení seniorů do volnočasových aktivit statisticky významně souviselo s mírou jejich soběstačnosti, což ale dle výsledků tento vztah signifikantní u zapojených seniorů do našeho výzkumu nebyl. Ve studii autorka porovnávala dva výzkumné soubory, a to seniory s vysokou mírou soběstačnosti a nízkou nebo téměř žádnou mírou soběstačnosti, zároveň však uvádí, že nezávislí senioři mají tendenci trávit svůj volný čas stereotypními způsoby, tj. sledování televize, čtení nebo poslech rádia. A dále často se omezují na domácí prostředí a mají jen málo možností, jak vyplnit svůj volný čas (Bonk, 2016). U nás se nic takového neprokázalo a soběstačnost neměla na volbu koníčků vliv.

Z analýzy dat jsme dále zjistili, že míra soběstačnosti seniorů má statisticky významnou souvislost se subjektivní hodnocením psychické stránky. Tyto výsledky se shodují s výzkumnými studiemi Urbanová a Bužgová (2017) a Ávila et al. (2018). Dle výsledků výzkumu bylo zjištěno, že míra soběstačnosti seniorů zapojených do výzkumu nemá vliv na míru jejich osamělosti. Jiných výsledků dosáhli autoři Nowicki et al. (2018), kdy v jejich studii byla zjištěna souvislost mezi mírou osamělosti a mírou soběstačnosti. Tyto rozdílné závěry mohou být způsobené tím, že do našeho výzkumu byli zapojeni senioři žijící v domácím prostředí, kdežto ve srovnávané studii autoři výzkum provedli se seniory i žijícími v jiném než domácím prostředí (domovy pro seniory atd.).

## ZÁVĚR

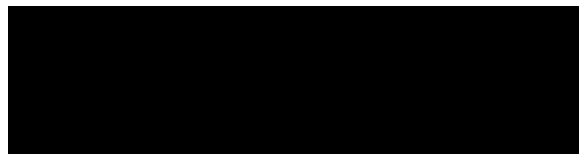
Cílem studie bylo zjistit, jaký vliv má míra soběstačnosti seniorů na jejich vybrané oblasti života, konkrétně zdravotní stav, volnočasové a komunitní aktivity a sociální vztahy. Dle výsledků je zřejmé, že míra soběstačnosti souvisí s hodnocením celkového zdravotního stavu, ale také jednotlivých oblastí – psychická a fyzická oblast. Dále bylo zjištěno, že míra soběstačnosti má vliv na sociální interakce (kontakt s lidmi, zažívání pocitů prázdnoty a marnosti a další). Zároveň bylo zjištěno, že míra soběstačnosti nemá vliv na participaci na volnočasových aktivitách, a to i přesto, že výzkumné studie tvrdí opak. Podobný výsledek jsme se dosáhli i v případě zapojení do komunitních aktivit jako je např. účast v radách a komisích, pomáhání mladším generacím a ostatním seniorům nebo předávání životních zkušeností.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BONK, E. 2016. The influence of activeness and independence on the quality of life of senior citizens. *Polish Psychological Bulletin*. 47(3): 338-345. DOI:10.1515/ppb-2016-0040
- [2] DE JONG GIERVELD, J., VAN TILBURG, T., DYKSTRA, P. A. 2006. Loneliness and social isolation. *Cambridge handbook of personal relationships*. 485-500. DOI:10.1017/CBO9780511606632.027
- [3] EKDAHL, A. W., WIREHN, A. B. 2015. Are frail elderly persons more at risk of adverse outcomes if they also suffer from concurrent cognitive impairment?. *European Journal of Ageing*. 12(2): 87-97. DOI: 10.1186/s13195-015-0140-3
- [4] GILL, T. M., BAKER, D. I. 2009. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 16(11): 1109-1117. doi: 10.1197/j.aem.2005.05.032.
- [5] GITLIN, L. N., HAUCK, W. W. 2005. The relationship between occupation and quality of life in dementia: a systematic review. *Journal of Gerontology*. 60(5): 287-298. doi: 10.1016/j.jagp.2012.11.005
- [6] HONG, S. I., HASCHE, L., BOWLAND, S. 2009. Structural relationships between social activities and longitudinal trajectories of depression among older adults. *The Gerontologist*. 49(1): 1-11. doi: 10.1093/geront/gnp006
- [7] HUDÁKOVÁ, A., MAJERNIKOVA, L., OBROCNIKOVA, A., MAGUROVA, D et al. 2019. Analysis of sufficiency for Seniors. *Clinical Social Work and Health Intervention*. 10(4):15-21. doi: 10.22359/cswhi\_10\_4\_04
- [8] KUZUYA, M., ENOKI, H., HASEGAWA, J., IZAWA, S., HIRAKAWA, Y., SHIMOKATA, H. 2006. Impact of caregiver burden on adverse health outcomes in community-dwelling dependent older care recipients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 14(11): 957-965. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181e9b98d.
- [9] LATHAM, K., CLARKE, P. J. 2016. Neighborhood disorder, perceived social cohesion, and social participation among older Americans: Findings from the National Health & Aging Trends Study. *Journal of Aging and Health*. 28(1): 63-84. doi: 10.1177/0898264316665933.
- [10] LITWIN, H. 2007. Social networks and well-being: A comparison of older people in Mediterranean and non-Mediterranean countries. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 62(6): 266-275. doi: 10.1093/geronb/gbp104.
- [11] LÖCKENHOFF, C. E., DE FRUYT, F., TERRACCIANO, A., MCCRAE, R. R., DE BOLLE, M., COSTA JR, P. T., PERUGINI, M. 2009. Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychology and Aging*. 24(4): 941-954. doi: 10.1037/a0016901
- [12] MOTLOVÁ, L. 2016. Sociální opora jako sociální determinanta ve stáří. 2016. In: DVOŘÁČKOVÁ, D. 2016. Sociální determinanty zdraví u seniorů žijících v Jihočeském kraji. Praha: NLN, s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny. s. 42-76. ISBN 978-80-7422-546-8.

- [13] MOTLOVÁ, L., BRABCOVÁ, I., ŠEDO VÁ L., HAJDUCHOVÁ H., BÁRTLOVÁ, S. Pohybová aktivita u seniorů 65+ a její souvislosti v kontextu zdravotní gramotnosti. 2018. *Praktický lékař*. 98(5): 209-213.
- [14] NOWICKI G. J., et al. 2018. Poczucie samotności jako czynnik warunkujący jakość życia osób powyżej 65. roku życia. *Czytelnia Medyczna*. 3: 208–215. Doi: 10.25121/MR.2018.21.3.208
- [15] PILKINGTON, P. D., WINDSOR, T. D., CRISP, D. A. 2012. Volunteering and subjective well-being in midlife and older adults: The role of supportive social networks. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 67(2): 249-260. doi: 10.1093/geronb/gbr154
- [16] ROPPOLO, M., MULASSO, A., GOBBENS, R. J. 2016. The relationship between IADL-task ability and participation in leisure activities in older adults with joint pain and comorbidity. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 65: 160-165. doi: 10.1016/j.yjger.2006.03.016.
- [17] SOURTZI, P., SARLA, E., ÄIJÖ, M., TURJAMAA, R., HOBBELEN, H. J., WEENING-VERBREE, L. F., YLINEN, E. R. 2019. Most common health issues of older people. *Older People: Improving Health and Social Care: Focus on the European Core Competences Framework*. 33-74.
- [18] SUANET, B., BROESE VAN GROENOU, M. I. 2019. Socio-demographic, health and caregiving factors in relation to the leisure activities of older adults. *Aging & Mental Health*. 23(1): 48-55. doi: 10.1016/j.archger.2009.06.001.
- [19] URBANOVÁ, P., BUŽGOVÁ, R. 2017. Evaluation of attitudes towards old age among older adults in an institutional facility. *Cent Eur J Nurs. Midw*. 8(1): 565-571. Doi: 10.15452/CEJNM.2017.08.0003
- [20] WERMELINGER, M. P., CORREA, J. C. et al. 2016. The role of physical Activity in the association between resilience and mental health in older adults. *Journal of aging and physical activity*. 26(2): 248-253. doi: 10.1123/japa.2016-0332.
- [21] YARDLEY, L., BEYER, N., HAUER, K., KEMPEN, G., PIOT-ZIEGLER, C., TODD, C. 2005. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age and Ageing*. 34(6): 614-619. doi: 10.1093/ageing/afi196.

# THE INFLUENCE OF THE DEGREE OF SELF-SUFFICIENCY OF SENIORS ON SELECTED AREAS OF THEIR LIVES



## ABSTRACT

The aim of the article is to describe the influence of the level of self-sufficiency on the health status of seniors, their leisure and community activities and social relationships. A quantitative research strategy was used for the research, and a self-constructed questionnaire focused on the monitored areas was used for data collection. The research group consisted of seniors aged 65+ living at home. A total of N=1174 respondents were involved in the research (a representative set for the Czech Republic). The results showed that the level of self-sufficiency is related to the assessment of the overall state of health, but also of individual areas, i.e. mental and physical areas. The degree of self-sufficiency also affects the social interactions of seniors. At the same time, it was found that the degree of self-sufficiency does not affect participation in leisure activities, but also involvement in community activities such as participation in councils and committees, helping younger generations and other seniors or passing on life experiences.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.  
Jihočeská univerzita v Českých  
Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav sociálních a  
speciálněpedagogických věd  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice  
e-mail: kajanova@zsf.jcu.cz

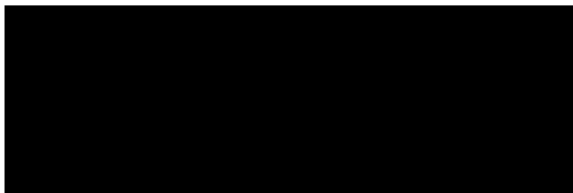
Mgr. Stanislav Ondrášek, Ph.D.  
Jihočeská univerzita v Českých  
Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav sociálních a  
speciálněpedagogických věd  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice  
e-mail: ondrasek@zsf.jcu.cz

## KEYWORDS:

Self-sufficiency, seniors, leisure activities, social relations, health status



# SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ A JEJÍ LIMITY



DAVID URBAN  
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA

ALENA HRICOVÁ  
PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA  
PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ,  
S. R. O.

STANISLAV ONDRÁŠEK  
JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

## ABSTRAKT

**CÍLE:** Cílem článku je identifikovat a popsat limity a bariéry, se kterými se sociální pracovníci ve zdravotnictví při své práci setkávají. **TEORETICKÁ VÝCHODISKA:** Náplň práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví je rozmanitá a obsahuje řadu důležitých činností, v rámci kterých sociální pracovník spolupracuje s členy multidisciplinárního týmu. Tato práce s sebou nese řadu složitých situací a komplikací, se kterými musí sociální pracovníci pracovat a se kterými se musejí vypořádat. **METODY:** Polostrukturované rozhovory s deseti sociálními pracovníky pracujícími ve zdravotnickém zařízení. **VÝSLEDKY:** Výsledky analýzy ukázaly, že sociální práce naráží na řadu limitů, se kterými se sociální pracovníci ve zdravotnictví potýkají. Tyto limity jsme rozdělili do devíti kategorií. Sociální pracovníci mezi limity výkonu své profese uváděli systémové záležitosti, tedy okolnosti, které povětšinou nemají možnost sami ze své pozice ovlivnit (administrativní zátěž, počet klientů, špatná spolupráce s úřady atp.). **IMPLIKACE PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI:** Reflexe limitů a jejich odstraňování může vést k zefektivnění sociální práce ve zdravotnictví.

KLÍČOVÁ SLOVA:

sociální práce ve zdravotnictví, limity, bariéry, administrativní zátěž

## ÚVOD

Cílem výzkumu bylo identifikovat a popsat limity a bariéry, se kterými se sociální pracovníci ve zdravotnictví při své práci setkávají. Pracovní pozice sociálního pracovníka ve zdravotnictví/zdravotně sociálního pracovníka, je relativně mladá pracovní pozice, která byla v České republice zařazena až v roce 2004. Dodnes je pro tuto pozici obtížné vybudovat si své místo na slunci, protože se jedná o nezdravotnický personál ve zdravotnickém zařízení – nemocnici, kde funguje hegemonie lékařů a zdravotnického personálu. Sociální pracovníci se v tomto ohledu mohou cítit nedocení, ale současně se potýkají s řadou systémových a administrativních omezení a překážek.

## TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Pro sociální práci ve zdravotnictví je klíčovým zákon č. 96/2004 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků, který od 1. 4. 2004 zařazuje pracovní pozici sociálního pracovníka a zdravotně sociálního pracovníka. V rámci organizačního rámce je pracovník zařazen do sociálního oddělení nemocnice, kdy vedoucí sociálního oddělení podléhá hlavní sestře, a ta náměstkovi pro léčebnou péči, který je následně podřízen řediteli. Pro výkon pracovní pozice sociálního pracovníka ve zdravotnictví (zdravotně sociálního pracovníka) je nutná formální kvalifikace – bakalářský studijní program s danou specializací, případně možnost po studiu sociální práce absolvovat kurz v Národním centru nelékařských oborů v Brně. Soubor dovedností sociálních pracovníků ve zdravotnickém zařízení je velmi různorodý. Vykonávají různé funkce, mají znalosti o psychosociálních rizikových faktorech na zdraví, znalosti behaviorální, stejně jako znalosti o hodnocení a využití intervencí založených na důkazech, což je činí kvalifikované k tomu, aby pomáhali při léčbě pacienta ve zdravotnickém zařízení (Zerden, Lombardi, Jones, 2018). Rozmanitá sociální práce realizovaná ve zdravotnických zařízeních se zaměřuje na podporu a pomoc pacienta/klienta, zvládnout jeho obtížnou situaci způsobenou věkem, jeho zdravotním stavem, popřípadě kombinací těchto faktorů. Smyslem je zmírnění dopadů vzniklé situace, odstranit její důsledky, a to v pojetí holistického a individuálního přístupu s ohledem na pacienta/klienta, jeho rodiny i širšího prostředí (Kuzníková a kol., 2011).

Činnost sociální práce ve zdravotnickém zařízení je dle studie McLaughlina (2015) velmi oceňovaná pacienty pro emoční podporu a pomoc v průběhu hospitalizace. Zdravotnický personál vnímá roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví jako důležitý prvek mezioborové spolupráce. Samotní pracovníci vnímají svou práci velmi procedurální a nezbyvá tak čas na řešení emocionálních potřeb pacientů/klientů či pečovatелů. S tím se ztotožňuje i závěr hodnocení studie Judd a Sheffield (2010), podle které pracovníci nejvíce času tráví plánováním propouštění, oproti koordinaci zásadní systémové podpory komunity, plánování s rodinou či poskytování poradenství. Také dle studie od Steils, Moriarty a Manthorpe (2020), sociální pracovníci v nemocnicích nejvíce času tráví kontaktování navazujících služeb. Pouze v 16 % jejich práce za týden zabírá přímý kontakt s pacientem/klientem (Steils, Moriarty, Manthorpe, 2020). Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení

je součástí multidisciplinárního týmu, který se skládá z pracovníků z různých oborů např. medicína, ošetrovatelství, sociální práce, fyzioterapie, diabetologie, lékárnictví atp. (Albrithen, Yalli, 2015). Mezioborová spolupráce je základním prvkem efektivní péče o pacienty. Postavení sociálního pracovníka v nemocnici v rámci multidisciplinárního týmu, vznesla studie poznatky o tom, že sociální pracovníci vnímají omezení při výkonu své práce způsobenou nedostatkem podpůrných možností mezi profesní spolupráce s lékaři. Nejvíce se zmiňovala problematika komunikace, nezáměr či nedostatek času lékařů konzultovat o psychosociálních potřebách pacientů/klientů (Albrithen, Yalli, 2015).

Co se týká pracovních podmínek sociální práce v nemocnicích, studie ze Slovenska z roku 2016 (Slaná et al., 2016) poukazuje na 4 klíčové faktory, které jsou považované za nejdůležitější pro pracovní výkon a pracovní spokojenost sociálních pracovníků. Prvním klíčovým faktorem je nedostatek zákonných pravidel, které by sociálním pracovníkům poskytovaly orientaci v rámci pracovních podmínek. Legislativní ukotvení je podle účastníků nedostatečné, primárně v oblasti počtu sociálních pracovníků v nemocnicích či náplně jejich profesní činnosti. Další identifikovaný faktor byla organizační struktura, která plně nepřijímá sociální práci jako důležitý obor, který by se měl účastnit intervenčních procesů pacienta. Účastníci se cítí být mimo multidisciplinární tým a necítí se být akceptováni jako plnohodnotní členové týmu. Tyto sdělení se vyskytli i ve studii od Albrithen a Yalli (2015). Jako další faktor je zmiňována organizační kultura a její nefunkčnost podpory mezi profesní týmovou spoluprací, kterou dle účastníků ovlivňuje vedoucí oddělení a jeho přístup. Posledním faktorem je koordinace propouštění pacientů ze zdravotnických zařízení, tedy, že při propouštění pacientů se dbá primárně na medicínské hledisko, i v souvislosti s ekonomickými náklady nemocnic. Opomíjí se tak na holistický přístup a je podhodnocován. Sociální pracovníci v nemocnicích také čelí byrokratickému procesu v posuzování nároků klienta na konkrétní služby či vyřízení požadavku na dávky sociálního zabezpečení (Slaná et al., 2016).

## METODIKA

Výzkum byl realizován na jaře roku 2022 prostřednictvím hloubkových rozhovorů face-to-face a online (v případě vzdálenějších lokalit). Informantům jsme položili otázku: Jaké limity a bariéry spatřujete ve své práci? a poté jsme je vyzvali k volnému vyprávění, na závěr s doplňujícími otázkami, které v průběhu rozhovoru vyvstaly. Délka rozhovoru se pohybovala mezi 40ti a 70ti minutami. Do výzkumného souboru bylo zahrnuto deset sociálních pracovníků pracujících ve vybraných (na základě dostupnosti) nemocnicích. Jednalo se o záměrný výběr. O výzkumném souboru nebyly zjišťovány žádné sociodemografické charakteristiky, jako vzdělání, či věk, neboť jsme toto nepovažovali za potřebné s ohledem na kvalitativní charakter a zacílenost studie. Velikost souboru byla dána informačním vysycením. Z rozhovorů byl s informovaným souhlasem informantů pořízen anonymizovaný audiozáznam, který byl následně doslovně transkribován. Pro zpracování dat byla použita tematická analýza. Rozhovory byly nejprve zakódovány otevřeným kódováním, následně byly vytvořeny kategorie. Mezi kategoriemi nebyly nalezeny žádné vztahy a nebylo proto možné použít kódování axiální. Ve všech

případech se jednalo o limity práce, které byly systémového charakteru a ve vyprávěních informantů tvořily oddělené bloky.

## VÝSLEDKY

**K**omunikační partneři v rámci rozhovorů zmiňovali celou řadu limitů, případně překážek/komplikací, se kterými se ve své práci setkávají. Níže jsou výpovědi prezentovány dle jednotlivých kategorií a doplněny o ilustrativní výpovědi.

### VELKÝ POČET KLIENTŮ/PŘETÍŽENOST

**K**omunikační partneři jako jednu z nejčastěji uváděných limitací ve své práci zmiňovali značnou přetíženost, tedy velké množství pacientů, kteří spadají do jejich agendy. Ačkoliv v nemocnicích (především těch větších) mají agendu rozdělenou dle jednotlivých oddělení lůžkové části nemocnice, i přes to počty pacientů často převyšovaly možnou kapacitu, případně možnost věnovat klientům dostatečný časový prostor pro to, řešit jejich situaci uceleněji. Byla zmiňována ta situace, že se v rámci své práce musí často omezit pouze na základní vyřízení celé situace (např. zajištění následné terénní služby pro pacienta po jeho propuštění z nemocnice do domácího prostředí, aniž by mohli řešit další návazné problémy pacienta – nemají tedy možnost řešit situaci uceleně, jak by často z pohledu sociální práce chtěli).

*„Já mám pod sebou dvě oddělení, ročně to je až 500 pacientů, což s ohledem na jejich diagnózy a návaznou životní situaci je obrovské číslo pro to, abych se dokázal všem věnovat, nebo aspoň tak, jak by bylo potřeba. Takže ta moje možnost je v tomhle hodně omezená.“*

### NEMOŽNOST HLOUBĚJI POZNAT KLIENTA

**P**od touto kategorií bylo prezentováno vyjádření, kdy v současné době je z pohledu sociálních pracovníků velký tlak na to, aby velmi brzy po příjmu do nemocnice pacienta propustit do domácí péče (s ohledem na finanční náklady a kapacitu nemocnic), takže sociální pracovníci mají velmi omezený čas pro to, s klientem situaci nějak (více) řešit.

*„Problém je to, že mi sem přijmou pacientku, ona tu leží dva až tři dny a pak jí už propouštějí. Je to člověk s celou řadou problémů, které by bylo potřeba z pohledu sociální práce řešit, ale za tak krátkou dobu já nemám moc možnost něco vyřešit. Jen na úřad, než se člověk dovolá, nebo nějakou návaznou službu z jejich kapacitních důvodů osloví, tak ta pacientka bývá už často pryč.“*

Informanti uváděli, že není prostor pro hlubší řešení problémů klienta a často tak cítí frustraci z toho, že nemohou dělat plně svou práci.

*„Dost mě to frustruje. S tím člověkem něco začnu dělat, ale často, než mám možnost cokoliv vyřešit, tak už je pryč, je tu někdo další, často s podobným problémem, podobnou situací a já vím, že to asi dopadne podobně. Takže je to pořád dokola.“*

Kategorie zdánlivě může souviset s kategorií předchozí, ale tato souvislost nebyla informanty apriori prezentována.

## ŠPATNÁ/NEDOSTATEČNÁ INFORMOVANOST PACIENTŮ O DIAGNÓZE ZE STRANY LÉKAŘE

**S**ociální pracovníci se často setkávají s tím, že pacienti a jejich blízcí příbuzní často nerozumí diagnóze a tomu, co daná nemoc vše obnáší. Z toho pohledu vnímají, že ošetřující lékař pacienta ne vždy dostatečně seznámí s diagnózou, případně pro pacienta ne dostatečně pochopitelně. Pacienti se následně s doplňujícími dotazy obracejí na sociální pracovníky, kteří ale ve věci sdělování diagnózy nejsou kompetentní. A když pacienta odkážou s daným tématem na lékaře, tak se občas stává, že pacient ztrácí motivaci se sociálním pracovníkem řešit další věci, resp. témata a problémy, které do kompetence sociálního pracovníka spadají.

*„Ti pacienti té své diagnóze často nerozumí. Lékař jim jí sice sdělí, oni mu to často odkývají, protože se někdy ostýchají doptávat se, ale v konečném důsledku tomu příliš nerozumí. Pak se ptají mě a já, když jim řeknu, že to musí řešit s lékařem, tak jako kdyby se mnou už pak někdy nechtějí řešit ani věci, které jsou v mé kompetenci. Jako kdyby si řekli, že jsem jim neporadila s tímhle, co je pro ně často aktuální a palčivé, tak už se mnou nechtějí někdy řešit nic.“*

Nedostatečná obeznámenost s diagnózou vede k neznalosti toho, s čím se pacienti budou po propuštění z nemocnice ve svém domácím prostředí případně potýkat, jaké náklady s tím mohou být spojeny, případně jaké komplikace pro rodinné příslušníky žijící ve společné domácnosti, případně pro širší rodinu. To vnímají sociální pracovníci jako komplikaci, která sice neovlivňuje přímo jejich práci, ale ve výsledku má nepříznivý dopad na sociální situaci klientů:

*„Ti lidé si často myslí, že až je propustí z nemocnice, tak že vstanou z té postele, odejdou a vše bude jako dřív. Oni si často neuvědomí, že se už jen obtížně postarají o domácnost, jaké komplikace budou spojeny třeba s nákupem a s vařením a tak. Že třeba se na tu nohu už nepostaví, budou potřebovat řadu kompenzačních pomůcek. Když tu nemoc nechápou, tak vlastně ani neví, proč by měli se mnou něco řešit.“*

## NEDOSTATEK LŮŽEK NÁSLEDNÉ PÉČE/ NEDOSTUPNOST KONTINUITY SLUŽEB

**O**slovení sociální pracovníci často zmiňovali omezení spojené s návazností poskytované péče, a to jak v oblasti chybějící kapacity lůžek následné péče („Těch lůžek je málo,

jsme menší nemocnice a pro každého to lůžko není, tak se musí hodně vybírat a z mého pohledu se často nedostane ani na ty, kteří ještě k tomu propuštění do domácí péče nejsou. A ono se to často i ukáže, protože uteče pár dnů a jsou tu zas, často kvůli nějakým pádům, či problémům spojeným s jejich primární nemocí – že se nezvládli postarat oni nebo rodina.“), tak i v oblasti kontinuity sociálních a zdravotních služeb. Absence kontinuity je často způsobena časovou dostupností či místní kapacitou dané služby (v místě bydliště žádná organizace službu neposkytuje, nebo alespoň ne v takovém rozsahu, jaký by klient potřeboval – co do frekvence, či co do času, např. o víkendech a svátcích).

*„V některých těch regionech ty sociální služby prostě nejsou, ten jejich terénní program nepokrývá celý to území, takže prostě klient by potřeboval službu osobní asistence a s tou mi ten pobyt doma mohl relativně zvládnout, ale prostě bydlí tam, kam žádná služba nejezdí. Tak pak takoví lidé nám zůstávají v nemocnici, protože bez té pomoci být doma nemůžou, ale na druhou stranu to s nima není ještě tak špatný, aby je vzala pobytová služba.“*

Často se také sociálním pracovníkům stává, že určitá část problému klienta je některou službou pokryta, ale že životní situace klienta je natolik komplikovaná a obtížná, že absentuje služba, která by pokrývala a řešila i další složky životní situace klienta.

*„Chybí mi ta provázanost těch služeb. Sice se dělají komunitní plány, ale prostě se setkávám s tím, že ten region není celý těma službama pokryt, či že nějaký problém, nebo situace těch klientů není tou službou reflektován – že nabízí řešení situace v jedné oblasti, ale pokud ten člověk má více problémů, tak už pomoc třeba nesežene.“*

*„Jako lidi, kteří mají těch problémů více, to prostě pak místo neseženete. Třeba jsem měla klienta, byl to člověk bez přístřeší a byl na vozíku. To pak sehnat místo vlastně nejde, protože ty sociální služby často nejsou vybavený, nebo nemají bezbariérový přístup do té služby, tak ho prostě nikde neumístíte. Nebo člověk s nějakou závislostí, který má i psychiatrickou diagnózu, to je prostě taky problém.“*

V poslední době za narůstající problém byla komunikačními partnery identifikována konkrétně absence kamenných, či mobilních hospicových služeb, kdy na jedné straně by lékař indikaci předepsal, ale na druhé straně absentuje v místě bydliště klienta pokrytí daného typu služby a rodina se sama, bez pomoci adekvátní služby, postarat nezvládne.

*„Teď často vidím, že chybí ty hospicové služby. To povědomí o těch hospicích je už takové, že ty klienti, nebo ty jejich rodiny by o to stáli, mít toho člověka doma až do konce, ale prostě sami to logicky nezvládnou a když bydlí někde bokem, kam ta služba nejezdí, tak je to prostě problém.“*

## ADMINISTRATIVNÍ ZÁTĚŽ

V rámci této kategorie byla ze strany sociálních pracovníků zmiňována otázka vyplňování žádosti o umístění klienta do domova pro seniory, kdy dle vyjádření má každá sociální služba jiný formulář žádosti. Sociální pracovník, který tak shání místo pro svého klienta, musí často vyplňovat „stejné informace“ do různých formulářů, případně často ztrácí čas tím, než se v daném konkrétním formuláři zorientuje, či jej na webových stránkách dané organizace dohledá.

*„Hodně času prostě ztratím i tím, že hledám třeba na stránkách toho domova pro seniory tu žádost, nebo že tam zadávám ty informace. A když třeba podáváme ve prospěch toho našeho klienta dvě až tři žádosti do různých služeb, tak každý ten formulář je jiný, ačkoliv tam vyplňuji ty informace stejné. Určitě by pomohlo, kdyby byl třeba nějaký jeden univerzální formulář pro všechny domovy pro seniory.“*

## POMALÉ VYŘIZOVÁNÍ PŘÍSPĚVKŮ NA PÉČI

Problém, který komplikuje sociálním pracovníkům jejich práci s klienty v nemocnicích, je i často pomalé vyřizování různých žádostí kompetentními úřady. Především časová náročnost (čekací doba) při vyřizování žádosti o příspěvek na péči komplikuje sociálním pracovníkům jejich práci, neboť bez přiznaného příspěvku na péči (resp. přiznaného stupně závislosti) nemají šanci získat pro klienta místo v sociální službě, nejčastěji v domově pro seniory.

*„Ta doba vyřízení příspěvku je hrozně dlouhá. Když tu žádost podám, tak než se sem dostanou na sociální šetření a než vydají pak rozhodnutí, je to hrozná doba. A bez toho mě toho klienta žádný domov pro seniory nevezme.“*

*„To vyřízení trvá strašně dlouho a zvláště pro hospicové klienty to je moc dlouhá doba. Sice ty pracovnice z pracáku nám většinou vyjdou vstříc, že když řeknem, že je to hospicový klient, tak přijdou přednostně k němu, ale je to jen na základě dobré vůle, není to nijak systémově nastavené.“*

## PROBLÉM DOVOLAT SE NA NĚKTERÉ ÚŘADY/INSTITUTE

V rámci této kategorie byla zmiňována situace, kdy, pokud sociální pracovník potřebuje nějakou informaci ke konkrétnímu problému klienta a kontaktuje v dané věci kompetentní úřad/instituci/organizaci, má často problém dovolat se přímo danému pracovníkovi. Často se sociální pracovníci setkávají s hlasovými automaty, kdy je pro ně časově náročné vyčkat na telefonu do spojení s operátorem.

*„Ty hlasové automaty, no já, když se dostanu k telefonu, tak čekám, než na mě přijde řada. Do toho volá někdo mě z oddělení, nebo se jde něco řešit, tak já ten telefon musím*

*položít, a než se k tomu opět dostanu, mají již třeba po pracovní době a nedovolám se, anebo čekám zase od začátku. A tak je to často pořád dokola.“*

V situaci, kdy daná instituce/organizace přijímá dotazy a řeší situaci pouze prostřednictvím e-mailu (nemají telefonní spojení na operátora), je to pro sociální pracovníky často komplikace navíc kvůli časové náročnosti na získání odpovědi.

*„Někdy ty firmy nemají ani telefon, ale jen bránu na zaslání písemného dotazu nebo e-mail. To jsem potřebovala s klientem řešit něco kvůli elektrické přípojce a kvůli zálohám, byla to starší paní, a ten dodavatel tam měl na stránkách jen mail pro komunikaci. Takže než mi přišla odpověď, tak to celkem dlouho trvalo, tak tak že tu klientka ještě byla a šlo to dořešit, protože kdyby ji dřív propustili, bylo by to k ničemu.“*

## PŘÍLIŠ DLOUHÉ ČEKACÍ DOBY NA MÍSTO V DOMOVĚ PRO SENIORY

**J**eden z nejčastějších limitů, uváděným ze strany sociálních pracovníků, jsou dlouhé čekací doby na místo v domově pro seniory. Někteří sociální pracovníci uváděli, že značná část jejich pracovní doby spočívá v obvolávání vybraných domovů pro seniory a hledání volné kapacity.

Pracovníci uváděli, že se cítí být v dané věci pod tlakem, neboť nalézt volné místo v sociální službě je náročné, zároveň na ně tlačí ošetřující lékař, případně nemocnice s potřebou propustit klienta z nemocnice (s ohledem na omezenou kapacitu lůžkové péče a na vysokou nákladnost).

*„Získat místo v domově, to je prostě nadlidský úkol. Obvolávám ty domovy pro seniory, do toho na mě tlačí, že se ten pacient už musí propustit. A já to místo prostě nemám. Do toho pak někdy, když už se mi podaří něco sehnat, mi rodina nebo ten pacient řekne, že to je moc daleko, že tam nepůjdou, a já jsem zase na začátku.“*

## POSTAVENÍ V MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMU

**N**ěkteří komunikační partneři uváděli komplikované postavení své pozice v multidisciplinárním týmu. Je třeba podotknout, že se jednalo o individuální situaci (odlišnou pracoviště od pracoviště), nicméně i tak někteří sociální pracovníci zmiňovali, že jsou v rámci multidisciplinárního týmu vnímáni jako podřadná pracovní síla. Zaznělo přirovnání k sekretářkám (*„Jako sekretářku mě tu berou, že jen obvolávám zařízení.“*), případně že je lékař nevnímá jako odborníky (*„Prostě ten doktor často nemá ani představu, co vše dělám, o co všechno se starám, sociální práci nevnímají jako odbornou disciplínu, ale jako něco podřadného.“*).

Jedna z respondentek také uvedla, že v jejím pracovním okolí převládá přesvědčení, že si jen povídá s klienty, že nic zásadního ze své pozice neřeší.



## DISKUSE

Výsledky analýzy ukázaly, že sociální práce naráží na řadu limitů, se kterými se sociální pracovníci ve zdravotnictví potýkají. Tyto limity jsme rozdělili do devíti kategorií a jednalo se o: velký počet klientů/přetíženost; nemožnost hlouběji poznat klienta; špatná/nedostatečná informovanost pacientů o diagnóze ze strany lékaře; nedostatek lůžek následné péče/nedostupnost kontinuity služeb; administrativní zátěž; pomalé vyřizování příspěvků na péči; problém dovolat se na některé úřady/instituce; příliš dlouhé čekací doby na DPS; postavení v multidisciplinárním týmu.

Z hlediska vysokého počtu klientů/pacientů a přetížeností se sociální pracovníci ve zdravotnictví, a to především v nemocničních zařízeních setkávají z několika důvodů. Jedním z nich je rozšíření agendy o oblasti oddělení následné péče, akutní lůžkové péče, přičemž oblast akutní lůžkové péče může zahrnovat i např. plicní oddělení atd. Dle Fraňka (2019) sociální pracovník v nemocničním zařízení má v kompetenci setkávání se s lékaři, provádí základní screening, komunikace s rodinou pacienta, poradenství a další. Významná role sociálního pracovníka je v rámci multidisciplinárního týmu, kdy sociální pracovník s týmem konzultuje pacientovu situaci a dále jak s ním a jeho rodinou neúčinněji komunikovat (Gregorian, 2008). Významnou cílovou skupinu tvoří seniorská populace, kdy sociální pracovník musí před propuštěním reflektovat pacientovu rodinnou, sociální, zdravotní a ekonomickou situaci (Duffy, Healy, 2011). V případě, že soběstačnost seniora je omezená v takové míře, že je nutná péče jiné osoby, tak do agendy sociálního pracovníka vstupuje komunikace s institucemi a státní správou. Jedním z limitů se tak stává proces přiznání a výplaty příspěvku na péči, který je vzhledem k akutním případům zdoluhavý, přičemž dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je nutné podat žádost na krajskou pobočku Úřadu práce, následně Úřad práce provede sociální šetření a podá žádost o posouzení zdravotního stavu na Okresní správu sociálního zabezpečení, kde toto provede lékařská posudková služba. Dalším limitem, který je s tímto spojen, je umístění pacienta do domova pro seniory. V souvislosti s demografickým vývojem populace v České republice a počtem domovů pro seniory představuje nedostatečná kapacita těchto zařízení významný problém (Šídllová Kunstová, Šídllo, 2016). Sociální pracovník musí pacientovu situaci řešit jinými způsoby, které například představuje umístění na lůžka následné péče a využívání tzv. sociálních lůžek, které jsou zřizovány dle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

S téměř každou oblastí, kterou se sociální pracovník zabývá je spojená administrativní práce a která je vnímána jako problematická v každé oblasti sociální práce (Matoušek, Matulayová, 2020).

## ZÁVĚR

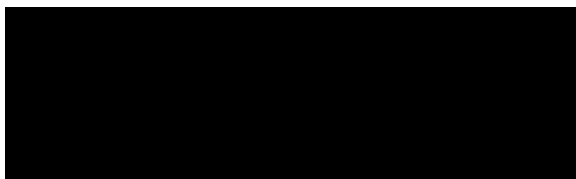
Oslovení sociální pracovníci mezi limity výkonu své profese nejčastěji uváděli systémové záležitosti, tedy okolnosti, které povětšinou nemají možnost sami ze své pozice ovlivnit. Jako příklad můžeme jmenovat obtíže s kontaktováním dalších organizací (nemožnost dovolat se přes hlasový automat např. na úřad), pomalé vyřizování příspěvků na péči a dlouhé čekací doby na následnou péči (např. navazující sociální služby jako jsou domovy pro seniory). Jedná se tak o faktory, které ztěžují výkon práce a dle profesiogramu sociálního pracovníka a zdravotně sociálního pracovníka mohou být zdrojem stresu a vyhoření.

Mezi další limity byly zmíněny okolnosti, jejichž zdroj můžeme hledat v nastavení příslušné nemocnice, případně v nastavení pomáhajícího týmu a v postavení samotného sociálního pracovníka v tomto týmu. Mezi zmíněné limity, které bychom mohli zařadit do této kategorie, lze zmínit přetíženost pracovníků, kdy počet klientů a případů spadající na jednoho pracovníka převyšuje možné časové kapacity pracovníků. S tím může souviset i další limit, který se může jevit jako návazný na zmíněnou přetíženost pracovníků, ale samotní respondenti jej do souvislosti výslovně nedávali; jedná se o nemožnost dělat sociální práci jako celek, resp. řešit problémovou životní situaci klienta v celé jeho šíři. S ohledem na velký tlak na brzké propuštění pacienta z nemocnice nezbývá příliš času a možností řešit i návazné problémy. Dle vyjádření oslovených respondentů často nezbývá mnoho času řešit ani aktuální/akutní sociální problém klienta. A v neposlední řadě byla zmiňována problematická situace v postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Zde se jistě jedná o individuální zkušenost, která nemusí být nastavena systémově, nicméně do značné míry odráží vnímání a chápání dané pracovní pozice.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ALBRITHEN, A., YALLI, N. 2015. Medical Social Workers Perceptions Related to Interprofessional Teamwork at Hospitals. *Journal of Social Service Research*, 41(5), 722-731. Doi: 10.1080/01488376.2015.1068723
- [2] DUFFY, F., HEALY, J. P. 2011. Social Work With Older People in a Hospital Setting. *Social Work in Health Care*, 50(2), 109-123. DOI: 10.1080/00981389.2010.527786
- [3] FRANĚK, M. 2019. Role a úkoly sociálního pracovníka v nemocnici. *Sešit sociální práce. Sociální práce ve zdravotnictví*, 6, 13-18.
- [4] GREGORIAN, C. MSW, LICSW. 2005. A Career in Hospital Social Work. *Social Work in Health Care*, 40(3), 1-14. DOI: 10.1300/J010v40n03\_01
- [5] JUDD, R. G., SHEFFIELD, S. 2010. Hospital Social Work: Contemporary Roles and Professional Activities. *Social Work in Health Care*, 49(9), 856-874. DOI: 10.1080/00981389.2010.499825
- [6] KUNSTOVÁ - ŠÍDLOVÁ., N., ŠÍDLO, L. 2016. Perspektivy vývoje kapacit v domovech pro seniory v Jihočeském kraji. *Kontakt*, 18(2), 113-122. DOI: 10.1016/j.kontakt.2016.05.004
- [7] KUZNIKOVA, I. a kol. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2477-067-3.
- [8] MATOUŠEK, O., MATULAYOVÁ, T. 2020. Popisy pracovních pozic v sociální práci – předběžné hodnocení. *Fórum sociální práce*, 11(1), 54-59.
- [9] McLAUGHLIN, J. 2015. Social work in acute hospital settings in Northern Ireland: The views of service users, carers and multi-disciplinary professionals. *Journal of Social Work*, 16(2), 135-154. DOI: <https://doi.org/10.1177/1468017314568843>
- [10] Profesiogramy: Sociální pracovník ve zdravotnictví/zdravotně sociální pracovník. Sociální práce/Sociální práca. [online]. [cit. 2022-09-15]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-ve-zdravotnictvi-zdravotne-socialni-pracovnik/>
- [11] SLANÁ, M. et al. 2016. Social work in hospitals in Slovakia: Current working conditions and difficulties in the view of the professionals. *Scientific Annals of "Alexandru Ioan Cuza" University of Iasi. (New Series) Sociology and Social Work Section*, 9(2), 81-98.
- [12] STEILS, N., MORIARTY, J., MANTHORPE, J. 2020. The Clarity and Contribution of the Hospital Social Work Role: Observations on its Professional Identity. *Practice*, 33(4), 271-288. DOI:10.1080/09503153.2020.1801620
- [13] Zákon 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních ze dne 3. března 2004. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- [14] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 31. března 2006. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- [15] ZERDEN, L. S., LOMBARDI, B. M., JONES. A. 2018. Social workers in integrated health care: Improving care throughout the life course. *Social Work in Health Care*, 58(1), 141-149. DOI: 10.1080/00981389.2019.1553934.

# SOCIAL WORK IN HEALTHCARE AND ITS LIMITS



## ABSTRACT

**OBJECTIVES:** The aim of the article is to identify and describe the limits and barriers that social workers in healthcare encounter in their work. **THEORETICAL BASE:** The job content of a social worker in the healthcare sector is diverse and includes a number of important activities in which the social worker cooperates with members of a multidisciplinary team. This work entails a number of complex situations and complications that social workers have to work with and deal with. **METHODS:** Semi-structured interviews with ten social workers working in a healthcare facility. **OUTCOMES:** The results of the analysis showed that social work encounters a number of limits that social workers in the healthcare sector face. We have divided these limits into nine categories. Among the limits of the performance of their profession, social workers cited systemic issues, i.e. circumstances that they mostly do not have the opportunity to influence themselves from their position (administrative burden, number of clients, poor cooperation with the authorities, etc.). **SOCIAL WORK IMPLICATIONS:** Reflecting on limits and their removal can lead to more efficient social work in the healthcare sector.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
e-mail: david.urban@vspj.cz

doc. PhDr. Alena Hricová, Ph.D.,  
Pražská vysoká škola psychosociálních  
studíí, s. r. o.  
Hekrova 805  
149 00 Praha 4 - Háje  
e-mail: ali.kajanova@email.cz

Mgr. Stanislav Ondrášek, Ph.D.  
Jihočeská univerzita v Českých  
Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav sociálních a speciálně  
pedagogických věd  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice  
e-mail: sondrasek@zsf.jcu.cz

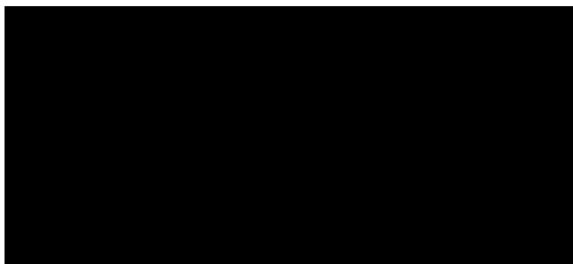
## KEYWORDS:

social work in healthcare, limits, barriers,  
administrative burden

# ŠPECIFIKÁ VYBRANÝCH KULTÚR U PACIENTOV S INOU KULTÚROU

IVICA GULÁŠOVÁ  
TRNAVSKÁ UNIVERZITA V TRNAVE

LENKA GÖRNEROVÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA



## ABSTRAKT

Multikultúrne ošetrovateľstvo sa definuje ako komparatívny, humanistický, praktický a teoretický odbor zameraný na podrobnosti a rozdiely starostlivosti o rôzne kultúry s ich súborom hodnôt, životných zvyklostí a presvedčení, a to s cieľom poskytovať vhodnú činnosť v zdraví a v chorobe. Poslaním a cieľom multikultúrneho ošetrovateľstva je poskytovať kultúrne špecifickú a univerzálne praktickú starostlivosť v podpore zdravia, prípadne eliminovať rizikové situácie, ochorenia a smrť. Predpokladom aplikácie multikultúrneho prístupu je poznať samého seba, vyvarovať sa tak kultúrnych predsudkov a negatívnych postojov k iným, ako aj skresleného chápania iných kultúr. Autorky približujú teoretickú analýzu problematiky so zameraním na vybrané kultúry a etniká kde popisujú ich špecifiká, vychádzajúc z kultúrnych zvykov, tradícií ktoré sú rokmi „pretavené“ do tzv. kultúrnych zákonov.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Multikultúrne ošetrovateľstvo, kultúrne odlišnosti, postoje k zdraviu, tolerancia, ošetrovateľská starostlivosť

## ÚVOD

**K**ultúra predstavuje komplexný systém hodnôt a spoločenských noriem, ktorými sa riadia členovia danej spoločnosti a svoje zvyky a pravidlá si odovzdávajú z pokolenia na pokolenie. Kultúra nás robí jedinečnými tvormi, a dodržiavaním zvykov a noriem sme vnímaní ako unikáty (Nováková, 2008). Preto aj ošetrovateľská starostlivosť o pacientov z iných kultúr by mala byť kultúrne senzitívna. Nemôžeme byť k niekomu vnímaví, pokiaľ sa nezaujímame a nepochopíme prečo je niekto pre nás „iný“ a aké zásady, normy a hodnoty uznáva a čím sa riadi.

Od sestier sa očakáva, že budú poznať rôzne kultúry, budú pripravené na komunikáciu s príslušníkmi iných kultúr, ako aj hodnotiť aktuálny zdravotný stav pacienta inej kultúry, vrátane potrieb súvisiacich s odlišnou kultúrou a poskytovať kultúrne zhodnú a vhodnú starostlivosť. Sestry by preto mali mať osvojené poznatky z oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva aby mohli poskytovať zmysluplnú ošetrovateľskú prax.

Pri realizácii ošetrovateľskej starostlivosti má veľký význam kultúrna celistvosť, (Tomey, Alligood, 2022) t.j rešpektovanie jedinca, uvedomenie si rôznorodosti jeho kultúrnych presvedčení a praktík s cieľom poskytnúť mu bezpečnú a kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť modifikovaním plánu ošetrovateľskej starostlivosti tak, že sa zohľadnia pacientove názory a praktiky, ktoré sú kompatibilné s jeho liečebným režimom (Hou, 2013).

K základným pojmom v multikultúrnej psychológii patria „stereotyp“ a „predsudok“. Stereotypy predstavujú štandardizované predstavy, často emocionálne zaťažené, stabilné a takmer nezávislé od prežitých skúsenosti ľudí. Prenášajú sa na jedinca prostredníctvom tzv. sociálneho učenia ako napr.: rodiny, školy a okolia. Tvorja ich predstavy, ktoré majú ľudia o sebe, o svojom okolí, o členoch iných skupín, s ktorými sa ale nemusia stotožňovať. Predsudky predstavujú zvyčajne negatívne postoje, voči určitej skupine ľudí ako celku, alebo voči jednotlivcovi patriaceho do určitej skupiny, komunity. Ide o iracionálne ale aj racionálne predstavy o určitej skupine, vyvolávajúce následné správanie sa voči danej skupine. Za racionálnu zložku predsudku je považovaný predovšetkým odlišný spôsob života a životného štýlu, vrátane odlišných zvykov, správania sa a prejavov. Medzi faktory, ktoré ovplyvňujú predsudky, patrí predovšetkým rodina, výchova, psychické potreby a sociálny status (Giger, et al, 2004).

Na svete neexistuje krajina, či národ v ktorom by jeho príslušníci nezdieľali určité predpojaté postoje voči príslušníkom iných krajín alebo kultúr. Ak sú predsudky zamerané na určité etnické alebo rasové skupiny, hovoríme o etnických alebo rasových predsudkoch (Limbo Sagar, 2014). Pre vývoj predsudkov je rozhodujúca kultúra prostredia z ktorého človek pochádza, to znamená, že v priebehu enkulturizácie jedinec prijíma okrem pozitívnych hodnôt, noriem, tradícií tiež aj negatíva danej kultúry (Prucha, 2010). Multikultúrne chápanie kompetencií v ošetrovateľstve predpokladá oveľa viac - poznať a pochopiť odlišnú kultúru a neštandardné podmienky, posilňovať interakcie medzi

sestrami a pacientmi s odlišnou kultúrou, čo vyžaduje vzájomné pochopenie, poznávanie, akceptovanie, spoluprácu, ochotu vymieňať si názory, myšlienky, návrhy a možnosti riešení (Nováková, 2008).

Problematika multikultúry a nové trendy v starostlivosti o zdravie obyvateľov sú úzko spojené s globalizáciou sveta a rešpektovaním kultúrnych špecifik jednotlivých komunít.

Pre sestry je dôležité porozumenie pojmu kultúrne odlišnosti:

- môžu byť vnímané ako rozdiely vo vzájomnom porozumení, ktoré pramenia z jazykovej bariéry a následných komunikačných problémov, ale aj špecifiká v neverbálnej komunikácii,
- patria sem aj iné spoločenské zvyky a pravidlá správania sa,
- rozdielna úroveň vedomostí o zdraví a chorobe, v názoroch, presvedčeníach dotýkajúcich sa zdravia, choroby a liečebných procedúrach danej spoločnosti (Andrews, Boyle, 1999),
- diferencie v hodnotách, na ktorých jednotlivci, ale aj určitej spoločnosti záleží.

Kultúrne ohľaduplná ošetrovateľská rešpektuje názory, tradície, kultúrne špecifiká jednotlivca, rodiny a komunity, výsledkom čoho je tzv. kultúrne senzitívna starostlivosť. Kultúrne rôznorodá ošetrovateľská starostlivosť je cieľavedome zameraná na jednotlivcov, rodinu, komunitu s odlišnými kultúrnymi špecifikami (Farland, 2018).

## KULTÚRNE ŠPECIFIKÁ V RÓMSKEJ ETNICKEJ SKUPINE

**M**edzi vonkajšie znaky Rómov patria napr. rómsky jazyk, tmavé vlasy a oči, stredne tmavá až tmavá pleť. Pri úprave zovňajšku preferujú nápadnejšiu farebnosť, blýskavé ozdoby. Rodina je výrazne patriarchálna a tvorí základ rómskeho spoločenstva. Pre rómsku rodinu je charakteristický nadpriemerný počet detí, čo vedie k hlučnejšiemu spôsobu života. Vôľa jedinca je podmienená vôľou celej rodiny. Tradičná rómska rodina znamená život v širšie, viacgeneračnej rodine. Tým sa vysvetľuje situácia, že ak ochorie jeden člen rodiny, k lekárovi so sprevádza celá rodina. Veľmi významná je úcta ku starším. Rómsky starí ľudia sa takmer nikdy nevyskytujú v domovoch dôchodcov. Väčšina Rómov sa hlási k rímsko-katolíckej cirkvi.

Starostlivosť o chorého je úlohou žien. Zlé stravovacie návyky majú prevažne vplyv aj na zlý zdravotný stav Rómov. Tradičná rómska kuchyňa je z hľadiska racionálnej výživy absolútne nezdravá, preferujú korenisté jedlá, ktoré sa podávajú prevažne vyprázané. Absentuje ovocie, zelenina. Zdravie sa stáva životnou prioritou až v prípade viditeľných príznakov ochorenia. Postoj voči zdravotníckemu personálu je ambivalentný. Na jednej strane ho rešpektujú, chápu, že im chce pomôcť zlepšiť zdravotný stav a lekári sú Tí, ktorí majú vedomosti na vyliečenie, no na druhej strane je nositeľom zlých správ a stanovuje diagnózu (Gulášová, 2018). Rómovia pociťujú strach z bolesti a zo smrti, aj keď ich zdravotný stav nie je až tak vážny. Bolesť prejavujú verbálne aj neverbálne. Informácie o zdravotnom stave sa poskytujú rodinnému príslušníkovi a to buď mužovi ako hlave

rodiny, alebo matke rodiny. Rómovia v zásade chcú komunikovať len s prednostom alebo s primárom oddelenia (Gulášová, 2018).

Bez svojej rodiny sú nesamostatní, majú strach, slabšiu vôľu, vytrvalosť a trpezlivosť. Na druhej strane sú spontánni, majú živý temperament a zvýšenú citlivosť voči nespravodlivosti.

Zdravie sa nachádza až na treťom mieste v rebríčku životných hodnôt. Na prvom mieste je láska a rodina. Lekár by mal počítať s tým, že lieky a iné procedúry budú využívať len do ústupu príznakov a ak sa zdravotný stav zlepší, liečbu ukončia. Veľmi je dôležitá je edukácia a rešpektovanie hodnotového systému rómskeho etnika. V tejto súvislosti pre zlepšenie celkového stavu v rómskych komunitách bol zavedený Inštitút rómskych asistentov, ktorého poslaním je pomáhať, usmerňovať, edukovať Rómov v rómskych osadách k zdravému životnému štýlu so zameraním na prevenciu civilizačných (neinfekčných), infekčných ochorení, prevenciu nehôd, úrazov a na plánované rodičovstvo a oblasti spojené s reprodukčným zdravím a výchovou detí (Esegbona - Adeigbe, 2022).

## KULTÚRNE ŠPECIFIKÁ VO VIETNAMSKEJ KULTÚRE

**V**ietnamci sa radia k ázijskej rase. Výškou postavy sú nižší ako je európsky priemer. Majú žltu-hnedú pokožku, tmavé oči, vlasy tmavohnedé až čierne, lesklé a rovné (Hlavatá, 2008). Hmotnosť zodpovedá väčšinou ich výške, obezitou obvykle netrpia. U mužov aj žien chýba výraznejšie ochlpenie na tele. Tvár je typická malým nosom a šikmým položením očných štrbín (Phung, Phuong, 2006).

Životnou filozofiou vietnamcov je jing (tma, chlad, vlhko) a jang (svetlo, teplo, sucho) rovnováha a harmónia. Veria, že nerovnováha týchto síl spôsobuje ochorenie (Hlavatá, 2008). Zdravotnícke zariadenia navštevujú len v nutných prípadoch. V tradičnej vietnamskej kultúre sú vyhľadávaní liečitelia, aby poskytli lieky a bylinky, v niektorých prípadoch spirituálne liečebné procedúry. V prípade hospitalizácie príslušníka vietnamského etnika je nutné vysvetľovať procedúry a testy čo najpresnejšie a najjednoduchšie.

Rodina je patriarchálna. Otec je považovaný za hlavu rodiny, matka sa stará o chod domácnosti (Phung, Phuong, 2006).

Potravu prijímajú 3x za deň, pričom obed a večera sú hlavné jedlá. Pri stolovaní sa stretne celá rodina. Majú radi listovú zeleninu a ovocie, ryžu jedia pri každom jedle. Studené nápoje sú pre nich neprístupné, pijú prevažne teplé čaje, alebo vodu izbovej teploty, menej solia.

Čo by mali sestry vedieť ak je na oddelení hospitalizovaný pacient vietnamského etnika, resp. ak navštívi ambulanciu?

Počas zoznamovania by sestra mala podať pravú ruku a ľavou rukou ju ešte jemne stlačiť,



podat predmet jednou rukou je neslušné, preto by predmety mala podávať oboma, dvoma rukami, pri komunikácii sa nepozerať sa priamo do oči, môže to znamenať povýšenosť a nezdvorilosť, ak pacient bude žiadať prítomnosť rodinného príslušníka, je nutné mu vyhovieť. Pocit rodiny vyvažuje stres z ochorenia a cudzieho nemocničného prostredia (Gulášová, et al., 2008). Závažnosť zdravotného stavu pacienta je vhodné konzultovať najskôr s rodinným príslušníkom, pri prehliadke pacienta je veľmi dôležitá súkromná miestnosť, hlavne u žien, ktoré sú hanblivejšie, osobnú hygienu dodržia, robia si ju väčšinou sami, ak nie sú schopné, požiadajú príbuzných. Strach z vedľajších účinkov lieku a možnosti vzniku závislosti im bráni požiadať o liek proti bolesti (Le Van, 2017), preto je dôležité podávať lieky podľa ordinácií lekára pravidelne. Únavu riešia spánkom, lebo spánok je súčasťou uzdravovacieho procesu, pohladenie po vlasoch sa v tejto komunite pokladá za znak neúcty preto sa mu radšej, ak to nie je nevyhnutné odporúčame vyhýbať.

## KULTÚRNE ŠPECIFIKÁ V ŽIDOVskej KULTÚRE

**Z**a žida je považovaný ten, kto má matku židovku, alebo prestúpil k židovstvu podľa ortodoxnej normy, ktorý je nositeľom židovského monoteistického náboženstva – judaizmu.

V súvislosti so s príjmom potravy, zabezpečením tejto biologickej potreby by mala sestra vedieť, že Judaizmus sa rozdeľuje na tri teologické školy. Ortodoxná škola, ktorá prísne dodržiava kóšer, konzervatívna škola, ktorá formálne dodržiava kóšer, reformná škola kde menej dodržiava rituály a minimálne dodržiava stravovacie a diétne tradície (Franeck, 2009). Najsvätejší deň je sabat. Začína sa každý piatok 18 minút pred západom slnka a končí sa v sobotu 42 minút po západe slnka. Počas sabatu môžu židia odmietnuť lekársku starostlivosť, ak sa nejedná o život zachraňujúci stav.

Stravovanie je pre židov veľmi dôležité a riadia sa zásadami, ktoré sa nazývajú kóšer, teda to, čo je vhodné k jedlu. Zakázané je jesť bravčové mäso, ťavie mäso, mlieko, morské plody, hady, kaviár (Duková, 2013). Kóšer alebo kašrut mäso musí pochádzať z párnokopytníkov a zároveň prežúvavcov. To sú ovce, hovädzí dobytok, kozy, jelene. Môžu jesť ryby, ale len tie, ktoré majú šupiny a plutvy, a aj hydinu.

Hlavným pravidlom karšutu je delenie mliečnej a mäsitej stravy. Nestačí ju deliť, je potrebné mať na každý druh inú nádobu. Karšut striktné dodržiava len ortodoxný židia. Vôbec nenavštevujú reštaurácie a fastfoody (Gold, et al., 2010). V niektorých zdravotníckych zariadeniach sú k dispozícii kóšer jedlá, ktoré sú servírované na papierových tanieroch a sú zapečatené.

Židovský zákon vyžaduje, aby židia vyhľadávali kvalifikovanú zdravotnú starostlivosť. Môžu prijímať krv, lieky, vakcíny a môže im byť urobená biopsia a amputácia (Brathwaite, 2023). Iba mŕtve telo ortodoxných židov musí byť pochované v celostnosti, preto je dôležité všetky odobraté časti ešte pred pohrebom vrátiť rodine. Darcovstvo orgánov je u ortodoxných židov neprípustné. Umelé prerušenie tehotenstva je dovolené len

za predpokladu ohrozenia fyzického alebo psychického zdravia matky. Potrat na požiadanie ženy a vasektómia na požiadanie muža sú neprístupné (Duková, 2013).

Na návštevu za pacientom do nemocnice chodia rodinní príslušníci a priatelia zo synagógy. Eutanázia u židov je neprijateľná. Pred pohrebom je telo rituálne umyté. Potom sa telo zabalí do bielej plachty. Kozmetické úpravy nie sú dovolené. Vystavovanie tela sa považuje za neúctu k mŕtvemu. Telo by malo byť pochované čo najskôr. Kremácia je neprípustná. Ortodoxní židia majú osobitnú skupinu osôb, ktorá zaopatruje umierajúceho blízkeho, resp. člena rodiny podľa ich predpísaných, striktných pravidiel.

## KULTÚRNE ŠPECIFIKÁ V ARABSKEJ KULTÚRE

**A**rabi vyznávajú islám- monoteistické náboženstvo. Islam znamená „odovzdanie sa“. Spoločenský život moslimov je založený na zásadach, ktoré majú zaistiť prosperitu jednotlivca a celej spoločnosti. Základnou knihou islámu je Korán (Hou, 2013). Korán sa zaoberá osobným životom človeka a hovorí ako sa obliekať, zdobiť, správať. Veľký význam islám prikladá telesnej, morálnej a rituálnej čistote (Giger, Davidhiraz, 2004). Opakom čistoty je poškvrnenie ľahké, napr. dotykom nečistých vecí ako je alkohol, nečisté zvieratá, krv, hnis, dotyk opačného pohlavia. Ťažké znečistenie je spôsobené pohlavným stykom, vylučovaním spermií, menštruáciou, šestonedelie. V stave poškvrnenia nie je povolené modliť sa, dotýkať sa koránu, zdržovať sa v mešite. Stav znečistenia sa odstraňuje umytím (Camphina – Bacote, 1999).

V moslimských krajinách je zvykom, že ženy a muži sú striktno separovaní. Prísne ortodoxní moslimovia odmietajú podať ruku opačnému pohlaviu. Dotyky a kontakt je medzi mužmi a ženami tabu, intenzívny pohľad do očí je neprijateľný.

Veľmi dôležité je pripraviť pacienta na kontakt s opačným pohlavím v rámci vyšetrenia, ak je to možné pri vyšetreniach ho sprevádza rodinný príslušník (moslimovia striktno trvajú na tejto požiadavke) (Brathwaite, 2023).

Stravovanie je popísané tiež v Koráne, v ktorom je uvedené čo všetko je pri konzumácii zakázané. Zakázaný je alkohol, bravčové mäso, surové a polosurové mäso. Moslimovia dodržia špeciálnu etiketu pri stolovaní, ak je to možné jedlo berú len pravou rukou, pretože ľavá ruka je určená len k „nečistým účelom“. Chlieb nekrájajú nožom, lámu ho, vodu nesrkajú ani hlasne nehltajú. Voda sa má vždy vypiť celá, alebo sa musí podať susedovi, nikdy sa nesmie vyliť (McFarland, Wehbe-Alamah, 2018).

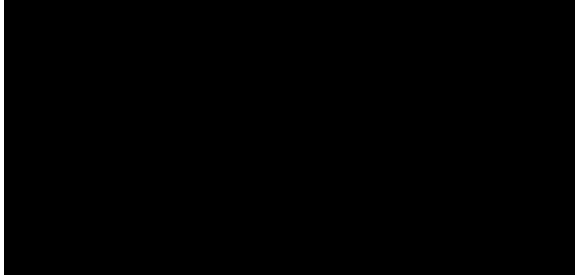
## ZÁVĚR

**M**oderné ošetrovateľstvo, ktoré prekonalo bariéry sa rozvíja novým, tvorivým myslením. Prekonáva bariéry, rešpektuje a uplatňuje ľudské práva, čo si vyžaduje rešpektovanie holistického a súčasne individuálneho prístupu, ktorého cieľom je uspokojenie bio-psycho-sociálnych a spirituálnych potrieb jednotlivcov, skupín a komunit. Základom multikultúrneho prístupu v ošetrovateľstve je správne poznanie, identifikácia (posúdenie) potrieb pacientov s inou ako našou kultúrou a ich uspokojovanie s prihliadnutím na ich aktuálny zdravotný stav.

## POŽITÉ ZDROJE

- [1] BRATHWAITE, B. 2023. Diversity and Cultural Awareness in Nursing Practice – Transforming Nursing Practice. USA, SAGE Publications Ltd, 2023, 216 p., ISBN: 9781529779271
- [2] CAMPHINA-BACOTE, J. A. 1999. Model and Instrument for Addressing Cultural Competence in Health Care. Journal of Nursing Education, May 1999, 38, 5, Health Module, 203 p.
- [3] DUKOVÁ, I. 2013. Ošetrovaní hospitalizovaných židovských klientů. In Ošetrovateľský obzor: vedecký odborný časopis Ministerstva zdravotníctva SR a Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave, 2013, roč. 10, č. 4, s. 67-72, ISSN 0457-4214
- [4] ESEGBONA - ADEIGBE, S. 2022. Transcultural Midwifery Practice. USA, Elsevier - Health Sciences Division, 2022, 200 p., ISBN: 9780323872300
- [5] FARLAND, M. R., WEHBE-ALAMAH, H. B. 2018. Leininger's Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice, 2018. Fourth Edition. USA Michigan, McGraw-Hill Education, 480 p, ID: 01002144, ISBN: 9780071841139
- [6] FRANEK, J. 2009. Judaizmus.: Marenčin PT, 2009. 256 s. ISBN 97-880-811-401-05, GIGER, J. N., DAVIDHIRAZ, R. E. 2004. Transcultural Nursing Assessment and Intervention. 4th ed. St Louis: Mosby, Inc. 2004. 666 p. ISBN 0-323-02295-2
- [7] GOLD, H. et al. 2010. Židia v Bratislave v súčasnosti a minulosti.: Marenčin PT, 2010. 218 s. ISBN 97-880-811-403-10
- [8] GULÁŠOVÁ, I. 2018. Špecifiká rómskeho etnika a návštev v zdravotníckych zariadeniach počas hospitalizácie ich blízkej osoby. Michalovce 2018. Zborník z IV. Medzinárodnej vedeckej konferencie. 309s., ISBN 83-89884-02-X
- [9] GULÁŠOVÁ, I., JANDOVÁ, M., BOHMELOVÁ, B. 2008. Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti vo vietnamskej komunite. In: Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou - III. Pardubické ošetrovateľské dny. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotníckych štúdií. 77s., str. 62-63. ISBN 978-80-7395-069-9
- [10] HLAVATÁ, L. 2008. Dějiny Vietnamu. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008. Dějiny států. ISBN 978-80-7106-965-2.
- [11] HOU, J. 2013. Transcultural Cities. USA, Taylor & Francis Ltd, 2013, 336 p., ID: 01243645, ISBN: 0415631424
- [12] LE VAN, T. 2017. Život vo Vietname. Osobná konzultácia. Mannheim: 04.04.2017.
- [13] NOVÁKOVÁ, I. 2008. Kapitoly z multikulturného ošetrovateľství. Liberec: technická univerzita v Liberci. 2008, ISBN 978-80-7372-404-7
- [14] PHUNG, T., PHUONG, H. 2006. Poznámky a komentáře k výchově a vzdělávání ve Vietnamu tradice a současnost. In: ČERNÍK, Jan et al., 2006.(eds.). S vietnamskými dětmi na českých školách. S. 129-132. Praha: H & H, Jinočany, 2006. ISBN 80-731-9055-9.
- [15] PRUCHA, J. 2010. Interkulturní komunikace. Preha: Grada Publishing. 2010. ISBN 978-80-247-3069-1
- [16] TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. 2002. Nursing Theorist and Their Work. 4th ed. St. Louis: Mosby, Inc., 2002. 672 p. ISBN 0-323-01193-4.

# SPECIFICITIES OF SELECTED CULTURES IN PATIENTS WITH A DIFFERENT CULTURE



## ABSTRACT

Multicultural nursing is defined as a comparative, humanistic, practical and theoretical field focused on the details and differences of care for different cultures with their set of values, habits of life and beliefs, in order to provide appropriate activity in health and disease. The aim of multicultural nursing is to provide culturally specific and universal practical care in support of health, or to eliminate risk situations, diseases and death. The prerequisite for applying a multicultural approach is to know yourself, to avoid cultural prejudices and negative attitudes towards others, as well as distorted understanding of other cultures. In the paper, the authors analyze individual cultures, ethnicities and describe their specificities, based on cultural traditions.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA.  
Trnavská univerzita v Trnave  
Fakulta zdravotníctva a sociálnej  
práce  
Katedra ošetrovateľstva  
Univerzitné námestie 1  
918 43 Trnava  
Slovenská republika  
e-mail: ivica.gulasova@truni.sk

PhDr. Lenka Görnerová, PhD.,  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra zdravotníckych štúdií  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
Česká republika  
e-mail: lenka.gornerova@vspj.cz

## KEYWORDS:

Multicultural nursing, cultural differences, health attitudes, healthcare, nursing care

# OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE POSKYTOVANÁ VŠEOBECNOU SESTROU PRACUJÍCÍ V AGENTUŘE DOMÁCÍ PÉČE

HANA OCHTINSKÁ  
UNIVERZITA PARDUBICE

LADA DAŇKOVÁ  
CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB  
A POMOCI CHRUDIM

## ABSTRAKT

Domácí péče je forma zdravotní péče, která se neustále vyvíjí. Výkon povolání všeobecné sestry v domácím prostředí, její podpora a pomoc je vždy zaměřená ve prospěch pacienta. Spolu se sociální a laickou péčí tvoří základ péče o pacienta. Poskytování péče je dáno individuálními potřebami pacienta, tedy podpořit jeho somatické, duševní zdraví, ale také podpořit pacienta v sebebepči.

Hlavním cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika práce všeobecné sestry při poskytování odborné péče v agenturách domácí péče.

Pro průzkum byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce u 40 všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče.

Průzkumným šetřením se ukázaly převazy ran jako nejčastější aktivita prováděná všeobecnou sestrou agentury domácí péče a jako nejnáročnější aktivita naopak vyhodnocování stavu pacienta a rozhodování se. Všeobecné sestry musí mnohdy pracovat pod časovým tlakem a s myšlenkami související s řízením motorového vozidla. Jako nejvýraznějším specifikem poskytované péče všeobecnou sestrou Agentury domácí péče se jeví její samostatnost, kdy se u pacienta v jeho sociálním prostředí musí spolehnout pouze na své znalosti a zkušenosti třeba i z předchozího výkonu práce u lůžka pacienta v nemocničním zařízení.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Agentura domácí péče, specifika práce sestry, stresové situace, přínos pro pacienta, všeobecná sestra

## ÚVOD

**D**omácí péče je dle zákona 372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách) jednou z forem zdravotní péče, která je zaměřena na péči ošetrovatelskou, léčebně rehabilitační nebo paliativní péči. MZČR (2020) v koncepci domácí péče definuje tuto péči také jako vysoce kvalifikovanou odbornou formu zdravotní péče, která navazuje na zdravotní péči z jiných zdravotnických zařízeních a tím dává možnost pobyt ve zdravotnických zařízeních zkrátit na nezbytně nutnou dobu. Dle Asociace domácí péče (2023) je poskytována nelékařským zdravotnickým personálem v pohodlí pacientova domova nebo v prostředí, které toto prostředí nahrazuje. MZČR (2020) uvádí jako příklad zařízení sociálních služeb nebo zařízení pro děti, které vyžadují okamžitou pomoc. Dále pak školní zařízení v době výuky, stejně tak i zařízení ústavní výchovy. Poskytování domácí péče je možné i ve věznicích, ústavech zabezpečujících detenci, zařízeních pro cizince a azylových domech.

Indikaci k provedení této péče může dát dle zákona 371/2021 Sb. nejen ošetřující lékař při ukončení hospitalizace pacienta, praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, ale nově také lékaři s jinými odbornostmi (ambulantní specialisté, lékaři pohotovostní služby, urgentního příjmu). Rozsah poskytované péče je určen indikací ošetřujícího lékaře. Jednotlivé výkony jsou zařazeny dle vyhlášky 331/2007 Sb. pod odbornost 925 (Domácí péče) a pod odbornost 926 (Mobilní specializovaná paliativní péče). Výkony jsou dále rozlišeny kódy, jenž znázorňují určitý druh poskytované ošetrovatelské péče a jejich časový rozsah. Výkony jsou poskytovány pacientům všech věkových kategorií, kteří potřebují krátkodobé ošetření, mohou trpět chronickým onemocněním nebo se nachází v terminálním stádiu nemoci.

Úspěch při naplňování obsahu domácí péče je založen na komplexnosti služeb poskytované multidisciplinárním týmem, kdy každý člen týmu má svoji nezastupitelnou roli. Tým má za úkol koordinovat při poskytování péče i činnosti s osobami blízkými pacientovi, kteří pacientovi poskytují péči hlavně sociální. Poskytovaná péče je vymezena individuálními potřebami nemocného s cílem, aby se pokud možno co nejdříve mohl vrátit k běžnému způsobu života a nebyl zcela odkázán na pomoc druhých osob. Je podporováno nejen somatické, ale zároveň i duševní zdraví a podpora sebepéče pacienta (Bjornsdottir, 2018; MZČR).

## CÍL

**Z**jistit, jaká jsou specifika práce všeobecné sestry při poskytování odborné péče v agenturách domácí péče.

## METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

**P**ro zpracování průzkumného šetření byla použita kvantitativní metoda pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník byl sestaven z okruhů otázek v kontextu cíle průzkumu – základní charakteristika respondentek, specifické činnosti poskytované všeobecnou sestrou pracující v agenturách domácí péče (ADP). Dotazníkové šetření bylo provedeno s písemným souhlasem vedoucích sester čtyř ADP v Pardubickém kraji. Po jeho schválení probíhalo šetření v období prosinec 2021 až leden 2022. Před počátkem realizace průzkumného šetření byl u čtyř respondentek nejprve proveden pilotní průzkum pro ověření, zda všechny položky dotazníku jsou pro respondentky srozumitelné. V konstrukci dotazníku nebyly zjištěny žádné nedostatky. Pilotní průzkum probíhal za stejně stanovených kritérií jako následně hlavní průzkum: zúčastnily se všeobecné sestry, které dříve pracovaly ve zdravotnickém zařízení na pozici všeobecné sestry u lůžka různých typů oddělení a nyní pracují v ADP. Počet let odborné praxe u lůžka nebyl stanoven. Distribuce dotazníků v tištěné formě a s příloženými obálkami byla pro hlavní průzkum zajištěna osobně u 40 respondentek. Všechny respondentky byly ujistěny o anonymitě sběru dat, o dobrovolném vyplnění dotazníku a byly seznámeny s metodikou vyplnění dotazníku. Návratnost dotazníků byla 100 %. Výsledky průzkumného šetření byly zpracované a analyzované v počítačovém programu Microsoft Excel.

## VÝSLEDKY A DISKUSE

**P**ro průzkumné šetření bylo nejprve nutné ověřit, zda všechny respondentky splňují stanovené kritérium, tedy zda získaly pregraduální vzdělání v oboru všeobecná sestra. Toto kritérium se nám potvrdilo. Z celkového počtu 40 respondentek se zúčastnilo 25 (62,5 %) všeobecných sester se středoškolským vzděláním, 1 (2,5 %) respondentka s vyšším odborným vzděláním, dále 10 (25,0 %) vysokoškolsky vzdělaných všeobecných sester s uděleným titulem bakalář a u 4 (10,0 %) dalších všeobecných sester následně i získané vysokoškolské vzdělání s uděleným titulem magistr. Všechny tyto respondentky mohou vykonávat odborné činnosti všeobecné sestry samostatně bez odborného dohledu lékaře. Při stanovování kritéria jsme vycházely z novely vyhlášky 99/2012 Sb., která stanovuje požadavky na personální zabezpečení zdravotních služeb, mimo jiné i agentur domácí péče a dále se odkazuje na novelu vyhlášky 55/2011 Sb. (vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Následně byly respondentky tázány na délku odborné praxe odpracované na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení před nástupem do ADP. Tuto otázku jsme položily záměrně, neboť jak se později ukázalo, naše respondentky samy přiznaly, že připravit se na tuto práci, co nejlépe se přizpůsobit a být schopna se podílet na plnění všech povinností, jak je očekáváno nejen na pracovišti ADP, ale hlavně v terénu u pacientů v domácím prostředí, jim pomohly právě zkušenosti z výkonu práce u lůžka pacienta v nemocničním zařízení. To uznává až 38 (95 %) respondentek. Z průzkumného šetření vyplynula u více jak poloviny respondentek (72,5 %) víceletá odborná praxe (4–35 let) v lůžkovém zdravotnickém zařízení.



Ve druhé části dotazníku jsme se zaměřily na práci všeobecné sestry v ADP. Ošetrovatelská péče je poskytována 34 (85 %) respondentkami od pondělí do neděle v dopoledních i odpoledních hodinách a 6 (15 %) respondentkami od pondělí do neděle pouze v dopoledních hodinách. Délka jejich odborné praxe v ADP je od 1 roku po 30 let (průměr 6,5 let), nejvyšší zastoupení všeobecných sester v počtu 11 (27,5 %) dle trvání odborné praxe v ADP bylo od 6–10 let.

U všech respondentek nás nejprve zajímalo, v jaké četnosti provádí konkrétní odborné výkony. Respondentkám jsme daly na výběr z odborných výkonů, které může provádět všeobecná sestra dle novely vyhlášky 55/2011 Sb. a taktéž je prezentuje asociace domácí péče ČR a koncepce domácí péče (Asociace domácí péče, MZČR, 2020). V dotazníku byly uvedeny tyto ošetrovatelské výkony: odběr biologického materiálu, převazy ran, aplikace injekcí, měření fyziologických funkcí, kontrolní měření glykémie, ošetrování stomie, péče o permanentní močový katétr, péče o dolní končetiny a přikládání kompresních bandáží, ošetrovatelská rehabilitace a následně pro celkovou obsáhlost byla dána i možnost doplnit jiné odborné výkony, které sestry vykonávají. V seznamu výkonů pod touto otázkou ale nebyly jiné odborné výkony respondentkami uvedeny. Na základě analýzy všech získaných odpovědí nejčastěji naše respondentky provádí převazy ran - 38 (95,0 %). Podrobnější přehled odpovědí našich respondentek je uvedeno v tabulce 1. K téměř shodným výsledkům dospěla i Škvorová (2018), v jejím průzkumném vzorku o 96 respondentech bylo zastoupeno celkem 44 (46 %) respondentek, jejichž nejčastější odborný výkon je taktéž ošetření a převaz ran.

**Tabulka 1 Ošetrovatelské výkony prováděné sestrou agentury domácí péče**

Ošetrovatelské výkony	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odběry biologického materiálu	30	75
Převazy ran	38	95
Aplikace injekcí	27	67,5
Měření fyziologických funkcí	22	55
Kontrolní měření glykémie	22	55
Ošetrování stomie	13	32,5
Péče o permanentní močový katétr	14	35
Péče o dolní končetiny, bandáže	32	80
Ošetrovatelská rehabilitace	21	52,5

Dále měly naše respondentky možnost pod další otázkou v dotazníku uvést, co je kromě odborných výkonů specifické pro jejich práci. Průzkumem byly zjištěny tyto aktivity: komunikace s lékařem, komunikace s dalšími nelékařskými zdravotnickými pracovníky, komunikace s rodinou, vedení ošetrovatelské dokumentace, přeprava osobním vozem, vyhodnocování stavu pacienta a rozhodování se.

Pro dokreslení specifik, co obnáší práce všeobecných sester v ADP byla následně položena také otázka, zda se respondentky ve své každodenní práci setkávají s nějakými situacemi, které jsou pro ně stresující. Z analýzy výsledků byly identifikovány konkrétní stresové situace, které shrnuje tabulka 2.

**Tabulka 2 Stresové situace při poskytování péče agenturou domácí péče**

Stresové situace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Časový tlak	12	30
Dopravní situace na silnici, komplikace s vozem, strach z dopravní nehody	10	25
Náhlá změna zdravotního stavu pacienta	7	17,5
Pacient neotvírá, stalo se něco..., nevím, co na mě čeká	7	17,5
Vyhodnocení akutního stavu bez lékaře a volání RZP, samostatné rozhodování	7	17,5
Nespolupráce rodiny při zhoršení stavu pacienta	6	15
Zvládnout nespolutracujícího pacienta, nepříjemný pacient	6	15
Strach z nálezů mrtvého těla	4	10
Nevhodné domácí prostředí pacienta	4	10
Nespolupráce lékaře, RZP	3	7,5
Časové požadavky pacientů	2	5
Agresivní pes	2	5
Řízení služebního vozu	2	5
Výkony méně časté	2	5

Nejčtenější zastoupení byl uváděn časový tlak a dopravní situace na silnici, komplikace s vozem, strach z dopravní nehody. Tyto situace, které doléhají na sestry ADP se nám ukazují jako velice časté, neboť na to bylo upozorňováno i v dalších průzkumech (Imramovská, 2014; Mundilová, 2015; Cordero Guevara, José, A., 2022). Na zvládání těchto stresových situací volí respondentky odpočinek a klid, dechová cvičení, sport nebo odreagování se nějakou aktivitou, která je baví. Je tedy vidět, že se respondentky samy snaží vypořádat se se vzniklou zátěží a něco pro sebe dělat. Nicméně výzkumný ústav bezpečnosti práce (2016) uvádí, že je vždy lepší stresu při výkonu práce předcházet a zavést preventivní opatření dle povahy stresu, například mohou být zvolena technická, personální a organizační opatření. Tato opatření žádná z respondentek nevedla.

Na otázku, jakou z výše uvedených odpovědí (odpovědi z otázek zaměřených na ošetrovatelské výkony a další prováděné specifické činnosti dle náplně práce) považují respondentky jako nejnáročnější, odpovědělo 24 (60 %) respondentek vyhodnocování stavu pacienta a rozhodování se. Na náročnost práce, ve smyslu vyhodnocování stavu pacienta a rozhodování se upozorňuje ve své práci i Sládečková (2014) u svých 17 respondentů, která realizovala kvalitativní průzkum z pohledu 5 sester a 12 osob blízkých pacientovi ADP. Dalších 10 (25 %) respondentek našeho průzkumu určilo na druhém místě jako náročné provádění odborných výkonů právě v domácím prostředí. Švancarová (2014) to opodstatňuje tím, že jsou na všeobecnou sestru kladeny specifické nároky, kdy ony přicházejí do pacientova vlastního, velice intimního prostoru. Nejméně náročné bylo hodnoceno u našich respondentek vedení ošetrovatelské dokumentace, takto odpověděly 2 (5 %) respondentky. A na závěr tohoto okruhu jsme položily otázku, v čem respondentky vidí odlišnost výkonu práce všeobecné sestry v nemocnici a v ADP. Celkem 35 (87,5 %) respondentek odpovědělo větší samostatností. Toto se shoduje s výsledky kvalitativní studie provedené u 15 sester od Brenne et al. (2022), kteří prezentují ošetrovatelskou praxi v domácím prostředí pod třemi kategoriemi: jednat s profesionální nezávislostí, být všestranný a být ostražitý. Výsledky jsou identické i s charakteristickým popisem poskytování ošetrovatelské péče v ADP uvedeným v koncepci domácí péče MZČR (2020). Tedy umět se samostatně rozhodnout v každé situaci bez možnosti okamžité konzultace s lékařem, spolehnout se na své znalosti a zkušenosti, zvládat mnoho konfliktních situací, a přitom zachovat profesionalitu v komunikaci s pacientem, rodinou a ostatními spolupracovníky týmu je pro tuto specifickou práci zásadní (MZČR, 2020).

Dotazníkem jsme se respondentek také ptaly, v čem spatřují přínos poskytované ošetrovatelské péče ADP v pohodlí pacientova domova. Jako výhodu nejvíce ceněnou označilo 38 (95 %) respondentek to, že pacient nemusí pravidelně, někdy i denně cestovat do zdravotnického zařízení. Další velkou výhodou označovanou 36 (90 %) respondentkami je, že pacient nemusí být hospitalizován v nemocnici, což většina starších lidí špatně snáší. Mají oslabené adaptační schopnosti, proto by měli být hospitalizováni pouze tehdy, je-li to nezbytně nutné (Holmerová a kol, 2014). Motyčáková (2015) upozorňuje na riziko z pohledu hospitalizovaného pacienta. Dlouhé pobyty v nemocnici, které jsou u seniorů časté, mohou způsobit i změnu chování v přístupu k péči o sebe sama. Pacient vlivem nemoci má sklon k využívání starostlivějšího přístupu ze strany pečujících. S tím souvisí

i určitý pocit pohodlí, bezstarostnosti, že nemusí sám překonávat potíže a překážky, se kterými by se setkával doma. Toto je pro návrat do domácího ošetřování nežádoucí, proto pokud je to možné, upřednostňuje se léčení v domácím prostředí. Vysokých 35 (87,5 %) odpovědí respondentek potvrzuje také výhodu, že veškerá péče, léčení a zotavování probíhá v pohodlí pacientova domova. Tuto výhodu prokázala ve svém průzkumu i Mundilová (2015). Poslední, co hodnotilo 22 (55 %) respondentek jako výhodu je, že pacient s pobytem a léčením doma zažívá méně stresu. Na to, že vlastní sociální prostředí velmi prospívá psychickému stavu pacienta a má příznivý vliv na celkový proces uzdravování shodně poukazuje ve svém průzkumu i Bjornsdottir (2018) a Krutišová (2016). Dalším významným přínosem dle odpovědí z dotazníku od našich respondentek spatřujeme zajištění dostupnosti péče. V agenturách, kde respondenty pracují je dostupnost péče v hodinách dopoledních i odpoledních, a to každý den včetně víkendů a svátků, takto odpovědělo 34 (85,0 %) respondentek.

Poskytovaná péče, jak je patrné z odpovědí respondentek na další otázku v dotazníku, má pro pacienta i určité nevýhody. V této otázce respondenty odpovídaly, zdali má pacient možnost vybrat si k provádění ošetřovatelských výkonů konkrétní sestru z agentury, která u něho v domácím prostředí zajišťuje ošetřovatelskou péči. Z přehledu je patrné, že většinou nemají. To potvrdilo 35 (87,5 %) respondentek. Nicméně jak uvádí Mundilová (2015), střídání sester u jednotlivých pacientů může být bráno po stránce odborné za účelné, například pro sledování a vyhodnocování stavu pacienta a dále také doplňuje, že obměna pacientů může být pro sestry při ošetřovatelské péči také prevencí „syndromu vyhoření“. K zavedení tohoto intervenčního opatření se vyslovil i Mockli et al. (2020), neboť ve svém výzkumu potvrdil výskyt syndromu vyhoření i u sester pracujících v agenturách domácí péče.

## ZÁVĚR

**D**omácí péče je jedna z forem zdravotní péče, která je poskytována všeobecnou sestrou ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Pro zajištění kvalitní odborné péče jsou na tyto profesionály kladeny vysoké nároky. Ti si musí umět za všech okolností udržet profesionální nadhled. Kromě nejčastěji prováděného odborného výkonu převaz ran, je považována všeobecnými sestrami ADP jako nejnáročnější aktivita vyhodnocování stavu pacienta a rozhodování se. Mnohdy pracují pod časovým tlakem a s obavami, jaká bude dopravní situace na silnici, zda nevznikne komplikace s vozem a mají strach z dopravní nehody. V porovnání poskytované péče všeobecnou sestrou ADP a všeobecnou sestrou u lůžka pacienta v nemocničním prostředí je nejnápadnějším specifikem poskytované péče všeobecnou sestrou ADP její samostatné rozhodování se, musí se spoléhat na své znalosti a zkušenosti třeba i z předchozího výkonu práce u lůžka pacienta v nemocničním zařízení. Komplex významu péče o pacienta hodnotí respondenty kladně, ať už pro to, že jde o poskytování péče v pohodlí domova, bez cestování k lékaři nebo bez pobytu v nemocnici a s co nejnižším stresem.

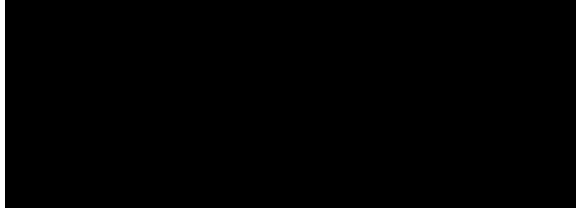
Z výše uvedených výsledků vyplývá neustálé vzdělávání všeobecných sester. Toto doporučení platí nejen pro získávání nových odborných znalostí, ale také by mohla být pro práci všeobecné sestry v ADP přínosná školení v oblasti řízení motorového vozidla, např. škola smyku.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BJORNSDOTTIR, K. 2018. I try to make a net around each patient': home care nursing as relational practice. *Caring sciences*. 32; 177–185 [online]. [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/scs.12443>.
- [2] BRENNE, B. A. et al., 2022. Exploring home-based care nurses' mindset for nursing practices: a phenomenological study. *BMC Nursing*. 21: 291[online]. [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01068-w>.
- [3] CORDERO GUEVARA, J. A. 2022. Factors associated with the workload of health professionals in hospital at home: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 26;22(1):704 [online]. [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08100-4>.
- [4] ČESKÁ ASOCIACE SESTER. 2018. Čas s domácí péčí, Sekce domácí péče. Česká asociace sester [online]. [cit. 2022-01-08]. Dostupné z: <http://m.cassdp.webnode.cz/o-nas/>.
- [5] ČESKO. Vyhláška č. 331/2007 Sb.: Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi*. 2007, částka 105. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-331>.
- [6] ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb.: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi*. 2011, částka 20. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
- [7] ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb.: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi*. 2011, částka 131. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
- [8] ČESKO. Vyhláška č. 99/2012 Sb.: Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Zákony pro lidi*. 2012, částka 39. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>.
- [9] ČESKO. Zákon č. 371/2021 Sb.: Zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Zákony pro lidi*. 2021, částka 164. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-371>.
- [10] HOLMEROVÁ, I. 2014. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.
- [11] IMRAMOVSKÁ, S. 2014. Psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči. [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://dspace.jcu.cz/handle/123456789/139?show=full>.
- [12] KRUTIŠOVÁ, S. 2016. Specifika práce všeobecných sester v agenturách domácí péče. [online]. [cit. 2022-01-08]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/9wodg8/>.
- [13] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2020. Koncepce domácí péče. [online]. [cit. 2022-01-08]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/2020/10/Koncepce\\_DP\\_po\\_II\\_VPR\\_final.pdf](https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf)

- [14] MÖCKLI, N. et al. 2020. The home care work environment's relationships with work engagement and burnout: A cross-sectional multi-centre study in Switzerland. *Health Soc Care Community*. 28(6):1989-2003. [online]. [cit. 2023-04-02]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.13010>.
- [15] MOTYČÁKOVÁ, B. 2015. Soběstačnost klientů domácí péče. [online]. [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <http://dspace.jcu.cz/handle/123456789/22385>.
- [16] MUNDILOVÁ, M. 2015. Vytíženost sester v domácí péči. [online]. [cit. 2022-06-28]. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/handle/11025/20542>.
- [17] SLÁDEČKOVÁ, P. 2014. Domácí péče versus ústavní péče o seniory z hlediska ošetřovatelství. [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <http://dspace.jcu.cz/handle/123456789/21814>.
- [18] ŠKVOROVÁ, K. 2018. Role a činnosti všeobecných sester při poskytování zdravotní domácí péče. [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/103752/130226596.pdf>.
- [19] ŠVANCAROVÁ, K. 2014. Hodnocení vybraných oblastí zdravotního stavu seniorů sestrou v domácí péči. [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/57765>.
- [20] VÝZKUMNÝ ÚSTAV BEZPEČNOSTI PRÁCE. 2016. Bezpečný podnik. Prevence a zvládnání stresu. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce. ISBN 978-80-87676-22-6.

# NURSING CARE PROVIDED BY A NURSE WORKING IN HOME CARE AGENCY



## ABSTRACT

Home care is a form of health care that is constantly evolving. The performance of the profession of a general nurse, her support and assistance is always aimed at the benefit of the patient. Together with social and lay care, they form the basis of patient care. The provision of care is determined by the individual needs of the patient, therefore to support his somatic and mental health, but also to support the patient in self-care.

The main goal was to find out what are the specifics of the general nurse's work in providing professional care in home care agencies.

For the survey, a quantitative method of data collection was chosen using a non-standardized self-constructed questionnaire for 40 general nurses working in home care agencies.

The exploratory investigation showed dressing wounds as the most frequent activity performed by the general nurse of the home care agency and evaluating the patient's condition and making decisions as the most demanding activity. General nurses often have to work under time pressure and with thoughts related to driving a motor

vehicle. The most distinctive feature of the care provided by the general nurse ADP appears to be her independence, when she has to rely only on her knowledge and experience with the patient in his social environment, for example from previous work at the patient's bedside in a hospital facility.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Hana Ochtinská, Ph.D.  
Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Katedra ošetrovatelství  
Průmyslová 395  
532 10 Pardubice 2  
e-mail: hana.ochtinska@upce.cz

Bc. Lada Daňková  
Centrum sociálních služeb a pomoci  
Chrudim  
Soukenická 158  
537 01 Chrudim  
e-mail: lada.dankova@socialni-sluzby.cz

## KEYWORDS:

Home care agency, specifics of a nurse's work, stressful situations, benefit to the patients, nurse



# **SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ S VYUŽITÍM MODELU VIRGINIA HENDERSON**

PĚTNÍKOVÁ ŽANETA  
KRAUSE MARTIN  
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ  
O. P. S.

## **ABSTRAKT**

Ošetřovatelská péče v domově se zvláštním režimem u pacientů s Alzheimerovou nemocí je fyzicky i psychicky náročná a všeobecná sestra vykonává několik specifických činností při poskytování ošetřovatelské péče pacientům. Tato nemoc v současné době postihuje nejčastěji osoby ve věku 65 let a více. Onemocnění bývá z počátku plíživé a postihuje krátkodobou paměť, v pozdějších fázích onemocnění postihuje dlouhodobou paměť a nemocný může ztratit schopnost postarat se sám o sebe. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jaké specifické činnosti vykonávají všeobecné sestry ve vybraném domově se zvláštním režimem. Výzkum je realizován kvalitativní metodou výzkumu prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami, které pracují ve vybraném domově v Praze. V rozhovoru jsou vybrané otázky, které zjišťují specifika ošetřovatelské péče u pacientů a jsou seřazeny dle modelu Virginia Henderson. Výzkumem bylo zjištěno, že ošetřovatelská péče o pacienty s Alzheimerovou nemocí je specifická především v oblasti hygienické péče, podávání potravy a tekutin, ale i v oblasti bezpečnosti pacientů i jejich okolí.

## **KLÍČOVÁ SLOVA:**

Alzheimerova nemoc, domov se zvláštním režimem, pacient, Virginia Henderson, všeobecná sestra

## ÚVOD

Proces stárnutí je provázen snižováním homeostatických rezerv, které se projevují poruchou mobility, rovnováhy a stability pacienta. Pohybová aktivita je považována za biologickou potřebu, neboť je potřebná k uspokojování všech denních aktivit. Pokorná (2013) závislost člení do několika stupňů na lehkou, střední a těžkou závislost. Pro pacienty s Alzheimerovou nemocí jsou vhodné aktivizační činnosti, které pomáhají podpořit zájem o sebe, uvědomění si sebe a svých potřeb. Takové aktivity mají za úkol pacienta motivovat a aktivně ho zapojit do sebek péče. Tímto také zabraňují rozvoji závislosti na pomoci druhých. Tyto aktivity též podporují zachování vlastní důstojnosti, pocitu radosti i uspokojení (Malíková, 2020). U pacientů s Alzheimerovou nemocí je důležité zajistit optimální množství stravy i tekutin. Výživa ve vyšším věku je často opomíjený determinant soběstačnosti a představuje riziko malnutrice. Nedostatečná výživa může ovlivňovat celkovou kondici, odolnost organismu i možnosti léčby (Holmerová, 2014). Pacienti mohou mít potíže v oblasti vyprazdňování a mohou trpět inkontinencí či obstipací. K těmto problémům může dojít následkem užívání medikace nebo nedostatku pohybu (Fertařová a Ondriová, 2020).

Alzheimerova nemoc je popisována jako chronické a progredující onemocnění vznikající na podkladě atrofických a degenerativních změn neuronů mozku. Začátek nemoci často bývá nenápadný a v průběhu let postupně dochází k prohlubování kognitivních poruch a dalších funkcí. V poslední fázi nemoci může být pacient nesoběstačný, nerozeznává své blízké a stává se závislým na ošetrovatelské péči (Zvěřová, 2022). V České republice bylo v roce 2020 přes 140 tisíc lidí trpících touto nemocí a se stárnutím populace pacientů přibývá. Základem péče o nemocné je spolupráce mezi praktickým lékařem, specialisty, ošetrovatelským personálem a jinými odborníky. Specialisté i praktický lékař by měli pacienta v pravidelných intervalech sledovat pro přesné stanovení diagnózy, ale i pro zhodnocení vývoje kognitivních funkcí, mobility, poruch chování, dále pro posouzení celkové míry soběstačnosti a pro výběr vhodné terapie (Korábečný a kol., 2020). Dle Malíkové (2020) je u nemocných potřeba pečovat o celkový stav a jeho pohodlí, to lze zajistit přiměřeným příjmem stravy a tekutin, korekcí vad a léčbou přidružených nemocí. Snahou je udržet nemocného co nejdéle zapojeného do chodu domácnosti a běžných sociálních aktivit. Důležitá je reedukace, pravidelná aktivizace, stimulace a konfrontace s realitou (Malíková, 2020).

Otázky ve výzkumu jsou řazené dle modelu Virginia Henderson. Model má základní teoretická východiska v biologii, psychologii a sociologii. Ošetrovatelství v kontextu s tímto modelem je proces řešení potíží pacienta za pomoci poskytování adekvátní pomoci. Hlavní cílem je udržet pacienta soběstačného a nezávislého tak, aby byl schopný hodnotně žít. V době, kdy pacient není schopen o sebe sám pečovat, všeobecná sestra zajišťuje adekvátní podporu v soběstačnosti pacienta vhodnou ošetrovatelskou péčí. Osoba je nezávislá celistvá bytost, tvořená čtyřmi složkami, složkou biologickou, psychickou, sociální a duchovní. Tyto složky potom zahrnují čtrnáct základních potřeb a tyto potřeby jsou uspokojovány individuálním způsobem (Archalousová, 2018). Virginia Henderson

popsala cíle ošetřovatelství, které mají pomoci pacientům k obnově soběstačnosti v co nejkratší době. Určila čtrnáct základních potřeb, které mají být pacientovi saturovány v případě potřeby. Mezi těchto čtrnáct potřeb patří normální dýchání; dostatečný příjem potravy a tekutin; vylučování; pohyb a udržování vhodné polohy; spánek a odpočinek; vhodné oblečení, oblékání a svlékání; udržování fyziologické tělesné teploty; udržování upravenosti a čistoty těla; odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých; komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů; učení, objevování, zvědavost vedoucí k normálnímu vývinu a zdraví; smysluplná práce; hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace a v neposlední řadě také vyznávání vlastní víry (Smith, 2019).

## METODY

Výzkum byl prováděn kvalitativní metodou výzkumu s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry, kdy mezi kritéria výběru informantů se řadí získání kvalifikace pro výkon práce všeobecné sestry a všeobecné sestry pracují ve vybraném domově se zvláštním režimem. Rozhovor obsahoval 25 polouzavřených otázek. Tyto otázky byly stanoveny na základě relevantní literatury a vlastní zkušenosti s výkonem povolání v domově se zvláštním režimem, včetně využití modelu Virginia Henderson. Rozhovory byly elektronicky zaznamenány a následně doslovně přepsány v Microsoft Office Word. Rozhovor byl proveden v březnu 2023 u šesti informantek ve vybraném domově v Praze a byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Výsledky získané od informantek v rozhovoru byly zpracovány metodou zakotvené teorie. Data byla analyzována a následně rozdělena do stanovených kategorií, podkategorií s tvorbou jednotlivých schémat.

## VÝSLEDKY A DISKUZE

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké specifické činnosti realizují všeobecné sestry u pacientů s Alzheimerovou nemocí ve vybraném domově se zvláštním režimem. Pro zjištění tohoto cíle bylo v rozhovoru vyčleněno čtrnáct otázek dle modelu Virginie Henderson. Na základě analýzy jednotlivých rozhovorů bylo zjištěno, že sestry ve vybraném domově v oblasti zajištění normálního dýchání u pacientů pravidelně provádí hygienickou péči, která zahrnuje i péči o dutinu ústní a nos, toto uvádí také Malíkova (2015). V oblasti zajištění tekutin a stravy bylo pozitivně zjištěno, že sestry u pacientů kontrolují příjem tekutin i stravy a následně údaje zapisují do dokumentace, což je pozitivní zjištění. U pacientů s Alzheimerovou nemocí hrozí riziko nedostatečné výživy, která ovlivňuje celkový stav pacienta. Z tohoto důvodu je u pacientů důležité a vhodné monitorovat příjem stravy i tekutin (Holmerová, 2014). Další otázka v rozhovoru se týkala specifik v ošetřovatelské péči v oblasti vylučování. Všeobecné sestry společně s pečovateli kontrolují pravidelnost vylučování moče a stolice. Dále také zjišťují, zda pacienti nemají potíže v této oblasti. Kladejším zjištěním bylo, že personál u pacientů, kteří jsou nesoběstační, ale nejsou inkontinentní, dopomáhá s přesunem na toaletu či toaletní křeslo a u inkontinentních pacientů dopomáhají nebo vyměňují inkontinenční

pomůcky, zajišťují hygienickou péči genitálu a kontrolují stav pokožky. Informantka S6 dodala „U klientů, kteří mají permanentní močový katétr, provádíme pravidelnou hygienickou péči, výměnu sáčku i katétru a měříme výdej, pokud to lékař naordinuje.“. U pacientů s Alzheimerovou nemocí podpora soběstačnosti v oblasti vylučování oddaluje rozvoj inkontinence (Malíková, 2020). Dále bylo zjištěno, že všeobecné sestry společně s fyzioterapeuty zajišťují specifika v oblasti zajištění pohybu a udržování vhodné polohy pacientů. Sestry spolu s ostatními pracovníky domova pacienty pravidelně polohují a zajišťují pohodlí i prevenci vzniku dekubitů. Dle Malíkové (2020) sestry vyhodnocují u pacientů úroveň soběstačnosti. Bohužel o tomto se žádná ze sester v rozhovoru nezmínila. Některé sestry uvedly, že vykonávají řadu administrativních úkonů, ale žádná z nich neuvédla, co všechno u pacientů sledují a zaznamenávají do dokumentace.

V oblasti zajištění spánku a odpočinku všeobecné sestry dodržují režim domova a ve večerních hodinách udržují na oddělení klid a ticho. Personál se snaží pacienty zapojovat do všech denních činností a společně s aktivizačními pracovníky zajišťují v odpoledních hodinách program. Zajištění programu pro pacienty s Alzheimerovou nemocí je důležité, aby nedocházelo k posunutí cyklu spánku, což uvádí také Jirkovská (2022). Další otázka byla zaměřena na specifika ošetrovatelské péče v oblasti oblečení, oblékání a svlékání. V domově je zajištěn odvoz oblečení do prádelny a po navrácení personál uloží oblečení pacientů do skříní. Oblečení musí být označeno, aby nedošlo ke ztrátě nebo záměně. Personál pacientům dopomáhá s oblékáním i svlékáním dle potřeb každého pacienta a pomáhají každý večer s přípravou vhodného oblečení na následující den. Podobné informace uvádí i Malíková (2020), pacienti mohou být dezorientovaní v čase a nemusí si uvědomovat roční období, proto by měl personál pacienta vždy kontrolovat a dle potřeby mu pomáhat. V oblasti zajištění fyziologické tělesné teploty sestry pacientům s Alzheimerovou nemocí pravidelně kontrolují fyziologické funkce a kontrolují, aby byl pacient vhodně oblečen. Další otázka se týkala udržování upravenosti a čistoty těla. Personál domova u pacientů zajišťuje pravidelnou hygienickou péči a dle potřeb dopomáhá pacientovi i s oblékáním a dohlíží, aby pacienti chodili v čistém oblečení. Pro pacienty do domova dochází kadeřnice a pedikérka, jejich služby je možné objednat na inspekčním pokoji. U mužů personál zajišťuje i holení vždy společně s hygienickou péčí. Všeobecné sestry opakovaně shodně uváděly, že pacienta je nutné motivovat, aby úkony vykonával sám a tím ho podpořily k udržení jeho soběstačnosti a zachování dřívějších zvyklostí (Fertařová a Ondriová, 2020).

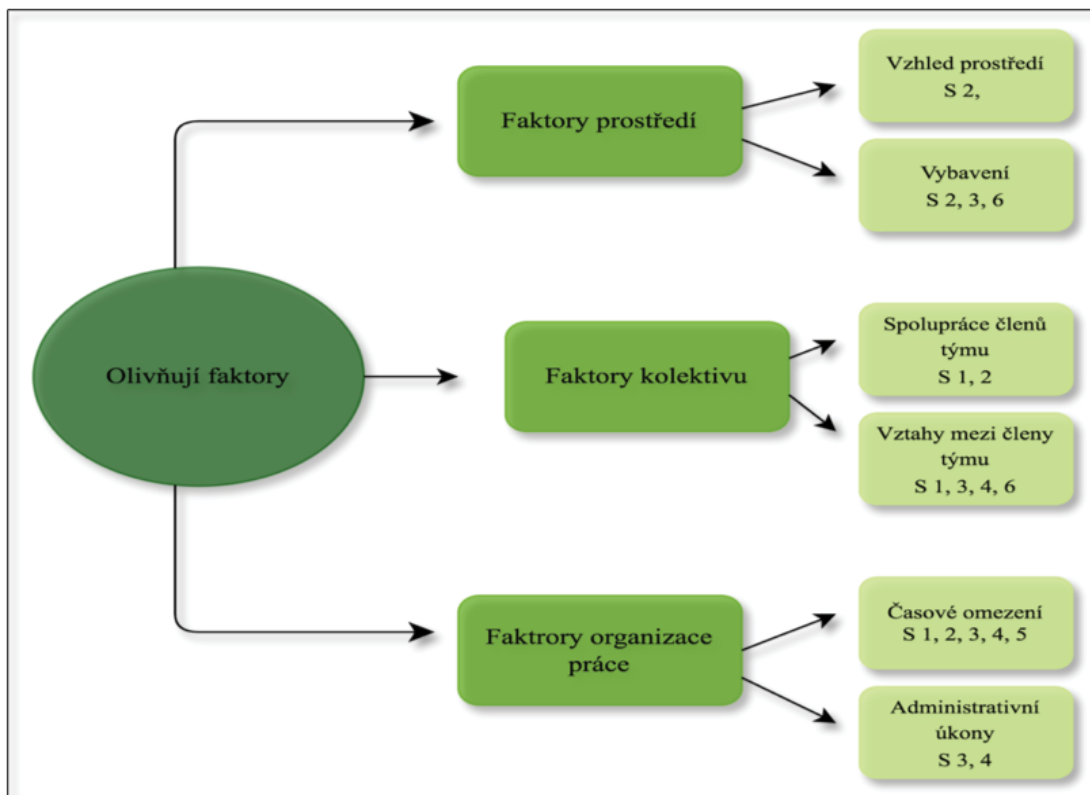
Domov se zvláštním režimem by měl být pro pacienta s Alzheimerovou nemocí bezpečným. Ve vybraném domově jsou ve společných prostorech a koupelnách umístěna madla a zábradlí, pacienti jsou motivováni k využívání kompenzačních pomůcek, které usnadňují pohyb po domově a u imobilních pacientů jsou u lůžka využívány postranice. Toto uvádí také Pokorná (2013). Kuckir a kol. (2016) uvádí, že u pacientů se sníženou soběstačností hrozí zvýšené riziko pádu. Žádná z informantek ve své odpovědi však neuvédla zvýšené riziko pádů u pacientů jako možné nebezpečí. Ovšem shodně uváděly, že pacienti mají k dispozici své kompenzační pomůcky, aby se mohli po oddělení volně pohybovat, a že pacienti jsou stále personálem kontrolováni. Důležité je zmínit, že pády pacientů jsou

velmi častou nežádoucí událostí související s poskytováním zdravotních služeb (MZČR, 2020). Pacienti mohou mít také potíže s vyjádřením svých potřeb nebo pocitů, komunikace může být zhoršená poruchou sluchu, dezorientací či jinými faktory (Zrubáková, Bartošovič, 2019). Sestry v domově jsou při komunikaci s pacientem trpělivé, snaží se porozumět pocitům pacienta a pomoci zajistit jejich potřeby. V otázce zaměřené na zajištění vyznávání vlastní víry sestry neprovádí žádné specifické činnosti v ošetrovatelské péči. Nicméně do domova pravidelně dochází kaplan, který se pacientům věnuje převážně samostatně a dle požadavků každého pacienta. V oblasti zajištění smysluplné práce, her, účasti na různých formách odpočinku a rekreace i v oblasti učení a objevování se personál snaží pacienty s Alzheimerovou nemocí motivovat k účasti na společných aktivitách, které v domově pro pacienty připravují především aktivizační pracovníci. Podle odpovědí v rozhovoru se aktivizační pracovníci pacientům věnují pravidelně každé odpoledne, což je pozitivní zjištění. Také bohužel bylo zjištěno, že o víkendech nebo svátcích aktivizační pracovníci v domově nejsou a pacienti tak o tyto aktivity přicházejí. Zrubáková a Bartošovič (2019) uvádí, že účast na společných aktivitách pro pacienty vytváří možnosti pro navázání kontaktu s druhými a podporují budování vlastní identity.

Dílčím cílem bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují všeobecné sestry pro poskytování péče pacientům s Alzheimerovou nemocí ve vybraném domově se zvláštním režimem. Pro tento cíl byly v rozhovoru určeny čtyři otázky, které dělily faktory do tří kategorií, viz Obr. 1. Na základě jednotlivých rozhovorů bylo zjištěno, že sestry v oblasti prostředí nepocítují mnoho ovlivňujících faktorů. Prostředí vybraného domova se zvláštním režimem informantky hodnotily pozitivně. V domově se cítí příjemně, prostředí je moderně vybavené a vzhledem k barevnému vymalování působí útulně. Vliv prostředí pro pacienty i personál popisuje také Holmerová (2014), která uvádí, že prostředí by mělo být dostatečně vybavené a usnadňovat práci personálu (Holmerová, 2014). V kolektivu všeobecných sester informantky uváděly, že se cítí dobře a podobně hodnotily i kolektiv lékařů, pečovatелů a dalších pracovníků v domově. Informantky uvedly, že důležitá je spolupráce personálu, která je ve vybraném domově dobrá. Některé ze sester uvedly, že nepřítomnost lékaře v domově jim komplikuje práci. Sestry uvedly jako nejčastější ovlivňující faktor organizace práce nedostatek času, který následně ovlivňuje možnost věnovat více prostoru přímo pacientům. Některé informantky uvedly, že mají mnoho administrativy, kterou někdy nestihnou splnit ve své pracovní době. Pro usnadnění a snížení administrativních činností všeobecným sestram by v domově mohl být personál, který bude mít absolvovaný kurz Administrativní pracovník ve zdravotnictví MZČR (2019).

### Obrázek 1

## Ovlivňující faktory všeobecné sestry při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s Alzheimerovou nemocí

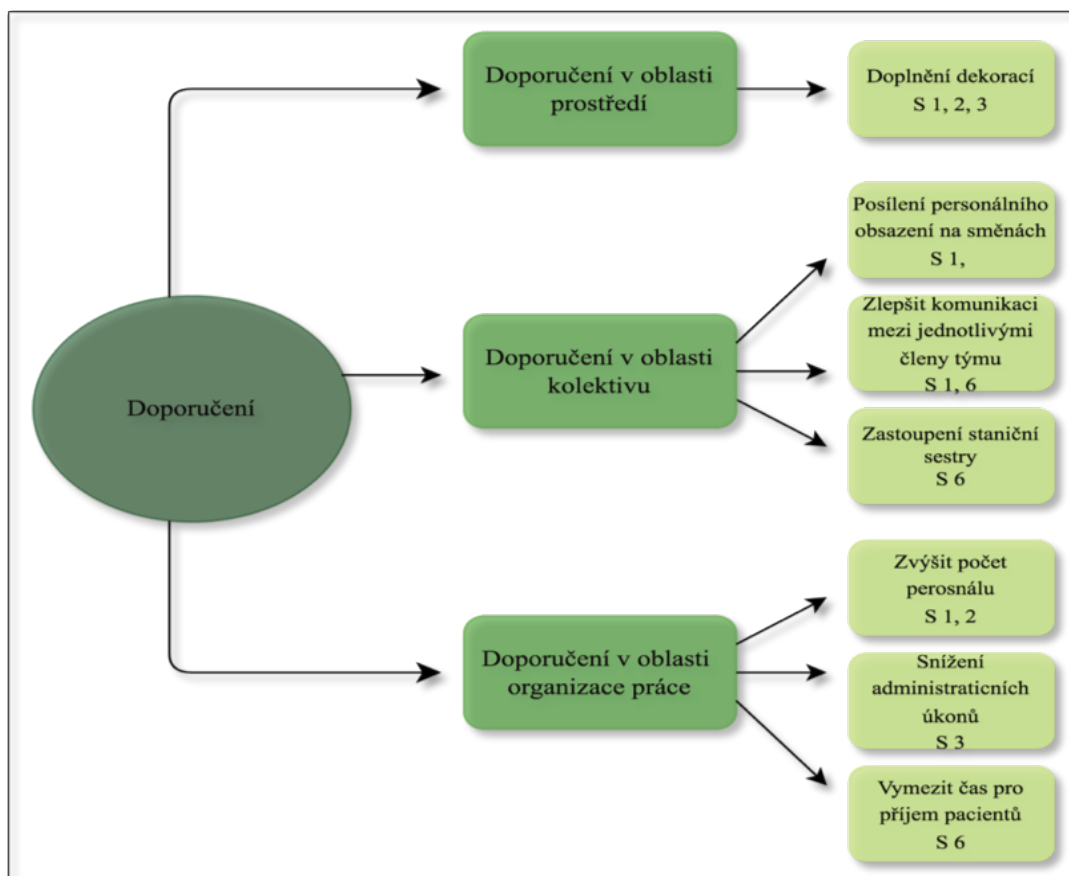


Zdroj: Autor

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké návrhy doporučují všeobecné sestry na zlepšení poskytované péče pacientům s Alzheimerovou nemocí ve vybraném domově se zvláštním režimem. Pro tento cíl byly v rozhovoru určeny tři otázky, které byly rozděleny do kategorií stejně, jako u prvního dílčího cíle. V oblasti prostředí bylo sestrami navrhováno doplnění dekorací a květin do společných prostorů, žádná ze sester nenavrhla doporučení pro zlepšení zázemí personálu. Holmerová (2014), uvádí, že domov by měl mít pro personál zajištěné zázemí, jako jsou šatny, koupelny, místo pro odpočinek i stravování. Navrhnutá doporučení v kategorii kolektivu byla zlepšit předávání informací a komunikaci mezi personálem. Dle Zacharové (2016) je komunikace důležitým prostředkem společnosti, který přispívá k uspokojování potřeb. Mezi častá doporučení patří i zvýšení počtu personálu na noční směny. V oblasti organizace práce informantky doporučovaly snížení administrativních úkonů, aby vzniklo více času, který mohou trávit v přímé péči u pacientů. Jedna z informantek také doporučila, aby byl stanovený čas pro příjem pacientů a nedocházelo tak k tomu, že je příjem i v odpoledních hodinách, když už staniční sestra není v práci. Souhrn doporučení od sester z vybraného domova viz Obr. 2.

## Obrázek 2

### Doporučení všeobecné sestry z vybraného domova se zvláštním režimem



Zdroj: Autor

## ZÁVĚR

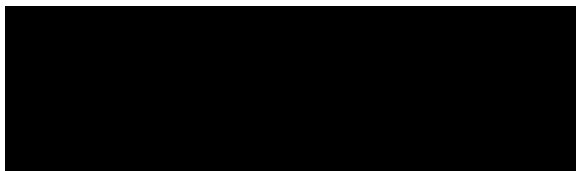
Zaměření výzkumu bylo vybráno z důvodu poukázat na specifika ošetrovatelské péče v domově se zvláštním režimem a bylo zjištěno, že všeobecné sestry v domově vykonávají několik specifických činností ve spolupráci s lékaři, týmu pečovatелů, fyzioterapeutů i aktivizačních pracovníků. Spolupráce všech členů týmu je pro vykonávání ošetrovatelské péče u pacientů velice důležitá. V oblasti ovlivňujících faktorů bylo zjištěno, že sestry z vybraného domova jsou ovlivňovány pozitivně ve všech oblastech. Prostředí domova popsaly informantky jako moderní, příjemné a útulné. Kolektiv hodnotily také kladně, kladly důraz na spolupráci všech členů týmů a v oblasti organizace práce se informantky shodly, že nejvíce je ovlivňuje nedostatek času pro přímou péči u pacientů. Doporučením v oblasti prostředí domova bylo větší zútulnění společných prostorů. Shodly se na doplnění dekorací, obrazů a květin. V oblasti kolektivu sestry navrhovaly posílení personálu, zlepšit předávání informací a komunikaci mezi všemi členy týmu. V oblasti organizace práce sestry navrhují minimalizovat administrativní činnosti a získat více času pro přímou péči u pacientů.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ARCHALOUSOVÁ, A. 2018. Koncepční modely, teorie a filozofie v ošetrovateľskej péči. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. ISBN 978-80-558-1346-2.
- [2] FERTAĽOVÁ, T., ONDRIOVÁ, I. 2020. Demence: nefarmakologické aktivizační postupy. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2479-4.
- [3] HOLMEROVÁ, I. 2014. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0 978-80-87398-79-1.
- [4] JIRKOVSKÁ, B. 2022. Nefarmakologické cesty k lepšímu životu s demencií. Praha: Česká alzheimerovská spoločnosť. ISBN 978-80-86541-66-2.
- [5] KORÁBEČNÝ, J., SOUKUP, O., a VALIŠ, M. 2020. Alzheimerova nemoc: patofyziologie, klinika, farmakoterapie. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-643-6.
- [6] KUCKIR, M. a kol., 2015. Vybrané oblasti a nástroje funkčného geriatrického hodnotení. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0054-5.
- [7] MALÍKOVÁ, E. 2020. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb, 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2030-7.
- [8] POKORNÁ, A. 2013. Ošetrovateľství v geriatrii: hodnotící nástroje. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
- [9] SMITH, M. c. 2019. Nursing Theories and Nursing Practice, 5. vyd. Philadelphia: F.A. Davis. ISBN 978-0-8036-9986-4.
- [10] ZACHAROVÁ, E. 2016. Komunikace v ošetrovateľskej praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6
- [11] ZRUBÁKOVÁ, K., BARTOŠOVIČ, I. 2019. Nefarmakologická léčba v geriatrii. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2207-3.
- [12] ZVĚŘOVÁ, M. 2017. Alzheimerova demence. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0561-8.
- [13] ZVĚŘOVÁ, M. 2022. Gerontopsychiatrie v klinické praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3465-6.
- [14] MZČR, 2020. Národní ošetrovateľský postup – Prevence pádů a postup při zranění způsobených pády. In: Věstník MZČR. Částka 2. 104–113.
- [15] MZČR, 2019. Administrativní pracovník uleví lékařům a sestřám od administrativy. [online]. [cit. 2023.03.27.]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/administrativni-pracovnik-ulevi-lekarum-a-sestram-od-administrativy/>.



# SPECIFIC NURSING CARE FOR PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE USING THE VIRGINIA HENDERSON MODEL



## ABSTRACT

Nursing care in a home with special regime for patients with Alzheimer's disease is physically and mentally demanding, and the general nurse performs several specific activities when providing nursing care to patients. The disease currently affects most people aged 65 years and over. The disease is initially creeping and affects short-term memory, but in its later stages it affects long-term memory and the patient may lose the ability to care for themselves. The aim of this research was to investigate the specific activities performed by general nurses in a selected nursing home. The research is carried out by qualitative research method through semi-structured interview with general nurses working in the selected home in Prague. The interview questions are selected, which, identify the specifics of nursing care in patients and are ordered according to the Virginia Henderson model. The research found that nursing care of patients with Alzheimer's disease is specific especially in the area of hygiene care, administration of food and fluids, but also in the area of safety of patients and their surroundings.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Žaneta Pětníková, DiS.  
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.  
Katedra všeobecného ošetřovatelství  
Duškova 1094/7  
150 00 Praha 5-Smíchov  
e-mail: zanetapetnikova@icloud.com

Mgr. Martin Krause, Ph.D.  
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.  
Katedra všeobecného ošetřovatelství  
Duškova 1094/7  
150 00 Praha 5-Smíchov  
e-mail: krause@vszdrav.cz

## KEYWORDS:

Alzheimer`s disease, a home with a special regime, nurse, patient, Virginia Henderson

# PRÁVNÍ A ETICKÁ ODPOVĚDNOST NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA

MICHAELA PŘIBÍKOVÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ,  
O. P. S.

## ABSTRAKT

Čím dál vyšší požadavky na odbornost nelékařského zdravotnického pracovníka souvisí také s vyšší odpovědností za poskytnutou zdravotní péči, která je u zdravotnických pracovníků všeobecně hodnocena jako velká i vzhledem k tomu, že zdraví je vnímáno jako jedna z nejvyšších hodnot člověka. Při výkonu povolání by si zdravotnický pracovník měl být vědom nejen práv a povinností, ale i právní odpovědnosti, která z výkonu povolání plyne, a to jak v oblasti občanskoprávní, pracovníprávní, trestněprávní a další. Mimo to je zároveň neopomenutelné dodržování také obecně uznávaných pravidel, etických norem a etických kodexů, jelikož samotné zdravotnictví je etikou velice ovlivňováno a je založeno na vysoké úrovni dodržování etiky. Mravní hodnoty jsou s těmi právními úzce spjaty, kdy mravní hodnoty ty právní reflektují, posilují je a bez některých zásadních právních norem se ani neobejdou. Ačkoliv je etika spojována pouze s vnitřním svědomím jednice a právně vymahatelná zpravidla není, je třeba si tento rámec odpovědností etiky také uvědomovat a etické normy dodržovat, i když nelékařský zdravotnický pracovník není členem profesní komory, na které závisí závaznost etických kodexů nebo případné disciplinární řízení za jejich porušení.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Etika, etický kodex, nelékařský zdravotnický pracovník, odpovědnost ve zdravotnictví, právní odpovědnost, právo ve zdravotnictví, zdravotní péče

## ÚVOD

Cílem teoretického příspěvku je seznámit s vybranými aspekty právní a etické odpovědnosti nelékařského zdravotnického pracovníka při poskytování zdravotní péče a s postavením etických norem vůči normám právním. Teoretický příspěvek je zpracován metodou review a syntézy. Jedná se o literární přehled zpracovaný na základě platných právních předpisů a aktuálních zdrojů týkajících se tohoto tématu.

Kterákoliv lidská činnost je v dnešní době téměř vždy upravována právem. V oblasti péče o lidské zdraví tomu není jinak, a to především i s ohledem na to, že se jedná o sféru činností, které se dotýkají lidského zdraví a života. S neustálým rozvojem oboru ošetrovatelství se péče o pacienta stává více dokonalejší, ale také zároveň rizikovější. Každý nelékařský zdravotnický pracovník, který poskytuje ošetrovatelskou péči, je neodmyslitelnou součástí zdravotnického týmu, avšak každý čelí stále rostoucím nárokům nejen na svoji odbornost, což souvisí i s náročnými požadavky na odpovědnost za poskytnutou ošetrovatelskou péči. V tomto ohledu se především jedná o odpovědnost právní. Odpovědnost je stěžejním prvkem profesionality, a tak každý nelékařský zdravotnický pracovník by jednak měl znát svá práva a povinnosti upravené zákonem, ale také by si měl být vědom právní odpovědnosti, která z výkonu ošetrovatelské profese plyne, což je pro poskytování kvalitní a bezpečné péče pacientům nezbytné (Gulášová et al., 2019). Na odpovědnost za kvalitu poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň vzdělání nelékařského zdravotnického pracovníka klade důraz i Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů (MZČR, 2004). Pro poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče i například Etický kodex sester naznačuje, že odpovědností v rámci povolání všeobecné sestry je nalezení rovnováhy mezi aspekty empatie a citového zaujetí a aspekty precizní avšak nezaujaté péče (Gulášová et al., 2019).

Odpovědnost není pouze právním fenoménem nebo předmětem zkoumání práva. Mnoho normativních systémů, které ve společnosti působí, často klade důraz na odpovědnost za určitý druh jednání mnohem více, než samotné právní normy. Jedná se především o statutární předpisy či etické kodexy (Sovová, 2013). Odpovědnost je neodlučitelnou vlastností každého normativního systému a problematika odpovědnosti se týká mnoha oblastí lidské společnosti. Lze tedy obtížně jednoznačně definovat odpovědnost jako obecný pojem. Uvést lze odpovědnost morální či etickou, dále se však hovoří o odpovědnosti právní či politické nebo kolektivní. Například druh právní odpovědnost je jedním z druhů společenské odpovědnosti a je takzvaně jednou z vrstev společenské struktury odpovědnosti člověka (Gulášová et al., 2019). Vzhledem k tomu, že činnosti zdravotnických pracovníků mají značný význam, tak právní i etické normy stanovují odpovědnost za porušení povinností, které jsou v souvislosti s výkonem povolání zdravotnického pracovníka uloženy (Sovová, 2013).

## PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST

Zdravotnictví je jedním z nejrychleji se rozvíjejících oborů, a to nejen z hlediska vědy a techniky, ale také z pohledu ostatních společenských věd či právě z pohledu právního. Každodenně se nelékařský zdravotnický pracovník poskytující ošetrovatelskou péči setkává s problémy, které sice vyplývají z poskytování zdravotní péče, ale mají dalekosáhlejší dopad (Kádek, 2018). Právo bezpochyby vstupuje do této oblasti, jelikož každá intervence u pacienta, interakce mezi pracovníky, vztahy mezi poskytovateli zdravotních služeb, zdravotními pojišťovnami apod. musí mít mimo jiné i právní rámec. Zdravotnické právo je stále se vyvíjejícím interdisciplinárním oborem, který sahá i do oblasti etické (Sovová, 2013). Oblast právní odpovědnosti ve zdravotnictví, tedy odpovědnost spojená s poskytováním zdravotních služeb a výkonem zdravotnického povolání, je velmi specifická a zjevně aktuální. Zároveň právní odpovědnost ve zdravotnictví představuje jednu z nejvýznamnějších, ale také nejkomplikovanějších oblastí práva. Oblast zdravotnického práva je upravována mnoha právními předpisy, a to jak mezinárodními úmluvami, ústavními předpisy, tak i mnoha zákony a jinými podzákonnými legislativními předpisy, které se věnují poskytování zdravotní péče. Zároveň však do zdravotnického práva zasahují i některé legislativní předpisy z práva občanského, trestního apod. (Gulášová et al., 2019).

*„Právní odpovědnost lze definovat jako jakousi povinnost strpět objektivním právem stanovené nepříznivé následky (sankce) uložené subjektu odpovědnosti za jeho protiprávní jednání, respektive za existující protiprávní stav“* (Kádek, 2018, s. 63–64). Právní odpovědnost je jednou ze základních forem realizace práva a může být založena pouze právními normami. Jedná se o specifický právní vztah, ve kterém na základě porušení právní povinnosti dochází ke vzniku nové právní povinnosti, která má sankční povahu. Právní odpovědnost mimo účinek sankční má však také účinek preventivní či výchovný a dále také plní funkci signalizační, a to když je naznačována potřeba nové právní úpravy v případě opakovaného porušování povinností v určité oblasti. Odpovědnost se rozlišuje i podle odvětví práva, ve kterém nastalo porušení právní povinnosti (Sovová, 2013). V rámci poskytování zdravotních služeb se uplatňuje většina druhů právní odpovědnosti, jako je především občanskoprávní a trestněprávní. Dále se však uplatňuje i odpovědnost pracovněprávní, disciplinární, popřípadě i smluvní (Gulášová et al., 2019). Aby bylo vůbec možné hovořit o vzniku právní odpovědnosti ve zdravotnictví, tedy konkrétně o právní odpovědnosti zdravotnických pracovníků nebo poskytovatelů zdravotních služeb, je v tomto případě nezbytné, aby byly splněny určité předpoklady vzniku odpovědnosti. Předpokladem odpovědnosti je protiprávní jednání zdravotnického pracovníka, způsobení škodlivého následku, existence příčinné souvislosti (kauzálního nexu) mezi protiprávním jednáním a vzniklým škodlivým následkem a také v případě subjektivní odpovědnosti je poslední podmínkou i zavinění (Kádek, 2018).

## PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA

Výkon zdravotnického povolání podléhá značné veřejnoprávní regulaci v podobě samostatné právní úpravy (Gulášová et al., 2019). Především se jedná o zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání, ve znění pozdějších předpisů, který upravuje podmínky získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání (Česko, 2004). Dále se jedná o vyhlášku č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, kde je podrobně definováno, co je činností nelékařského zdravotnického pracovníka (Česko, 2011). Společně tak tyto právní úpravy stanovují odpovědnost nelékařského zdravotnického pracovníka za to, že zdravotní péče bude poskytována s náležitou odbornou způsobilostí, v rozsahu dosaženého vzdělání a že výkon povolání nebude překračovat vymezené kompetence. S tím souvisí i právní postavení zdravotnických pracovníků ve srovnání s jinými profesemi, kdy větší rozsah povinností u zdravotnických pracovníků jde samozřejmě ruku v ruce s jejich větší právní odpovědností. Všeobecně je odpovědnost zdravotnických pracovníků hodnocena jako velká, což pramení i z tohoto, že zdraví je vnímáno jako jedna z nejvyšších hodnot člověka (Gulášová et al., 2019).

### DRUHY PRÁVNÍ ODPOVĚDNOSTI

Občanskoprávní odpovědnost se řídí dle občanského zákoníku a je to odpovědnost mezi dvěma soukromoprávními subjekty. Jedná se o vzájemnou odpovědnost těchto subjektů, které nejsou v pracovněprávním vztahu (Těšinová, Žďárek a Polícar, 2011). V prostředí zdravotnictví se jedná zpravidla o odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb a pouze ve výjimečných případech se jedná o odpovědnost samotného zaměstnance, tedy zdravotnického pracovníka, za škodu, která byla způsobena pacientovi. Pokud se nejedná o zřejmé hrubé porušení pracovních povinností zaměstnance, nebo škoda nebyla způsobena úmyslným jednáním zaměstnance, pak odpovědnost za způsobenou škodu zpravidla spadá na zaměstnavatele (Mach et al., 2013). Občanský zákoník rozlišuje odpovědnost na subjektivní a objektivní. V případě porušení právních povinností zdravotnickým pracovníkem, kdy se často jedná o postup non lege artis, se jedná o odpovědnost subjektivní. Při subjektivní občanskoprávní odpovědnosti je zavinění obligatorním předpokladem. Objektivní odpovědnost je odpovědností za protiprávní stav bez ohledu na zavinění daného subjektu odpovědnosti. Často se jedná o odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb např. za nemajetkovou újmu způsobenou neoprávněným zásahem do osobních práv pacienta, za škodu způsobenou okolnostmi, které mají původ v povaze použitého přístroje, nástroje apod., a odpovědnost za škodu způsobenou na vnesených nebo odložených věcech (Kádek, 2018).

**Pracovněprávní odpovědnost** vychází především ze zákoníku práce (Sovová, 2013). Jedná se o odpovědnost mezi subjekty v pracovněprávním vztahu, tedy odpovědnost zaměstnance vůči zaměstnavateli a naopak. Pracovněprávní odpovědnost je velice spjatá s odpovědností občanskoprávní. V případě, že je při poskytování zdravotních služeb zdravotnickým pracovníkem způsobena pacientovi škoda vlivem porušení

právních povinností, zpravidla škodu pacientovi uhradí zaměstnavatel, tedy poskytovatel zdravotních služeb. Zaměstnavatel však může následně postihnout konkrétního zdravotnického pracovníka, kterého zaměstnává a který škodu pacientovi způsobil (Těšinová, Žďárek a Polícar, 2011). Zaměstnavatel v případě uplatnění ustanovení zákoníku práce o odpovědnosti zaměstnance za škodu může od zaměstnance požadovat náhradu škody. Ta sahá až do výše čtyřapůlnásobku průměrné měsíční mzdy nebo platu. Náhradu celé škody může zaměstnavatel po zaměstnanci požadovat v případě, kdy škoda byla způsobena úmyslným jednáním nebo pod vlivem návykových látek (Mach et al., 2013). Dále má zaměstnavatel možnost využít ustanovení § 52, písm. f) a g) zákoníku práce, aby upozornil zaměstnance na neuspokojivé pracovní výsledky s následnou možností výpovědi. Krajním řešením pak může být i okamžité zrušení pracovního poměru dle § 55, odst. 1, písm. b) zákoníku práce (Sovová, 2013).

**Trestněprávní odpovědnost** se řídí dle trestního zákoníku a patří do skupiny veřejnoprávní odpovědnosti. Trestným činem je takové protiprávní jednání, které je uvedeno v trestním zákoníku a je označováno jako trestné. Aby se jednalo o odpovědnost trestní, je třeba zásadně zavinění úmyslného, pokud zákon výslovně nestanovuje, že k trestní odpovědnosti postačuje zavinění z nedbalosti. Při poskytování zdravotní péče však nejčastěji dochází k trestným činům proti životu a zdraví, u nichž trestní zákoník výslovně stanovuje, že k naplnění skutkové podstaty trestného činu stačí i nedbalostní forma zavinění (Těšinová, Žďárek a Polícar, 2011). Nejčastějším voláním k trestní odpovědnosti u zdravotnických pracovníků bývá nedbalostní forma trestných činů proti životu a zdraví. Dle nejnovějšího trestního zákoníku je postih za tento trestný čin daleko přísnější a v případě dopuštění se takového trestného činu zdravotnickým pracovníkem je trestní sazba i zvláště zvýšena. Rekodifikace trestního práva je pro samotné zdravotnické pracovníky tedy přísnější. Příkladem může být i trestný čin neposkytnutí pomoci, který zdůrazňuje povinnost takovou pomoc v určitých případech poskytnout na základě povahy zaměstnání (Štrejtová, 2013). Pokud běžný občan neposkytne v určitých podmínkách potřebnou pomoc bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, v případě zdravotnického pracovníka jsou to až tři léta odnětí svobody nebo zákaz činnosti (Česko, 2009). Nutno je však dodat, že každé porušení povinnosti zdravotnického pracovníka není třeba stíhat prostřednictvím trestního práva. Trestní právo je krajním prostředkem a je uplatňováno v těch nejzávažnějších případech (Sovová, 2013).

**Správněprávní odpovědnost** je odpovědností, která vzniká v případě porušení právních norem, které spadají do práva správního. Zpravidla se jedná o odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb vůči orgánům státní správy. Sankce lze ve správním řízení uložit například orgánem ochrany veřejného zdraví za porušení hygienických předpisů. Dále může jít o sankci uloženou Úřadem pro ochranu osobních údajů za nedodržování pravidel pro ochranu osobních údajů. V neposlední řadě se může jednat o sankce za porušení povinností stanovených zákony o zdravotních službách, specifických zdravotních službách a zdravotnické záchranné službě, které by uložil odbor zdravotnictví příslušného krajského úřadu (Mach et al., 2013).

**Disciplinární odpovědnost** se týká pouze profesí, které jsou povinně sdružovány

v profesních komorách, jenž jsou zřízeny zákonem. Z oblasti zdravotnictví se jedná o profesi lékaře, stomatologa a farmaceuta. Odpovědnost vzniká v případě porušení odbornosti při výkonu povolání, případně při porušení etických principů, které jsou zpravidla vytyčeny etickými kodexy. V takovém případě může profesní komora uložit členovi disciplinární opatření. To může být ve formě důtky, pokuty, podmíněného vyloučení a nebo vyloučení z komory, které je v případě České lékařské komory stanoveno na pět let a kdy během této doby nesmí lékař vykonávat lékařské povolání (Mach et al., 2013). Při ukládání sankcí v rámci disciplinárního řízení je nezbytné vycházet ze základního ústavního principu ukládání sankcí. Proto musí být veškeré disciplinární sankce a opatření uvedeny v zákoně, nikoli ve stavovském předpise. V praxi však nastává otázka, zda jsou statutární či stavovské předpisy komor také pramenem práva. Komorový zákon, jakožto základní právní norma, však odkazuje na statutární předpisy právě v oblasti profesní odpovědnosti. To i další fakta hovoří ve prospěch názoru, že stavovské či statutární předpisy jsou právními normami (Sovová, 2013).

**Smluvní odpovědnost** se týká každé právnické nebo fyzické osoby a jde o odpovědnost za plnění smluvních závazků, které vyplývají z uzavřených smluv. V rámci zdravotnictví jde například o smluvní odpovědnost poskytovatelů zdravotních služeb ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám za dodržení smluvních povinností. V určitých případech porušení povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna smlouvu s poskytovatelem zdravotních služeb předčasně ukončit. V jiných případech smluv může být zaručení plnění smluvních povinností dáno nejčastěji například smluvní pokutou (Mach et al., 2013).

## ETIKA A ODPOVĚDNOST

**E**tika zde stojí jako nástroj ke zkoumání toho, co je v praktickém životě pro člověka důležité. Každá činnost člověka se řídí určitými a obecně uznávanými pravidly. V tomto ohledu se nejedná pouze o formální normy, jako jsou zákony, směrnice apod., ale jedná se především také o dodržování etických norem a zásad chování lidí v různých životních situacích. Z širšího hlediska se etika vymezuje jako vědní disciplína o dobrovolném lidském jednání a chování. Cílem je určit, které aktivity jsou správné a které jsou nesprávné. Etika tedy popisuje a posuzuje a dále také doporučuje a určuje kritéria správného či nesprávného lidského konání (Ondriová a Fertařová, 2021). Zdravotnictví je etikou zásadně ovlivňováno a je založeno na vysoké úrovni dodržování etiky. Etické aspekty, které jsou úzce spjaty s konkrétní profesí, se nazývají profesní etikou. Svoji vlastní etiku má mnoho profesí, přičemž samotné etické zásady a principy jsou soustředěny do etického kodexu dané profese (Zlámal, 2016). Kromě právních předpisů pak tedy poskytování zdravotní péče také upravují mnohé etické kodexy (Gulášová et al., 2019). Z hlediska odpovědnosti se většinou hovoří pouze o právní odpovědnosti zdravotnického pracovníka, která se různě vyvíjí a mění. Právo stanovuje odpovědnost zdravotnického pracovníka jaksí navenek, zatímco etika je v odpovědnosti zdravotnického pracovníka spíše kdesi uvnitř. Jedná se o rámeček odpovědnosti etiky, která tolik nepodléhá proměnám, na rozdíl od práva. Odpovědnost zdravotnického pracovníka je v historické kontinuitě z větší části udržována

spíše právě etikou (Ptáček et al., 2014).

## ETICKÝ KODEX

Jedna ze stránek každé profese je stránka morální, jejímž vyjádřením je dobrý étos povolání. Jedná se o zaujetí pozitivního postoje k povinnostem a úkolům, které povolání obnáší. Etické chování člověka předpokládá dodržování určitých obecně uznávaných norem jednání a chování. Některé z těchto norem mohou být deklarovány písemnou formou, jiné však mají podobu nepsaných pravidel. Chování lidí v organizaci se má řídit souborem norem a pravidel, tedy etickým kodexem, který tyto normy a pravidla vymezuje. Stěžejní funkcí každého etického kodexu je usměrňování chování jednotlivce či celé skupiny tak, aby bylo v souladu s určitými skupinovými etickými normami. Dodržování kodexu je však doporučeno, nejedná se tak o interní normu a dodržování obsahu kodexu není možné vynucovat pod hrozbou sankce (Ondriová a Fertařová, 2021). Etický kodex, jako soubor norem ve zdravotnictví, tedy slouží jako návod a doporučení pro chování a jednání, které je žádoucí v nejrůznějších profesionálních situacích. Účelem je, aby existovala jasná a akceptovatelná pravidla, kdy etické kodexy zároveň vyzývají zdravotnické pracovníky k určité formě chování a jednání. Pro optimální plnění požadavků dnešní zdravotnické etiky je mimo jiné podmínkou vysoká odbornost a profesionalita samotných zdravotnických pracovníků s vysokou morální úrovní (Bužgová, 2013).

Jedním ze zásadních typů kodexů je profesní etický kodex, který obecně vyjadřuje morální normy platné pro členy určité profese. Podstatou tohoto kodexu je řízení dané profese a tedy ne organizace. Jednou z funkcí, které profesní etický kodex plní, je jednak ochrana zájmů sloužících dané profesi, ale i ochrana zájmů veřejných (Ondriová a Fertařová, 2021). Ze všech povolání nejvíce etických kodexů nacházíme právě ve zdravotnictví (Bužgová, 2013). Ve zdravotnické praxi mají svůj značný význam, jelikož poukazují na to, co je správné (Gulášová et al., 2019). Vedle důležitých mezinárodních etických kodexů (Norimberský kodex, Helsinská deklarace a další) jsou zde etické kodexy, které si v České republice stanovily profesní komory, asociace a sdružení (Bužgová, 2013). Etické kodexy ve zdravotnictví České republiky mají základ v mezinárodních úmlouvách, které jsou Českou republikou přijaty a dodržovány (Zlámal, 2016).

## ETIKA A PRÁVO

Etické kodexy jsou vždy koncipovány tak, aby nebyly v rozporu s právními normami. Mravní hodnoty a normy jsou právě spíše v těsném vztahu k normám právním a reflektují předpisy různé právní síly, které je třeba bezpodmínečně respektovat a dodržovat. Pouze jen některé mravní hodnoty a normy mohou stát samostatně a tak věnování pozornosti vztahům mravních a právních norem je z tohoto důvodu nezbytné (Bužgová, 2013). Jednoznačně však nelze stavět morálku nad právo a nemůže existovat žádný morální požadavek, který by byl v rozporu s právem, to je v právním státě nepřipustné (Sovová, 2013). Etické kodexy se tedy v právních normách v mnohém odrážejí, avšak zpravidla právně závaznými nejsou. V případě, kdy dojde při poskytování ošetrovatelské péče



k právnímu sporu, nebudou rozhodujícím kritériem etické kodexy, nýbrž platné právní předpisy (Gulášová et al., 2019). Za porušení právních předpisů nese zdravotnický pracovník právní odpovědnost. Dodržování etických kodexů kontrolují profesní komory a případné porušení kodexu je taktéž postihováno samotnou profesní komorou. V tomto případě se jedná o volání k disciplinární odpovědnosti. Každá profese však nemá svoji profesní komoru a také ne v každé profesní komoře je členství povinné (Müllerová a Müller, 2013).

Znalost základní zdravotnické legislativy je však v souvislosti s etikou neodmyslitelná, i když existují některé zásadní rozdíly mezi právními a mravními normami. V první řadě legislativa jako taková představuje jen minimum morálky, jelikož legislativně lze vymezit jen takové ustanovení, které odráží jednoznačný konsenzus. V některých případech se také dokonce právní norma ne vždy nutně musí shodovat s normou mravní a je chybné se domnívat, že prosté podrobení se zákonu zároveň řeší etické normy. Z druhého pohledu však legislativa zaručuje alespoň minimální standardy nebo kritéria, která jsou vynucována prostřednictvím sankcí a trestů. Etika v tomto ohledu nemůže být zpravidla vynucena (Bužgová, 2013). Etický kodex však může zdravotnického pracovníka zavazovat a to v případě, kdy je zdravotnický pracovník členem profesní organizace, která má etický kodex jako základní stavovský předpis. Příkladem může být Etický kodex České lékařské komory (Gulášová et al., 2019). Dalším faktem je, že se legislativa a etika mohou navzájem posilovat, kdy jednání v rámci etiky často přesahuje povinnosti dané zákonem a může se jednat o dobrovolné rozšíření práv až za záměr zákona. V neposlední řadě existují zásadní právní normy, bez kterých se samotná etika neobejde (Bužgová, 2013). Zároveň jsou tyto právní normy považovány za prameny zdravotnického práva a zabývají se legislativním ukotvením právní odpovědnosti ve zdravotnictví (Gulášová et al., 2019).

Za jeden z nejdůležitějších mezinárodních pramenů zdravotnického práva považujeme Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s.) (dále jen Úmluva o lidských právech a biomedicíně). V rámci vnitrostátní právní úpravy ve zdravotnictví základní rámec vymezuje Listina základních práv a svobod (Usnesení č. 2/1993 Sb.). V neposlední řadě za základní právní předpis upravující poskytování zdravotní péče je považován zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o zdravotních službách) (Sovová, 2013). Úmluva o lidských právech a biomedicíně se zabývá otázkami velmi úzce souvisejícími s poskytováním léčebně preventivní péče, kdy její podstata leží zejména ve sféře ochrany lidských práv a svobod ve chvíli, kdy se člověk dostává do kontaktu se zdravotnickými službami. Listina základních práv a svobod vymezuje základní práva, která lze aplikovat do různých oblastí lidského života a to včetně zdravotní péče (Bužgová, 2013). Mezi základní práva člověka patří mít svá práva, právo na zachování lidské důstojnosti, právo na život, právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života. Dále je to kupříkladu právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo zneužíváním údajů o své osobě a právo na ochranu zdraví (Česko, 1993). Z pohledu etiky považujeme za velmi důležitý také zákon o zdravotních službách,

kdy s etickými normami nejvíce souvisí práva pacientů, která jsou v tomto zákoně upravena. Všechna tato práva pacientů vycházejí z práva člověka na respektování jeho autonomie, kdy respekt k autonomii je jeden ze čtyř základních principů etiky (Bužgová, 2013).

## ZÁVĚR

**V**dnešní době jsou kladeny čím dál tím vyšší požadavky na odbornost nelékařského zdravotnického pracovníka, což zároveň však souvisí s vyšší odpovědností za poskytnutou zdravotní péči. Vzhledem k tomu, že zdraví je vnímáno jako jedna z nejvyšších hodnot člověka, je odpovědnost zdravotnických pracovníků hodnocena jako velká. Každý zdravotnický pracovník by měl znát svá práva a povinnosti, které s výkonem profese souvisí, ale také by si měl být vědom právní odpovědnosti, která z výkonu profese plyne. Jedná se o stěžejní prvek profesionality. Při poskytování zdravotní péče se uplatňuje většina druhů právní odpovědnosti od odpovědnosti občanskoprávní, pracovníprávní až po odpovědnost trestněprávní a další. Zároveň však mimo dodržování právních předpisů by se nelékařský zdravotnický pracovník měl řídit i obecně uznávanými pravidly a dodržovat etické normy, etické kodexy. A to i s ohledem na to, že historicky je odpovědnost zdravotnického pracovníka z větší části udržována právě spíše etikou. Samotné zdravotnictví je etikou ovlivňováno ve velké míře a je založeno na vysoké úrovni dodržování etiky. Právní normy a mravní hodnoty jsou úzce spjaté. I přesto, že existují rozdíly mezi právními a mravními normami, mravní normy ty právní reflektují, v jistých případech je posilují a v neposlední řadě se ani bez zásadních právních norem neobejdou. Právně vymahatelné jsou pouze právní předpisy, které mohou být etickými kodexy dále konkretizovány. Etika je tedy všeobecně spojována pouze s vnitřním svědomím jedince a právně vymahatelná není. Porušení etiky má dopad zpravidla na morální rovinu. Závaznost samotných etických kodexů včetně disciplinární odpovědnosti za jejich porušení závisí případně pouze na příslušné profesní komoře, případně v rámci pracovníprávní odpovědnosti na zaměstnavateli, pokud je etický kodex součástí pracovníprávní dokumentace. I přes to, že nelékařský zdravotnický pracovník nemá povinnost být členem profesní komory a v některých případech určitá profese komoru ani nemá, měl by si v konečném důsledku uvědomovat nejen potřebu dodržování právních předpisů, ale především i obecně uznávaných pravidel, etických norem a etických kodexů.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BUŽGOVÁ, R. 2013. Etika ve zdravotnictví. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-409-2.
- [2] ČESKO. 1993. Usnesení předsednictva České národní rady č. 2 ze dne 16. prosince 1992, o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky. In: Sběrka zákonů České republiky. Částka 1, s. 17–23. ISSN 1211-1244.
- [3] ČESKO. 2004. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sběrka zákonů České republiky. Částka 30, s. 1452–1479. ISSN 1211-1244.
- [4] ČESKO. 2009. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009, trestní zákoník. In: Sběrka zákonů České republiky. Částka 11, s. 386. ISSN 1211-1244.
- [5] ČESKO. 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sběrka zákonů České republiky. Částka 20, s. 482–543. ISSN 1211-1244.
- [6] GULÁŠOVÁ, I. et al. 2019. Odpovědnost versus právo v ošetrovatelské praxi. *Humanum*. 33(2). 65–72. ISSN 1898-8431.
- [7] KÁDEK, P. 2018. Několik poznámek k právní odpovědnosti ve zdravotnictví. In: *Risks and safety in rapidly changing world: Materials of the VI international scientific conference on May 10–11, 2018*. Praha: Vědecko vydavatelské centrum. s. 63–75. ISBN 978-80-7526-302-5.
- [8] MACH, J. et al. 2013. Univerzita medicínského práva. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5113-9.
- [9] MÜLLEROVÁ, L., MÜLLER, K. B. 2013. Profesionální komory jako součást občanské společnosti. *Český finanční a účetní časopis*. Praha: Vysoká škola ekonomická, 8(3), 20–34. ISSN 1802-2200.
- [10] MZČR. 2004. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. Částka 7, s. 12–13. ISSN 1211-0868.
- [11] ONDRIOVÁ, I., FERTAĽOVÁ, T. 2021. Manažerská etika ve zdravotnické praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1728-4.
- [12] PTÁČEK, R. et al. 2014. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5471-0.
- [13] SOVOVÁ, O. 2013. Zdravotnické právo a legislativa. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-262-1.
- [14] ŠTREJTOVÁ, K. 2013. Pojem „lege artis“ a trestní odpovědnost v medicíně. *Trestně právní revue*. Praha: C. H. Beck, 12(6), 135–138. ISSN 1213-5313.
- [15] TĚŠINOVÁ, J., ŽDÁREK, R., POLICAR, R. 2011. Medicínské právo. Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7400-050-8.
- [16] ZLÁMAL, J. 2016. Etika, legislativa a organizace zdravotnictví ČR. Olomouc: Computer Media. ISBN 978-80-7402-247-0.

# LEGAL AND ETHICAL RESPONSIBILITY OF THE NON-MEDICAL HEALTH PROFESSIONAL

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Michaela Přibíková  
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.  
Katedra zdravotnického záchranářství  
Duškova 7  
150 00 Praha 5  
e-mail: pribikova@vszdrav.cz

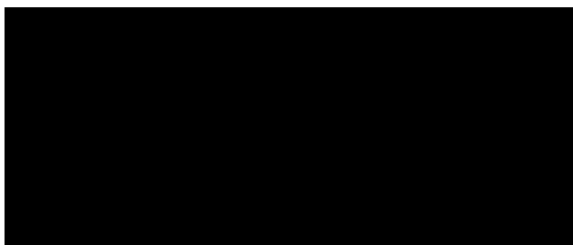
## ABSTRACT

The increasing requirements for the expertise of a non-medical health worker is also related to the higher responsibility for the provided health care, which is generally assessed as high among health workers, even considering that health is perceived as one of the highest human values. During the performance of the profession, a healthcare worker should be aware not only of rights and obligations, but also of the legal responsibilities that flow from the performance of the profession, both in the field of civil law, labor law, criminal law and others. At the same time, compliance with generally accepted rules, ethical standards and ethical codes is also essential, as healthcare itself is greatly influenced by ethics and is based on a high level of compliance with ethics. Moral values are closely connected with legal ones, when moral values reflect legal ones, strengthen them and cannot do without some fundamental legal norms. Although ethics is associated only with the individual's inner conscience and is usually not legally enforceable, this framework of ethical responsibilities must also be recognized and ethical standards must be observed, even if the non-medical healthcare worker is not a member of the professional chamber on which the binding nature of ethical codes or possible disciplinary proceedings for their violation.

## KEYWORDS:

Ethics, ethics code, health care, law in healthcare, legal responsibility, non-medical health professional, responsibility in health care

# KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO KARCINOMU TLUSTÉHO STŘEVA



ZUZANA KOSAKOVÁ  
LENKA NĚMCOVÁ  
VYSOKÁ ŠKOLY POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA

VERONIKA ŠIDLÁKOVÁ  
NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD

## ABSTRAKT

Česká republika se ve světě umístila na přední příčky nejhůře se stravujících národů, svou souvislost to má s nesprávnou životosprávou a také nedostatečnou pohybovou aktivitou. Z těchto jasných příčin je incidence tohoto onemocnění u nás velice častá. Článek se zaměřuje na subjektivní hodnocení kvality života pacientů po karcinomu tlustého střeva. V článku je stručně rozebrána problematika karcinomu tlustého střeva, možné příčiny a rizikové faktory, dále prevence, diagnostika a léčba tohoto onemocnění. Popsáno je i téma života s kolostomií a hodnocení kvality života obecně. Cílem tohoto drobného výzkumu bylo zmapovat kvalitu života pacientů po karcinomu tlustého střeva. Zvolená výzkumná metoda byl kvalitativní výzkum a sběr dat byl realizován pomocí strukturovaných rozhovorů. Osloveno bylo 8 participantů, kteří byli vybráni stomickou sestrou.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Karcinom, kvalita života, ošetřovatelská péče, tlusté střevo, zhoubný nádor

## ÚVOD

**K**arcinom tlustého střeva je řazen mezi tzv. civilizační choroby a v České republice zaujímá přední příčky v incidenci. Jeho výskyt úzce souvisí s nezdravým životním stylem. Onemocnění postihuje muže i ženy a je velmi zákeřné svými nescifickými komplikacemi, kvůli kterým jedince nenapadne navštívit lékařskou pomoc. Mortalita na tento typ malignity je vysoká z důvodu velmi častých pozdních diagnostik, kdy léčebné postupy již nejsou zcela efektivní. Onemocnění se typicky projevuje až nad 70 let věku, výjimkou nejsou i mnohem mladší věkové skupiny. Založení stomie spousta pacientů bere jako handicap. Pacienti mají obavy z možnosti zápachu a vytékání obsahu stomického sáčku při jeho porušení. Narušeno je také jejich partnerské soužití a tím samozřejmě i kvalita života.

## KARCINOM TLUSTÉHO STŘEVA

**K**arcinom tlustého střeva je brán jako civilizační onemocnění, představuje výraznou zátěž ve zdravotnické a ekonomické sféře. Každý rok je na světě diagnostikováno v průměru 1,1 milionu případů, z toho zhruba 640 000 nemocných zemře (Lukáš, Hoch, ed., 2018). Onemocnění je typické pro věkovou skupinu od 70 let, výskyt nádoru pod 40 let je považován za ojedinělý. V České republice je na druhém místě nejčastějších malignit u obou pohlaví (Seifert a kol., 2015).

Riziko karcinomu tlustého střeva je do jisté míry ovlivněno dědičnými faktory. Někteří jedinci mají předpoklady pro tvorbu výrůstků na sliznici tzv. polypů (familiární adenomatózní polypóza). Polypy nepatří mezi zhoubné nádory, ale patří mezi prekancerózy (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

Exogenní příčiny jsou především celosvětové změny životního stylu a zhoršující se životní prostředí. Jedná se zejména o vysoký výskyt látek, které mají negativní dopad na organismus, ale i snížení faktorů, které působí preventivně, např. jsou to vitamíny, flavonoidy, organické sloučeniny a také vápník, přispívající mimo jiné na potlačení kancerogenů v těle (Holubec, 2017). Do nezdravého životního stylu patří obezita, kouření, nedostatečná pohybová aktivita, alkohol, konzumace velkého množství červeného masa a živočišných tuků (Lukáš, Hoch, ed., 2018).

Nejčastějším příznakem karcinomu tlustého střeva je přítomnost krve ve stolici, která ale bývá často přisuzována hemoroidům, kvůli kterým je často karcinom tlustého střeva diagnostikován pozdě (Suchánek, Barkmannová, Frič, 2011). Příznaky jsou patrné až v pozdějších stádiích choroby. V počátku onemocnění se jedná spíše o zácpu či průjmy s přítomností krve do stolice, která však nemusí být viditelná. Při dlouhodobém krvácení může dojít k anémii, bledosti kůže, únavě a celkovému pocitu slabosti (Tomášek, 2015). Prevence karcinomu tlustého střeva je výchozím předpokladem pro včasný záchyt a úspěšnou léčbu. Prevence se dělí na primární, ta má za úkol předcházet vzniku

onemocnění snížením a odstraněním rizikových faktorů, a sekundární v podobě screeningu (Suchánek, Barkmanová, Frič, 2011).

U jedinců bez příznaků se provádí cílené vyšetření pomocí screeningového vyšetření. Skládá se z koloskopie a testu na okultní krvácení. Velký význam má i anamnéza, ve které lékař pátrá po rizikových faktorech a dědičných předpokladech (Tomášek, 2015). Důležitou součástí diagnostiky jsou také odběry krve, a to tumor markery CEA a Ca 19-9. V diagnostice karcinomu tlustého střeva je využívána škála široké zobrazovacích metod: koloskopie, ultrazvuk, kontrastní irigografie, výpočetní tomografie (CT), magnetická rezonance (MR) a PET/CT (Janíková, Zelínková, 2013; Tomášek, 2015).

V léčbě karcinomu tlustého střeva je metodou první volby chirurgický zákrok. Chirurgická léčba se dělí na radikální a paliativní. Radikální zákrok má za úkol vyjmout úsek střeva s nádorem spolu s regionálními mízními uzlinami a založit restituci střeva tzv. anastomózu. Podle místa výskytu se operace rozděluje na – pravostrannou hemikolektomii (oblast slepého střeva, vzestupného tračníku a jaterní ohbí), resekce transversa (karcinom v místě příčného tračníku), levostranná hemikolektomie (zhoubný novotvar v místě slezinného ohbí a na sestupném tračníku) a resekce sigmatu při zasažení esovité kličky. K paliativnímu typu operace se lékaři přiklánějí, když je nádor neoperovatelný pro jeho rozsah nebo umístění (Libová, Balková, Jankechová, 2019; Vokurka, Tesařová, 2018).

Při chemoterapii se podávají cytostatika (fluorouracil, oxaliplatin, irinotekan), jejich úkolem je zabránit růstu nádoru a šíření nádorových buněk do organismu. Používají se jako pooperační léčba (adjuvantní), nebo jako léčba paliativní u pokročilého stádia (prodloužení života, zmírnění potíží). Biologická léčba působí na nádorové buňky specificky (brání růstu nádorových cév, cíleně blokuje dělení nádorových buněk). Biologická léčba se nejčastěji kombinuje s cytostatiky. Radioterapie ničí nádorové buňky zářením. Léčba ionizujícím zářením se využívá při léčbě nádorů konečníku a koncové části tlustého střeva (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol, 2012).

Prognóza tohoto onemocnění záleží na jeho lokalizaci, jeho rozsahu a stupni rozšíření. Nejvyšší šanci na vyléčení mají samozřejmě pacienti, kteří jsou zachyceni v časných stádiích a jsou plně operabilní. Pro tento typ onkologického onemocnění je typické relativně pomalý růst nádoru a objevení se metastáz až ve velmi pozdních stádiích. Pacienti tedy mají velice vysokou šanci na přežití a plné uzdravení (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol, 2012).

Kolostomie je umělé vyústění tlustého střeva na povrch těla, operatér ho provádí na jakémkoliv úseku střeva (slepé střevo, příčný tračník, esovitá klička, přechod esovité kličky nebo konečníku). Nejčastěji je vývod vyústěn v levém podbřišku (Libová, Balková, Jankechová, 2019). Edukace pacienta se stomií je dlouhodobý proces, který je nutné vést nepřetržitě, přehledně a srozumitelně pro každého pacienta. Nemocný je edukován již před operačním výkonem. Edukaci provádí lékař a stomická sestra. Zatímco lékař společně

s nemocným formuje strategii léčby a další postupy, stomická sestra nemocného edukuje v oblasti sebekpéče a péče o stomii (Drlíková, Zachová, Karlovská, 2016).

V období hospitalizace pacienta je kladen veliký důraz na psychickou stránku pacienta. Specifická jsou i dechová cvičení speciálně určená pro břišní operace. Podporují přirozený pohyb střev a posilují břišní svalstvo. Tento aktivizační plán je vytvořen pro každého pacienta individuálně a s ohledem na jeho celkový stav (Janíková, Zelínková, 2013).

Definice kvality života dle WHO (World Health Organization – Světová zdravotnická organizace) jsou významné především v oblasti medicíny a zdravotnictví. Zdraví není posuzováno jen jako nepřítomnost choroby, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální spokojenosti. Nejvýznamnějšími faktory vnímání tohoto aspektu jsou – sociální vlivy, biologické a psychické predispozice. Zdraví je umísťováno na čelní příčce našich životních hodnot, mnoho lidí ho bere jako samozřejmost. Pro určení kvality života a měření kvality života byl dle WHO vypracován standardizovaný dotazník WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). WHO určuje kvalitu života jako individuální vnímání své pozice v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, standardům, očekáváním a zájmům (Heřmanová, 2012).

## VÝSLEDKY VÝZKUMU

Cílem výzkumu bylo zmapovat kvalitu života pacienta po karcinomu tlustého střeva. Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Data byla získána pomocí strukturovaných rozhovorů s předem připravenými otázkami. Otázky byly inspirovány standardizovaným dotazníkem WHOQOL. Metodou zaznamenávání rozhovoru byla zvolena metoda „tužka – papír“. Výzkum byl zaměřen na jednotlivce po prodělaném karcinomu tlustého střeva. Pro rozhovory bylo osloveno 8 participantů, 3 ženy a 5 mužů. Čtyři z nich byly osoby s trvalým střevním vývodem a druhá polovina byly osoby, kterým byl karcinom vyoperován bez nutnosti kolostomie. Výzkum probíhal od prosince 2021 do března 2022.

Problematiku karcinomu tlustého střeva znala většina participantů, ale více informací si nezjišťovali. Jeden dotazovaný o problematice nikdy neslyšel a jeden respondent toto onemocnění doposud vůbec neznal. Dvě respondentky potvrdily, že mají genetickou predispozici v rodině, obě také dbaly na prevenci a docházely ke svému praktickému lékaři. Zbýlých šest respondentů onemocnění v rodině nemělo nebo o něm nevěděli. Většina respondentů měla běžnou fyzickou aktivitu jako procházky, plavání. Jeden respondent byl aktivní běžec, jemuž do aktivity zasáhla diagnostikovaná nemoc.

Dále jsme se věnovaly tomu, jak respondenti hodnotí kvalitu života po diagnostikovaném karcinomu tlustého střeva. Získaná data ukázala, že karcinom tlustého střeva měl velké dopady na kvalitu života jako celek a jejich život zasáhl téměř okamžitě. Většina respondentů se shodla na tom, že po prodělaném onemocnění se snaží stravovat zdravěji, dávají si pozor na vlákninu či ovoce se slupkami a z jídelníčku kompletně odstranili



grilované a smažené pokrmy. V sociální oblasti participanti uváděli, že vytvořená stomie neměla zcela zásadní vliv na změnu jejich sociálních vztahů. Naopak rodina se pro ně stala významnou součástí procesu léčby a podporovala je.

Následně jsme zjišťovaly, jak nemocný vnímá kvalitu svého fyzického zdraví. Výsledky naznačují, že po fyzické stránce se většina respondentů cítí dobře nebo pouze s mírnými následky onemocnění. Pro některé je překážkou rostoucí únava, což přisuzují zvyšujícímu se věku. Polovina dotazovaných zhodnotila svou fyzickou kondici po prodělání nemoci jako zhoršenou a druhá polovina jako stejnou nebo dokonce lepší. V běžných denních činnostech jsou omezeni především stomici z důvodu hlídání vlastních pohybů, vysokých nároků na celkovou hygienu a nutnosti mít u sebe stále stomické pomůcky.

Jako poslední oblast jsme řešily, do jaké míry ovlivnilo onemocnění psychické zdraví nemocného. Polovina respondentů uvedla, že od zjištění onemocnění začali využívat psychologickou pomoc. Druhé polovině pomohla rodina. Psychologická pomoc je nedílnou součástí ve zvyšování kvality života. Srovnání psychiky před a po onemocnění bylo různorodé. Po psychické stránce se tři participanti cítí stejně jako dříve. Jeden participant sdělil, že před nemocí byl pohodář a poté co onemocněl, se stal cholerikem. Všichni participanti hodnotí své psychické zdraví jako dobré, či dokonce lepší než dříve.

## ZÁVĚR

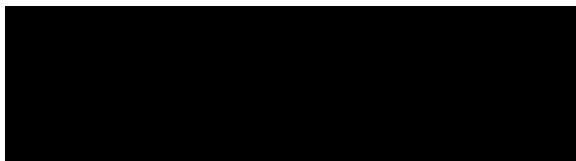
**B**ěhem šetření většina respondentů sdělila, že o karcinomu tlustého střeva nikdy neslyšela a ani se o něj více nezajímala. Je překvapivé, že i v dnešní moderní době je mnoho lidí tak málo informováno o onkologickém onemocnění, které zaujímá druhé místo ve výskytu jak u žen, tak i mužů. Jen zlomek respondentů docházelo pravidelně na lékařské kontroly i přes věk vhodný k této návštěvě. Ne každý praktický lékař ale své pacienty na tato preventivní vyšetření zve.

Bylo by vhodné informovat populaci například formou odborných televizních reklam, kde by bylo jednoduše vysvětleno, o jaký problém se jedná, jak jej rozpoznat a na co si dát pozor. Dále je třeba, aby lékaři více apelovali na své pacienty v preventivních programech, v tomto případě u jedinců nad 50 let. Vysvětlit jim v čem test na okultní krvácení spočívá, jak a především z jakého důvodu se provádí. Z našeho šetření je patrné, že velmi důležitou roli hraje účast rodiny v celém procesu léčby. Proto je důležité, aby byli lékařem edukováni o nemoci včetně prevence i rodinní příslušníci jedinců, kteří onemocnění prodělali.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] DRLÍKOVÁ, K., ZACHOVÁ V. a KARLOVSKÁ, M., 2016. Praktický průvodce stomika. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5712-4.
- [2] HEŘMANOVÁ, E., 2012. Koncepty, teorie a měření kvality života. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.
- [3] HOLUBEC, L., 2017. Chirurgie pro zdravotnické nelékařské obory. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-261-0723-1.
- [4] JANÍKOVÁ, E. a ZELENÍKOVÁ, R., 2013. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
- [5] LIBOVÁ, Ľ., BALKOVÁ, H. a JANKECHOVÁ, M., 2019. Ošetrovatelský proces v chirurgii. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2466-4.
- [6] LUKÁŠ, K. a HOCH, J., ed., 2018. Nemoci střev. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-0353-9.
- [7] SEIFERT, B., KRÁL, N., MÁJEK, O. a SUCHÁNEK, Š., 2015. Screening kolorektálního karcinomu. 2., rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-444-9.
- [8] SUCHÁNEK, Š., BARKMANOVÁ, J. a FRIČ, P., 2011. Rakovina tlustého střeva a konečníku: prevence zabírá. Praha: Mladá fronta, Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2474-7.
- [9] TOMÁŠEK, J., 2015. Onkologie: minimum pro praxi. Praha: Axonite CZ, Asclepius (Axonite CZ). ISBN 978-80-88046-01-1.
- [10] VOKURKA, S. a TESAŘOVÁ, P., 2018. Onkologie v kostce. Praha: Current Media, Medicus. ISBN 978-80-88129-37-0.
- [11] VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J. a VORLÍČKOVÁ, H., 2012. Klinická onkologie pro sestry. 2., prepack. a dopl. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
- [12] ŠIDLÁKOVÁ, V., 2022. Kvalita života pacientů po karcinomu tlustého střeva. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, Bakalářská práce. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ea1w3a/>.

# QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER COLON CANCER



## ABSTRACT

The Czech Republic is ranked among the worst eating nations in the world, and this is related to an incorrect lifestyle and insufficient physical activity. For these clear reasons, the incidence of this disease is very common in our country. The article focuses on the subjective assessment of the quality of life of patients after colon cancer. The article briefly discusses the issue of colon cancer, possible causes and risk factors, as well as prevention, diagnosis and treatment of this disease. The topic of life with a colostomy and evaluation of the quality of life in general is also described. The aim of this small research was to map the quality of life of patients after colon cancer. The chosen research method was qualitative research and data collection was carried out using structured interviews. 8 participants who were selected by the ostomy nurse were approached.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Lenka Němcová  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra zdravotnických studií  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
e-mail: nemcov41@vspj.cz

Bc. Veronika Šidláková  
Nemocnice Havlíčkův Brod  
Husova 2624  
580 01 Havlíčkův Brod  
e-mail: veronika.sidlakova@onhb.cz

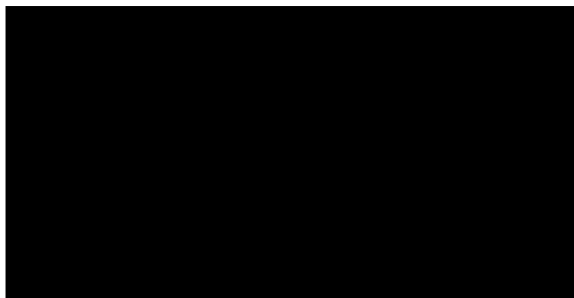
Mgr. Zuzana Kosaková  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra zdravotnických studií  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
e-mail: Zuzana.kosakova@vspj.cz

## KEYWORDS:

Carcinoma, colon, nursing care, quality of life, research

# ÚSKALÍ PRÁCE VŠEOBECNÝCH SESTER V DOMÁCÍ PÉČI

VERONIKA KUSÍNOVÁ  
LADA RAZIMOVÁ  
LUCIE MAIXNEROVÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA



## ABSTRAKT

Práce se zabývá tématem „Úskalí práce všeobecných sester v domácí péči“ a je rozdělena na dvě části. Současný stav problematiky se zabývá principy a cíli domácí péče, formami domácí péče, rolemi a kompetencemi všeobecných sester v domácí péči, kvalitou péče, specifiky a úskalími práce sester v domácí péči. Cílem práce je zmapovat činnosti všeobecných sester v agenturách domácí péče z pohledu všeobecných sester a zjistit jaká úskalí přináší práce všeobecných sester v agenturách domácí péče. Výzkumná část je věnována analýze a vyhodnocení dat získaných od respondentů formou dotazníkového šetření. Respondenty jsou všeobecné sestry pracující v agenturách domácí péče. Výsledky výzkumu jsou zobrazeny v grafech. V závěru jsou shrnuty hlavní výsledky práce.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Činnosti všeobecných sester, domácí péče, úskalí práce, všeobecná sestra

## ÚVOD

**D**omácí péče je vysoce kvalifikovaná forma zdravotní péče, která je poskytována člověku v jeho přirozeném sociálním prostředí. Tuto formu péče zajišťují kvalifikované všeobecné sestry na základě indikace praktického lékaře, lékaře pro děti a dorost, nebo indikace ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. Péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Domácí péče se zaměřuje na prevenci, podporu a udržení zdraví, podporu soběstačnosti a zmírnění utrpení u pacientů s nevyléčitelnou chorobou, zajištění klidného a důstojného umírání. Je poskytována lidem všech věkových kategorií se všemi diagnostickými skupinami nemocí, které vyžadují krátkodobou, ale i dlouhodobou péči, nebo péči v terminálním stádiu (Koncepce domácí péče, 2020).

Péče v domácím prostředí má ve zdravotnickém systému právě z důvodu stárnutí populace, ekonomičnosti a procesu urychlení léčby či rekonvalescence, velmi důležitou úlohu. Práce všeobecné sestry v domácí péči je fyzicky i psychicky náročná a sestra se při ní setkává s mnoha úskalími. Setkává se s pacienty různých věkových kategorií, s nejrůznějšími diagnózami, což vyžaduje její dostatečnou praxi a znalosti v dané oblasti. Často je odkázána jen sama na sebe. Nemocné ošetřuje v jejich přirozeném sociálním prostředí, v různých sociálních podmínkách a v současné době, kdy se snižuje doba hospitalizace jen na nezbytně nutnou dobu, se v domácím prostředí často ocitají lidé, jejichž zdravotní stav by ještě nedávno vyžadoval výhradně péči na lůžku ve zdravotnickém zařízení. Sestra pracující v domácí péči tak mnohdy musí čelit psychicky i fyzicky náročným situacím, aby byla schopna tyto náročné situace zvládat, musí si být vědoma působení fyzických i psychických faktorů při práci a znát úskalí, která ji mohou při práci v domácím prostředí provázet (Imramovská, Machová, 2015).

## FORMY DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

**P**odle Jarošové (2007), Misconiové (1995) je možné rozdělit domácí péči na několik forem, a to na akutní domácí péči, dlouhodobou domácí péči, preventivní domácí péči, domácí hospicovou péči a domácí péči ad hoc (Kožuchová, 2014).

Akutní domácí péče je péče indikovaná u pacientů s akutním onemocněním nevyžadujícím hospitalizaci. Jedná se o akutní exacerbace onemocnění kardiovaskulárního systému, neurologická onemocnění, onemocnění gastrointestinálního traktu nebo urologického systému. Tato forma péče má za cíl poskytnout péči v době po úrazech nebo po operačních stavech. Je poskytována několik dní až týdnů. Dlouhodobá domácí péče je poskytovaná chronicky nemocným pacientům, u nichž jejich fyzický nebo psychický stav vyžaduje dlouhodobou péči. Tato péče je poskytována minimálně 3 měsíce (Kožuchová, 2014).

Preventivní domácí péče je poskytována za účelem monitorování zdravotního a duševního stavu v různých časových intervalech na základě rozhodnutí lékaře. Jedná se o měření krevního tlaku, odběry biologického materiálu nebo sledování výživy (Péče, 2018).

Domácí hospicová péče je forma péče zaměřená na kvalitu života nevléčitelně nemocných a umírajících. Domácí péče ad hoc představuje jednorázovou domácí péči. Tato péče je poskytována v případě nutnosti mimořádného provedení výkonu na základě indikace lékaře, jako je např. jednorázové podání léku ve večerních hodinách (Tomeš a kol., 2015; Kožuchová, 2014).

## CÍLOVÁ SKUPINA DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Cílovou skupinou domácí zdravotní péče jsou pacienti, u kterých je nutné zajistit dlouhodobou, následnou nebo paliativní péči. Patří sem pacienti s akutním nebo chronickým onemocněním v době rekonvalescence nebo pacienti v terminálním stavu. Další cílovou skupinou domácí zdravotní péče jsou pacienti s duševním onemocněním v procesu resocializace. Péče je poskytována všem věkovým a diagnostickým skupinám pacientů (Koncepce domácí péče, 2020).

## PRÁCE VŠEOBECNÝCH SESTER V DOMÁCÍ PÉČI

Domácí péče (DP) je u pacienta indikována na základě poukazu praktického lékaře, nebo ošetřujícího lékaře při propuštění z nemocničního prostředí. Lékař do poukazu na ošetření DP vyplňuje medicínské zdůvodnění a očekávaný cíl DP, určuje požadovaný výkon, slovní specifikaci požadavku, požadovaný počet výkonů v jednom dni a požadovanou frekvenci v týdnu. Lékař indikuje rozsah i obsah ošetřovatelské péče a sestra DP dle indikace lékaře vykoná zdravotní péči. Při příjmu pacienta do domácí péče sestra provádí záznam o pacientovi do vstupní dokumentace, včetně ošetřovatelského plánu a posouzení stavu pacienta. Pacient nebo zákonný zástupce musí podepsat informovaný souhlas s péčí. Vstupní záznam o pacientovi sestra uvádí do dekurzu, kam pravidelně dle ordinace lékaře provádí záznam péče poskytnuté pacientovi. Práci sester organizuje vrchní sestra. Přesný plán návštěv nemocných si všeobecné sestry organizují sami, a to na základě spolupráce s indikujícím lékařem. Daný čas si předem plánují s pacienty a jejich příbuznými. Na základě získaných informací a ordinace lékaře si připraví potřebný materiál. Nezbytné je předávání potřebných informací, které většinou probíhá v rámci pracovního týmu před návštěvou pacienta, dále během celého dne, kdy sestra konzultuje zdravotní stav pacientů s odborníky (Kožuchová, 2019).

Návštěva sester v domácím prostředí pacientů se skládá z několika fází. Nejprve se sestra musí na návštěvu připravit. Pokud zná pacientovu anamnézu a informace o něm, připraví si potřebné pomůcky na vlastní návštěvu. Poté probíhá návštěva ve vlastním sociálním prostředí, kde sestra komunikuje nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou, vytváří si důvěru a snaží se o úpravu prostředí, které bude vyhovovat pacientovi dle daného onemocnění. Motivuje jak rodinu, tak pacienta k základním denním činnostem. Monitoruje jeho potřeby a provádí samostatný ošetřovatelský úkon. Další fáze probíhá mimo vlastní sociální prostředí pacienta a jedná se o účast na poradách s multidisciplinárním týmem, vedení ošetřovatelské dokumentace, vykazování provedených výkonů u pacienta a záznam dopravy (Šuplerová, Machová, 2013).

Všeobecná sestra v domácí péči poskytuje pacientům péči v takovém rozsahu, jaký určí praktický lékař, nebo ošetřující lékař, který vystavuje poukaz při propouštění z nemocnice. Sestra by měla o jednotlivých pacientech informovat ošetřujícího lékaře alespoň jednou za měsíc, při zhoršení stavu a také před skončením platnosti poukazu domácí péče. Pokud u pacienta dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu a jedná se o akutní stav, je sestra povinná zavolat rychlou záchrannou službu a vyčkat do příjezdu posádky. Rozsah práce všeobecných sester se odvíjí nejen od ordinace lékaře, ale také od stanovených kompetencí daných zákonem č. 96/2004 Sb. a o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. (Koncepte domácí péče, 2020).

1.7.2022 vstoupila v účinnost novela vyhlášky č. 55/2011Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která reaguje na vznik nových oborů specializačního vzdělávání. Tato novela vyhlášky mimo jiné posiluje samostatnost a odpovědnost sester v domácí péči. Sestra pro domácí a hospicovou péči poskytuje pacientovi specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči a paliativní péči ve vlastním sociálním prostředí, ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče poskytujících paliativní péči. Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře zjišťuje zdravotní a sociální situaci pacienta a jeho blízkých ve vztahu k onemocnění a následnému zajištění zdravotní a sociální péče. Plánuje obsah a rozsah ošetrovatelské péče a ve spolupráci s pacientem a jeho blízkými vytváří plán paliativní péče. Edukuje pacienta a jeho blízké v oblastech prevence onemocnění a spolupracuje s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, nutričním terapeutem, zdravotně-sociálním pracovníkem a sociálním pracovníkem. Pečuje o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, provádí odsávání z dolních cest dýchacích. Zajišťuje péči o pacienta na domácí plicní ventilaci, včetně obsluhy zdravotnických prostředků, vyhodnocuje ventilační parametry, zajišťuje výměnu tracheostomické kanyly při komplikacích a edukuje pacienta o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků. Sestra pro domácí a hospicovou péči hodnotí a ošetřuje nehojící se rány, zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, podává očistné klyzma nebo provádí manuální vybavení stolice u pacienta staršího 15 let věku. Aplikuje krystaloidní roztoky a provádí nitrožilní aplikaci 20 % glukózy u pacienta s hypoglykemií, včetně zavádění periferního žilního katetru. Dále provádí výměnu močového katetru mužů a chlapců starších 15 let věku a doporučuje pacienty do péče jiných poskytovatelů zdravotních služeb (MZČR, 2022).

Sestra pro domácí a hospicovou péči bez odborného dohledu na základě indikace lékaře poskytuje pacientovi preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační a paliativní péči. Zavádí a ukončuje domácí péči, včetně administrativní činnosti. Podává léky do epidurálního katetru, zavádí Huberovu jehlu do implantovaného portového katetru a provádí její odstranění. Vykonává činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením metod léčby bolesti. Může provádět dialýzu u pacienta s chronickým selháváním ledvin vyžadujícím léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve. U pacienta se zajištěnými dýchacími cestami provádí tracheobronchiální laváže a nastavuje ventilační parametry

při poskytování domácí umělé plicní ventilace. Může provádět katetrizaci močového měchýře mužů a chlapců starších 15 let věku (MZČR, 2022).

Součástí práce sester v domácí péči je i péče o pečujícího. Vlivem onemocnění se rodina dostává do složitých situací a mění se role jednotlivých členů. Pečovatelem může být manželka, manžel, děti, příbuzní nebo přátelé. Situace pro příbuzné či konkrétního pečovatele je většinou velmi těžká, musí se vyrovnat se situací, která nastala, a snaží se mobilizovat, aby mohl blízkému pomoci (Kožuchová, 2014).

## SPECIFIKA A ÚSKALÍ PRÁCE VŠEOBECNÝCH SESTER V DOMÁCI PÉČI

**N**a sestru v domácí péči jsou kladeny vysoké nároky, a to jak na její psychické, tak i fyzické schopnosti. Sestra pracuje samostatně a mnohdy neví, co jí u daného pacienta čeká. Musí se spoléhat sama na sebe, na své odborné znalosti a zkušenosti, musí se umět samostatně rozhodnout v každé situaci a musí čelit velkému množství konfliktních situací. Je povinna zachovávat svoji profesionalitu, a to jak při jednání s pacienty, s rodinou, s lékaři, tak i s ostatními členy týmu (Konceptce domácí péče, 2020).

V případě, že všeobecná sestra při své práci v terénu potřebuje pomoc či radu, je odkázána pouze na telefonickou pomoc, a to od svých kolegů nebo lékaře. Všeobecná sestra v domácí péči se setkává s pacienty různých věkových kategorií a rozdílnými diagnózami. Musí zvládat neustále se měnící prostředí, orientovat se v mapách, přizpůsobit se různým ročním obdobím a být zdatnou řidičkou (Kožuchová, 2019).

Ve velkých městech se z důvodu hustého provozu všeobecné sestry za pacienty do domácího prostředí často přepravují městskou hromadnou dopravou nebo pěšky. Převládá množství materiálu, pomůcek a přístrojů nutných k ošetření pacientů. Zodpovídají za svazek klíčů potřebných pro přístup do domácnosti nemocného. Pacienti na sestry domácí péče mnohdy netrpělivě čekají. Sestry často bojují s časovou tísni, ať už z důvodu složité dopravní situace nebo z důvodu řešení mimořádné situace u pacienta. Velkým zdržením je např. situace, kdy pacient sestře nenahlásí jeho nepřítomnost v době předem domluvené návštěvy. Všeobecné sestry v domácí péči se setkávají s různým přístupem pacientů a jejich blízkých a vstupují do různého prostředí. Někteří pacienti je vítají s úsměvem na tváři a sestry vstupují do čisté domácnosti vybavené pro kvalitní péči. Jiní nemocní žijí ve špatných sociálních podmínkách, kde je zápach, nepořádek a nedostatek pomůcek pro péči. Sestra v domácí péči během své pracovní doby ujede a ujede mnoho kilometrů a navštíví minimálně 10 pacientů, u kterých vykonává ošetrovatelskou péči ordinovanou lékařem. Vrací se v odpoledních hodinách a poté se věnuje administrativní práci (Hettnerová, 2012).



## FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ BEZPEČNOST SESTER V DOMÁCÍ PÉČI

Vzhledem k náročnosti práce všeobecných sester v domácí péči je nutností, aby sestry pracující v domácí péči znaly problematiku psychických i fyzických rizikových faktorů, které by se mohly později podílet na vzniku fyzického nebo psychického onemocnění. Velké riziko může představovat domácnost pacientů, která je pro sestry pracovním prostředím. Důvodem je nezajištění kontroly bezpečnosti (Kožušková, 2014; Kožušková, 2019).

### FYZICKÁ ZÁTĚŽ SESTER V DOMÁCÍ PÉČI

Fyzická zátěž se týká pohybového, kardiovaskulárního, dýchacího a termoregulačního systému. Vyvolává ji nadměrná fyzická aktivita, která může ovlivňovat zdraví a snižovat pracovní výkonnost, nebo být příčinou pracovních neschopností. Do fyzické zátěže se řadí statické nebo dynamické zatížení všeobecné sestry, práce s nepříjemnými podněty, riziko vzniku infekce, nepravidelné stravování, nedostatečný pitný režim, nadměrný hluk, špatné osvětlení a další. Vliv na fyzickou zátěž může mít i nedostupnost pomůcek. Nadměrný hluk v domácnostech pacientů ztěžuje možnost komunikace s pacientem. Nedostatečné osvětlení může způsobit nesprávnou orientaci sestry v prostředí a negativně ovlivňuje ošetrovatelské výkony. Největší fyzickou zátěží pro všeobecné sestry je zdvihání a přenášení pacientů. Do fyzicky náročných aktivit pro sestru patří i péče o lůžko, mobilizace a vertikalizace pacienta, ošetrovatelská rehabilitace a další. Tyto fyzické výkony mohou ovlivnit neočekávané a vynucené polohy a pohyby, které mohou sestru ohrozit nebo poškodit (Kožušková, 2014).

Sestra by měla být poučena o riziku přenosu infekce, která může vzniknout na základě nedodržení hygienicko-epidemiologického režimu. Může se jednat o hepatitidy, HIV, chřipku, tuberkulózu a další onemocnění. Všeobecné sestry se řídí hygienicko-epidemiologickým režimem. Znají postupy, jak zacházet s nebezpečným biologickým a ostrým materiálem. Problémem v souvislosti s rizikem přenosu infekce je nedostupnost nebo špatná kvalita vody v domácnostech pacientů. Rizikem může být prostředí pacienta, kde se sestry setkávají s přeplněnými místnostmi, s nevhodnými povrchy podlah a s nevyhovujícím umístěním lůžka pacienta, které není polohovatelné. Sestra si musí přizpůsobit prostředí své práci, tak aby dodržovala bezpečnost svoji i pacienta. V domácnostech jsou ohroženy nejen zvířaty pacientů, ale i různými patogeny, které přenášejí hlodavci nebo švábi. Další riziko pro sestry v domácí péči představuje doprava k pacientovi. Jsou ohroženy dopravními nehodami nebo poraněním při přesunu do domácností. Může se jednat např. o uklouznutí na chodníku nebo na schodech pacienta. Sestry musí pravidelně absolvovat školení řidičů referentských vozidel (Kožušková, 2014; Kožušková, 2019).

## PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ SESTER V DOMÁCÍ PÉČI

**P** psychická zátěž je úzce spjata se zátěží fyzickou. Psychosociální rizika vznikají v důsledku nadměrné pracovní zátěže, neshodami mezi pracovníky, nevhodnou a neúčinnou komunikací a nedostatečnou podporou ze stran vedení. Domácí péče může být péčí komplexní, která zajišťuje současně i pomoc sociální například prostřednictvím pečovatelské služby za přímou úhradu klienta. Náplň práce všeobecných sester není totožná s náplní práce pečovatelské služby, a proto na základě pacientových požadavků na péči a možnostmi péče, kterou všeobecná sestra dle svých kompetencí poskytuje, může docházet ke konfliktům mezi pacientem a sestrou. Dalším rizikem je agresivita pacientů. Vzhledem k tomu, že sestra často sama poskytuje ošetrovatelskou péči nemocným na odlehlém místě, měla by umět rozpoznat rizikové pacienty. Mohou být jimi osoby pod vlivem alkoholu a drog, osoby pod vlivem stresu nebo osoby mající problém s navazováním nových vztahů a s komunikací. Všeobecné sestry v domácí péči často pracují v podmínkách nedostatečného finančního ohodnocení, pracují ve velké časové tísní, musí být zodpovědné, samostatné a jejich práce často vyzdvihuje samotný status agentury domácí péče a reprezentuje jejich samotné povolání (Kožuchová, 2019).

### CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

**C** ílem výzkumného šetření bylo zmapovat činnosti všeobecných sester v agenturách domácí péče z pohledu všeobecných sester a zjistit jaká úskalí přináší práce všeobecných sester v agenturách domácí péče. K cílům se vztahovaly výzkumné otázky: Jaké jsou činnosti všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče z pohledu sester? Jaká úskalí přináší práce všeobecných sester v agenturách domácí péče?

### METODIKA VÝZKUMU

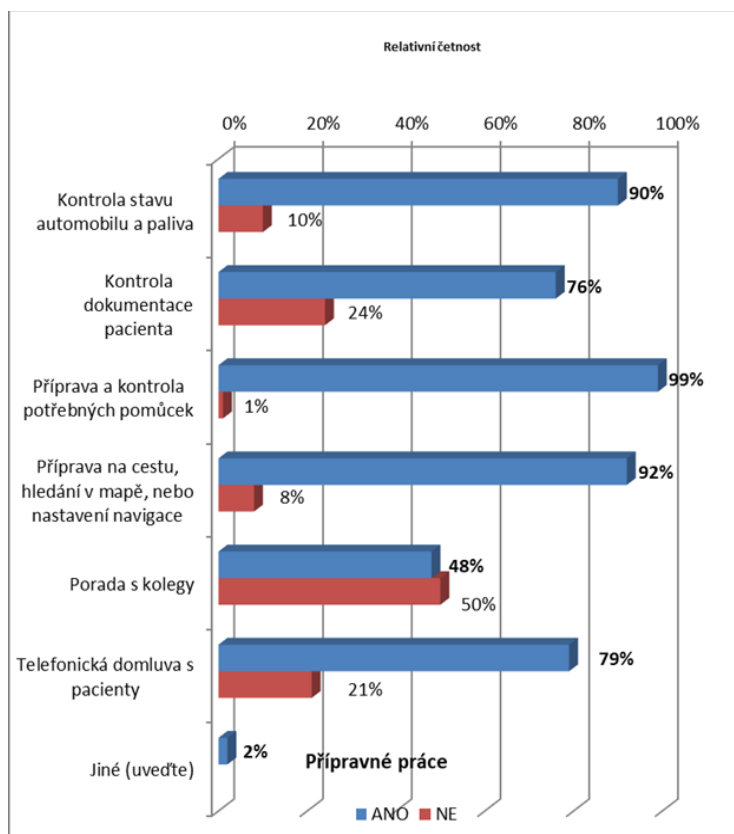
**P** ro výzkumnou část byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby, který byl sestaven na základě studia literatury k danému tématu. Dotazník byl anonymní a obsahoval 47 otázek. Tato metoda sběru dat byla vybrána z důvodů anonymity, větší přehlednosti a jednoduchosti, která umožnila získat data z různých krajů ČR. Dotazník byl určen výhradně pro všeobecné sestry domácích péčí. V rámci předvýzkumu, který byl proveden na internetovém portálu s 5 respondenty, byla v otázkách v dotazníku zjištěna absence možnosti volby kraje Praha, která byla poté dodatečně doplněna.

Dotazníky byly respondentům distribuovány online přes Google formuláře umístěné na sociálních sítích pro obory „nelékaře“. Touto formou dotazník vyplnilo 68 respondentů. 47 dotazníků bylo rozdáno do konkrétních agentur domácí péče s návratností 36 dotazníků. 2 dotazníky byly vyřazeny pro neúplnost a nesprávnost vyplnění. Celkem bylo respondenty vyplněno 102 dotazníků. Dotazník tvořily otevřené, uzavřené a polootevřené otázky. V některých otázkách byla použita Likertova škála. Všechny výsledky výzkumu byly zaznamenány do Microsoft Excel tabulek, ze kterých byly vytvořeny grafy.

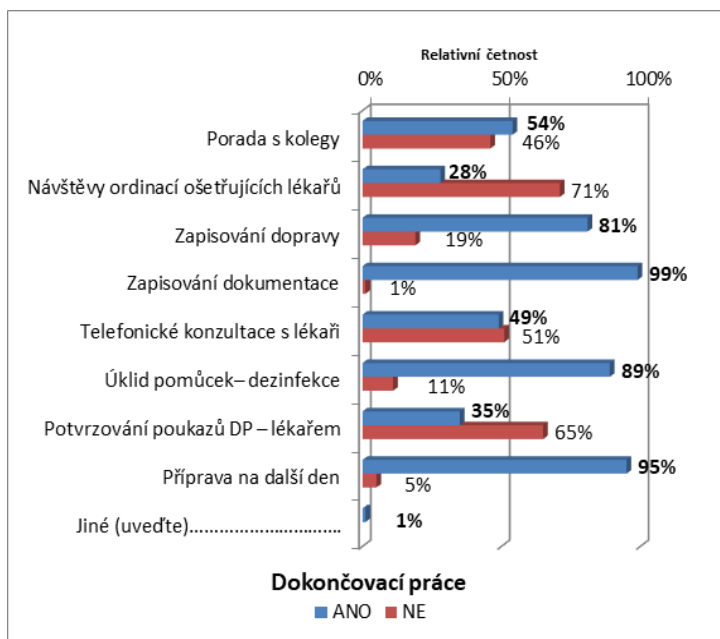
## CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Výzkumu se zúčastnilo celkem 102 respondentů. Dotazník vyplnili celkem 4 muži (4 %) a 98 žen (96 %). Ve věkovém rozmezí 20–30 let bylo 5 respondentů (5 %), ve věkovém rozmezí 31–40 let bylo 45 respondentů (44 %), 41–50 let bylo 29 respondentů (28 %), 51–60 bylo 18 respondentů (18 %) a ve věkovém rozmezí více než 60 let bylo 5 respondentů (5 %). Oslovení respondenti měli nejčastěji středoškolské vzdělání, a to konkrétně 59 respondentů (58 %), 19 respondentů (19 %) mělo vzdělání vyšší odborné, 15 respondentů (15 %) mělo vzdělání VŠ - Bakalářské a 9 respondentů (9 %) mělo vzdělání VŠ - Magisterské. Respondenti byli nejčastěji z Královéhradeckého kraje a to celkem 46 respondentů (44 %), dále 12 respondentů (12 %) bylo ze Středočeského kraje, z Ústeckého kraje byli 4 respondenti (4 %), 1 respondent (1 %) z Karlovarského kraje, 1 respondent (1 %) z Plzeňského kraje, 8 respondentů (8 %) z Jihočeského kraje, 2 respondenti (2 %) z Libereckého kraje, 1 respondent (1 %) z Pardubického kraje, 8 respondentů (8 %) z kraje Vysočina, 2 respondenti z Jihomoravského kraje, 2 respondenti (2 %) z Olomouckého kraje, 8 respondentů (8 %) z kraje Moravskoslezského a 5 respondentů (5 %) z kraje Praha. Nejčastější délka praxe v domácí péči byla uvedena v rozmezí 1–3 let, kde odpovědělo 39 respondentů (38 %), délku praxe 4–6 let mělo 23 respondentů (22 %), délku praxe 7–10 let mělo 15 respondentů (15 %), délku praxe 11–19 let mělo 15 respondentů (15 %) a délku praxe 20 let a více mělo 10 respondentů (10 %).

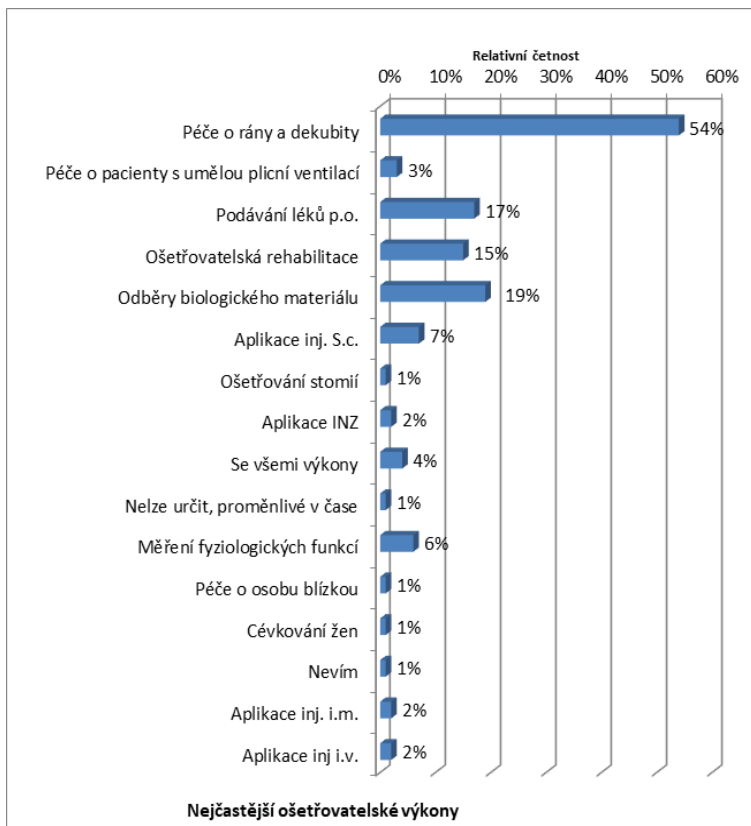
**Graf 1 Přípravné práce**



**Graf 2 Dokončovací práce**



**Graf 3 Nejčastější ošetrovatelské výkony**



Cílem práce bylo zmapovat činnosti všeobecných sester pracujících v domácí péči a zjistit úskalí jejich práce. Pro výzkumnou část byly zvoleny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla: Jaké jsou činnosti všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče z pohledu sester? Z dotazníkového šetření vyplynulo, že k základním činnostem sester patří i přípravné a dokončovací práce, které souvisí s návštěvou pacientů. Respondenti odpovídali, na co se zaměřují v rámci přípravných prací, než vyrazí do terénu. Z výzkumu vyplynulo, že 90 % (92 respondentů) provádí v rámci přípravných prací kontrolu stavu automobilu a paliva, pouze 10 % (10 respondentů) tuto činnost neprovádí, dále 76 % (78 respondentů) provádí kontrolu dokumentace pacienta, 24 % ji neprovádí (24 respondentů), 99 % si připravuje a kontroluje potřebné pomůcky, dále 92 % (94 respondentů) se připravuje na cestu hledáním v mapě nebo navigaci, 48 % (49 respondentů) má v rámci přípravných prací poradu s kolegy a 79 % (81 respondentů) se telefonicky domlouvá s pacienty než za nimi vyrazí do terénu. Co se týče dokončovacích prací, uvedlo 54 % (55 respondentů), že má, v rámci dokončovacích prací, poradu s kolegy, naopak 46 % (47 respondentů) uvedlo, že ji nemá. Dále 71 % (72 respondentů) uvedlo, že v rámci dokončovacích prací nenavštěvují ordinace praktických lékařů, pouze 28 % (29 respondentů) tuto činnost v rámci dokončovacích prací provádí. Dále 81 % (83 respondentů) uvedlo, že provádí zapisování dopravy, pouze 19 % (19 respondentů) tuto činnost neprovádí. U možnosti telefonické konzultace s lékařem byly odpovědi téměř vyrovnané, 51 % (52 respondentů) tuto činnost v rámci dokončovacích prací neprovádí, 49 % (50 respondentů) tuto činnost provádí. Jednoznačně respondenti uvedli, že v rámci dokončovacích prací provádí úklid a dezinfekci pomůcek, což uvedlo 89 % (91 respondentů), pouze 11 % (11 respondentů) tuto činnost neprovádí. Činnost potvrzování poukazů DP lékařem provádí v rámci dokončovacích prací 35 % (36 respondentů), 65 % (66 respondentů) tuto činnost neprovádí. Přípravu na další den provádí v rámci dokončovacích prací 95 % (97 respondentů). Šuplerová, Machová (2014) popisují, že se sestra musí na samotnou návštěvu u pacientů připravit, a to přípravou pomůcek, pokud zná anamnézu pacienta. Odpovědi se shodují s literaturou, většina respondentů 99 % si připravuje pomůcky na další den. Kožušková (2019) ve své publikaci popisuje, že všeobecné sestry si předávají informace ráno před ošetrovatelskou péčí a po návratu z terénu, většinou po obědě. Zde se odpovědi shodují s literaturou jen částečně, 48 % respondentů uvedlo, že se účastní porad v rámci přípravných prací, ale 50 % se neúčastní, zde byly odpovědi vyrovnané. Vyrovnané byly odpovědi i u porad v rámci dokončovacích prací, kde 54 % (55 respondentů) uvedlo, že má porady v rámci dokončovacích prací a 46 % (47 respondentů) je nemá. Z výzkumu vyplývá, že zhruba polovina respondentů využívá ranních porad a druhá polovina využívá odpoledních porad. Dále Kožušková (2019) uvádí, že všeobecné sestry se musí umět orientovat v mapách a připravovat se na cestu k pacientovi. Zde se výzkum shoduje s literaturou, 92 % (94 respondentů) se připravuje na cestu k pacientům a zaznamenává dopravu v rámci dokončovacích prací, tuto činnost provádí 81 % (83 respondentů). Šuplerová, Machová (2014) uvádějí, že v rámci dokončovacích prací sestra zaznamenává dopravu pacienta. Co se týče četnosti prováděných výkonů v domácí péči, respondenti nejčastěji uváděli péči o rány a dekubity, 91 % (89 respondentů), dále měření fyziologických funkcí, to uvedlo 81 % (83 respondentů) a odběry biologického materiálu uvedlo 80 % (78 respondentů). Do činností prováděných občas respondenti

zařadili na prvním místě aplikaci infuzí v 53 % (54 respondentů), na druhém místě péči o periferní žilní katétr v 40 % (41 respondentů) a na třetím místě podávání kyslíku v 39 % (40 respondentů). Do činností prováděných zřídka respondenti nejčastěji uváděli péči o nasogastrickou sondu 52 % (53 respondentů), na druhém místě podávání klyzmatu 48 % (49 respondentů) a na třetím místě práci s dávkovači a pumpami 47 % (48 respondentů). Podobnou otázkou se ve své bakalářské práci zabývala i Krutišová (2016), která se také dotazovala na četnost ošetřovatelských výkonů. Mezi výkony, prováděné několikrát do týdne měla nejčastěji respondenty označené výkony ošetřovatelskou rehabilitaci 99 %, na druhém místě převazy ran 97 %, a na třetím místě měření fyziologických funkcí 91 %. V četnosti často prováděných výkonů se výzkumná šetření v převazech ran a v měření fyziologických funkcí shodují. Výkony prováděné respondenty méně často, než jednou týdně nejčastěji respondenti zahrnují výkony jako cévkování ženy 58 %, ošetřování stomií 48 % a na třetím místě odběry biologického materiálu 25 %. V méně často prováděných výkonech se výzkumná šetření neshodují. Krutišová (2016) uvedla mezi výkony prováděné výjimečně zařazené výkony jako aplikace infuzí 55 %, aplikace injekcí s.c. 55 % a podávání klyzmatu 54 %. V četnosti výjimečně nebo zřídka se shodují výzkumná šetření pouze ve výkonu podávání klyzmatu.

**Druhá výzkumná otázka:** Jaká úskalí přináší práce všeobecných sester v agenturách domácí péče?

Rizikové faktory při práci byly rozděleny do několika oblastí, ve kterých respondenti uváděli na Likertově škále nejčastěji se vyskytující rizikový faktor. Rizikový faktor, se kterým se setkávají, označený stupnicí 10 uvedlo 23 % (23 respondentů) manipulaci s pacienty, dalším nejčastějším faktorem bylo nedostatečné osvětlení, což označilo 10 % (10 respondentů) a třetím faktorem byl uveden špatný přístup k lůžku, což uvedlo 10 % (10 respondentů). Jako rizikový faktor, se kterým se nesetkávají, označený stupnicí 0 uvedlo 58 % (59 respondentů) poranění způsobená při autonehodách, dále 40 % (41 respondentů) označilo poranění domácími mazlíčky. Kožuchová (2019) uvádí, že sestra v domácí péči se může setkávat s nadměrnou fyzickou zátěží, zejména při manipulaci s pacienty, dále s nedostatkem pomůcek k manipulaci s pacienty, se špatným osvětlením, s rizikem přenosu infekce, s rizikem poranění při dopravních nehodách, s poraněním domácími mazlíčky, s hlodavci a jinými škůdci, s nadměrným hlukem, s přeplněnými místnostmi, s agresivitou pacientů nebo příbuzných. Výzkumné šetření se s Kožuchovou (2019) shoduje v tom, že respondenti se setkávají v různé míře se všemi uvedenými rizikovými faktory. Fyzicky nejnáročnější výkon nejčastěji respondenti uvedli 35 % (36 respondentů) manipulaci s pacienty, nedostatečné zázemí pro hygienu a WC uvedlo 20 % (21 respondentů) a ztíženou dostupnost pacientů ve vyšších patrech domů a bez výtahu. Podobnou otázkou se ve výzkumném šetření zabývaly Imramovská a Machová (2015), kde respondenti označili za nejnáročnější fyzickou oblast manipulaci s pacienty. Zde se výzkumná šetření shodují. Za psychicky nejnáročnější činnost respondenti uvedli nadměrné množství dokumentace, což označilo 25 % (26 respondentů), 22 % (22 respondentů) označilo ošetřování pacientů v terminálním stádiu. Třetí oblast, kterou označilo 21 % (21 respondentů) za psychicky nejnáročnější je nedostatek personálu. Podobnou otázkou se ve své bakalářské práci

zabývá i Krutišová (2016), ve které za psychicky nejnáročnější činnost respondenti uvedli nespolupráci rodiny. V této oblasti se výzkumná šetření neshodují.

## ZÁVĚR

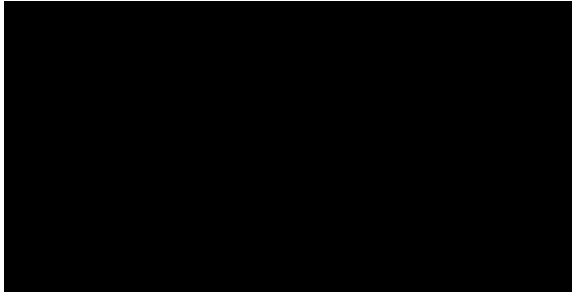
**P**ředkládaný text se zabývá úskalím práce všeobecných sester v domácí péči. Ve výzkumné části byly stanoveny 2 výzkumné otázky: Jaké jsou činnosti všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče z pohledu sester? Jaká úskalí přináší práce všeobecných sester v agenturách domácí péče? Činnosti všeobecných sester v domácí péči se dělí na přípravné a dokončovací práce. V rámci přípravných prací všeobecné sestry provádí kontrolu stavu automobilu a paliva, kontrolu dokumentace, přípravu pomůcek, přípravu na cestu a hledání v mapách. Část sester využívá ranních porad s kolegy za účelem předání informací o pacientech. Všeobecné sestry si telefonicky domlouvají návštěvu s pacienty. V rámci dokončovacích prací mají sestry poradu s kolegy, když se vrací z terénu. Sestry v rámci dokončovacích prací nenavštěvují ordinace praktických lékařů, zapisují dokumentaci a dopravu. Sestry provádí konzultace s lékaři a připravují se na další den. Tím byla získána odpověď na první výzkumnou otázku. Dále bylo z výzkumného šetření zjištěno, že se všeobecné sestry v domácí péči setkávají s mnoha rizikovými faktory, s různou intenzitou. Nejčastěji se setkávají s manipulací s pacienty, s nedostatečným osvětlením a se špatným přístupem k lůžku pacienta. Za činnost, která všeobecné sestry domácí péče nejvíce zatěžuje, označily administrativu. Za fyzicky nejnáročnější považují všeobecné sestry manipulaci s pacienty, nemají dostatečné zázemí pro WC a hygienu při své práci a třetí nejčastější náročnou oblastí byla práce v různém počasí. Jako nejnáročnější psychické faktory všeobecné sestry domácí péče uvádí nadměrné množství dokumentace, nedostatek personálu a práci s pacienty s psychickým onemocněním. Všeobecné sestry se v domácí péči setkávají občas s umírajícími pacienty, pečují o pacienty s domácí umělou plicní ventilací a poskytují asistenci při peritoneální dialýze. Tím byla zodpovězena druhá výzkumná otázka. Z práce vyplynulo, že práce všeobecných sester v domácí péči je specifická a přináší řadu úskalí, kterým musí umět všeobecné sestry domácí péče čelit, proto je nezbytné, aby se všeobecné sestry kontinuálně vzdělávaly a byly připraveny na všechny nástrahy jejich práce.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] HETTNEROVÁ, M. 2012. Hodiny na cestách. Tak vypadá jeden den všeobecné sestry domácí péče. Florence. (9), 17-18. ISSN:1801-464X ročník.
- [2] IMRAMOVSKÁ, S., MACHOVÁ, A. 2015. Psychické a fyzické faktory v profesi všeobecné sestry v domácí péči. Florence. 11 (č. 1-2), 19-22. ISSN 1801-464X.
- [3] MZČR. 2020. Koncepce domácí péče. [online]. 2020. MZČR. [cit. 2021-9-27]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-domaci-pece/>
- [4] KOŽUCHOVÁ, M. a kol. 2019. Manažment domácej ošetrovateľskej starostlivosti I. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-486-1.
- [5] KOŽUCHOVÁ, M. a kol. 2014. Domáca ošetrovateľská starostlivosť. 2014. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-414-8.
- [6] KRUTIŠOVÁ, S. 2016. Specifika práce všeobecných sester v agenturách domácí péče. [online]. 2016. Jihlava. [cit. 2022-03-29]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/9wodg8/>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
- [7] MZČR. 2022. Novela vyhlášky 55/2011Sb. [online]. MZČR. [cit. 2022-7-01]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/07/55-2011-aktualizovani.pdf>
- [8] PÉČE. 2022. Domáci péče 4 základní formy. [online]. 31.5.2018 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://pece.cz/blog/domaci-pece-4-zakladni-formy.html>
- [9] ŠUPLEROVÁ, M., MACHOVÁ, A. 2013. Domáci návštěvní služba jako náplň práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. [online]. Medicína pro praxi 10(10), s. 353-354. [cit. 2021-11-02]. Dostupné z: [https://www.solen.cz/artkey/med2013100011\\_Domaci\\_navstevni\\_sluzba\\_jako\\_napl\\_n\\_prace\\_vseobecne\\_vseobecnesestry\\_v\\_ordinaci\\_praktickeho\\_lekare\\_pro\\_dospELE](https://www.solen.cz/artkey/med2013100011_Domaci_navstevni_sluzba_jako_napl_n_prace_vseobecne_vseobecnesestry_v_ordinaci_praktickeho_lekare_pro_dospELE)
- [10] TOMEŠ a kol. 2015. Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. ISBN 978-80-246-2972-8.



# DIFFICULTIES OF THE WORK OF GENERAL NURSES IN HOME CARE



## ABSTRACT

The paper deals with the topic "Difficulties of the work of general nurses in home care" and is divided into two parts. The theoretical part deals with the history of home care, principles and goals of home care, forms of home care, organization of the work of a multidisciplinary team, roles and competencies of general nurses in home care, quality of care, specifics and pitfalls of the work of nurses in home care. The research part is devoted to the analysis and evaluation of the data obtained from the respondents in the form of a questionnaire survey. The respondents are general nurses. The aim of the thesis is to map the activities of general nurses in home care agencies from the point of view of general nurses and to find out what difficulties the work of general nurses in home care agencies brings.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Veronika Kusínová  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra zdravotnických studií  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
e-mail: KusinovaVeronika @seznam.cz

Mgr. Lada Razimová  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra zdravotnických studií  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
e-mail: razimova.lada@seznam.cz

Bc. Lucie Maixnerová, DiS.  
Poliklinika Nové Město nad Metují  
kožní ambulance Dermatol NM s.r.o  
Komenského 48  
592 31 Nové Město nad Metují  
e-mail: LuciBernardova@seznam.cz

## KEYWORDS:

Activities of general, home care,  
difficulties work, general nurse

# SPECIFIKA POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V SAUDSKÉ ARÁBII

PAVLÍNA JURAČKOVÁ  
MARTIN KRAUSE  
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ  
O. P. S.

## ABSTRAKT

Článek se zabývá specifiky výkonu povolání všeobecných sester v Saudské Arábii z pohledu všeobecných sester z České republiky. Zaměřuje se na rostoucí nedostatek všeobecných sester, který má nepříznivý dopad na zdravotnické systémy po celém světě. Se stejnou problematikou se potýká i Království Saudské Arábie. Podmínky pro zařazení do databáze uchazečů o zaměstnání v Saudské Arábii, se zaměřením na všeobecné sestry z České republiky a postup získávání povolení k výkonu zdravotnického povolání pro všeobecné sestry. Studie byla realizována kvalitativní metodou výzkumu s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. V rámci studie byly zjišťovány specifika výkonu povolání Všeobecné sestry ve vybrané nemocnici v Saudské Arábii, včetně pozitivních a negativních oblastí výkonu povolání Všeobecné sestry ve vybrané nemocnici v Saudské Arábii. Studii bylo zjištěno, že v Saudské Arábii existuje řada specifik poskytování ošetrovatelské péče, např. double check pro zajištění kvalitní a bezpečné péče o pacienty. Všeobecné sestry ze zahraničí vnímají práci v Saudské Arábii jako novou zkušenost, zlepšení finanční situace, seznámení se s novým kolektivem, novými ošetrovatelskými postupy a odlišnými kulturami. Saudská Arábie má kvalitní zdravotní systém, nabízí rozmanité kulturní prostředí a nové zkušenosti pro poskytování ošetrovatelské péče.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Ošetrovatelství, povolání, Saudská Arábie, specifika ošetrovatelské péče, vzdělávání

## ÚVOD

**R**ostoucí nedostatek všeobecných sester je celosvětovým problémem a má nepříznivý dopad na zdravotnické systémy po celém světě. Se stejnou problematikou se potýká i Království Saudské Arábie. Hlavními příčinami nedostatku všeobecných sester mohou být nedostatečné plánování pracovních sil a mechanismy jejich přidělování, limitovaná nabídka nových zaměstnanců, politika nábory, neefektivní využívání dostupných ošetrovatelských zdrojů prostřednictvím kombinace a využití dovedností, motivační struktura či nepřiměřená kariérní podpora aj. (Alkahami, Baker, 2018).

Zdravotnický systém se potýká s výrazným nedostatkem všeobecných sester, zejména v akutních lůžkových zařízeních. Na straně poptávky se zvýšil počet hospitalizovaných pacientů, pacienti s vysokými nároky na péči zejména v intenzivní péči, a to jak v důsledku stárnoucí populace, tak i vzhledem k úspěšnosti medicíny prodloužit délku života pacientů, což vyžaduje zvýšenou míru na poskytování ošetrovatelské péče. Na straně nabídky některé obavy zahrnují stárnoucí ošetrovatelskou pracovní sílu a úbytek nových studentů, kteří vstupují do profese sestry v důsledku rozšiřování pracovních příležitostí ve zdravotnictví i mimo něj (Fukada, 2018).

Protože velký počet zemí žádá lokální registraci nelékařských zdravotnických pracovníků ve zdravotnictví, je potřeba si zažádat o registraci, která je udělována, a to na základě požadovaného vzdělávání, praxe a jazykové zkoušky. Nedostatečná jazyková vybavenost představuje u sester z České republiky největší negativní faktor, který jim brání vycestovat do zahraničí. V souvislosti s vycestováním do Království Saudské Arábie existují v České republice v současné době několik společností, jež zajišťují pracovní pobyty pro sestry. V případě prvního pobytu na Středním východě, je takřka nemožné získat pracovní kontrakt bez asistence jedné z nich. Některé společnosti disponují kontakty a profesními vztahy s hlavními nemocnicemi v Saudské Arábii a zajišťují tak celý proces. Podmínkami pro zařazení do databáze uchazečů o zaměstnání jsou dokončené vzdělání v oboru a praxe v délce minimálně dvou let. Stejně tak společnosti nabízejí kurzy anglického jazyka a poskytnutí potvrzení o úspěšném absolvování jazykové zkoušky. Pokud kandidát na dané místo splní všechny požadavky, je jeho profesní profil poskytnut zdravotnickým službám (Hájek, Barbough, 2016).

Na webových stránkách Saudi Commission For Health Specialities je k seznámení postup získávání povolení k výkonu zdravotnického povolání pro všeobecné sestry, lékaře, farmaceuty atd. Tyto webové stránky slouží i k vykonání nutné tzv. zkoušky Prometric, která je nezbytná k výkonu zdravotnického povolání v Království Saudské Arábie. Je to screeningová a kvalifikační zkouška pro všeobecné sestry se zájmem o práci v Saudské Arábii. Jsou povoleny pouze tři pokusy a zkouška má časový limit, pokud sestra nesplní zkoušku ve stanoveném časovém limitu, nebude tento uchazeč moci pracovat v Saudské Arábii (Hájek, Barbough, 2016).

Součástí zkoušky je většinou stanovení priorit, lékařsko-chirurgická péče a ošetrovatelské zásady. Dále je potřeba předložit zaměstnavateli výpis ze zdravotní dokumentace, doklad o negativním testu HIV a očkovací průkaz jsou podmínkami k podání žádosti o pracovní vízum na konzulátu Saudské Arábie v Praze. Zdravotní rizika nepředstavují v Saudské Arábii vysoké riziko. Je doporučováno očkování proti virové hepatitidě A, dále proti břišnímu tyfu, záškrtu a tetanu (Hájek, Barbough, 2016). Dalším důležitým kritériem pro všeobecné sestry pracující v Saudské Arábii je licence. Aby získala nárok na ošetrovatelskou licenci, musí složit licenční zkoušky ve své domovské zemi. Je nutné mít platnou ošetrovatelskou licenci od ministerstva zdravotnictví nebo licenčního orgánu dané země. Dále je nutné získat pracovní povolení a povolení k pobytu k výkonu práce a životu v Saudské Arábii. Dále je zapotřebí tzv. sponzora, což je obvykle zaměstnavatel, který také musí získat vízové povolení od ministerstva práce, aby mohl najímat cizí státní příslušníky. Před podáním žádosti o pobytové vízum je třeba nejprve získat pracovní vízum (Nurse, 2022).

## MATERIÁL A METODY

Zvolenou metodou studie byl kvalitativní výzkum s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci v České republice a pracují ve vybrané nemocnici v Saudské Arábii. Celkem se jednalo o 6 informantů, kteří odpovídali na 24 otázek. Sběr dat se uskutečnil v měsíci únoru roku 2023. Účastníci studie byli informováni o průběhu rozhovoru ústní i písemnou formou. Všeobecné sestry souhlasily s poskytnutím rozhovoru a jeho následným využitím pro účely studie. Podmínka výběru informantů pro polostrukturovaný rozhovor musela zahrnovat všeobecné sestry z České republiky pracující v Saudské Arábii. Informantům v Saudské Arábii byly nahodile určeny čísla s písmeny R, tedy R1–R6. Informanti před zahájením polostrukturovaného rozhovoru byly obeznámeni s cíli studie a výzkumnými otázkami, které jim byly v průběhu rozhovoru pokládány. Položky polostrukturovaného rozhovoru byly sestaveny na základě specifík výkonu povolání všeobecné sestry na daném oddělení v Saudské Arábii. Typy všech otázek byly polouzavřené. Rozhovor byl elektronicky nahráván, pro účel přesného přepisu mluvené řeči v Microsoft Office Word. Získaná data z rozhovorů všeobecných sester byla analyzována a přiřazena k výzkumným otázkám. Následně byly tvořeny jednotlivé kategorie, podkategorie a proběhlo také kódování získaných dat. Získaná data byla zároveň interpretována pomocí schémat. Jejich sběr byl ukončen po dosažení teoretické saturace, kdy již v odpovědích informantů docházelo k opakování odpovědí.

Cílem studie bylo zjistit, jaká jsou specifika výkonu povolání Všeobecné sestry ve vybrané nemocnici v Saudské Arábii. Dále jaké existují pozitivní a negativní oblasti výkonu povolání Všeobecné sestry ve vybrané nemocnici v Saudské Arábii.

## VÝSLEDKY A DISKUZE

Studie se zúčastnilo celkem 6 informantů a odpovídali na 24 otázek. Jejich charakteristiku zobrazuje Tabulka 1. První výzkumný cíl se zabýval zjištěním specifik výkonu povolání všeobecné sestry ve vybrané nemocnici v Saudské Arábii. Na základě odpovědí informantů lze konstatovat, že je třeba splnění požadavků na vzdělání, na anglický jazyk a na získanou praxi. Konkrétní výkon povolání všeobecné sestry je určen výkon od výkonu, tj., jednotlivé kroky v rámci činností souvisejících s předoperační a pooperační péčí o pacienty. Informanti uvedli, že si vyžadují povolení od vyššího managementu nebo od samotného ošetřujícího lékaře. Ti dávají pokyn k provedení úkonu, většinou elektronickou formou. Jednotlivé provedené úkony jsou tedy evidovány v počítačích u každého pacienta, jedna informantka přímo uvedla „...nemůžeme dělat nic, aniž by to bylo napsáno od doktora v počítači“. Dále i pro sebemenší úkon je třeba předem úspěšného složení testu k výkonu každé činnosti, která souvisí s péčí o pacienta, „na všechno musíte mít papír, abyste mohla provádět konkrétní činnosti“. Stejně tak je třeba i získání souhlasu pacienta, že daný úkon může být v rámci jeho ošetření proveden. Dále byly zjištěny, které činnosti všeobecné sestry nemohou vykonávat ve vybrané nemocnici v Saudské Arábii. Jedná se například o činnosti za Respiratory therapist. Mezi činnosti, které všeobecné sestry ve vybrané nemocnici realizují, patří např. péče o dýchací cesty, zavádění periferních venózních katétrů, odběry krve, aplikace infuzní terapie, převazy ran, katetrizaci močového měchýře apod., což je velmi podobné, jako v České republice. Dále bylo zjištěno, že všeobecné sestry na daném oddělení realizují i přednášky, prezentace a jednotlivá školení, včetně zaškolování nových zdravotnických pracovníků a také si kontinuálně procvičují standardy ošetrovatelské péče, co je pozitivní zjištění. Důležitou zjištěnou oblastí je i skutečnost, že všeobecné sestry musí dbát na tzv. double check (tedy dvojí kontrolu). Jeden informant tento systém kontroly uvádí i na konkrétní situaci „Staff nurse využíváme k independent double check, používá se to u činností, které jsou pro pacienta zvláště nebezpečné, jako podávání krve, inzulínu, zajímavé, že? Nebo podávání opiátů, převazy ran“. R1 dodává „Je tu hodně rizikových medikací, léků, tam se řadí inzulín, kálium, heparin, opiáty a všechny tyto léky se musí podat pouze při double check, to znamená kontrola druhé sestry. I když chcete podat inzulín se dvěma jednotkami, tak musím mít naskenovanou ID kartu jiné sestry, která mi to zkontroluje, abych opravdu mohla podat tento inzulín, s těmito jednotkami tomuto pacientovi“. Zajímavou odpovědí je i informace od R3, který uvádí, že „Správně, oficiálně v mé nemocnici, podle předpisu, nesmíte sama zavádět permanentní močový katétr, musí u toho být druhá sestra, která k tomu má oprávnění, aby opravdu všechno probíhalo sterilně“.

**Tabulka 1 Socioprofesionální charakteristiky informantů**

Respondentky	Věk	Vzdělání	Vybraná nemocnice	Oddělení	Praxe na oddělení	Motivace pro práci v Saudské Arábii	Přijímací proces
R1	31	vysokoškolské, bakalářské studium	National guard hospital Riyadh	Všeobecná chirurgie	1 rok	zkušenost, jednoduše dosažitelná země	agentura
R2	32	bakalářské vzdělání na Zápodočeské univerzitě v Plzni	National guard hospital Riyadh	Medical cardiac intensive care unit	od prosince roku 2022	finance, anglický jazyk, zkušenost	agentura
R3	33	vysokoškolské, bakalářské studium	King Faisal Hospital Dzida	Medical surgical intensive care unit	6 měsíců	změna prostředí, finance	agentura
R4	29	Vysokou školu zdravotnickou, o.p.s.	King Faisal Specialist Hospital in Jeddah	Renal transplant unit	2 roky a půl	finance, zkušenost, arabská kultura	agentura
R5	29	bakalářské studium, obor ošetrovatelství na Univerzitě Palackého v Olomouci	Kingdom Hospital in Riyadh	ENT (ORL)	1 rok	zkušenost	agentura
R6	36	magisterské studium	King Faisal Specialist Hospital in Jeddah	Kardiochirurgie	od září 2018	finance, zkušenost	agentura

Zdroj: autor

Druhý výzkumný cíl se zabýval zjišťováním pozitivních oblastí výkonu povolání všeobecné sestry ve vybrané nemocnici v Saudské Arábii. Informanti uváděli, že za největší pozitivum v jejich povolání, které vykonávají v Saudské Arábii, považují osobní růst, edukaci, zkušenosti s prací v týmu, dále jsou to nové metody získávání znalostí a informací, které souvisejí s péčí o pacienty v rámci konkrétní diagnózy. Pro informanty představuje rovněž i pozitivní stránku práce právě v arabském prostředí, kde se setkávají s jinou kulturou a dalšími kulturami, jelikož členové jejich týmu reprezentují různé kultury světa. Informantka k tomuto uvedla: „*Společně rosteme jako tým, a tím pádem jsme schopni poskytnout nejlepší péči o naše pacienty, protože máme nápady ze všech koutů světa*“. Podle jejich odpovědí je to pro ně nová zkušenost, která je učí dívat se na svět, zejména svět ošetrovatelství a medicíny, i jinýma očima, než jen prostřednictvím jejich kultury. V neposlední řadě je to i zdokonalování anglického jazyka, ale také osvojení si jazyka arabského. Pro všeobecné sestry je pozitivní oblastí v rámci poskytování ošetrovatelské péče také přítomnost rodiny pacienta, snaha co nejvíce minimalizovat infekce spojené se zdravotní péčí, poznávat nové postupy a intervence při poskytování ošetrovatelské péče a také se snaží, aby nedošlo k poškození pacienta ze strany zdravotnických pracovníků. Všeobecné sestry také pozitivně vnímají práci s moderní technikou, práci v příjemném prostředí, dostupnosti jednotlivých výkonů a přínos bezdrátových systémů, QR kódů a kromě jiného také četnost a délka dovolených.

Třetí výzkumný cíl se věnoval zjišťování negativních oblastí výkonu povolání všeobecné sestry ve vybrané nemocnici v Saudské Arábii. Co se týče negativních aspektů souvisejícími

s výkonem povolání všeobecné sestry v Saudské Arábii, informanti nejvíce zmiňovali problematickou organizaci práce, tedy čekání na pokyny k ošetření ze strany nadřízených, dále nemožnost ukázat své další schopnosti a znalosti v rámci své kvalifikace. Jedna informantka také uvedla, že „...určitě zde půjdu hodně dolů, co se mých odbornostních zkušeností týče, protože mám pocit, že spoustu věcí, který já znám z Motola, mě tady nedovolí dělat, protože tady má každé oddělení jasně stanovené kompetence a za ty kompetence já jít nemůžu“. Informanti rovněž zdůrazňovali nedostatek ochranných pracovních pomůcek, dlouhé čekání na dodávku léků, které mnohdy musejí oni sami vyzvedávat v lékárnách, i když jsou třeba sami schopni tyto léky přichystat, jelikož tuto znalost získali svým studiem a praxí. Jednou z odpovědí také bylo „Čekat čtyři hodiny na Paracetamol, mi přijde jako naprostá šílenost“. Stejně tak je problematická i otázka tamního náboženství, tedy jak uvedla jedna informantka, že „vše je v rukou Alláhových“, což může představovat neochotu pacientů přijmout jistý druh léčby či ošetření, na druhou stranu i toto může souviset s komplikovaností a neochotou lékařů pacienta přesvědčit o přínosu v jeho prospěch. To potvrzuje informace, podané ze strany Hájka a Barbouha (2016), kteří se zaměřují na specifika péče o muslimského pacienta, což vyžaduje maximální toleranci ze strany všeobecných sester z nemuslimské země s porozuměním jejich postojů, které jsou zcela odlišné ve srovnání například s evropským přístupem. Dále se informanti setkávají i s určitou diskriminací, a to z důvodu národnostních aspektů, tedy, že arabský lékař zvýhodňuje arabské sestry, filipínský lékař filipínské sestry atd. Znevýhodnění pro ty ostatní spočívá v ukládání složitějších a zdlouhavějších úkonů. Se zmínkou v rámci administrativy a celkové vysoké byrokracie v souvislosti se zaznamenáváním jednotlivých úkonů do počítače, jsou informanti mnohdy nuceni trávit hodně času u počítačů, které nedosahují kvalitní technologické úrovně, a to z důvodu častého vynechávání a zpomalení, což narušuje celkovou práci a informantka dodává „...člověk obecně tráví polovinu času tūkáním do počítače“.

## ZÁVĚR

Studie se zabývala specifiky výkonu povolání všeobecné sestry ve vybraných nemocnicích v Saudské Arábii. Obecně lze uvést, že v Saudské Arábii mají programy vzdělávání všeobecných sester stále nízkou míru zapsání kvůli nevhodné pověsti profese v celé komunitě. Tato negativní pověst byla stimulována smíšeným pracovním prostředím, kulturními důvody, rodinnými rolemi a různými pracovními podmínkami, včetně nočních směn atd. Studie provedené v Saudské Arábii identifikovaly mnoho důvodů, proč se studenti rozhodli nevybrat si toto povolání. Mezi důvody patří negativní představa o kariéře sestry, neshody v rodině, dlouhá pracovní doba, práce s opačným pohlavím a obavy, že se nevdá. Ošetřovatelská pracovní síla se však získává z mnoha různých zemí, většina pochází z Indie nebo Filipín. Ministerstvo zdravotnictví umožnilo saúdským ženám studovat v ošetřovatelském programu pod podmínkou, že zůstanou kryty, budou poskytovat péči pouze pacientkám a nebudou pracovat s lékaři muži nebo dokonce pracovat na odpolední či noční směny.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ALKAHAMI, I. Y., BAKER, O. G. 2018. Exploring the factors influencing nurse's work motivation. *Iris Journal of Nursing & Care*. 1(1), 1–12. DOI 10.33552/IJNC.2018.01.000503.
- [2] FUKADA, M. 2018. Nursing competency: Definition, structure and development. *Yonago Acta Medica*. 61(1), 1–7. DOI 10.33160/yam.2018.03.001.
- [3] HÁJEK, M., BAHBOUH, CH. 2016. Muslimský pacient. In: HÁJEK, M. *Principy diagnostiky, terapie a komunikace*. Praha: Grada, s. 33-45. ISBN 978-80-247-5631-8.
- [4] KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.
- [5] ANON, 2022. Nurse: How become a nurse in Saudi Arabia [online]. [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: <https://www.1nurse.com/story/2022/03/21/how-become-nurse-saudi-arabia-guide-foreign-nurses/>



# THE SPECIFICS OF NURSING CARE PROVISION IN SAUDI ARABIA

## ABSTRACT

The article deals with the specifics of the profession of general nurses in Saudi Arabia from the perspective of general nurses from the Czech Republic. It addresses the growing shortage of nurses, which is having an adverse impact on healthcare systems around the world. The Kingdom of Saudi Arabia faces the same issue. Conditions for inclusion in the database of job seekers in Saudi Arabia, with a focus on nurses from the Czech Republic and the procedure for obtaining a medical profession authorisation for nurses. The study was carried out using a qualitative research method using the semi-structured interview technique. The study examined the specifics of the practice of the profession of Nurse in a selected hospital in Saudi Arabia, including the positive and negative areas of the practice of the profession of Nurse in a selected hospital in Saudi Arabia. The study found that there are a number of specifics of the provision of nursing care in Saudi Arabia, e.g. double check to ensure quality and safe care for patients. Nurses from abroad see working in Saudi Arabia as a new experience, an improvement of the financial situation, familiarization with a new collective, new nursing practices and different cultures. Saudi Arabia has a quality health system, offers a diverse cultural environment and new experiences for the provision of nursing care.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Pavλίna Juračková, DiS.  
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.  
Katedra všeobecného ošetřovatelství  
Duškova 1094/7  
150 00 Praha 5  
e-mail: pavlina.jurackova@seznam.cz

Mgr. Martin Krause, Ph.D.  
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.  
Katedra všeobecného ošetřovatelství  
Duškova 1094/7  
150 00 Praha 5  
e-mail: krause@vszdrav.cz

## KEYWORDS:

Nursing, profession, Saudi Arabia,  
specifics of nursing care, education

# PROBLEMATIKA ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI

NATÁLIE KŘEVÁLKOVÁ  
MICHAELA PŘIBÍKOVÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ,  
O. P. S.

## ABSTRAKT

V přednemocniční neodkladné péči se v této době většina zdravotnických záchranářů setkává pouze s elektronickou zdravotnickou dokumentací, jež je nutně provádí při každodenních výkonech jejich praxe. Cílem článku je představit výsledky výzkumu na téma problematika zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči, které osvětlují zkušenosti zdravotnických záchranářů z vybraného kraje s elektronickou zdravotnickou dokumentací. Výzkum byl realizován kvalitativní metodou výzkumu pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Analýza dat probíhala formou otevřeného kódování. Výzkumem jsou tak zjištěna nejen pozitiva elektronické zdravotnické dokumentace, která převažují, ale i negativa této formy zdravotnické dokumentace, která mohou znesnadňovat práci zdravotnických záchranářů. Dále výsledky výzkumu přináší také konkrétní návrhy na zlepšení elektronické zdravotnické dokumentace od zdravotnických záchranářů.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Elektronická zdravotnická dokumentace, přednemocniční neodkladná péče, zdravotnická dokumentace, zdravotnická záchranná služba, zdravotnický záchranář

## ÚVOD

V ýzkum, jež se zabýval problematikou zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči, si kladl za cíl především zmapovat situaci kolem elektronické zdravotnické dokumentace, která je dnes hojně zdravotnickými záchranáři využívána. Bylo nezbytné vymezit základní pojmy týkající se zdravotnické dokumentace, především vymezit rozdíl mezi dokumentací listinnou a elektronickou a zaměřit se na náležitosti, které se zdravotnické dokumentace týkají.

Listinná forma zdravotnické dokumentace je považována za pilíř dokumentace i zdravotní péče, oproti tomu dokumentace elektronická je sice novější, mladší, ale její rozvoj je bleskový a vzhledem k inovacím a neustálé elektronizaci celého zdravotnického systému je dnes na stejné úrovni jako listinné záznamy a stále se zdokonaluje. Cíl některých poskytovatelů zdravotních služeb je dosáhnout stavu takzvané nemocnice bez papírů neboli paperless hospital. Nejčastěji využívanou formou zdravotnické dokumentace je kombinace obou těchto metod, tedy listinné a elektronické (POLICAR, 2010, str. 94). Vše o elektronizaci zdravotnické dokumentace a jejích ustanoveních nalezneme zakotvené v zákoně č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů (ČESKO, 2021, str. 3868).

Mezi nejdůležitější náležitosti zdravotnické dokumentace řadíme ošetřovatelské zápisy, ale také lékařskou dokumentaci či případně nejrůznější konzilia a výsledky. Záznam o vývoji pacientova stavu se provádí u poskytovatele zdravotních služeb alespoň jedenkrát za dvacet čtyři hodin. V případě jakékoliv podstatné změny v průběhu zdravotního stavu je nutné zápis provádět neprodleně a bez odkladu. Každý zápis do dokumentace vedené v listinné podobě musí být opatřen uvedením data provedení zápisu a podpisem zdravotnického pracovníka, který zápis provedl. Uvedení titulu a celého čitelného jména konkrétního pracovníka je možné provést otiskem razítka. V elektronické podobě musí být zápis opatřen elektronickým podpisem (POLICAR, 2010, str. 30).

Zdravotnická dokumentace přednemocniční neodkladné péče je souhrnem dokumentů a informací o konkrétním pacientovi, a vždy obsahuje tyto důležité složky. Záznam operátora jakožto zvukovou nahrávku či záznam, který monitoruje počínání zdravotnického operačního střediska. Informace o činnosti samotné výjezdové skupiny jsou zaneseny v dokumentu s názvem Záznam o výjezdu, který se dá považovat za hlavní složku tohoto typu zdravotnické dokumentace. Při hromadných neštěstích se součástí dokumentace poskytovatele zdravotnické záchranné služby stává také třídící a identifikační karta a záznam o hromadném odsunu pacientů. Obsah a nutná kritéria těchto dokumentů nalezneme ukotvená ve vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. Dokumentace poskytovatele zdravotnické záchranné služby je shodně jako dokumentace nemocniční dnes vedena ve formě kombinované – listinné i elektronické (ČESKO, 2012, str. 1675).

Právě Záznam o výjezdu je pro zdravotnického záchranáře dokumentem, se kterým se setkává nejčastěji. Dnes je již sepisován elektronicky, a to do mobilního počítače či notebooku. Záznam je realizován od přijetí výzvy a je ukončen předáním pacienta cílovému poskytovateli zdravotních služeb či ponecháním pacienta na místě zásahu. V obou těchto případech je Záznam o výjezdu tištěn do listinné podoby. Záznam o výjezdu musí být vždy vyplněn čitelně a přehledně, čemuž napomáhají v elektronické formě dokumentace kolonky, které jsou zdravotnickými záchranáři zatrhávány. Úplné a správné vyplnění zdravotnické dokumentace tvoří základ postupu lege artis (Remeš a Trnovská, 2013, str. 22).

Díky elektronizaci zdravotnické dokumentace je dnes také možné zobrazit v tabletu zdravotnického záchranáře historii pacienta, pokud si již v minulosti zdravotnickou záchrannou službu zavolal. Je tak možné v jeho záznamech nalézt historii jeho zdravotních obtíží či například alergii na některá léčiva a zjednodušit si tak odběr diagnózy a celkové vyplňování elektronické zdravotnické dokumentace posádkou zdravotnické záchranné služby (ZZS HMP, 2018).

## CÍLE VÝZKUMU

**C**ílem výzkumu bylo zjistit způsob vedení elektronické zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnických záchranářů, její pozitiva a negativa, včetně doporučení zdravotnických záchranářů ke zlepšení elektronické zdravotnické dokumentace.

Dílčí výzkumné cíle:

1. Zjistit, jakým způsobem je vedena elektronická zdravotnická dokumentace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnického záchranáře.
2. Zjistit pozitiva elektronické zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnického záchranáře.
3. Zjistit negativa elektronické zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnického záchranáře.
4. Zjistit doporučení zdravotnických záchranářů k elektronické zdravotnické dokumentaci v přednemocniční neodkladné péči.

K jednotlivým výzkumným cílům byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem je vedena elektronická zdravotnická dokumentace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnického záchranáře?
2. Jaká jsou pozitiva elektronické zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnického záchranáře?
3. Jaká jsou negativa elektronické zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnického záchranáře?
4. Jaká jsou doporučení zdravotnických záchranářů k elektronické zdravotnické dokumentaci v přednemocniční neodkladné péči?

## MATERIÁL A METODY

**P**ro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda. Sběr dat byl realizován pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru, který byl rozdělen dle výzkumných otázek do pěti částí a celkově obsahoval 24 otázek.

Otázky se dělily do pěti částí – identifikační otázky (informanti odpovídali anonymně, vzhledem k povaze odpovědí bylo ale třeba znát například jejich zkušenosti se ZZS nebo délku jejich praxe), otázky na obecné vedení zdravotnické dokumentace (s cílem zjistit povědomí a znalost tohoto způsobu vedení zdravotnické dokumentace), dále otázky právě na již zmíněná pozitiva a negativa elektronické dokumentace (s možností srovnání s předchozí formou, a to listinnou, neboť dva z informantů mají více než 10 letou praxi na zdravotnické záchranné službě). Poslední část představovaly otázky na doporučení pro zlepšení elektronické zdravotnické dokumentace z pohledu zdravotnických záchranářů. A převážně z této části byly vytěženy výsledky výzkumu a doporučení pro praxi.

Informanti byli zdravotničtí záchranáři pracující na výjezdových základnách zdravotnické záchranné služby. Všichni informanti poskytli písemný souhlas s nahráváním rozhovoru digitální formou, následným doslovným přepsáním rozhovorů, jejich zpracováním a ponecháním identity všech informantů v anonymitě. O výzkumu byl informován a s realizací výzkumu souhlasil pověřený zaměstnanec ZZS.

Výzkum byl realizován v měsíci březnu roku 2023. Začal vždy představením tématu a hlavních cílů. Každý rozhovor trval v průměru 25 minut a po jeho ukončení bylo konkrétnímu zdravotnickému záchranáři poděkováno za spolupráci a v případě zájmu vysvětlen následující postup zpracování dat.

Po digitálním shromáždění všech informací a odpovědí bylo vše doslovně přepsáno do programu Microsoft Office Word 2022. Zpracovaná data byla převedena do kategorií a podkategorií a jejich analýza probíhala formou otevřeného kódování. Informantům bylo pro lepší přehlednost v textu přiřazeno označení R1 až R6.

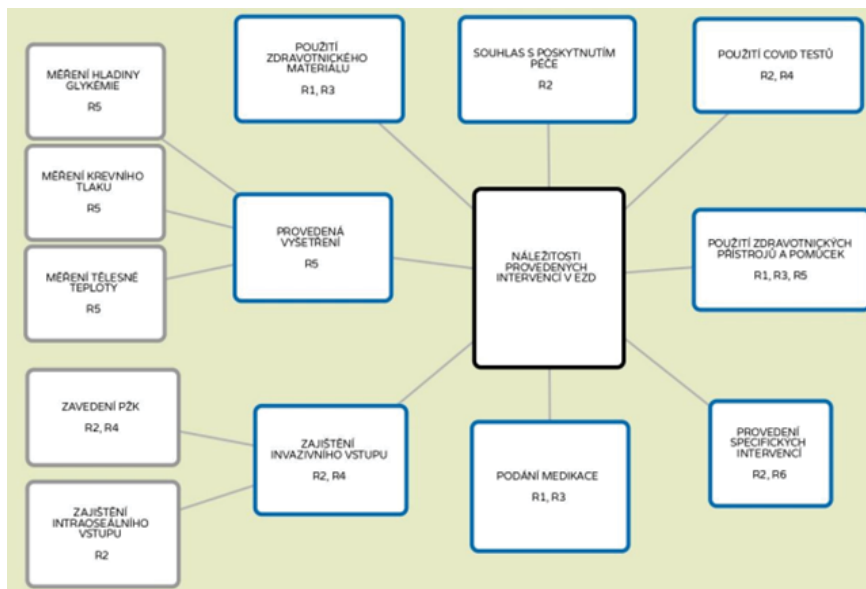
## VÝSLEDKY A DISKUSE

**V** první oblasti výzkumu byl zjišťován způsob vedení elektronické zdravotnické dokumentace zdravotnickými záchranáři na vybrané zdravotnické záchranné službě vybraného kraje. Jak uvádí Policar (2010) je toto téma velice aktuální vzhledem k neustálé modernizaci zdravotnictví.

V oblasti záznamu provedených intervencí (Schéma 1) bylo z výzkumného šetření zjištěno, že zdravotničtí záchranáři zaznamenávají provedená vyšetření, použití zdravotnických pomůcek či podání medikace pacientovi. Jak uvádí Remeš a Trnovská (2013) ve své publikaci, při podání léků je třeba zaznamenat název léku, dávku a způsob podání. Tento fakt uvedla také informantka 2 a to přímým příkladem podání léku Apaurinu v dávce 5mg a způsobu podání intramuskulárně.

## Schéma 1

### Náležitosti provedených intervencí v elektronické zdravotnické dokumentaci



V části dalších náležitostí elektronické zdravotnické dokumentace bylo z výzkumu zjištěno, že další příkládanou dokumentací jsou lékařské zprávy či záznam EKG. Remeš a Trnovská (2013) ve své publikaci uvádějí, že EKG by mělo být součástí záznamu o výjezdu, pokud je indikováno a zdravotní stav pacienta si ho vyžaduje. To nejčastěji mohou být stavy spojené s bolestmi na hrudi či například počínající kardiální dekompenzací.

V oblasti oprav elektronické zdravotnické dokumentace bylo z výzkumu zjištěno, že zdravotničtí záchranáři mohou elektronicky provádět opravy dokumentace pouze za předpokladu, že původní záznam zůstane čitelný a jeho oprava je provedena do komentářů záznamu. Na tuto skutečnost také poukazuje Policar (2010) ve své publikaci a upřesňuje, že záznam po jeho uzavření není možné měnit, pouze opravit a ponechat původní záznam čitelný, stejně jako u listinné zdravotnické dokumentace.

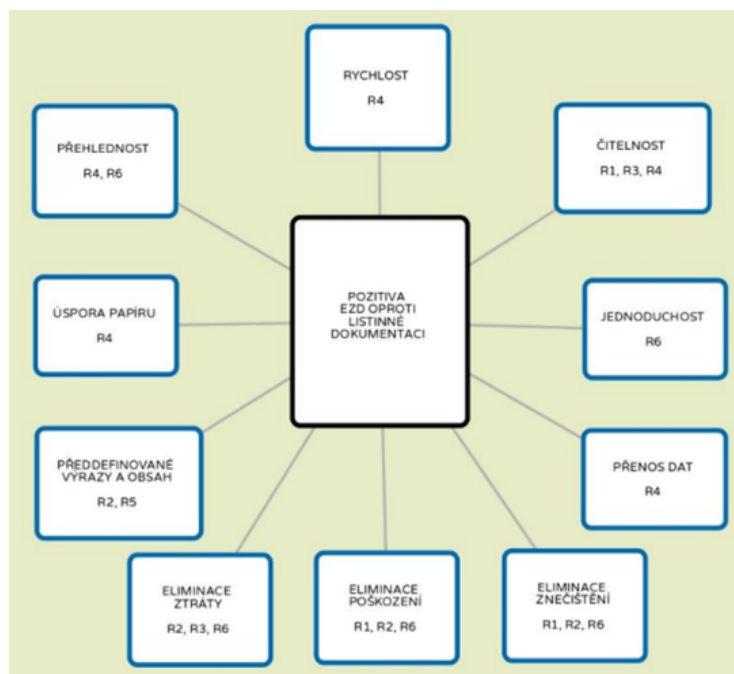
Informanti uvedli, že nejfrekventovanějším záznamem a nutností telefonické indikace lékaře je podání medikace. Informanti autora Ježka (2021) uváděli shodnou informaci o telefonické indikaci lékaře, a to že nejčastěji je vyžadována ke schválení či indikování podání medikace pacientovi. Z oblasti zajišťování autentičnosti záznamu uvedli informanti jednotnou odpověď. Autentičnost jejich záznamu do elektronické zdravotnické dokumentace je zajišťována elektronickým podpisem. Dodali informace o opatření podpisu jménem pracovníka, jeho zabezpečení pomocí hesla či informaci o nositeli elektronického zdravotnického podpisu v prostředí zdravotnických záchranných služeb, tokenech. Policar (2010) ve své publikaci uvádí, že každý elektronický podpis je opatřen identifikací toho konkrétního pracovníka, který podpis vytvořil.

V oblasti pozitiv elektronické zdravotnické dokumentace bylo z výzkumného šetření zjištěno, že informanti spatřují největší pozitiva v jednoduchosti vyplňování elektronické zdravotnické dokumentace a posloupnosti vyplňování záznamu. Informantka 2 uvedla, že při vyplňování elektronické zdravotnické dokumentace prakticky není možné na nic zapomenout. Posloupnost byla nejvíce zmiňovaným pozitivem elektronické zdravotnické dokumentace.

Jako pozitiva dále uvádějí nemožnost poničení záznamu, jeho uchovávání či čitelnost. Dalším zjištěným pozitivem bylo používání předdefinovaných výrazů při vyplňování elektronické zdravotnické dokumentace. Shodné informace také uvádějí informanti kvalifikační práce autora Kletečky (2020). Ti uvádějí jako největší přednosti elektronické zdravotnické dokumentace právě čitelnost či nemožnost poškození dokumentace vnějšími vlivy klimatu. Dále také zmiňují nadefinované vzory v záznamech obdobně jako naši informanti. Z celkového pohledu pak byla zjištěna značná pozitiva elektronické zdravotnické dokumentace oproti listinné zdravotnické dokumentaci (Schéma 2).

### **Schéma 2**

#### ***Pozitiva elektornické zdravotické dokumentace oproti listinné dokumentaci***



Informantka 6 uvedla jako pozitivum elektronické zdravotnické dokumentace možnost pomoci s jejím vyplňováním řidičem zdravotnické záchrané služby. Sama přitom uvádí, že v listinné dokumentaci by takováto pomoc nebyla možná, jelikož by to porušovalo metodické pokyny zdravotnické záchrané služby. Náš názor je takový, že vyplňování elektronické zdravotnické dokumentace by mělo zůstat pouze v kompetencích zdravotnického záchranáře, který je k tomu dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech

zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, oprávněn (ČESKO, 2011, str. 484). Zároveň se takto dle našeho názoru zdravotnický záchranář vystavuje riziku v pochybení záznamu elektronické zdravotnické dokumentace, a to ne svou vinou. On je však ručitelem za korektnost záznamu v elektronické zdravotnické dokumentaci a je podepsán pod záznamem elektronickým podpisem.

V oblasti negativ elektronické zdravotnické dokumentace bylo z výzkumného šetření zjištěno, že informanti vnímají jako největší negativum možnost pochybení v záznamu anamnézy pacienta z důvodu automatismu při takzvaném „vyklikávání“. Informant 5 uvedl, že právě v důsledku automatismů je možné při nepozornosti zdravotnického záchranáře uvést chybnou anamnézu pacienta. Konkrétně uvádí záměnu srdečního rytmu u pacienta s fibrilací síní, kterému byla poskytována přednemocniční neodkladná péče a následkem spěchu a nepozornosti byl zdravotnickým záchranářem vyplněn sinusový rytmus v anamnéze elektronické zdravotnické dokumentace.

Dále bylo z výzkumu zjištěno, že zdravotničtí záchranáři spatřují negativa při obsluze přístroje především v nereagování tabletu na dotyk či celkové hmotnosti tabletu. Dle našeho názoru je hmotnost tabletu zdravotnické záchranné služby vysoká vzhledem k moderním technologiím, které jsou dnes již dostupné.

Dále informanti uváděli jako negativa elektronické zdravotnické dokumentace oproti listinné zdravotnické dokumentaci její časovou náročnost. Je ale potřeba zmínit, že informanti, kteří uvedli, že dle jejich názoru je elektronická zdravotnická dokumentace časově náročnější než listinná dokumentace, s listinnou nemají na zdravotnické záchranné službě žádné zkušenosti. Neboli po celou jejich praxi na zdravotnické záchranné službě je již zavedena elektronická zdravotnická dokumentace. Jejich názor na vyšší časovou náročnost je tedy pouze domněnkou, že listinná dokumentace byla v minulosti rychlejší na vyplňování. Informanti z kvalifikační práce Kletečky (2020) byli otázkou rychlosti vyplňování dokumentace rozdělení přesně na poloviny. Polovina informantů považuje vyplňování elektronické zdravotnické dokumentace za časově náročnější a druhá polovina informantů považuje vyplnění listinné formy zdravotnické dokumentace za časově náročnější.

Dalším zjištěným negativem elektronické zdravotnické dokumentace v rámci výzkumu bylo umístění tabletu ve voze zdravotnické záchranné služby a také nevolnost zdravotnických záchranářů při práci s tabletem za jízdy. Informanti uváděli, že tablet nemá své náležité místo ve voze a držáky, které jsou na tablety nainstalovány, nejsou kompatibilní pro konkrétní elektroniku. Informanti v kvalifikační práci Slunečka (2022) uváděli podobný problém a navrhovali dokumentaci, která bude logicky umístěna a bude možné do tabletu za jízdy vpisovat záznam.

V poslední části výzkumného šetření byla zjišťována doporučení pro elektronickou zdravotnickou dokumentaci od zdravotnických záchranářů. Informanti uváděli jako doporučení pro lepší obslužnost tabletu převážně externí klávesnici. Nespolehlivost

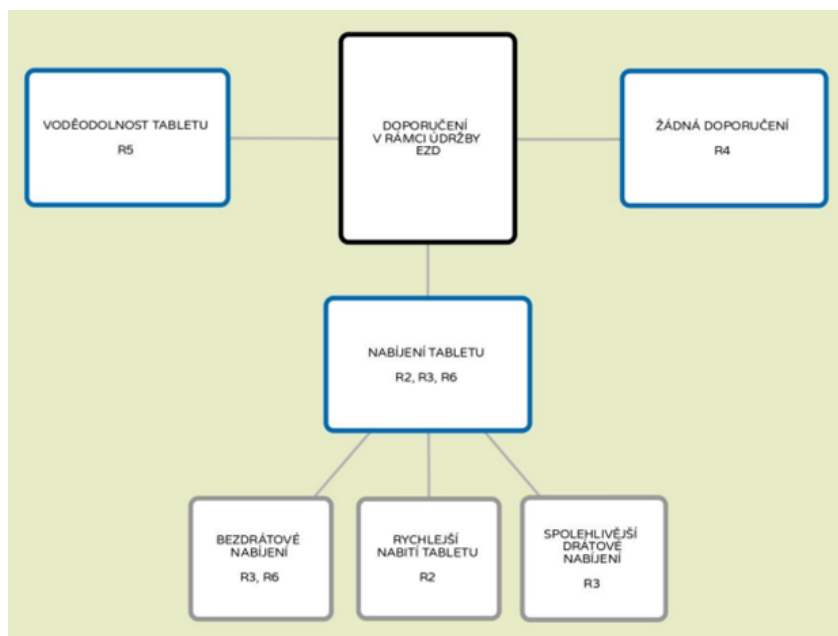


dotykové klávesnice, nereagování na dotyk při manipulaci ve zdravotnických rukavicích či umazání zápisu v tabletu jsou problémy, se kterými se zdravotničtí záchranáři potýkají každý den. Obdobně také informanti kvalifikační práce autora Slunečka (2022) vznesli návrh na možnost externí klávesnice, která by mohla zlepšit zadávání textu.

Dalším doporučením informantů bylo zlepšení nabíjení tabletů elektronické zdravotnické dokumentace (Schéma 3). Byla doporučena možnost bezdrátového nabíjení či alespoň vylepšení drátového nabíjení myšleno pořízením bytelnějších a odolnějších napájecích kabelů. Informanti kvalifikační práce autora Záruby (2019) ovšem uvádějí, že dle jejich názoru mají baterie dostatečnou kapacitu a nemají žádné problémy s jejich nabíjením. Dle jejich názoru je kapacita a nabíjení tabletu přímo úměrné stupni jejich vytížení.

### Schéma 3

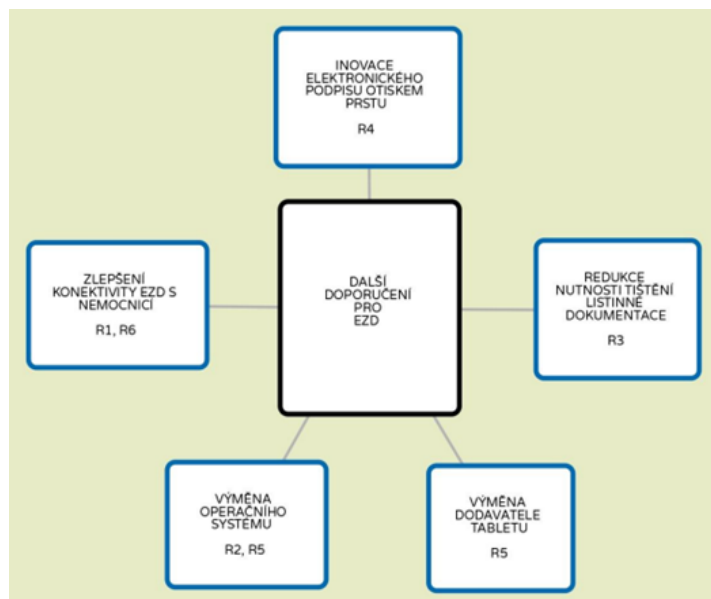
#### Doporučení v rámci údržby elektronické zdravotnické dokumentace



Informanti autora Záruby (2019) také uvádějí problematiku tiskáren, které jsou s elektronickou zdravotnickou dokumentací nutně spojeny. Uvedli tedy jako ideální možnost netištění dokumentace. Shodný názor a zároveň doporučení projevili také naši informanti, a to doporučení pro redukci nutnosti tištění listinné formy zdravotnické dokumentace a s tím související zlepšení avíza neboli předávání informací ohledně pacienta cílovému poskytovateli zdravotních služeb. Dle našeho názoru je velice inovativní doporučení informanta na zlepšení elektronického podpisu spočívající v upuštění od tokenů jakožto nosičů elektronického podpisu a jeho inovaci například otiskem prstu (Schéma 4).

## Schéma 4

### Další doporučení pro elektronickou zdravotnickou dokumentaci



## ZÁVĚR

**P**ředložený článek představil výstupy výzkumu, jež se zabýval problematikou zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči. Z výzkumu, který byl realizován, vyplynulo, že pozitiva elektronické zdravotnické dokumentace převažují v praxi nad negativy, a přechod z listinné na elektronickou je určitě tou správnou cestou.

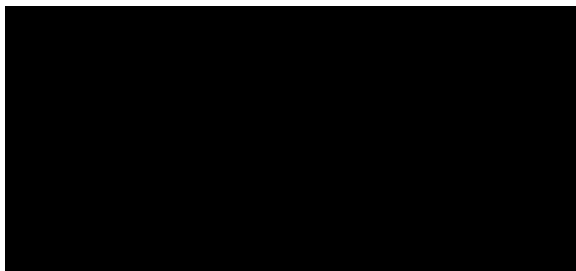
Zároveň ale výzkum ukazuje, že je třeba zamyslet se nad některými aspekty, jež práci zdravotnických záchranářů znesnadňují. Mezi návrhy patří vytvoření dvou šablon pro výjezdy (jednu jednodušší, která u neakutních a nerozsáhlých výjezdů ušetří čas a námahu pracovníků), montáž dokovacích stanic na tablety, které se k vyplňování elektronické zdravotnické dokumentace využívají (do kabiny řidiče na místo spolujezdce a druhý do zadní části vozu, aby byla usnadněna manipulace se zařízením, zajištěno jeho neustálé dobíjení a také minimalizována nevolnost pracovníků, kteří dokumentaci většinou vyplňují za jízdy). Dalšími praktickými návrhy bylo například zlepšit konektivitu mezi ZZS a nemocnicí, a zlepšit tak a urychlit předávání pacientů cílovému poskytovateli zdravotních služeb, nebo urychlit elektronický podpis otiskem prstu namísto tokenu.

Je tedy třeba zvážit, zda nestojí za to uvést tato doporučení do praxe, byť by jen minimálně přispěla ke zlepšení a zrychlení práce zdravotnické záchranné služby a také k lepšímu psychickému (a fyzickému) zdraví personálu ZZS.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb., ze dne 16. listopadu, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: Sběrka zákonů České republiky. Částka 137. s. 482–543. ISSN 1211-1244.
- [2] ČESKO, 2012. Vyhláška č. 98/2012 Sb., ze dne 22. března, o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. In: Sběrka zákonů České republiky. Částka 39, s. 1666–1685. ISSN 1211-1244.
- [3] ČESKO, 2021. Zákon č. 325/2021 Sb., ze dne 18. srpna, o elektronizaci zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů. In: Sběrka zákonů České republiky. Částka 143, s. 3868–3886. ISSN 1211-1244.
- [4] JEŽEK, P. 2021. Komunikace mezi zdravotnickým záchranářem a lékařem v přednemocniční péči. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická. Fakulta ošetřovatelství. Katedra zdravotnického záchranářství.
- [5] KLETEČKA, P., 2020. Problematika dokumentace na ZZS. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická. Fakulta ošetřovatelství. Katedra zdravotnického záchranářství.
- [6] POLICAR, R. 2010. Zdravotnická dokumentace v praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7.
- [7] SLUNEČKO, K. 2022. Zdravotnická dokumentace v přednemocniční péči. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Budějovicích. Fakulta zdravotně sociální. Program specializace ve zdravotnictví.
- [8] REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S. 2013. Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.
- [9] ZÁRUBA, P., 2019. Analýza zdravotnických dokumentací na zdravotnické záchranné službě České republiky. Liberec. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Fakulta zdravotnických studií. Program specializace ve zdravotnictví.
- [10] ZZS HMP, 2018. Konec doby papírové. Záchranka přešla na Elektronickou zdravotnickou dokumentaci – Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy. Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy [online]. Copyright © 2021 Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy [cit. 09.02.2023]. Dostupné z: <https://www.zzhmp.cz/aktuality/konec-doby-papirove-zachranka-presla-na-elektronickou-zdravotnickou-dokumentaci/>

# ISSUES OF MEDICAL DOCUMENTATION IN PREHOSPITAL EMERGENCY CARE



## ABSTRACT

In pre-hospital emergency care at this time, most paramedics only encounter electronic medical documentation, which necessarily accompanies them in the day-to-day performance of their practice. The aim of the article is to present the results of research on The Issue of Medical Documentation in Pre-Hospital Emergency Care, which clarifies the experience of medical rescuers from the selected region with electronic documentation. The research not only clarifies the positives and negatives of this form of medical documentation, but also brings with it concrete suggestions for improvements directly from respondents, i.e. people from practice.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Natálie Křeválková  
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.  
Katedra zdravotnického záchranářství  
Duškova 7  
150 00 Praha 5  
e-mail: nataliekrevalkova@gmail.com

Mgr. Michaela Přibíková  
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.  
Katedra zdravotnického záchranářství  
Duškova 7  
150 00 Praha 5  
e-mail: pribikova@vszdrav.cz

## KEYWORDS:

Electronic medical documentation, prehospital emergency care, medical documentation, medical emergency service, paramedic

# AKUTNÍ CVVHD Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY

FILIP KREMEL  
MICHAELA PŘIBÍKOVÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ  
O. P. S.

## ABSTRAKT

Akutní CVVHD neboli akutní kontinuální venovenózní hemodialýza je jednou z nejčastějších akutních terapeutických metod, se kterou přijdou do kontaktu především všeobecné sestry pracující v intenzivních oborech ať už to na oddělení intenzivní péče, popřípadě na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Cílem průzkumu bylo zjistit, jak probíhá příprava před zahájením akutní CVVHD z pohledu všeobecné sestry, jak probíhá poskytování komplexní ošetrovatelské péče z pohledu všeobecné sestry a jak probíhá ukončování akutní CVVHD z pohledu všeobecné sestry. Ke sběru průzkumných dat byla využita kvalitativní metoda za pomoci polostrukturovaného rozhovoru, který obsahoval 23 předem připravených otázek. Rozhovoru se zúčastnilo pět všeobecných sester pracujících na předem zvoleném anesteziologicko-resuscitačním oddělení se zkušenostmi v péči o pacienty vyžadující akutní CVVHD terapii.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Cévní vstupy, hemodialýza, intenzivní péče, ošetrovatelská péče, všeobecná sestra

## ÚVOD

**V**současné době je akutní CVVHD nejčastěji využívanou kontinuální eliminační metodou nejen při léčbě akutního renálního selhávání, ale své opodstatnění má i v případě vnitřního rozvratu, sepse či intoxikace. Jedná se o terapeutickou metodu, při které dochází k eliminaci přebytečných látek v organismu, jichž se není tělo samo schopno zbavit. Důležitým aspektem je správné načasování zahájení terapie, protože je nutné vysledovat ten správný moment, aby se terapie nezahájila příliš brzy či naopak příliš pozdě. Značnou výhodou této metody je lepší stabilizace a monitoring pacienta, ale i tato metoda má své nevýhody, a to především imobilizaci pacienta, riziko vzniku krvácení a technickou náročnost. Z pohledu ošetrovatelské péče je nutné pohlížet na pacienta z komplexního hlediska, neboť tito pacienti téměř vždy vyžadují specifickou ošetrovatelskou péči.

## AKUTNÍ CVVHD

**H**emodialýza se světu dostala do podvědomí v období 2. sv. války, a to především díky Willemu Kolffovi. V ČR byla provedena první umělá ledvina v roce 1955, a to konkrétně ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (TESAŘ a VIKLICKÝ, 2015).

Akutní CVVHD je jednou z posledních terapeutických možností především tedy v případě akutního renálního selhávání, jimž trpí zhruba větší polovina pacientů hospitalizovaných na odděleních intenzivní a resuscitační péče (WINDSOR, 2020).

Nejčastějšími indikacemi pro zahájení akutní CVVHD je akutní renální selhání, metabolický rozvrat, sepse či intoxikace (MALÁSKA et al., 2020). Vzhledem k tomu, že je akutní CVVHD jednou z život zachraňujících možností, tak výčet kontraindikací je minimální. Potencionální kontraindikace by mohly souviset především s těžkým hepatálním selháním či hemodynamickou nestabilitou pacienta (HALUZÍKOVÁ et al., 2021).

V případě akutní CVVHD se nejčastěji zavádí centrální dialyzační kanyla, která se skládá s pouhých dvou lumen. Jeden lumen je červený neboli arteriální a druhý lumen je modrý neboli venózní. V praxi to funguje tak, že červeným lumenem se krev nasává od pacienta a modrým lumenem se naopak vrací nazpět k pacientovi (CHYTILOVÁ et al., 2015).

Komplikace spojené s akutní CVVHD se nejčastěji objevují u pacientů s vyšším věkem a přidruženými komorbiditami. Jednou z nejčastějších komplikací je rozvoj hypotenze. Mezi další komplikace řadíme arytmie, metabolický rozvrat, riziko krvácení anebo riziko infekce (TESAŘ a VIKLICKÝ, 2015).

Pacientům s akutní CVVHD je poskytována komplexní ošetrovatelská péče, neboť tito pacienti vyžadují péči v mnoha specifických odvětvích. Samotná péče se skládá z přípravy na terapii, ošetrovatelské péče během samotného cyklu a ukončování terapie (KAPOUNOVÁ, 2020).

Příprava před zahájením akutní CVVHD spočívá především v nachystání sterilních pomůcek, asistenci lékaři při zajišťování dialyzační kanyly (KNECHTOVÁ a SUKOVÁ, 2017). V druhé fázi příprava spočívá v nachystání samotného dialyzačního přístroje včetně zadání terapeutických hodnot dle ordinace lékaře (LACHMANOVÁ, 2022).

Vzhledem k tomu, že je většina pacientů během akutní CVVHD sledována a převedena na UPV, tak je součástí péče i péče o dýchací cestu (KAPOUNOVÁ, 2020). Péče o dialyzační kanylu by měla probíhat každý den alespoň kontrolou místa zavedení, přičemž sterilní ošetření včetně převazů by se mělo provádět na základě typu sterilního krytí (HALUZÍKOVÁ et al., 2019). Dále jsou neodmyslitelnou součástí péče kontrolní krevní odběry, kde sledujeme především hodnoty Ca<sup>2+</sup>. První odběry se provádí ihned 5 minut po začátku terapie, a to pouze z tzv. dialyzačního okruhu. Synchronizace obou odběrů se provádí zhruba po 6 hodinách anebo dle ordinace lékaře (TESAŘ a VIKLICKÝ, 2015). Své opodstatnění má v komplexní ošetrovatelské péči i výživa a hydratace, kde sledujeme především u pacientů s akutním renálním selháváním příjem a výdej tekutin (LACHMANOVÁ, 2022). V případě akutní CVVHD je největší výdej tvořen především samotnou močí a filtrátem, který je určen rychlostí ultrafiltrace (HALUZÍKOVÁ et al., 2019).

Hlavními činnostmi při ukončování akutní CVVHD je především odpojování pacienta od dialyzačního přístroje a odstranění dialyzační kanyly. Odpojování pacienta od dialyzačního přístroje je vhodné provádět ve dvou a za přísně aseptických podmínek, kdy jako první provedeme odpojení arteriálního přístupu a následně venózního přístupu (LACHMANOVÁ, 2022). V případě jednorázového terapeutického cyklu se přistupuje k okamžitému odstranění dialyzační kanyly, kdy se po šetrném odstranění stehů provede odstranění dialyzační kanyly za současné komprese místa vpichu. Posléze se již sleduje, zda místo nekrvácí a po patřičné době se místo přelepí novým sterilním krytím (VYTEJČKOVÁ et al., 2015). Posledním krokem je úklid a dezinfekce dialyzačního přístroje (HALUZÍKOVÁ et al., 2019).

## VÝSLEDKY

Cílem průzkumu bylo zjistit, jak probíhá příprava před zahájením akutní CVVHD z pohledu všeobecné sestry, jak probíhá poskytování komplexní ošetrovatelské péče u pacienta s akutní CVVHD z pohledu všeobecné sestry a jak probíhá ukončování akutní CVVHD z pohledu všeobecné sestry. Průzkum byl prováděn na předem vybraném anesteziologicko-resuscitačním oddělení a sběr dat byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Průzkumu se zúčastnilo pět všeobecných sester, které již měly zkušenosti s poskytováním komplexní ošetrovatelské péče pacientům s akutní CVVHD. Průzkumná data byla získávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru o 23 otázkách, přičemž samotný rozhovor byl rozdělen do pěti částí. První část se věnovala obecným informacím. Druhá část se věnovala přípravě před zahájením akutní CVVHD. Třetí část se věnovala poskytování komplexní ošetrovatelské péče pacientům s akutní CVVHD. Čtvrtá část se věnovala ukončování akutní CVVHD a pátá část se věnovala doporučením od samotných všeobecných sester. Samotný průzkum probíhal v období leden až únor roku 2023.

V případě přípravy před zahájením akutní CVVHD z pohledu všeobecné sestry vyplynulo především to, že práce všeobecné sestry spočívá v přípravě sterilních pomůcek, asistenci lékaři během samotného zavádění dialyzační kanyly, přípravy dialyzačního přístroje s provedením nastavení patřičných terapeutických parametrů dle ordinace lékaře včetně provedení samotné setáže a zahájení dialyzačního protokolu. Dále z odpovědí všeobecných sester jasně vyplynulo, že nejčastějšími komplikacemi během přípravy akutní CVVHD jsou hemodynamická nestabilita pacienta, nefunkční dialyzační kanyla, neklidný a nespolupracující pacient a nespolupracující dialyzační přístroj především v souvislosti s nesprávným nasazením dialyzačního kitu.

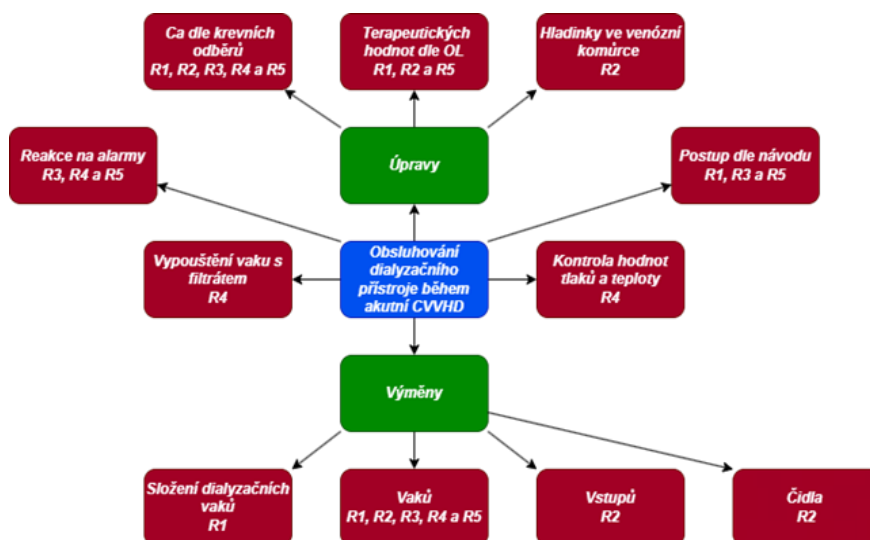
Ze získaných průzkumných dat z oblasti poskytování komplexní ošetrovatelské péče vyplynulo, že se jedná o zcela individuální komplexní ošetrovatelskou péči, která se odvíjí od individuálních potřeb každého pacienta. Zpravidla je, ale součástí péče také péče o UPV a dýchací cesty, neboť většina pacientů s akutní CVVHD je uvedena do umělého spánku. Opomenuta není ani péče o hydrataci, výživu a prevenci imobilizačního syndromu. Je samozřejmostí, že největší část ošetrovatelské péče se týká dialyzační kanyly, dialyzačního přístroje a kontrolních odběrů krve. V případě dialyzační kanyly probíhá ošetrovatelská péče každý den minimálně tedy alespoň zhodnocením místa vpichu a funkčnosti. Přeazy dialyzační kanyly se již odvíjí od typu použitého krytí. Co se týče dialyzačního přístroje, tak tam všeobecná sestra především kontroluje bezproblémový chod terapie dále se provádějí výměny vaků či vypouštění filtrátu na základě alarmů dialýzy a v neposlední řadě se provádí úprava terapeutických hodnot na základě kontrolních krevních odběrů a ordinací lékaře. Za komplikace během poskytování komplexní ošetrovatelské péče považují především hemodynamickou nestabilitu pacienta, nefunkční dialyzační kanylu, alarmy arteriálních a venózních tlaků či akutní transport pacienta mimo oddělení. Všeobecné sestry dále uvedly, že do dialyzačního protokolu během terapeutického cyklu zapisují především změny nastavení terapeutických hodnot.

Ukončování akutní CVVHD na základě získaných průzkumných dat probíhá zpravidla ve dvou a za sterilních podmínek na základě rozhodnutí lékaře. Všeobecné sestry dále uvedly, že těsně po ukončení akutní CVVHD je prioritou dialyzační kanyla. Uvedly, že v případě zachování je důležitá každodenní kontrola místa vpichu včetně kontroly funkčnosti s výměnou heparinových zátek. Kanylu odstraňují na základě rozhodnutí lékaře, a to tak, že nejprve odstraní původní sterilní krytí, šetrně odstraní stehy a posléze již za současné komprese provedou vytažení kanyly. Mimo jiné plní ordinace lékaře, které se týkají především kontrolních krevních odběrů a aplikace kontinuálních diuretik. Problematické oblasti spatřují především v hemodynamické nestabilitě pacienta, nárůstu laboratorních hodnot, rozvratu vnitřního prostředí či v riziku krvácení. Dle jejich slov je posledním krokem ukončení dialyzačního protokolu, kde zaznamenají přesný datum a čas ukončení včetně posledních nastavených terapeutických hodnot.



## Schéma 1

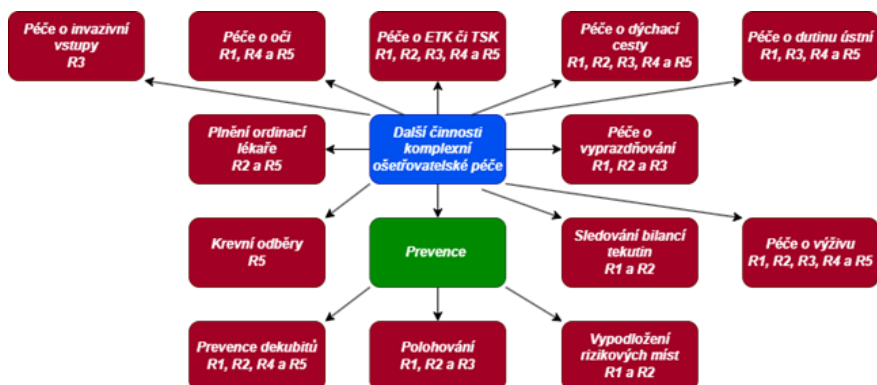
### Obsluhování dialyzačního přístroje během akutní CVVHD



Zdroj: autor

## Schéma 2

### Další činnosti komplexní ošetrovatelské péče



Zdroj: autor

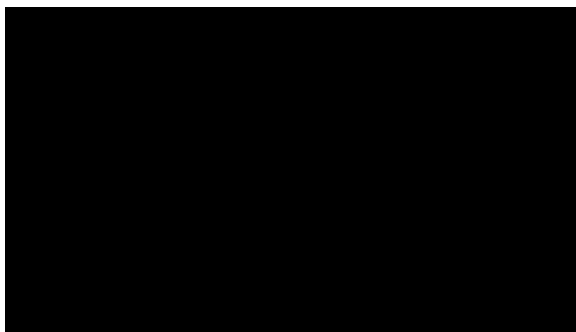
## ZÁVĚR

**A**kutní CVVHD je neodmyslitelnou součástí terapeutických metod užívaných na odděleních intenzivní a resuscitační péče. Z tohoto článku by mělo jasně vyplynout, že se nejedná pouze o ošetrovatelskou péči o samotnou dialyzační kanylu, popř. dialyzační přístroj, ale tento článek by měl jasně poukazovat na to, že se jedná o komplexní ošetrovatelskou péči, která se řídí specifiky daného pacienta, přičemž ve většině případů se jedná o poskytování vysoce specializované péče v mnoha směrech. Hlavní podstatou je tedy, aby nově nastupující všeobecné sestry na oddělení intenzivní, popř. resuscitační péče měly dostatečné vědomosti o samotné CVVHD terapii a dovednosti s prací se samotným dialyzačním přístrojem. K tomuto by měla přispět především časná edukace nově příchozích všeobecných sester zkušenějšími kolegyněmi anebo zajištění kvalitních specializovaných přednášek či kurzů týkajících se kontinuálních eliminačních metod.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] HALUZÍKOVÁ, J. et al., 2019. Ošetřovatelství v nefrologii. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5329-4.
- [2] CHYTILOVÁ, E. et al., 2015. Cévní přístupy pro hemodialýzu. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3657-3.
- [3] KAPOUNOVÁ, G. 2020. Ošetřovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.
- [4] KNECHTOVÁ, Z., SUKOVÁ, O. 2017. Ošetřovatelské postupy v intenzivní péči: Kardiovaskulární aparát. Brno: Masarykova univerzita Lékařská fakulta. ISBN 978-80-210-8789-7.
- [5] LACHMANOVÁ, J. 2022. Vše o hemodialýze pro sestry. 2., doplněné a přepracované. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-634-1.
- [6] MALÁSKA, J. et al., 2020. Intenzivní medicína v praxi. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-675-7.
- [7] TESAŘ, V., VIKLICKÝ, O. 2015. Klinická nefrologie. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4367-7.
- [8] VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.
- [9] WINDSOR, M. 2020. CRRT dialysis in the ICU — what patients and families want to know. UAB Reporter [online]. Birmingham: The University of Alabama. [cit. 2022-11-19]. Dostupné z: <https://www.uab.edu/reporter/patient-care/advances/item/9018-crrt-dialysis-in-the-icu-what-patients-and-families-want-to-know>

# ACUTE CONTINUOUS DIALYSIS FROM THE PERSPECTIVE OF NURSE



## ABSTRACT

Acute CVVHD or acute continuous venovenous hemodialysis is one of the most frequently intensive acute therapeutic methods, with which general nurses working in ICU. The aim of this research as part of the creation of a bachelor's thesis was to find out how is looking the prepare before start of acute CVVHD from the perspective of nurse, how is the nursing care carry out to the patients with acute CVVHD from the perspective of nurse and how is looking for the finish of acute CVVHD from the perspective of nurse. The exploratory survey is carried out in the form of semistructured interviews with general nurses who work in intensive care and have practice with this kind of patients.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Filip Kremel, DiS.  
Vysoká škola zdravotnická o. p. s.  
Duškova 7  
150 00 Praha 5  
e-mail: Kremel@centrum.cz

Mgr. Michaela Přibíková  
Vysoká škola zdravotnická o. p. s.  
Duškova 7  
150 00 Praha 5  
e-mail: Pribikova@vszdrav.cz

## KEYWORDS:

General nurse, hemodialysis, intensive care, nursing care, vascular inputs

# ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI

DAVID MATOUŠEK  
MICHAELA PŘIBÍKOVÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ,  
O. P. S.

## ABSTRAKT

Vedení zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči je nedílnou součástí poskytování neodkladné péče zdravotnickým záchranářem, ale i nezbytnou složkou péče o pacienta. K vývoji dochází i v oblasti zdravotnické dokumentace. Psanou zdravotnickou dokumentaci ve formě tužky a papíru nahrazuje elektronická zdravotnická dokumentace ve formě tabletu, softwarového programu a tiskárny. Vzhledem k postupné elektronizaci zdravotnické dokumentace u poskytovatelů zdravotních služeb napříč Českou republikou, a nejen v rámci přednemocniční neodkladné péče je toto téma aktuální.

Průzkumná část byla prováděna kvalitativní metodou průzkumu. Průzkumná data byla získávána technikou polostrukturovaného rozhovoru. Respondenti byli zdravotničtí záchranáři pracující na základnách zdravotnické záchranné služby ve vybraném kraji. Pro výběr zdravotnických záchranářů byla zvolena kritéria zkušenosti s elektronickou zdravotnickou dokumentací a ukončený adaptační proces. Cíli průzkumu bylo zjistit pozitiva elektronické zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnického záchranáře, zjistit negativa elektronické zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu

zdravotnického záchranáře a zjistit doporučení zdravotnických záchranářů ke zlepšení elektronické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči. Sběr dat byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Zjištěná data by mohla vést ke zlepšení vedení zdravotnické dokumentace.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

elektronická zdravotnická dokumentace, přednemocniční neodkladná péče, zdravotnická dokumentace, zdravotnická záchranná služba, zdravotnický záchranář

## ÚVOD

Zdravotnickou dokumentaci upravuje vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění pozdějších předpisů. Zdravotnickou dokumentaci lze charakterizovat jako soubor informačního zdroje, který obsahuje komplexní informace, které zdravotnický záchranář považuje za nezbytné zaznamenat v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí. Zdravotnická dokumentace doprovází pacienta zpravidla po celý jeho život a je tedy neodmyslitelnou a nepostradatelnou součástí poskytování zdravotní péče. Každý poskytovatel zdravotních služeb je povinen vést zdravotnickou dokumentaci v rozsahu a způsobem stanoveným zákonem (Mach a kol., 2013). Při vedení zdravotnické dokumentace musí být vždy uvažováno, že zdravotnická dokumentace je předmětem znaleckého zkoumání a soudního řízení. Zdravotnická dokumentace může být obhajobou dobře provedeného postupu, nebo v opačném případě také nebezpečnou obžalobou, co vše bylo a nebylo provedeno. Informací a poučením pro zdravotnický personál může být ten fakt, že těžko tvrdit, že něco bylo vykonáno, pokud to nebylo do zdravotnické dokumentace zapsáno. V případě nedokonalého vyplnění zdravotnické dokumentace se stává dokumentace pro posuzování bezcennou (Štefan a kol., 2012).

Zdravotnická dokumentace má několik různých podob. Základní a nejstarší formou je písemná podoba. Písemná podoba je tvořena v listinné nebo digitální podobě. Text je tvořen písmeny nebo čísly. Mezi hlavní výhody patří snadná dostupnost. Další formou zdravotnické dokumentace je podoba obrazová. Výhodou je při dobrém zpracování kvalitní průkaznost. Mezi nevýhody patří potřeba speciálního záznamového zařízení. Zvuková forma zdravotnické dokumentace vyžaduje podobné technické prostředky jako forma obrazová. Všechny tyto podoby zdravotnické dokumentace se navzájem prolínají a doplňují (Policar, 2010). Listinná zdravotnická dokumentace je i přes digitalizaci stále velmi využívána. Nevýhodou listinné zdravotnické dokumentace je její opotřebování. Postupem času se stává hůře čitelná. Při záznamu lékaře nebo nelékařského zdravotnického zdravotníka může být zápis nečitelný, což způsobuje horší orientaci a čitelnost (Franko a Humeník, 2010). Elektronická zdravotnická dokumentace nese nároky na poskytovatele zdravotních služeb na zabezpečení osobních údajů. Zápis do elektronické zdravotnické dokumentace obsahuje nezaměnitelné a ověřitelné údaje (Těšíňová, 2019). Zabezpečení elektronické zdravotnické dokumentace je nejčastěji provedeno softwarovými produkty (Krýsa, 2020). Nejvíce využívanou formou zdravotnické dokumentace je forma kombinovaná. Kombinovaná forma zdravotnické dokumentace využívá elektronickou formu v kombinaci s listinnou. Zdravotnická záchranná služba využívá elektronickou zdravotnickou dokumentaci. V sanitním voze se nachází tablet nebo notebook k zadávání údajů do zdravotnické dokumentace. K dispozici je tiskárna, která umožňuje převod elektronické zdravotnické dokumentace do formy listinné (Kvapilová, 2015).

Dalšími náležitostmi zdravotnické dokumentace je informovaný souhlas a negativní revers (Česko, 2012). Informovaný souhlas v režimu zdravotnické záchranné služby má svá specifika. Pacienti volající zdravotnickou záchrannou službu jsou ve vážném stavu a je ohroženo jejich zdraví. Rozsah informací v terénu zdravotnické záchranné služby

je značně omezený. Zdravotnický záchranář má na místě zásahu omezené diagnostické metody a může určit pouze pracovní diagnózu. Pacient si nejčastěji vybírá z možností zaléčení a transportu k poskytovateli zdravotních služeb nebo zaléčení a ponechání na místě. Zdravotnický pracovník provede záznam do zdravotnické dokumentace, že informace byla podána (Ptáček a kol., 2017). Negativní revers je vždy součástí dialogu mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem a je součástí zdravotnické dokumentace (Povolná, 2017). Negativní revers nelze nahradit pouhým záznamem do zdravotnické dokumentace. Písemné prohlášení pacienta výslovně požaduje zákon. Řádně sepsaný negativní revers významně chrání lékaře, nelékařského zdravotnického pracovníka a samotného poskytovatele zdravotních služeb (Těšínová, 2019).

Součástí zdravotnické dokumentace zdravotnické záchranné služby jsou zvukový záznam o příjmu volání na národní číslo tísňového volání 155 a výzev předaných operačním střediskem, záznam operátora v digitální formě, kopie záznamu o výjezdu, identifikační a třídící karta a záznam o hromadném odsunu pacientů (Krýsa, 2020). Včasné vedení zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči je velmi důležité. Při prvním kontaktu s pacientem je vhodné začít vést zdravotnickou dokumentaci, aby nedošlo k úniku důležitých informací (Kvapilová, 2015). Záznam operátora obsahuje datum, čas a pořadové číslo tísňového volání, osobní údaje pacienta, datum narození a údaje potřebné k určení místa zásahu. Mezi další informace patří osobní údaje operátora přijímající tísňovou výzvu a indikaci k výjezdu (Česko, 2012). Záznam o výjezdu zdravotnické záchranné služby se vyhotovuje vždy, pokud posádka zdravotnické záchranné služby provedla zásah (Dobiáš a kol., 2012). Originál záznamu o výjezdu zdravotnické záchranné služby se předává s pacientem, kopie záznamu je archivována zdravotnickou záchrannou službou (Dobiáš, 2013). Třídící identifikační karta obsahuje jedinečné identifikační číslo, stupeň naléhavosti ošetření pacienta, čas vytřídění a pracovní diagnózu (Česko, 2012). Záznam o hromadném odsunu pacientů vede pověřená osoba na stanovišti odsunu. Odsunovou evidenci tvoří formuláře evakuovaných osob na shromaždišti. Využívají se číselné kódy třídící identifikační karty, které jsou evidovány v dokumentaci (Štětina a kol., 2014).

## METODIKA PRŮZKUMU

**P**růzkum byl prováděn kvalitativní metodou průzkumu. Průzkumná data byla získána technikou polostrukturovaného rozhovoru. Sběr dat byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Respondentům bylo položeno celkem 29 otázek. Otázky rozhovoru byly stanoveny tak, aby refletovaly stanovené cíle průzkumu a byly stanoveny na podkladě vlastních zkušeností s prací na zdravotnické záchranné službě se zdravotnickou dokumentací a prostudování odborné literatury. Rozhovor byl sestaven, aby byl srozumitelný a plynulý. Všechny otázky byly otevřené a v průběhu rozhovoru byly dle potřeby doplněny nebo respondentům upřesněny. Rozhovory byly elektronicky zaznamenávány a poté doslovně přepsány v programu Microsoft Office Word 2007. Data získaná z rozhovorů se zdravotnickými záchranáři byla analyzována a následně rozdělena do kategorií a podkategorií. Analýza dat byla prováděna metodou otevřeného kódování.

## VÝSLEDKY A DISKUZE

**P**růzkum zaměřený na zdravotnickou dokumentaci v přednemocniční neodkladné péči se zabýval pozitivy, negativy a doporučeními ke zlepšení elektronické zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnických záchranářů. Krýsa (2020) uvádí, že zdravotnická dokumentace stanovuje způsob tvorby, obsahu a strukturu patientského souboru. Mach a kol. (2013) zmiňuje, že každý poskytovatel zdravotních služeb je povinen vést zdravotnickou dokumentaci v rozsahu a způsobem stanoveným zákonem. Pro zdravotnické záchranáře je vedení zdravotnické dokumentace stále aktuálnější téma, jak udává Štefan a kol. (2012), jelikož v případech stížností a pochybností je správně vedená dokumentace velmi cenným důkazem, svědčícím pro správný postup. Slunéčko (2022) ve své praktické části kvalifikační práce uvádí, že respondenti považují za nejdůležitější aspekt zdravotnické dokumentace ten právní. Pokorná (2019) uvádí, že zdravotnická dokumentace musí být trvale dostupná pro osoby podílející se na poskytování zdravotní péče, čímž je usnadněna výměna informací a kontinuita plánované péče.

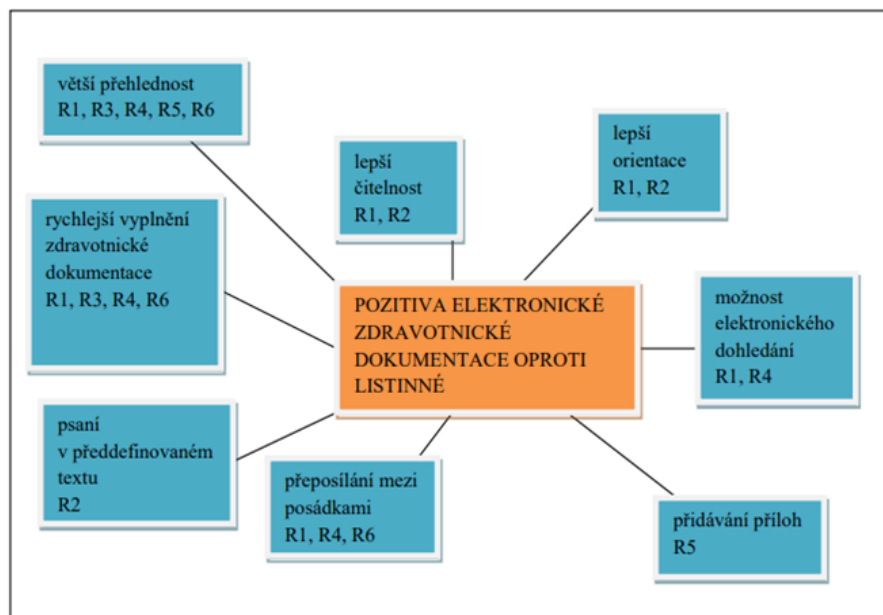
Prvním cílem bylo zjistit pozitiva elektronické zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnických záchranářů. Zdravotničtí záchranáři shledávali pozitiva elektronické zdravotnické dokumentace v jednotlivých oblastech. V oblasti pozitiv elektronické zdravotnické dokumentace oproti listinné zdravotnické dokumentaci zdravotničtí záchranáři nejvíce ocenili čitelnost a přehlednost (viz Schéma 1). Tento problém popisuje Franko a Humeník (2010), že při zápisu do listinné zdravotnické dokumentace může být zápis nečitelný, což způsobuje horší orientaci a srozumitelnost. A jak uvádí ve své kvalifikační práci Kletečka (2020), respondenti upřednostňují elektronickou formu zdravotnické dokumentace také kvůli tomu, že text je vždy čitelný. Dalšími uvedenými pozitivy byla možnost elektronického dohledání, psaní v předdefinovaných textech a přeposílání mezi posádkami. Slunéčko (2022) v praktické části kvalifikační práce uvádí, že jeden z respondentů využívá předdefinované texty ve 2/3 případů a důvodem je využití všech možností pro maximální péči o pacienty. V oblasti pozitiv obsahové stránky zdravotničtí záchranáři uváděli jako pozitiva členění na záložky, přehlednost obsahu a chronologické navádění při vyplňování. Odpovědi v podkategorii pozitiv obslužnosti zdravotničtí záchranáři nejvíce ocenili psaní na klávesnici a rychlost obsluhy. V podkategorii pozitiv údržby bylo jako největší pozitivum uvedena bezúdržbovost elektronické zdravotnické dokumentace. Těšínová a kol. (2019) ale uvádí, že elektronická zdravotnická dokumentace nese zvýšené nároky na poskytovatele zdravotních služeb na zabezpečení osobních údajů. V podkategorii pozitiv konektivity elektronické zdravotnické dokumentace zdravotničtí záchranáři uváděli velmi rozdílné odpovědi. Pozitivně se vyjadřovali k práci s tiskárnami, přenosu EKG do kardiocentra, přenosnost tabletu do jiného vozu, náhledu na historii o pacientovi a odeslání úmrtních listů. Odeslání úmrtních listů je popsáno i ve vyhlášce 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, kdy úmrtní listy se vyplňují do elektronické šablony umožňující elektronické předání (ČESKO, 2012). Pozitiva v oblasti časové efektivity zdravotničtí záchranáři nejvíce uváděli rychlost napsání záznamu ve srovnání s listinnou dokumentací



a nezdržení se při přepisování do počítače. Jak uvádí Policar (2010), nejstarší forma zdravotnické dokumentace je listinná podoba. V oblasti pozitiv při řešení technických problémů nejvíce zdravotnických záchranářů ocenilo dispozici IT specialisty. V oblasti pozitiv při nahlížení do historie o záznamu zdravotnických záchranářů ocenili přípravu na vedení zásahu, přípravu pracovní diagnózy, léčbu a celkově zkvalitnění vyšetření. Nejedlá (2015) uvádí, že dobře odebraná anamnéza výrazně napomůže ke stanovení správné diagnózy. Kletečka (2020) uvádí, že jeden z respondentů upřednostňuje elektronickou zdravotnickou dokumentaci právě z důvodů možnosti nahlížení do historie záznamu o pacientovi, jelikož lze dohledat, kdy a jakým způsobem byl pacient ošetřen zdravotnickou záchrannou službou. Záruba (2019) zmiňuje, že respondenti využívají možnost nahlédnutí do historie záznamů o pacientovi v závislosti na typu indikace výjezdu. Zajímavou oblastí bylo zjištění dalších pozitiv elektronické zdravotnické dokumentace. Zdravotnickí záchranáři uváděli možnost fotodokumentace, nezaměnitelnou medikaci, vypovídající informační hodnotu a odolnost proti klimatickým vlivům. Vytejková a kol. (2015) však upozorňuje, že ordinace, příprava a samostatná aplikace léčiva je velice náročná a riziková činnost. O pozitivu fotodokumentace ve své publikaci pojednává Burda a Šolcová (2015), kdy fotodokumentace má značnou vypovídající hodnotu, dokumentovány jsou zejména objektivně zjištěné skutečnosti.

### Schéma 1

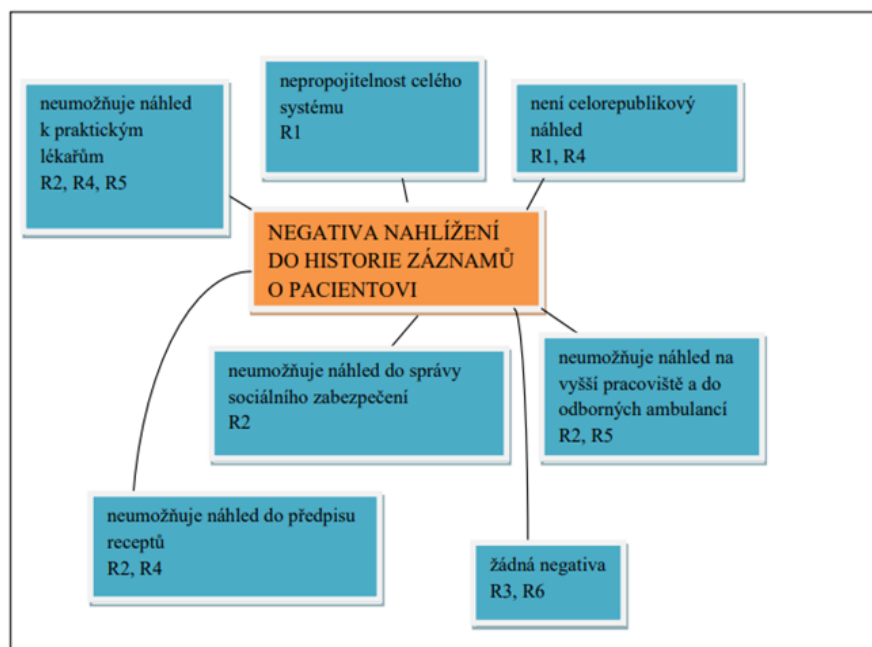
#### Pozitiva elektronické zdravotnické dokumentace oproti listinné



Druhým cílem bylo zjistit negativa zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnických záchranářů. V oblasti negativ elektronické zdravotnické dokumentace oproti listinné zdravotnické dokumentaci zdravotničtí záchranáři nejvíce uvedli závislost na internetu, možnost nefunkčnosti, výpadky internetové sítě a ztrátu dat. Krýsa (2020) však ohledně zabezpečení uvádí, že zabezpečení elektronické zdravotnické dokumentace je nejčastěji provedeno softwarovými produkty. V oblasti negativ obsahové stránky elektronické zdravotnické dokumentace nejvíce zdravotnických záchranářů odpovědělo, že negativa neshledávají žádná. Negativně se vyjádřili k nepřehlednosti záložek na počítači na základně a nevyhovující úpravě textu v počítači na základně. V oblasti negativ obslužnosti zdravotničtí záchranáři nejvíce shledali nevyhovující obsluhu tabletu v rukavicích, nevyhovující reakci displeje na dotyk a nevyhovující viditelnost v nočních hodinách. I respondenti kvalifikační práce autora Slunéčka (2022) ve svých odpovědích uvádějí nevyhovující reakci displeje tabletu na dotyk. Odpovědi v podkategorii negativa údržby byly různé. Zdravotničtí záchranáři se negativně vyjádřili k riziku pádu tabletu a jeho nefunkčnosti, k opakovaně se zalamujícímu kabelu dobíjení a k převodu elektronické zdravotnické dokumentace na listinou a nutnosti její archivace. Jak uvádí Těšínová a kol. (2019), poskytovatel zdravotních služeb, u kterého se zdravotnická dokumentace nachází, zodpovídá za její uchování a následnou skartaci. Negativa zdravotničtí záchranáři shledali v oblasti konektivity s dalšími zařízeními s výpadky spojení s tiskárnou a nemožnost připojení k tiskárně v nemocnici a vytisknutí záznamu o výjezdu zdravotnické záchranné služby. Záznam o výjezdu zmiňuje i Dobiáš a kol. (2012), kdy uvádí, že záznam o výjezdu se vyhotovuje vždy, pokud posádka zdravotnické záchranné služby provedla zásah. Šupšáková (2017) zmínila, že vyřazení systému z funkce může být z důvodu přírodních a fyzikálních příčin. V oblasti negativ při řešení technických problémů v odpovědích nejvíce zazněl problém s IT servisem ve smyslu jeho rychlosti, znalosti dané problematiky a pružnosti. Záruba (2019) taktéž v průzkumné části kvalifikační práce uvádí, že dle respondentů je problematické čekání na technika. Nejvíce negativ zdravotničtí záchranáři shledali v oblasti nahlížení do historie záznamů o pacientovi (viz Schéma 2). Zdravotničtí záchranáři uvedli neumožňující náhledy k praktickým lékařům, neumožňující náhledy do předpisu receptů, neumožňující náhledy na vyšší pracoviště a odborné ambulance. Povolná (2017) uvádí, že zákon o zdravotních službách stanovuje podmínky nahlížení a pořizování výpisů nebo kopie zdravotnické dokumentace oprávněnými osobami. Poslední oblast byla další negativa u elektronické zdravotnické dokumentace, kdy zdravotničtí záchranáři v odpovědích uvedli nejednotnost dokumentace u všech zdravotnických záchranných služeb, nevyužití všech funkcionalit a ztrátu dat. Pokorná (2019) uvádí, že pokud je zdravotnická dokumentace ztracena, jedná se o nežádoucí událost, které je vhodné předcházet.

## Schéma 2

### Negativa nahlížení do historie záznamů o pacientovi

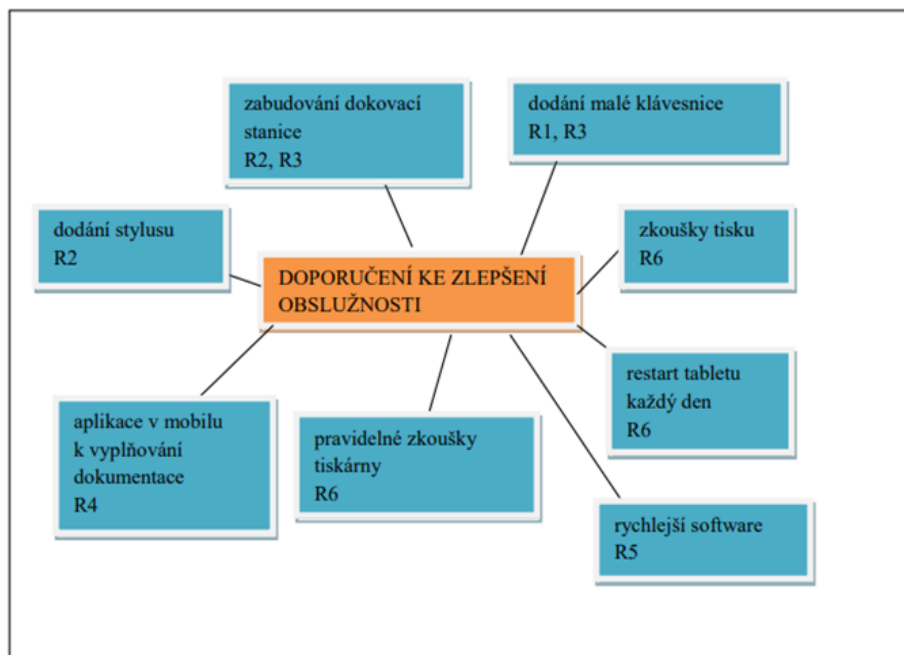


Třetím průzkumným cílem bylo zjistit doporučení zdravotnických záchranářů ke zlepšení elektronické zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči. Nejvíce doporučení se týkalo lepší spolupráce mezi tabletem a tiskárnami a zlepšení tisku, na kterém je převod elektronické zdravotnické dokumentace na listinnou formu zdravotnické dokumentace v přednemocniční neodkladné péči závislý. V sanitním voze je k dispozici tiskárna, která umožní převod elektronické zdravotnické dokumentace na formu listinnou. A jak uvádí Kvapilová (2015), nejvíce využívanou formou vedení zdravotnické dokumentace je právě forma kombinovaná. V doporučeních týkajících se zlepšení obslužnosti zdravotničtí záchranáři uvedli elektronické předání cílovému zařízení, psaní hlasovým záznamem, doplnění předvolených návrhů stavu a zavedení elektronického podpisu. Dále by zdravotničtí záchranáři uvítali malou klávesnici, zabudování dokovací stanice, dodání stylusu a pravidelné restarty tabletu se zkouškami tiskárny (viz Schéma 3). V doporučeních ke zlepšení nahlížení do historie záznamů zdravotničtí záchranáři uvedli jako svá doporučení náhled do všech zdravotních služeb včetně celorepublikového náhledu, nahlížení do dokumentace k praktickým lékařům, nahlížení na předpisy receptů a náhled na kompletní stav pacienta. S nahlížením do historie o záznamech úzce souvisí nemocniční informační systém. Středa a Hána (2016) upozorňují, že nemocniční informační systém zaznamenává každé přihlášení a nahlédnutí do zdravotnické dokumentace. Šupšáková (2017) charakterizuje nemocniční informační systém jako systém využívající data elektronických záznamů poskytující informace zdravotnického charakteru. V doporučení řešení technických problémů zdravotničtí záchranáři doporučili dostupnost

SOS linky, vhodné manuály a lepší dostupnost IT technika. Dalšími doporučeními ke zlepšení elektronické zdravotnické dokumentace byly pravidelné denní restarty tabletu a pravidelnější aktualizace softwaru.

### Schéma 3

#### Doporučení ke zlepšení obslužnosti



## ZÁVĚR

**D**le zjištěných informací je vedení zdravotnické dokumentace neodmyslitelnou součástí poskytování přednemocniční neodkladné péče. Celkový vývoj poskytování přednemocniční neodkladné péče souvisí i s modernizací elektronické zdravotnické dokumentace a jejímu neustálému zlepšování. Rozdíly mezi listinnou zdravotnickou dokumentací a elektronickou zdravotnickou dokumentací jsou zřetelné a každá forma má svá pozitiva, negativa a prostory k neustálému zlepšování. To je patrné i z výsledků průzkumného šetření, které se zaměřovalo konkrétně na elektronickou zdravotnickou dokumentaci v přednemocniční neodkladné péči.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] DOBIÁŠ, V. a kol., 2012. Prednemocničná urgentná medicína. Osveta. ISBN 978-80-8063-387-5.
- [2] DOBIÁŠ, V. 2013. Klinická propedeutika v urgentní medicíně. 1. Vydání Praha: Grada. ISBN978-80-247-4571-8.
- [3] BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L. 2015. Ošetrovatelská péče 1.díl. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5333-1.
- [4] ČESKO, 2012. Vyhláška č. 98 ze dne 22. března, o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. částka 71, 1720–1776. ISSN 1211 – 1244.
- [5] FRANKO, P., HUMENÍK, I. 2010. Zdravotná dokumentácia jako databáza údajov o pacientovi. Slovenský lékar. 7-8(20). ISSN 1335-0234.
- [6] KLETEČKA, P. 2020. Problematika dokumentace na ZZS [online]. Praha [cit. 2023-01-16]. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická. Dostupné z: <http://theses.cz/id/y9im4i/>
- [7] KRÝSA, I. 2020. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7598-875-1.
- [8] KVAPILOVÁ, B. 2015. Zdravotnická dokumentace. Zdravotnictví a medicína. 2015(5), 20. ISSN 2336-2987.
- [9] MACH, J. a kol., 2013. Univerzita medicínského práva. 1. Vydání Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5113.
- [10] NEJEDLÁ, M. 2015. Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4402-5.
- [11] POKORNÁ, A. 2019. Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0720-9.
- [12] POLICAR, R. 2010. Zdravotnická dokumentace v praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7.
- [13] POVOLNÁ, M. 2017. Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven. Praha: Alfan. ISBN 978-8087785-04-1.
- [14] PTÁČEK, R. a kol., 2017. Informovaný souhlas. 1. Vydání Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-334-0.
- [15] SLUNÉČKO, K. 2022. Zdravotnická dokumentace v přednemocniční neodkladné péči [online] České Budějovice [cit. 2023-01-16]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <http://theses.cz/id/c/74cvm/>
- [16] STŘEDA, L., HÁNA, K. 2016. eHealth a telemedicína. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5764-3.
- [17] ŠTEFAN, J., HLADÍK, J. a kol., 2012. Soudní lékařství a jeho moderní trendy. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3594-8.
- [18] ŠTĚTINA, J. a kol., 2014. Zdravotnický a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4578-7.
- [19] ŠUPŠÁKOVÁ, P. 2017. Řízení rizik při poskytování zdravotnických služeb. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0062-0.

- [20] TĚŠÍNOVÁ, J, a kol., 2019. Medicínské právo. Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7179-318-2.
- [21] VYTEJČKOVÁ, R. a kol., 2015. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9742-7.
- [22] ZÁRUBA, P. 2019. Analýza zdravotnických dokumentací na zdravotnické záchranné službě České republiky [online]. 2019-06-16T03:51:24Z [cit. 2023-03-25].  
Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Fakulta zdravotnických studií.  
Dostupné z: <https://dspace.tul.cz/handle/15240/152644>.

# MEDICAL DOCUMENTATION IN PREHOSPITAL EMERGENCY CARE



## ABSTRACT

Keeping medical documentation in pre-hospital emergency care is an integral part of the provision of emergency care by a paramedic, but also a necessary component of patient care. Development is also taking place in the field of medical documentation. Written medical documentation in the form of pencil and paper is being replaced by electronic medical documentation in the form of a tablet, software program and printer. Due to the gradual electronicization of medical documentation at health service providers across the Czech Republic, and not only in pre-hospital emergency care, this topic is topical.

The survey part was conducted using a qualitative survey method. Survey data was obtained using the semi-structured interview technique. The respondents were paramedics working at the bases of the medical rescue service in the selected region. For the selection of paramedics, the criteria of experience with electronic medical documentation and the completed adaptation process were chosen. The aim of the survey was to find out the positives of electronic medical documentation in pre-hospital emergency care from the point of view of a paramedic, to find out the negatives of electronic medical documentation in pre-hospital emergency care from the point of view of a paramedic, and to find out the recommendations of medical paramedics to improve electronic documentation in pre-hospital emergency care. Data collection was terminated after reaching theoretical saturation. The obtained data could lead to the improvement of medical documentation management.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

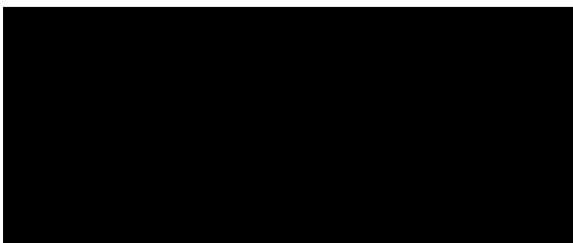
David Matoušek, DiS.  
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.  
Katedra zdravotnického záchranářství  
Duškova 7  
150 00 Praha 5  
e-mail: david.matousek@seznam.cz

Mgr. Michaela Přibíková  
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.  
Katedra zdravotnického záchranářství  
Duškova 7  
150 00 Praha 5  
e-mail: pribikova@vszdrav.cz

## KEYWORDS:

electronic medical documentation,  
pre-hospital emergency care, medical  
documentation, medical emergency  
service, paramedic

# TAP BLOK PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU



HANA ZADINOVÁ  
NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD

LENKA GÖRNEROVÁ  
VLASTA DVOŘÁKOVÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA

## ABSTRAKT

Článek popisuje výzkumné šetření, které probíhalo ve dvou zdravotnických zařízeních a srovnává tlumení a zvládnutí bolesti po porodu císařským řezem s pomocí TAP (transversus abdominis plane) bloku a bez využití tohoto typu anestezie. Císařský řez je často jedinou možností porodu. Jedná se o stále častější porodnickou operaci a tím i roste erudice anesteziologů při zvládnutí pooperační bolesti. Proto byla i zavedena nová metoda anestezie pomocí TAP bloku. Snahou výzkumného šetření bylo zjistit vnímání bolesti a návrat k běžným činnostem sebezpečí a péče o dítě u žen po císařském řezu s použitím TAP bloku, oproti ženám bez této analgezie. Pro výzkumné šetření byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce. Výzkumný soubor se skládal celkem ze 100 žen po císařském řezu, z nichž 52 využilo tlumení bolesti pomocí TAP bloku a 48 žen tuto možnost nemělo. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že analgezie TAP blokem přináší větší komfort v operační a 1. pooperační den po císařském řezu. Další dny jsou již sebezpečí, péče o novorozence a vnímání bolesti na stejné úrovni.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Císařský řez, TAP (transversus abdominis plane) blok, bolest, sebezpečí



## ÚVOD

**P**orod je pro ženu velkým mezníkem v jejím životě. Někdy je ale jedinou možnou cestou císařský řez. Jedná se o nejčastější porodnickou operaci, která trvá kratší dobu než spontánní porod a je vedena břišní stěnou (Roztočil, 2017). Nejdříve byl používán k záchraně života ženy či plodu. Postupem času, uměním lékařů a rozvojem anestezie a sterility se jedná o operaci, která řeší velkou řadu patologií jak u rodičky, tak i u novorozence. V dnešní době porodů císařským řezem narůstá. V souvislosti s přibývajícím počtem císařských řezů roste i erudice anesteziologů při zvládnutí pooperační bolesti. Proto byla zavedena i anestezie TAP (transversus abdominis plane) bloku.

Cílem článku je popsat, zda se liší vnímání bolesti u žen po SC s použitím TAP bloku, oproti ženám bez této analgezie a jaký je návrat k běžným činnostem sebezpěče a péče o dítě u žen po SC s použitím TAP bloku než u žen bez této analgezie.

## TEORETICKÁ VÝCHODISKA A METODY

**C**ísařský řez je v historii porodnictví nejstarší porodnickou operací. První zmínky o něm jsou již ve starověku. Nejdříve byl používán k záchraně života ženy či plodu. Postupem času, uměním lékařů a rozvojem anestezie a sterility se jedná o operaci, která řeší velkou řadu patologií jak u rodičky, tak i u novorozence. Indikace k císařskému řezu se časem měnily. V současné době je jich celá řada a podle toho můžeme tuto operaci dělit na plánovanou (primární) a neplánovanou (sekundární). Plánovaná operace je prováděna ještě před nástupem porodní činnosti a neplánovaná je prováděna v první či na začátku druhé doby porodní. Dále je rozdělení dle indikací ze strany matky, ze strany plodu a indikace kombinované. Nejčastěji se jedná o hypoxii plodu, nepostupující porod, kefalopelvický či fetopelvický nepoměr, polohu plodu koncem pánevním či jiné patologické polohy, vícečetná těhotenství, dva císařské řezy v anamnéze, bolesti v jizvě, ruptura sutury, velký plod, krvácení za porodu či jiné placentární patologie, stavy po operacích v malé pánvi a děloze, akutní i chronické stavy matky, zatížená porodnická anamnéza, neproditelné VVV plodu, ortopedické, neurologické, interní či oční indikace. V poslední době se rozšířila i psychická indikace – anxieta rodičky, či dlouho diskutovaná sekce na přání rodičky (Doležal, 2007; Lajtman 2019; Roztočil 2017). V souvislosti s přibývajícím počtem císařských řezů roste i erudice anesteziologů při zvládnutí pooperační bolesti. Proto byla zavedena i anestezie TAP (transversus abdominis plane) bloku. Jedná se o velice mladou metodu pooperační analgezie, která je využívána především v porodnictví (po sectio cesarea), gynekologii, urologii a chirurgii od pupku dolů. Tuto metodu publikoval poprvé Dr. Rafi v roce 2001 a Dr. McDonnellem v roce 2004 byla přepracována. Nejdříve se lokální anestetikum aplikovalo tzv. „naslepo“ bez použití UZ, pouze za výborných znalostí anatomie. Pro snížení možných komplikací a poškození pacienta se zavedla aplikace látky za kontroly použití UZ. Poprvé byla provedena v roce 2007 ve Velké Británii a Irsku (Michálek, 2018), v českých zemích a na Slovensku asi tak před 4–5 lety. Zatím není metodou běžnou v každé nemocnici, z důvodů nedostatku erudice lékařů (Joksch, 2018). TAP blok se provádí již po skončení operace na operačním sále nebo co nejdříve

na dospávacím pokoji, kdy pacientka leží na zádech a za kontroly UZ anesteziolog zavádí punkční jehlu kolmo na kůži v místě vpichu. Pronikne do tzv. „Petitova trojúhelníku“ mezi fascie svalů musculus obliquus internus abdominis (vnitřní šikmý sval břišní) a musculus transversus abdominis (příčný sval břišní), kde probíhají periferní nervy. Do tohoto prostoru se aplikuje lokální anestetikum. Toto se provede oboustranně (Joksch, 2018, Nalos, 2010). Udává se, že výhodou této analgezie je u matky snížení nežádoucích účinků analgetik (nauzea, zvracení, svědění pokožky, snížená peristaltika střev), snížení spotřeby analgetik po operaci, či rychlejší mobilizaci pacientek. Pro novorozence je výhodou, že analgetika nepřecházejí do mateřského mléka (Joksch, 2018).

## METODIKA VÝZKUMU

**V**e výzkumné části byl použit dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 15 otázek, z nichž 13 bylo uzavřených a 2 otevřených. Výzkumný soubor tvořily ženy po císařském řezu hospitalizované na oddělení šestinedělí ve dvou nemocničních zařízeních. Nemocnice A používá k tlumení pooperační bolesti TAP blok a nemocnice B používá standardní analgetika. Dotazníky byly distribuovány v tištěné podobě a jejich vyplnění bylo dobrovolné a zcela anonymní. Výzkumný soubor se skládal celkem ze 100 žen po císařském řezu, z nichž 52 využilo tlumení bolesti pomocí TAP bloku a 48 žen tuto možnost nemělo. Data byla zpracována v programu Microsoft Word a Excel.

## VÝSLEDKY A DISKUZE

**V**ýsledky výzkumného šetření jsou znázorněny v tabulkách a popisují zda se liší vnímání bolesti u žen po SC s použitím TAP bloku, oproti ženám bez této analgezie a jaký je návrat k běžným činnostem sebezpěče a péče o dítě u žen po SC s použitím TAP bloku než u žen bez této analgezie.

Jaký je rozdíl vnímání bolesti u žen po SC s TAP blokem a bez něj?

**Tabulka 1: Vnímání bolesti**

		Bolest po operaci				Bolest při prvním vstávání			
		s TAP		bez TAP		s TAP		bez TAP	
hodnocení dle VAS	0	7	13,5 %	3	6,3 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	1	4	7,7 %	2	4,2 %	1	1,9 %	2	4,2 %
	2	1	1,9 %	2	4,2 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	3	9	17,3 %	2	4,2 %	2	3,8 %	0	0,0 %
	4	12	23,1 %	2	4,2 %	0	0,0 %	3	6,3 %
	5	11	21,2 %	9	18,7 %	9	17,3 %	4	8,3 %
	6	5	9,6 %	3	6,3 %	6	11,5 %	9	18,7 %
	7	2	3,8 %	10	20,8 %	11	21,2 %	3	6,3 %
	8	1	1,9 %	7	14,5 %	17	32,7 %	12	25,0 %
	9	0	0,0 %	3	6,3 %	6	11,6 %	8	16,7 %
	10	0	0,0 %	5	10,4 %	0	0,0 %	7	14,5 %
			52	100 %	48	100 %	52	100 %	48

Z tabulky je zřejmé, že bolest žádnou či mírnou (VAS 0–3) po operaci s analgezií TAP blokem udávalo 21 (40,4 % žen s TAP blokem) žen, ale pouze 9 (18,7 %) žen bez TAP bloku. Střední a silnou bolest (VAS 4–9) udávaly ženy více méně stejně, a to 31 (59,6 %) žen s TAP blokem a 34 (70,8 %) bez TAP bloku. Naopak nesnesitelnou bolest (VAS 10) ženy s TAP blokem neudávaly ani v jednom případě (0 %), ale 5 (10,4 %) žen bez TAP bloku.

Bolest po prvním vstávání opět ženy s TAP blokem hodnotily lépe než ženy bez TAP bloku. Bez bolesti či mírnou bolest (VAS 0–3) udávaly 3 (5,7 %) ženy s TAP blokem a 2 (4,2 %) ženy bez TAP bloku. Střední až silnou bolest (VAS 4–9) udávalo 49 (94,2 %) žen s TAP blokem a 39 (81,3 %) žen bez TAP bloku. Nesnesitelnou bolest (VAS 10) udávalo 7 (14,5 %) žen bez TAP bloku, ale s TAP blokem žádná (0 %).

Jaký je návrat žen po SC s TAP blokem k běžným činnostem sebezpečí a péči o dítě?

**Tabulka 2: Osobní hygiena s TAP blokem**

	Osobní hygiena s TAP blokem							
	1. den		2. den		3. den		4. den	
Úplná závislost	18	34,6 %	1	1,9 %	1	1,9 %	0	0,0 %
Částečná dopomoc	20	38,5 %	6	11,5 %	1	1,9 %	0	0,0 %
Minimální dopomoc	5	9,6 %	7	13,5 %	3	5,8 %	2	3,8 %
Úplná samostatnost	9	17,3 %	38	73,1 %	47	90,4 %	50	96,2 %
	52	100,0 %	52	100,0 %	52	100,0 %	52	100,0 %

**Tabulka 3: Osobní hygiena bez TAP bloku**

	Osobní hygiena bez TAP bloku							
	1. den		2. den		3. den		4. den	
Úplná závislost	21	43,8 %	2	4,2 %	1	2,1 %	0	0,0 %
Částečná dopomoc	18	37,5 %	2	4,2 %	1	2,1 %	1	2,1 %
Minimální dopomoc	2	4,2 %	5	10,4 %	1	2,1 %	1	2,1 %
Úplná samostatnost	7	14,6 %	39	81,2 %	45	93,7 %	46	95,8 %
	48	100,0 %	48	100,0 %	48	100,0 %	48	100,0 %

Zde tabulky ukazují, že v osobní hygieně jsou ženy s TAP blokem první pooperační den úplně či částečně závislé méně než ženy bez TAP bloku. Již druhý den u obou skupin převládá úplná samostatnost v osobní hygieně, kde naopak jsou na tom o trochu lépe ženy bez TAP bloku.

**Tabulka 4: Chůze po pokoji s TAP blokem**

Chůze po pokoji s TAP blokem								
	1. den		2. den		3. den		4. den	
Úplná závislost	12	23,1 %	1	1,9 %	1	1,9 %	0	0,0 %
Částečná dopomoc	13	25,0 %	3	5,8 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Minimální dopomoc	10	19,2 %	8	15,4 %	3	5,8 %	2	3,8 %
Úplná samostatnost	17	32,7 %	40	76,9 %	48	92,3 %	50	96,2 %
	52	100,0 %	52	100,0 %	52	100,0 %	52	100,0 %

**Tabulka 5: Chůze po pokoji bez TAP bloku**

Chůze po pokoji bez TAP bloku								
	1. den		2. den		3. den		4. den	
Úplná závislost	17	35,4 %	2	4,2 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Částečná dopomoc	18	37,5 %	1	2,1 %	2	4,2 %	0	0,0 %
Minimální dopomoc	6	12,5 %	2	4,2 %	1	2,1 %	2	4,2 %
Úplná samostatnost	7	14,6 %	43	89,5 %	45	93,7 %	46	95,8 %
	48	100,0 %	48	100,0 %	48	100,0 %	48	100,0 %

Také v samostatnosti žen v chůzi po pokoji 1. pooperační den je skupina s TAP blokem již více úplně samostatná či jen minimálně závislá než skupina bez TAP bloku. V dalších dnech se obě skupiny opět vyrovnávají.

**Tabulka 6: Péče o novorozence s TAP blokem**

	Péče o novorozence s TAP blokem							
	1. den		2. den		3. den		4. den	
Úplná závislost	30	57,7 %	15	28,8 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Částečná dopomoc	17	32,7 %	20	38,5 %	17	32,7 %	2	3,8 %
Minimální dopomoc	5	9,6 %	15	28,8 %	12	23,1 %	13	25,0 %
Úplná samostatnost	0	0,0 %	2	3,8 %	23	44,2 %	37	71,2 %
	52	100,0 %	52	100,0 %	52	100,0 %	52	100,0 %

**Tabulka 7: Péče o novorozence bez TAP bloku**

	Péče o novorozence bez TAP bloku							
	1. den		2. den		3. den		4. den	
Úplná závislost	37	77,1 %	14	29,2 %	3	6,2 %	4	8,3 %
Částečná dopomoc	7	14,6 %	22	45,8 %	7	14,6 %	4	8,3 %
Minimální dopomoc	4	8,3 %	7	14,6 %	11	22,7 %	1	2,1 %
Úplná samostatnost	0	0,0 %	5	10,4 %	27	56,5 %	39	81,2 %
	48	100,0 %	48	100,0 %	48	100,0 %	48	100,0 %

V péči o novorozence jsou ženy v obou skupinách 1. pooperační den úplně závislé, a to 30 (57,7 %) žen ve skupině s TAP blokem a 37 (77,1 %) žen ve skupině bez TAP bloku. V péči o dítě začínají být více samostatné až 3. pooperační den, kdy úplnou samostatnost udává 23 (44,2 %) žen s TAP blokem a 27 (56,5 %) žen bez TAP bloku.

## ZÁVĚR

Článek měl za cíl popsat, zda se liší vnímání bolesti u žen po SC s použitím TAP bloku, oproti ženám bez této analgezie a jaký je návrat k běžným činnostem sebepéče a péče o dítě u žen po SC s použitím TAP bloku než u žen bez této analgezie.

Ženy s TAP blokem vnímají bolest mírněji, a to jak po převozu z operačního sálu na pooperační pokoj, tak i později v době prvního vstávání po operaci.

V oblasti sebepéče bylo zjištěno, že se ženy lépe a rychleji navracejí k samostatnosti v oblasti sebepéče.

V péči o novorozence jsou ženy v obou skupinách 1. pooperační den úplně závislé. V péči o dítě začínají být více samostatné až 3. pooperační den, kdy na tom jsou s malým rozdílem lépe ženy bez TAP bloku.

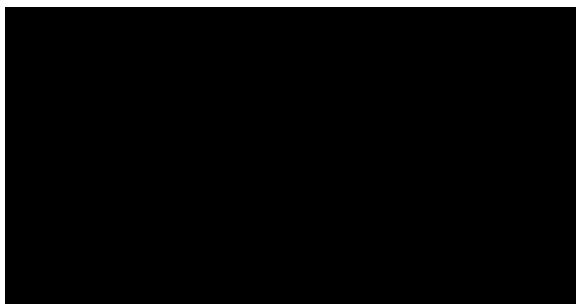
Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že analgezie TAP blokem přináší větší komfort v operační a 1. pooperační den po císařském řezu. Další dny jsou již sebepéče, péče o novorozence a vnímání bolesti na stejné úrovni.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] DOLEŽAL, A. a kol. 2007. Porodnické operace. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-0881-2.
- [2] JOKSCH, T. 2018. Po sekci pomáháme maminkám od bolesti. [online] 2018 [cit. 2023-04-28] Dostupné z <https://www.onhb.cz/article.asp?nDepartmentID=479&nArticleID=1738&nLanguageID=1>
- [3] LAJTMAN, E., DVOŘÁKOVÁ, V. 2019. Akutní stavy v porodnictví a gynekologii. 1. vyd. Jihlava: VŠPJ 2019. ISBN 978-80-88064-39-8.
- [4] MICHÁLEK, P. 2018. Kompartmentové bloky v pooperační analgezi. [online]. 2018. [cit. 2023-04-28]. Dostupné z <https://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/kompartmentove-bloky-v-pooperaacni-analgezii.pdf>
- [5] MICHÁLEK, P. 2018. Využití blokad trupu v klinické praxi [online] 2018 [cit. 2023-04-28] Dostupné z <https://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/vyuziti-blokad-trupu-v-klinicke-praxi.pdf>
- [6] NALOS, D., MACH, D. a kolektiv, 2010. Periferní nervové blokády: pro klinickou praxi včetně ultrazvukového navádění. 1. Vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3280-0.
- [7] ROZTOČIL, A. 2017. Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.



# TAP BLOCK AFTER CAESAREAN SECTION



## ABSTRACT

The article describes a research study that took place in two healthcare facilities and compares pain relief and pain management after cesarean delivery with the help of TAP (transversus abdominis plane) block and without the use of this type of anesthesia. Cesarean section is often the only option for delivery. This is an increasingly common obstetric operation, and thus the erudition of anesthesiologists in managing postoperative pain is growing. That is why a new method of anesthesia using the TAP block was introduced. The aim of the research investigation was to determine the perception of pain, the return to normal activities, self-care and care of the child after cesarean section with the use of a TAP block, compared to women without this analgesia. A self-designed questionnaire was created for the research investigation. The research population consisted of a total of 100 women after cesarean section, of whom 52 had benefited from TAP block pain relief and 48 women had not. The results of the research showed that TAP block analgesia brings greater comfort on the operative day and one day after cesarean section. The following days, self-care, newborn care and pain perception are on the same level.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Hana Zadinová  
Nemocnice Havlíčkův Brod  
Husova 2624  
580 22 Havlíčkův Brod  
e-mail: zadinhan@seznam.cz

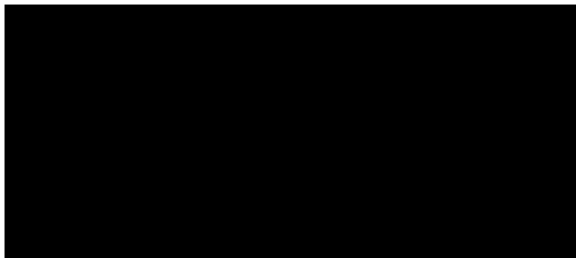
PhDr. Lenka Görnerová, PhD.  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra zdravotnických studií  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
e-mail: lenka.gornerova@vspj.cz

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra zdravotnických studií  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
e-mail: vlasta.dvorakova@vspj.cz

## KEYWORDS:

Sectio caesarea, TAP (transversus abdominis plane) block, pain, self-care

# PÉČE O CENTRÁLNÍ ŽILNÍ KATÉTRY NA JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE



## ABSTRAKT

Péče o žilní katétry je denní rutinou zdravotnických pracovníků na jednotkách intenzivní péče. Tato studie poukazuje na nejvhodnější techniky péče o centrální žilní katétr v souvislosti s prevencí rozvoje krevních infekcí. Jednou z nejvhodnějších technik je využití semipermeabilního impregnovaného krytí, dale vhodné desinfekce a denní kontrola katétru. Některá data poukazují na využití antibiotické profylaxe nebo specifických oplachů v prevenci rozvoje infekcí. Pro potvrzení těchto teorií není dostatek důkazů. Ošetrovatelská péče taktéž zahrnuje proplachování a uzavírání neaktivních katéetrových cest. Na základě dostupných údajů již není doporučováno pokračovat ve využívání heparinových produktů k uzavírání katéetrových cest. V dnešní době je efektivní proplachovat i uzavírat katétr fyziologickým roztokem.

JAN NEUGEBAUER  
JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
NEMOCNICE ČESKÉ BUDEJOVICE,  
A.S.

LADA MARTINKOVÁ  
NEMOCNICE ČESKÉ BUDEJOVICE,  
A.S.

ANDREA HUDÁČKOVÁ  
FRANTIŠEK DOLÁK  
JITKA DOLEŽALOVÁ  
INKA KRATOCHVÍLOVÁ  
JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Centrální žilní katétr, jednotka intenzivní péče, ošetřování, krytí, techniky

## ÚVOD

### SPECIFIKA PÉČE O PACIENTY NA JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE

**V** moderní době jsou jednotky intenzivní péče neprominutelnou součástí všech zdravotnických zařízení (Chang et al., 2019). Vzhledem k rozmanitosti medicínských i ošetrovatelských diagnóz a intervencí se péče o pacienty na jednotkách intenzivní péče (dále jen JIP) stává velmi specifická, především v závislosti na typu oddělení – dětské, chirurgické, kardiologické, infekční apod. (Tlachová, 2021). I přesto lze hovořit o obecných pravidlech, které by měly být splňovány na všech odděleních JIP (Schandl et al., 2017; Lu, 2020). Nejvýraznější odlišností je kontinuální či vícečetný intervalový monitoring fyziologických funkcí (dále jen FF) i celkového zdravotního stavu pacienta. Tento přístup je zvolen právě z toho důvodu, že je u pacientů zhoršen zdravotní stav a je proto nutné přistoupit ke specifitější péči, např. péče o tracheostomickou kanylu, komplikované převazy, již zmiňovaná péče o centrální žilní katétry (dále jen ČŽK), polytraumata apod. (Satinský, Richtarová, 2021; Prokešová et al., 2021; Heinige et al., 2018). Jak je již z názvu patrné, je potřeba, aby byl i tým odborníků schopen adekvátně reagovat na aktuální zdravotní stav pacientů, které často končí kardiopulmonární resuscitací nebo urgentní přípravě k operačnímu výkonu (Ata et al., 2020; Prokešová et al., 2021; Tlachová, 2021). Mezi další specifické činnosti patří např. odběry krevních vzorků k laboratornímu testování jedenkrát či vícekrát denně a úprava léčby na základě výsledků, aplikace kontinuálních i bolusových léčivých přípravků přes ČŽK a péče o veškeré invazivní vstupy apod. (Green, Edmonds, 2004; Satinský, Richtarová, 2021; Richtarová et al., 2020). Všechny tyto specifické i nespecifické výkony musí být v souladu s vyhláškou 55/2011 Sb., konkrétně §4, §48 a §49 (Česká republika, 2022). Z výše uvedených důvodů je potřebné, aby nelékařský pracovník na JIP byl schopen pracovat ve větší míře bez odborného dohledu, musí umět správně vyhodnocovat měřené parametry a na patologické stavy včas upozornit (Hubal, 2019, Tabanejad et al., 2016). Aktuálně je zapotřebí k získání kompetencí absolvovat vysokoškolský program zaměřující se na specializaci v intenzivní péči nebo akreditovaný kurz pro nelékařské zdravotnické pracovníky, v souladu se zákonem 105/2011 Sb. (Hubal, 2019, Česká republika, 2022).

### SPECIFIKA PÉČE O VSTUPY DO CENTRÁLNÍHO ŽILNÍHO ŘEČIŠTĚ

**J**ak je již výše zmíněno, na JIP je využíváno velmi specifické péče, a proto zpravidla každý pacient má přístup do centrálního žilního řečiště (Bell, O'Grady, 2017). Každý typ katétru má svá specifika ošetřování, avšak nejčastěji se ošetrovatelský personál na JIP setkává s ČŽK, PICC (peripherally inserted central catheter) katétrem, méně často také s periferním žilním katétrem (dále jen PŽK) a MIDLINE katétrem (Sharp et al., 2014; Saugel et al., 2017; Bing et al., 2021). Specifika péče o ČŽK spočívají v každodenní kontrole vstupu a udržování jeho funkčnosti a vzhledem k tomu, že se nejčastěji zavádí do povodí horní či dolní duté žíly, musí být ošetřování vysoce profesionální (Saugel et al., 2017). Pro krátkodobé využití (např. preventivní důvody nebo jednorázové podání velkoobjemových náhrad) se používají netunelizované katétry (Lee, Ramaswamy, 2018). Pro dlouhodobé využití se používají tunelizované ČŽK, PICC katétry a podkožní porty (Sharp et al., 2014).

Tunelizovaný přístup tvoří prodloužené krytí a chrání pro vzniku či rozvoji infekce (Fahy, Sockrider, 2019; Morzaria, Carle, 2021; Heberlein, 2011). Při ošetřování je vždy nutné postupovat přísně asepticky, pravidelně místo kontrolovat, ránu převazovat a při jakýchkoliv známkách infekce je nutné upozornit lékaře a katétr odstranit (Dioni et al., 2014). ČŽK musí být ošetřován v souladu se stanovenými písemnými předpisy (standards ošetřovatelské péče), které se zaměřují na konkrétní typy katétrů (Morzaria, Carle, 2021; Fahy, Sockrider, 2019). K samostatnému převazu sestra vždy musí nosit ústenku, pokrývku hlavy, pár sterilních a nesterilních rukavic, sterilní tampony, alkoholovou dezinfekci dle standardu, sterilní krytí a emitní misku (Dioni et al., 2014; Saugel et al., 2017).

V první fázi sestra v nesterilních ochranných pomůckách snímá stávající krytí, zpravidla od shora dolů. Častou komplikací je poranění kůže nebo dislokace katétru. Během snímání krytí by sestra neměla používat ostré předměty (Lee, Ramaswamy, 2018; Morzaria, Carle, 2021). Po obnažení rány vyměňuje sestra nesterilní rukavice za sterilní, kontroluje místo výstupu katétru z kůže a vše očistí alkoholovou dezinfekcí (Dioni et al., 2014). Začíná se standardně u místa vpichu a krouživým, spirálovým pohybem a pokračuje se směrem do širšího okolí katétru (Fahy, Sockrider, 2019). Celý postup dezinfekce se opakuje celkem třikrát, poté se opět celý prostor dezinfikuje, ovšem v další fázi již za použití dezinfekce dle standardu. Po zaschnutí dezinfekce se přikládá sterilní krytí, nejčastěji se využívá transparentní krytí, vyrobené z porézních materiálů s impregnovanou účinnou látkou, jako providon jód, stříbro nebo chlorhexidin (Morzaria, Carle, 2021). Prvních 24–48 hodin po zavedení katétru je udělena výjimka, kdy je tento typ krytí nahrazen netransparentním, savým a prodyšným krytím z důvodu možného krvácení (Dioni et al., 2014; Lee, Ramaswamy, 2018).

## MATERIÁL A METODY

### CÍL PRÁCE

**C**ílem práce studie je zjistit, jaké jsou aktuální zásady péče o ČŽK na jednotkách intenzivní péče, a jaké možnosti jsou při jejich ošetřování v klinické praxi využívány.

### METODIKA

**P**řehledová studie byla zpracována v období listopad 2021–únor 2022. Celý postup byl inspirován autory Gulpinar a Gucal Guclu (2014), kteří doporučují stanovit a definovat klinickou otázku, identifikovat relevantní studie, vyhodnotit kvalitu a selekci výsledků a provést syntézu a interpretaci dat. Tento postup odpovídá standardní metodice při konstrukci přehledových studií, která bývá v České republice používána (Doležalová, Tóthová, 2019; Neugebauer, Tóthová, 2019; Neugebauer, Tóthová, 2020; Neugebauer et al., 2021).

Postup stanovení klinické otázky byl inspirován autory Aslam a Emmanuel (2010) a Courtney et al. (2019), kteří doporučují při implementaci do klinické praxe použít

akronym PICO(T) nebo PECO(T). Námí vybraný akronym se shoduje s daty uvedenými na webových stránkách Johns Hopkins University and Medicine – Expert searching

(2021). Klinická otázka byla definována takto: *Poskytují sestry na jednotkách intenzivní péče (P) v současné době (T) moderní ošetrovatelskou péči o CŽK (I), která je efektivní v prevenci infekcí (O), a je shodná s ošetrovatelskou péčí využívanou v zahraničí (C)?*

Naše klinická otázka byla pro lepší pochopení znázorněna graficky v tabulce 1.

**Tabulka 1 klinická otázka PICOT**

P (Pacient / populace)	Sestry na jednotkách intenzivní péče
I (Intervence)	Moderní ošetrovatelská péče o CŽK se základy v evidence base
C (Porovnání)	Ošetrovatelská péče o CŽK v zahraničí
O (Očekávané výsledky)	Efektivita v prevenci rozvoje infekcí CŽK na JIP
T (čas)	Aktuální situace v ČR

Pro efektivní vyhledávání byly po definování klinické otázky stanovena klíčová slova za použití techniky “a priori”, kterou doporučují autorů Pearce et al. (2018) a Nagai et al. (2002) a byla využita v podobně zaměřených studiích (Doležalová, Tóthová, 2019; Neugebauer, Tóthová, 2019; Neugebauer, Tóthová, 2020; Neugebauer et al., 2021). Celkem bylo definováno 17 klíčových slov, ovšem po jejich redukci výzkumníky byly vybrány: *Ošetrovatelství, jednotka intenzivní péče, centrální žilní katétr, prevence, infekce.*

Pro identifikaci studií jsme zvolili čtyř krokovou metodu autora Wilding et al. (2012): (1) publikace musí být ve stanoveném jazyce (český, anglický); (2) publikace musí být validní; (3) publikace musí splňovat časové rozpětí (2022–2018); (4) alespoň jedno námi definované slovo se musí objevit v názvu příspěvku, abstraktu nebo klíčových slovech. Tento proces byl taktéž aplikován již u několika podobných studií (Doležalová, Tóthová, 2019; Neugebauer, Tóthová, 2019; Neugebauer, Tóthová, 2020; Neugebauer et al., 2021). Samotné vyhledávání bylo realizováno v databázích PubMed, Web od Science, Science Direct, Ebsco, Willey Online Library a Scopus.

Prvotně bylo identifikováno celkem 92 studií podle uvedených kritérií – PubMed (n= 38), Web od Science (n= 17), Science Direct (n= 11), Ebsco (n= 13), Scopus (n= 13) + 3 publikace evidované v Národní knihovně v Praze a Akademické knihovně Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Po prvotní selekci na základě duplicity (n= 41) a jiného publikačního jazyka (n= 3) bylo evidováno 51 studií. Dále proběhla analýza abstraktů, přičemž jsme se prioritně zaměřovali na vyloučení studií netestujících efektivitu simulační výuky v ošetrovatelství (n= 14). Finálně došlo k pročitání studií ve full-textové formě. Eliminovány byly studie, které neobsahovaly informace o: (1) typu studie; (2) cíli studie;

(3) použité metodě; (4) hodnocení efektivity; (5) studijním oboru. Celkem bylo do studie zahrnuto 9 odborných publikací. Ze získaných dat byly vytvořeny dvě kategorie – [1] Péče o centrální žilní katétry na jednotkách intenzivní péče; [2] Vzdělání a následná edukace sester na jednotkách intenzivní péče o problematice ČŽK.

## VÝSLEDKY A DISKUSE

**C**elkem byly identifikovány tři kvantitativní studie, tři systematické review a meta-analýzy, jedna přehledová studie, jedna experimentální studie a jeden teoretický koncept vztahující se k cíli strategie (viz. tabulka 2).

**Tabulka 2 Charakteristika relevantních zdrojů**

Jména autorů a rok vydání	Země původu	Název studie	Typ studie	Cíl studie	Použité metody	Hodnocení efektivity	Velikost vzorku
Aloush (2018)	Jordánsko	Educating intensive care unit nurses to use central venous catheter infection prevention guidelines: effectiveness of an educational course.	Kvantitativní studie	Vyhodnotit efektivitu edukačního kurzu zaměřující se na zvýšení znalostí sester v dodržování péče o ČŽK na JIP dle standardů	Vzdělání v oblasti péče o Centrální žilní katétry za použití schválených standardů	Po absolvování kurzu byla péče o ČŽK více zaměřena na prevenci a shodovala se s přijatými standardy zdravotnického zařízení	136 sester
Lai et al. (2016)	Malaysia	Antimicrobial dressings for the prevention of catheter-related infections in newborn infants with central venous catheters	Přehledová studie	Hodnocení efektivity antimikrobiálního krytí ČŽK u novorozenečných dětí	Vyhledávání odborných publikací v databázích, se zaměřením na sledování známek infekce ČŽK na JIP za použití kombinace různých typů desinfekce a různého krytí	Krytí s chlohexidinem a alkoholová desinfekce jsou evidovány jako neefektivnější preventivní prostředky v péči o ČŽK. Velmi efektivní jsou také krytí s povidon-jód přípravky	173 analyzovaných studií  855 případů hodnocení

Sharma et al. (2021)	Indie	Aqueous chlorhexidine 1% versus 2% for neonatal skin antiseptics: a randomised noninferiority trial.	Experimentální studie	Zjistit, jestli je účinnost kdytí s 1% chlorhexidinu méně účinná v prevenci infekcí ČŽK na JIP než krytí s 2% chlorhexidinem	Pro experiment byly využity 2 skupiny participantů. Bylo testováno využití specifických o krytí a byly sledovány reakce kůže a další možné	Pouze v 5% obou případů došlo k podráždění kůže. Krytí je efektivní v prevenci rozvoje infekce. Nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi 1% a 2% chlorhexidinem	308 participantů
Silveira et al. (2020)	Brazílie	Dressings for the central venous catheter to prevent infection in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: a systematic review and meta-analysis	Systematická review a meta analýza	Zjistit, jaké je nejvhodnější krytí ČŽK u pacientů s transplantací kmenových buněk	Vyhledávání odborných publikací v databázích, se zaměřením na používané krytí ČŽK, reakce kůže a prevenci rozvoje infekce u pacientů se zavedenou léčbou - transplantace kmenových buněk	Nebylo nalezeno signifikantních rozdílů, které by preferovaly některý z používaných typů krytí pro vybraný druh pacientů.	7 studií
Böll et al. (2021)	Německo	Central venous catheter-related infections in hematology and oncology: 2020 updated guidelines on diagnosis, management, and prevention by the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of Hematology and	Systematická review	Zjistit nejvhodnější způsob ošetření ČŽK u rizikových pacientů s rakovinným onemocněním	Vyhledávání odborných publikací v databázích, se zaměřením na používané krytí ČŽK pro rizikové pacienty s rakovinným onemocněním	Výsledky hovoří o použití antiseptického o krytí, nejlépe s chlorhexidinovou impregnací, použít ČŽK se stříbrnou impregnací nebo obě možnosti současně	N/A

Frost et al. (2016)	Austrálie	Chlorhexidine bathing and health care-associated infections among adult intensive care patients: a systematic review and metaanalysis	Systematický review a meta analýza	Identifikovat efektivitu oplachů ČŽK chlorhexidinem jako prevenci infekcí u pacientů na JIP	Vyhledávání odborných publikací v databázích, se zaměřením na hodnocení efektivitu oplachů chlorhexidinem u pacientů na JIP	Výsledky hovoří o velkých benefitech oplachů chlorhexidinem, zejména v prevenci rozvoje infekce MRSA a dalších infekcí pro pacienty na JIP	N/A
Casimero et al. (2020)	Velká Británie	Minimising Blood Stream Infection: Developing New Materials for Intravascular Catheters	Teoretický koncept	Evaluace nového materiálu pro výrobu ČŽK	Syntéza teoretických a praktických informací z odborných databází a diskuse s odborníky	Nový materiál by měl snížit riziko vzniku infekcí spojené se zavedením ČŽK	N/A
Dyk et al. (2021)	Polsko	Assessment of Knowledge on the Prevention of Central Line- Associated Blood-stream Infections among Intensive Care Nurses in Poland-A Prospective Multicentre Study	Kvantitativní studie	Zjistit úroveň znalostí ošetrovatelského personálu na jednotkách intenzivní péče v oblasti prevence infekcí ČŽK	Standardizované dotazníkové šetření zaměřující se na znalosti ošetrovatelského personálu v oblasti prevence infekcí a péče o ČŽK	Znalosti ošetrovatelského personálu nejsou uspokojivé a autoři doporučují zavést kontinuální vzdělávání v oblasti prevence infekcí ČŽK na JIP	468 participantů
Chi et al. (2020)	Čína	Prevention of central line-associated blood-stream infections: a survey of ICU nurses' knowledge and practice in China	Kvantitativní studie	Zjistit úroveň znalostí ošetrovatelského personálu na jednotkách intenzivní péče v oblasti prevence infekcí ČŽK	Využití nestandardizovaného dotazníku, který byl inspirován tamními standardy pro ošetrování ČŽK a zaměřoval se na hodnocení znalostí v oblasti péče o ČŽK	Znalosti ošetrovatelského personálu nejsou uspokojivé a autoři doporučují zavést kontinuální vzdělávání v oblasti prevence infekcí ČŽK na JIP	835 sester z JIP

N/A (not applicable) – neaplikovatelné, nevyužitelné, není uvedeno



## VYUŽITÍ SPECIFICKÉHO KRYTÍ

**S**harma et al. (2021) testovali efektivitu a využití sterilního krytí s 1% a 2% chlorhexidinem u novorozenců na jednotce intenzivní péče. Krytí se v tomto případě používalo při péči o CŽK. Z výsledků je patrné, že pouze u 5 % pacientů docházelo k podráždění kůže a rozvoji dermatitidy, která byla zapříčiněna materiálem či snímáním krytí. V tomto případě nebylo prokázáno, že by vyšší procentní zastoupení účinné látky bylo efektivnější v prevenci rozvoje infekcí, avšak ani nebylo prokázáno, že by vyšší koncentrace účinné látky byla agresivnější vůči kůži či katéttru. Teoretické poznatky od autorů Lai et al. (2016) potvrzují, že v péči o CŽK je stále nejúčinnější metodou využití alkoholové dezinfekce a impregnovaného krytí, které se shoduje s doporučením výrobce katéttru, shoduje se standardy zdravotnického zařízení a u pacienta není evidována alergie na účinnou látku. Nejčastěji tak autoři doporučují krytí s chlorhexidinem nebo povidon-jodem. Velmi důležité je také, aby sestra stále postupovala asepticky a dokázala efektivně a správně provést hodnocení CŽK i jeho okolí. Autoři Ball et al. (2021) také dodávají, že by se krytí nemělo měnit každý den. Ihned po zavedení CŽK by mělo dojít ke krytí sterilními čtverci, které působí částečně jako tlakem proti krvácení a zároveň jejich absorpční schopnost udržuje ránu v suchu. Toto krytí je ovšem potřebné měnit při prosáknutí nebo každých 24 hodin. V případě, že rána nekrvácí, mělo by být přistoupeno k výměně stávajícího krytí za semipermeabilní, impregnované. V České republice se aktuálně používají semipermeabilní krytí, které obsahují chlorhexidinový gel. Tyto poznatky korespondují s moderními technikami využívanými v zahraničních zdravotnických zařízeních.

Využití semipermeabilního impregnovaného krytí je doporučováno mnoha světovými výzkumníky, kteří také doporučují využití konkrétně chlorhexidinové přípravky (Arvaniti et al., 2012; Ruschulte et al., 2009; Timsit et al., 2009; Timsit et al., 2012). Autoři Ullman et al., (2015) vnáší do diskuse trochu skeptického názoru a domnívá se, že ačkoliv tento druh krytí funguje, není důvod stále využívat jen tyto prostředky. Je potřebné, aby se bakterie a viry opět nestaly rezistentními agens, a proto by se vývoj nových prostředků neměl pozastavovat, stejně jako by se stále mělo pokračovat v kombinování aktuálně využívaných protektivních prostředků k prevenci rozvoje infekcí. Tento názor sdílí i autoři Silveira et al. (2020), kteří vyhledávali informace o vhodném krytí pro moderní ošetřování CŽK na JIP. V jejich studii se objevují polyuretanové transparentní fólie v různém intervalu výměny, polyuretanové transparentní fólie s účinnou látkou, chlorhexidinem i bez něj a také komparace krytý CŽK vs. nekrytý CŽK. Autoři dospěli k závěru, že je vždy nutné držet ránu v aseptickém prostředí, a proto je krytí CŽK nutné. Nebyla ovšem nalezena signifikantní rozdílnost v používaném materiálu. Studie dále již popsané zvýšené riziko poškození tkáně, při časté výměně krytí.

## JEDNOCESTNÉ A VÍCECESTNÉ CŽK

**A**utoři Bell a Grady (2017) dále upozorňují na rozdílnost mezi jednolumennými a vícelumennými katétry. Celá problematika je opřena o teorie, že čím více cest existuje do krevního řečiště pacienta, tím více hrozí riziko vzniku infekce. V souvislosti s těmito

fakty je proto vhodné neustále přemýšlet nad aktuálním zdravotním stavem pacienta, a zdali jsou vícelumenné katétrů vhodné, nebo bude potřeba saturována jednolumenným katétrem. Studie autorů Templeton et al. (2008) potvrzuje, že u vícelumenných ČŽK je vyšší procento rozvoje infekcí, avšak z meta analýzy autorů Dezfulian et al. (2003) byly tyto informace neprůkazné. Považujeme za nevhodné, aby při takto nedostatečné evidenci důkazů docházelo ke zvýšení počtu jednolumenných a snížení počtu vícelumenných ČŽK. Ba naopak tyto fakta slouží k podnícení managementu práce s ČŽK a zvýšení pozornosti sester při ošetřování katétrů na jednotce intenzivní péče.

## SPECIFICKÝ TYP PACIENTŮ

**A**utoři Bell a Grady (2017) uvádí jako další faktor rizikovost pacienta. Jako příklad můžeme uvést dialyzované pacienty, pacienty s onkologickou léčbou nebo již v rozvíjejícím se septickém stavu. U těchto pacientů volíme individuální přístup s přesně definovaným postupem dezinfekce i použitého krytí. V případě, že jsou pacienti riziková, sterilní krytí čtverci se mění ve dvanáctihodinových intervalech, není-li stanoveno jinak. Autoři Böll et al. (2021) zaměřili svou studii na rizikové pacienty s rakovinným onemocněním a také se shodují, že stávající použití sterilního krytí s chlorhexidinovou impregnací je dostačující. U takto rizikových pacientů je dále doporučeno využít v kombinaci se specifickým krytím také ČŽK impregnovaný stříbrem.

## ANTIBIOTICKÁ PROFYLAXE

**A**utoři Böll et al. (2021) dále operují s myšlenkou, zdali je vhodné používat antibiotickou profylaxi u všech pacientů, pouze u rizikových jedinců nebo vůbec. Již v roce 1995 autoři Zakrzewska-Bode et al. prokázali, že tehdejší ATB profylaxe bez jakéhokoli dalšího zásahu neredukuje osídlenost ČŽK, avšak moderní výzkumy autorů Zeigler et al. (2019) hovoří o vysoké efektivitě takto zaměřené profylaxe. Sami autoři Böll et al. (2021) tento názor odmítají a vzhledem ke značnému počtu výzkumů, které hovoří o dostatečné prevenci, při použití impregnovaného krytí s vhodnou dezinfekcí, nedoporučují profylaxi z důvodu prevence infekce ČŽK obecně u pacientů provádět.

## OPLACHY ČŽK A MÍSTA VPICHU

**D**alší možnosti péče o ČŽK uvádí Frost et al. (2016), kteří zaměřili jejich studii k výzkumu účinnosti oplachů místa vpichu i katétru chlorhexidinem. Výsledky jejich výzkumu hovoří o velké účinnosti proti Methicilin rezistentní staphylococcus aureus (MRSA), Vankomycin rezistentní enterococcus a Clostridium Difficile. S těmito daty souhlasí i studie Pittet a Angus (2015), kteří potvrzují benefity, které oplach roztoku s chlorhexidinem má. Poukazují také na možnost vytváření chlorhexidinových rezistencí, a zvyšování gram-negativních organismů. V této souvislosti doporučují, aby k oplachům bylo přistoupeno pouze v případech, kdy je u pacientů zvýšené riziko iatrogenního poškození či zvýšené riziko přenosu nozokomiálních nákaz.

## PROPLACHOVÁNÍ A UZAVÍRÁNÍ CEST ČŽK

**M**ezi další často opomíjené techniky ošetřování patří podle autořů Casimero et al. (2020) proplachování a uzavírání katérových cest. Podle zahraničních studií vznikají patologické procesy v katétru zpravidla vždy v souvislosti s pozůstatky živné půdy pro etiologické agens, v tomto případě nejčastěji krví (Hadaway, Richardson, 2010; Hasaway, 2012; Goossens, 2015).

## VZDĚLÁNÍ A NÁSLEDNÁ EDUKACE SESTER O PROBLEMATICE ČŽK

**P**ro péči o ČŽK nejen na JIP je neodmyslitelně důležité vzdělávání zdravotnických pracovníků, kteří invazivní vstupy ošetřují. Studie autorů Böll et al. (2021), Ista et al. (2016) a Peredo et al. (2010) poukazují na stále nedokonalé postupy při ošetřování ČŽK. Jejich systematické studie dokazují, že zdravotničtí pracovníci podceňují závažnost možných komplikací, které mohou být u rizikových pacientů fatální. Proto se jejich studie opírá o klinické výzkumy, které dokazují, že důsledky mohou být velmi dramatické, avšak je zde i účinná prevence. Kontinuální vzdělávání pracovníků v této oblasti může efektivně zabránit rozvoji infekce a rapidně tak pomoci zdravotnímu stavu pacientů na JIP. Guerin et al. (2010) dále dodává, že je stále velmi důležité, aby před každým výkonem podobného charakteru docházelo k důkladné očištění rukou zdravotnických pracovníků, včetně provedení následné dezinfekce. V tomto případě můžeme také nepřímo poukázat na vzdělávání zdravotnických pracovníků, kteří mají kompetence k ošetřování ČŽK či práce na JIP. Zdravotnický systém by měl být schopen adekvátně reagovat na poměr zdravotnických pracovníků v klinické praxi a stejně tak by mělo vzdělávání vhodně korespondovat se zdravotnickým systémem. Jednota tohoto systému by přinesla extrémní benefity, které by učinily zdravotnické pracovníky kompetentní k určitým výkonům a eliminovaly by se potencionální hrozby, které s nedostatečným vzděláním působí jako velký rizikový faktor v péči o pacienta. Autoři Hugonnet et al. (2004) a Needleman et al. (2002) se shodují, že vzdělanost sester je klíčová při dodržování zavedených postupů v klinické praxi. Dále informují, že vzdělání přináší zdravotnickým pracovníkům rozhled a různé variace, které lze při ošetřování využít. Otázkou tedy zůstává, zdali i náš zdravotnický systém v České republice může být funkční, pokud bychom využili poznatky o vzdělávání ze zahraničních studií. S největší pravděpodobností ano, vzhledem k tomu, že se počet zdravotníků v klinických praxích zvyšuje, stejně tak se zvyšuje i podíl vysokoškolsky vzdělaných sester oproti středoškolsky vzdělaným sestřím. Interní pravidla zdravotnických zařízení mají snad již ve všech případech striktně nastaveno, že na JIP nesmí pracovat sestra se středoškolským vzděláním, ba naopak se za dnešní standard považuje vzdělání v oblasti Anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče (ARIP). Böll et al. (2021) považují tyto specificky zaměřené kurzy za nezbytné, pro vzdělávání zdravotníků v moderním ošetřovatelství a doporučují zdravotnickým zařízením, aby si vytvořili své vlastní vzdělávací kurzy, které jsou aplikovatelné přímo na prostředí, do kterého bude sestra či jiný zdravotnický pracovník po proškolení nastupovat. Aloush (2018) zaměřil svou studii právě na vytvoření a sledování vzdělávacích kurzů v korespondenci se sledováním standardů zdravotnických zařízení. Výsledky poukazují na zvýšení dodržování standardů

po absolvování kurzů péče o CŽK, a proto doporučují, aby všichni nastoupivší sestry byly podrobeny tomuto školení s praktickými nácviky péče o CŽK.

## ZÁVĚR

**A**ktuálně se využívá několik technik pro ošetřování CŽK. Hlavním principem je stále udržování aseptického prostředí v okolí porušení kožní integrity i samotném cévním vstupu. Odborníci radí využívat účinných látek jako je chlorhexidin nebo povidon-jód. Avšak ve velice individuálních situacích lze aplikovat antibiotickou profylaxi nebo oplachy rány i katétru. Velmi důležitá je také volba katétru, který bude pacientovi zaveden. Pro léčebné účely na JIP je CŽK excelentní součástí, ovšem je vhodné, aby sestry pochopily celou problematiku péče o CŽK, včetně prevence komplikací a v kooperaci s lékařem vhodný katétr vybírali. Ačkoliv má vždy finální slovo lékař, sestra může vhodně konstatovat, zdali bude CŽK sloužit také k odběrům apod. V souvislosti s délkou zavedení pak také zvažujeme, zdali CŽK tunelizovat nebo nikoliv. Vhodné je také edukovat ošetřovatelský personál, aby věděl, jak o daný typ katétru pečovat. Několik odborníků se shoduje, že vytvoření seminářů s praktickými ukázkami vede k hlubšímu pochopení problematiky, zvýšení míry dodržování standardizovaných postupů a tím snížení rozvoje infekcí a dalších komplikací.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ALOUSH, S. 2018. Educating intensive care unit nurses to use central venous catheter infection prevention guidelines: effectiveness of an educational course. *Journal of research in nursing: JRN*. 23(5): 406 – 413. Doi: 10.1177/1744987118762992
- [2] ARVANITI, K. et al. 2012. Catheter-Related Infections in ICU (CRI-ICU) Group. Comparison of Oligon catheters and chlorhexidine-impregnated sponges with standard multilumen central venous catheters for prevention of associated colonization and infections in intensive care unit patients: a multicenter, randomized, controlled study. *Crit Care Med*. 40(2): 420-429. DOI: 10.1097/CCM.0b013e31822f0d4b
- [3] ASLAM, S., EMMANUEL, P. 2010. Formulating a researchable question: A critical step for facilitating good clinical research. *Indian J Sex Transm Dis AIDS* 31(1): 47-50. DOI: 10.4103/2589-0557.69003
- [4] ATA, E. E. et al. 2020. Resilience, occupational satisfaction, burnout and compassion fatigue in Turkish intensive care nurses. *Kontakt*. 22(3): 152-158. DOI: 10.32725/kont.2020.028
- [5] BALL, M., SINGH, A. 2021. Care Of A Central Line. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. [online]. [cit. 2022-03-03]. Dostupné z: [https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564398/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564398/)
- [6] BELL, T., O'GRADY, N. P. 2017. Prevention of Central Line-Associated Bloodstream Infections. *Infect Dis Clin North Am*. 31(3):551-559. doi: 10.1016/j.idc.2017.05.007
- [7] BÖLL, B. et al. 2021. Central venous catheter-related infections in hematology and oncology: 2020 updated guidelines on diagnosis, management, and prevention by the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of Hematology and Medical Oncology (DGHO). *Ann Hematol*. 100(1):239-259. Doi: 10.1007/s00277-020-04286-x
- [8] BING, S. et al. 2021. PICC versus midlines: Comparison of peripherally inserted central catheters and midline catheters with respect to incidence of thromboembolic and infectious complications. *Am J Surg*. 223(5):983-987. doi: 10.1016/j.amjsurg.2021.09
- [9] CASIMERO, CH. et al. 2020. Minimising Blood Stream Infection: Developing New Materials for Intravascular Catheters. *Medicines*. 7(9). Doi: 10.3390/medicines7090049
- [10] ČESKÁ REPUBLIKA. 2022 . Sběrka zákonů . Dostupné z : [https:// www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-105](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-105)
- [11] COURTNEY, D., B., BENNETT, K., SZATMARI, P. 2019. The Forest and the Trees: Evidence-Based Medicine in the Age of Information. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 58(1), 8-15. doi:10.1016/j.jaac.2018.06.035
- [12] DEZFULIAN, C. et al. 2003. Rates of infection for single-lumen versus multilumen central venous catheters: a meta-analysis. *Crit Care Med*. 31(9):2385-90. doi: 10.1097/01.CCM.0000084843.31852.01.

- [14] DOLEŽALOVÁ, J., TÓTHOVÁ, V. 2019. Vybrané nástroje pro hodnocení geriatrické křehkosti. *Geriatric a Gerontologie*. 8(3): 125 - 129. ISSN 1805 – 4684
- [15] DYK, D. et al. 2021. Assessment of Knowledge on the Prevention of Central-Line-Associated Bloodstream Infections among Intensive Care Nurses in Poland—A Prospective Multicentre Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(23). doi:10.3390/ijerph182312672
- [16] FAHY, B., SOCKRIDER, M. 2019. Central Venous Catheter. *Am J Respir Crit Care Med*. 199(11):21-22. doi: 10.1164/rccm.19911P21
- [17] FROST, S., A. et al. 2016. Chlorhexidine bathing and health care-associated infections among adult intensive care patients: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 23;20(1):379. doi: 10.1186/s13054-016-1553-5
- [18] GOOSSENS, G., A. 2015. Flushing and Locking of Venous Catheters: Available Evidence and Evidence Deficit. *Nurs. Res. Pract.* 1–12. doi: 10.1155/2015/985686
- [19] GUERIN, K. et al. 2010. Reduction in central line-associated bloodstream infections by implementation of a postinsertion care bundle. *Am J Infect Control* 38:430–433. Doi: 10.1016/j.ajic.2010.03.007
- [20] GULPINAR, O., GUCAL GUCLU, A. 2014. How to write a review article? *Turkish Journal of Urology*. 39(1): 44-48. Doi: 10.5152/tud.2013.054
- [21] GREEN, A., EDMONDS, L. 2004. Bridging the gap between the intensive care unit and general wards-the ICU Liaison Nurse. *Intensive Crit Care Nurs*. 20(3):133-43. doi: 10.1016/j.iccn.2004.02.007
- [22] HADAWAY, L. 2012. Needleless connectors for IV catheters. *Am. J. Nurs*. 112:32–44. doi: 10.1097/01.NAJ.0000422253.72836.c1
- [23] HADAWAY, L., RICHARDSON, D. 2010. Needleless connectors: A primer on terminology. *J. Infus. Nurs*. 33:22–31. doi: 10.1097/NAN.0b013e3181c65cc9
- [24] HEBERLEIN, W. 2011. Principles of tunneled cuffed catheter placement. *Tech Vasc Interv Radiol*. 14(4):192-7. doi: 10.1053/j.tvir.2011.05.008
- [25] HEINIGE, P., PRCHLÍK, M., FAJT, M. 2018. Polytrauma u dětí. *Urgentní medicína*. 2018, 21(2): 46-56. ISSN: 1212-1924
- [26] HUBAL, S. 2019. Kompetence sester v intenzivní péči v České republice a Rakousku. Brno, [online]. [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/a9d03w/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Olga Suková
- [27] HUGONNET, S. et al. 2004. Nursing resources: a major determinant of nosocomial infection? *Curr Opin Infect Dis*. 17:329-333. Doi: 10.1097/01.qco.0000136931.83167.d2
- [28] CHANG, B. L. et al. 2019. Quality gaps and priorities for improvement of healthcare service for patients with prolonged mechanical ventilation in the view of family. *J Formos Med Assoc*. 118(5):922-931. doi: 10.1016/j.jfma.2018.09.019.
- [29] CHI et al. 2020. Prevention of central line-associated bloodstream infections: a survey of ICU nurses' knowledge and practice in China. *Antimicrob Resist Infect Control*. 9(1):186. doi: 10.1186/s13756-020-00833-3

- [32] ISTA, E., et al. 2016. Effectiveness of insertion and maintenance bundles to prevent central-line-associated bloodstream infections in critically ill patients of all ages: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 16:724–734. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00409-0
- [33] Johns Hopkins University. 2021. Formulating Your Research Question - Expert searching. [online]. New York City: USA. [cit. 2021-30-12]. dostupné z: <https://browse.welch.jhmi.edu/searching/formulating-research-question>.
- [34] LAI, N. M. et al. 2016. Antimicrobial dressings for the prevention of catheter-related infections in newborn infants with central venous catheters. *Cochrane Database Syst Rev*. 3(3):CD011082. doi: 10.1002/14651858.CD011082.pub2.
- [35] LEE, K., A., RAMASWAMY, R., S. 2018. Intravascular access devices from an interventional radiology perspective: indications, implantation techniques, and optimizing patency. *Transfusion*. 58, 549-557. doi:10.1111/trf.14501
- [36] LU, S. J. et al. 2020. Identification of quality gaps in healthcare services using the SERVQUAL instrument and importance-performance analysis in medical intensive care: a prospective study at a medical center in Taiwan. *BMC Health Services Research*. 20(1). doi:10.1186/s12913-020-05764-8
- [37] MORZARIA, P., CARLE, C. 2021. Should central venous catheters be routinely replaced in adults? *Br J Hosp Med (Lond)*. 82(7):1-2. doi: 10.12968/hmed.2020.0711
- [38] NAGAI, Y., NOGUCHI, H. 2002. How designers transform keywords into visual images. In: *Proceedings of the fourth conference on Creativity & cognition*. New York, USA: ACM Press, 118-125. Doi: 10.1145/581710.581729
- [39] NEEDLEMAN, J. et al. 2002. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 346:1715–1722. Doi: 10.1056/NEJMsa012247
- [41] NEUGEBAUER, J., TÓTHOVÁ, V. 2019. Physical Disabilities in Nursing - the use of selected tools to monitor physically disabled patients' needs. *Kontakt*. 21(4): 344-351. doi: 10.32725/kont.2019.032
- [42] NEUGEBAUER, J., TÓTHOVÁ, V. 2020. Assessment of pressure ulcers in physically handicapped patients. *Development in Health Sciences*. 3 ( 2 ) . doi: 10.1556/2066.2020.00006
- [43] NEUGEBAUER, J. et al. 2021. Causes and interventions of medication errors in healthcare facilities. *Ceska Slov Farm*. 70(2): 43-50. ISSN: 1210-7816.
- [44] PEARCE, P. F., HICKS, R. W., PIERSON CH. A. 2018. Keywords matter. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 30(4): 179-181. Doi: 10.1097/JXX.0000000000000048
- [45] PEREDO, R. et al. 2010. Reduction in catheter-related bloodstream infections in critically ill patients through a multiple system intervention. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 29:1173–1177. doi:10.1007/s10096-010-0971-6
- [46] PILLET, D. ANGUS, D. C. 2015. Daily chlorhexidine bathing for critically ill patients: a note of caution. *JAMA*. 313(4):365-6. doi: 10.1001/jama.2014.18482
- [47] PROKEŠOVÁ, R. et al. 2021. Use of SWOT analysis to optimize and reduce the risks

- of the process of administering drugs by nurses in selected departments of South Bohemian hospitals. *Kontakt*. doi:10.32725/kont.2021.047
- [48] RUSCHULTE, H., et al. 2009. Prevention of central venous catheter related infections with chlorhexidine gluconate impregnated wound dressings: a randomized controlled trial. *Ann Hematol*. 88(3):267-72. doi: 10.1007/s00277-008-0568-7
- [49] SATINSKÝ, I., RICHTAROVÁ, J. 2021. Intermitentní výživa v intenzivní péči – teorie a praxe. *Rozhledy v chirurgii*. 100(2): 66-73. ISSN: 0035-9351
- [50] SAUGEL, B. et al. 2017. Ultrasound-guided central venous catheter placement: a structured review and recommendations for clinical practice. *Critical Care*. 21(1). Doi:10.1186/s13054-017-1814-y
- [51] SHARMA, A. et al. 2021. Aqueous chlorhexidine 1% versus 2% for neonatal skin antisepsis: a randomised non-inferiority trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 106(6):643-648. doi: 10.1136/archdischild-2020-321174
- [52] SCHANDL, A. et al. 2017. Patient participation in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 42, 105-109. doi:10.1016/j.iccn.2017.04.006
- [53] SHARP, R. et al. 2014. The safety and efficacy of midlines compared to peripherally inserted central catheters for adult cystic fibrosis patients: a retrospective, observational study. *Int J Nurs Stud*. 51(5):694-702. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.09.002
- [54] SILVEIRA, P., S., R., C. et al. 2020. Dressings for the central venous catheter to prevent infection in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 28(2):425-438. doi: 10.1007/s00520-019-05065-9.
- [55] TABANEJAD, Z. et al. 2016. The Effect of Liaison Nurse Service on Patient Outcomes after Discharging From ICU: a Randomized Controlled Trial. *J Caring Sci*. 5(3):215-222. doi: 10.15171/jcs.2016.023
- [56] TEMPLETON, A. et al. 2008. Multilumen central venous catheters increase risk for catheter-related bloodstream infection: prospective surveillance study. *Infection*. 36(4):322-7. doi: 10.1007/s15010-008-7314-x
- [57] TIMSIT, J., F. et al. 2012. Randomized controlled trial of chlorhexidine dressing and highly adhesive dressing for preventing catheter-related infections in critically ill adults. *Am J Respir Crit Care Med*. 186(12):1272-8. doi: 10.1164/ rccm.201206-1038OC
- [58] TIMSIT, J., F. et al. 2009. Dressing Study Group. Chlorhexidine-impregnated sponges and less frequent dressing changes for prevention of catheter-related infections in critically ill adults: a randomized controlled trial. *JAMA*. 301(12):1231-41. doi: 10.1001/jama.2009.376.
- [59] TLACHOVÁ, H. 2021. Jednotka intenzivní a resuscitační péče pro novorozence – péče o „křehké bojovníky“. *Florence*. 17(2): 10-11. ISSN 1801-464X
- [60] ULLMAN, A., J. et al. 2015. Dressings and securement devices for central venous catheters (CVC). *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(9):CD010367. doi: 10.1002/14651858.CD010367.pub2
- [61] WILLDING, R., COLICCHIA, C., STROZZI, F. 2012. Supply chain risk management:



a new methodology for a systematic literature review. *Supply Chain Management: An International Journal* 17(4): 403-418. DOI: 10.1108/13598541211246558

- [62] ZAKRZEWSKA-BODE, A. et al. 1995. Mupirocin resistance in coagulase-negative staphylococci, after topical prophylaxis for the reduction of colonization of central venous catheters. *J Hosp Infect.* 31:189–193. doi:10.1016/0195-6701(95)90065-9
- [63] ZIEGLER, M. et al. 2019. Fluoroquinolone prophylaxis is highly effective for the prevention of central line–associated bloodstream infections in autologous stem cell transplant patients. *Biol Blood Marrow Transplant* 25:1004–1010. doi:10.1016/j.bbmt.2018.11.023

# NURSING CARE ABOUT THE CENTRAL VENOUS CATHETERS AT THE INTENSIVE CARE UNIT



## ABSTRACT

Healthcare providers take care of the venous catheters in their daily routine in the intensive care unit. This study reflects the best techniques for central venous catheters to prevent bloodstream infection. One of the best techniques is using semipermeable impregnated cover, service of the proper disinfection, and daily catheter check. Some evidence reflects that antibiotics prophylaxis or irrigation is a good prevention technique for infection development. There is insufficient evidence to accept these theories. Nursing care also includes flushing and locking non-active catheter lumens. Based on the evidence, there is no significant recommendation to continue with locking by the heparin's products. Currently, the physiological saline solution is effective for flushing and locking the catheter lumens.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jan Neugebauer, Ph.D., MBA  
Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence  
a neodkladné péče  
U Výstaviště 26  
370 11 České Budějovice  
e-mail: Nadzemsky@gmail.com

Lada Martinková  
Nemocnice České Budějovice, a.s.  
Infekční oddělení  
B. Němcové 585/54  
370 01 České Budějovice.  
e-mail: ladamama@seznam.cz

PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.  
Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústavu ošetrovatelství, porodní asistence  
a neodkladné péče  
U Výstaviště 26  
370 11 České Budějovice  
e-mail: Hudaca@zsf.jcu.cz

Mgr. František Dolák, Ph.D.  
Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústavu ošetrovatelství, porodní asistence  
a neodkladné péče  
U Výstaviště 26  
370 11 České Budějovice  
e-mail: fdolak@zsf.jcu.cz

Mgr. Jitka Doležalová, Ph.D.  
Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústavu ošetrovatelství, porodní asistence  
a neodkladné péče  
U Výstaviště 26  
370 11 České Budějovice

Mgr. Inka Kratochvílová  
Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústavu ošetrovatelství, porodní asistence  
a neodkladné péče  
U Výstaviště 26  
370 11 České Budějovice,  
e-mail: kratoi02@zsf.jcu.cz

## KEYWORDS:

Central venous catheter, intensive care unit, nursing, techniques

# KVALITA PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ PŘI PROPUŠTĚNÍ PACIENTA Z AKUTNÍ PÉČE DO DOMÁCÍHO OŠETŘOVÁNÍ A PŘI PŘEKLADU MEZI POSKYTOVATELI ZDRAVOTNÍ PÉČE

PAVLÍNA TŮMOVÁ  
SYLVA BÁRTLOVÁ  
JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

## ABSTRAKT

Cílem přehledového článku je nastínit problematiku předávání informací při propuštění pacienta z akutní péče a při překladu mezi poskytovateli zdravotní péče analýzou odborných publikací.

Vyhledávání odborných článků bylo provedeno v období od září 2021 do června 2022 na základě stanovení vhodných klíčových slov a jejich spojení, která byla následně použita v databázích EBSCO Discovery Servis, MEDLINE, PubMed, Google Scholar, Science Direct a ProQuest. Celkový výběr byl zúžen zadáním jazyka, obdobím publikování a dalšími kritérii, které umožňují jednotlivé databáze. Plnotexty byly dohledány prostřednictvím Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje. Do užšího výběru byly vybrány články, které se konkrétně týkají tématu přehledové studie a odmítnuty byly články nalezené duplicitně, nesplňující předem definovaná kritéria nebo byly odlišného tématu a cílů. Primárně bylo nalezeno 622 odborných článků. K přehledové studii bylo finálně připraveno 23 mezinárodních odborných článků v anglickém jazyce a nejsou starší deseti let. Kompletní sumarizace rešeršní činnosti je znázorněna v diagramu.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Bezpečná péče, překlad pacienta, předávání informací, propuštění pacienta

## ÚVOD

**P**řehledový článek se zabývá kvalitou předávaných informací při propuštění pacienta z akutní péče do domácího ošetřování a při překladu mezi poskytovateli zdravotní péče.

Kvalita poskytování zdravotních služeb je velmi citlivým tématem nejen pro poskytovatele zdravotní péče, ale i pro širokou veřejnost. Vizí celosvětového zdravotnictví je kontinuální zvyšování úrovně zdravotnických činností.

Cílem bezpečného předávání pacientů je zajistit jednotný způsob sdílení informací u daného poskytovatele. Vždy o tomto skutku musí být validně informován pacient, lékař i ošetřující personál. Pro předávání informací o zdravotním stavu pacienta je příhodné využít standardizovaných technik ideálně strukturované techniky (Pokorná, 2019).

Z důvodu vyléčení nebo zlepšení zdravotního stavu s možností ambulantní léčby je pacient propuštěn ze zdravotnického zařízení. Domácí prostředí či zařízení následné péče pomáhá urychlit rekonvalescenci a navrátit zdraví. Propuštění je vždy plánovanou akcí dohodnutou ošetřujícím lékařem s pacientem, eventuálně s rodinou. Sestra zaujímá v procesu propuštění pacienta specifickou roli (Pokorná, 2019).

Mezi vysoce rizikové procesy patří předávání informací při překladu či propuštění pacienta v rámci nemocnice nebo do péče jiného zdravotnického lůžkového nebo ambulantního zařízení. Opomenutí nebo rozpory v předaných údajích způsobí přerušeni kontinuity péče, což může mít za následek nejen ohrožení, ale i poškození zdraví pacienta.

Existují různé formy předávání validních informací o zdravotním stavu pacienta. Zdravotnická dokumentace v tištěné i elektronické podobě obsahuje informace spadající do citlivých údajů. S ohledem na novelizaci vyhlášky č.98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci dochází k jednoznačnému doporučení na národní úrovni, a sice ke spojení lékařské a ošetřovatelské dokumentace při sledování určených parametrů (Pokorná, 2019).

Elektronický zdravotní záznam je technologickým prostředkem pro dokumentaci vývoje zdravotního stavu a poskytnuté komplexní péče. Cílem managementu kvality je podpora kvalitní, efektivní a účinné péče. Nezbytným předpokladem je strukturovaná podoba elektronických zdravotních záznamů, přinášející možnosti automatizovaného zpracování údajů a zajištění kontinuity poskytované péče mezi různými zařízeními (Povolná, 2017).

Častým problémem zdravotnictví je podání nedostatečné informace, avšak otázkou je kolik informací je optimum a je nutno počítat s tím, že informace nemusí být vždy zapamatovány, mohou být vytěsněny obranným mechanismem popření nebo emoční zátěží (Ptáček, 2011). Prevenci problémových situací představuje vzdělávání zdravotníků jak v odborné a legislativní sféře tak i v komunikaci (Ptáček, 2011).

Výsledky studií uvádějí, že nežádoucí události při předávání informací o pacientech jsou řádně hlášeny a vyskytují se nejčastěji problémy při výměně informací, ztráta informací při předávání služby či ztráta informací při převozu pacienta z jednoho oddělení na druhé (Brabcová, 2015).

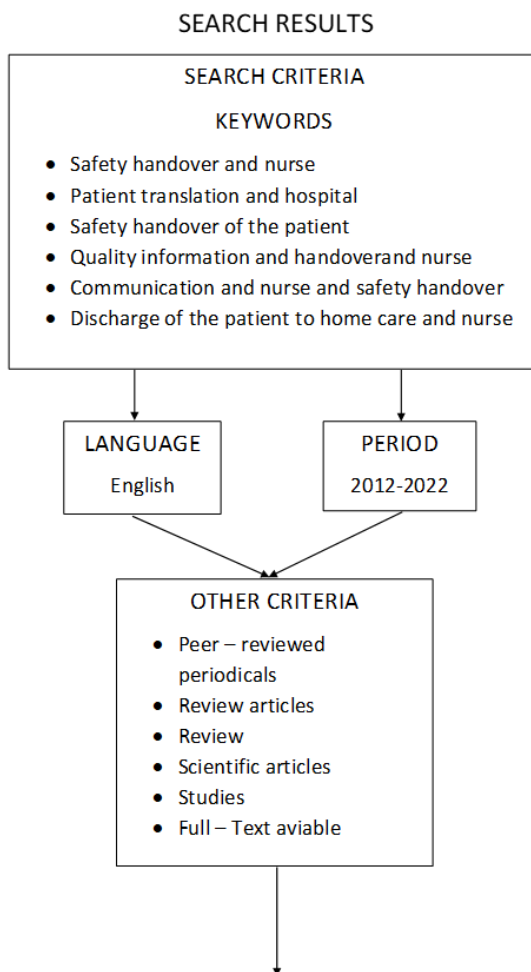
## MATERIÁL A METODY

Zdroje pro přehledový článek byly vyhledávány prostřednictvím databází EBSCO Discovery Servis, MEDLINE, PubMed, Google Scholar, Science Direct a ProQuest na základě klíčových slov a slovních spojení: Safety handover and nurse. Patient translation and hospital. Safety handover of the patient. Quality information and handoverand nurse. Communication and nurse and safety handover. Discharge of the patient to home care and nurse.

Klíčová slova a slovní spojení byla určena dle stanovené výzkumné otázky: Mají zdravotníci přesně nastavené procesy v oblasti předávání pacienta mezi poskytovateli zdravotní péče a při propuštění do domácího ošetřování?

Vyhledávání odborných publikací bylo provedeno v období od září 2021 do června 2022 a požadován byl anglický jazyk.

Přehled vyhledávání je znázorněn v diagramu 1, který znázorňuje přesný postup k finálnímu konečnému počtu použitelných zdrojů. Konkrétní vědecké články včetně cíle, výsledku a typu výzkumu jsou znázorněny v tabulce 1.



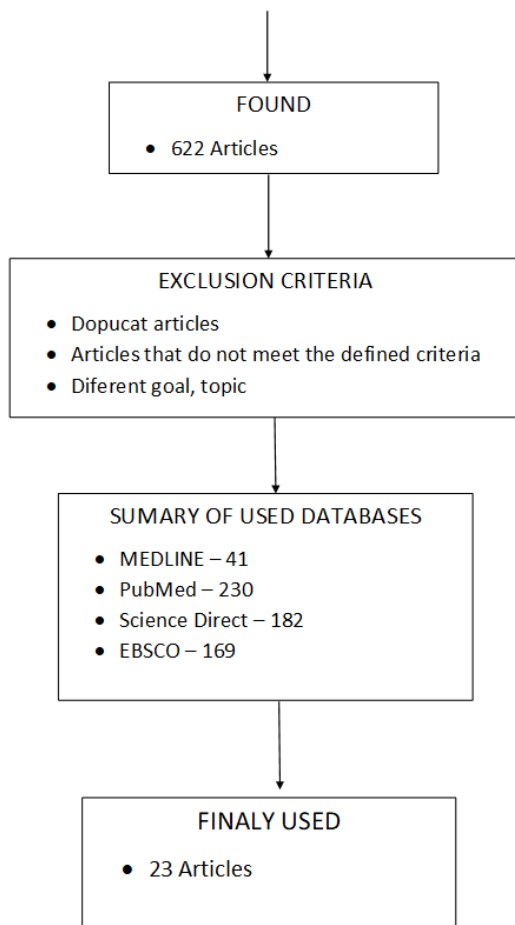


Diagram 1 Přehled vyhledávání

## VÝSLEDKY A DISKUSE

Number	Author name, year	Article title	Aim	Conclusions	Methodology	Editorial
1.	Muller Germany 2018	Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety	Determine the use of SBAR and the level of communication	Moderate evidence for improved patient safety through SBAR communication, especially when used to structure communication over the phone	Systematic review	BMJ Medline
2.	Raeisi, Rarani, Soltani Írán 2019	Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review	Identify problems with referrals related to the safety and quality of health services.	Insufficient communication is one of the main causes of a decrease in the quality of care provided and patient safety	Overview of publications	PubMed
3.	Tobiano et al. Austrálie 2018	Patient participation in nursing bedside handover	Enact patient participation in referral	Tension between procedure standardization and patient participation	Systematic mixed - methods review	Science Direct
4.	Smeulers, Lucas, Vermeulen Nizozemí 2014	Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalized patients	Determine the effectiveness of interventions designed to improve the delivery of hospital nursing	There was no evidence available to support conclusions about the effectiveness of nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalized patients	Randomized studies	PubMed

5.	Vretare, Anderzen-Carlsson Švédsko 2017	The critical care nurses perception of handover: a phenomenographic study	To examine differences in the experience of nurses in critical care with the transfer of patients during transfers to the critical care department	Handover is mediated through communication and marks a shift in responsibility	Retrospective, qualitative	Science Direct
6.	Spinks et al. Austrálie 2015	Patient and nurse preference for nurse handover - using preferences to inform policy: a discrete choice experiment protocol	Compare preferences for different aspects of referral that are common to nurses and patients	There are no events such as educational sessions	Qualitative, regression analysis	BMJ
7.	Zilahi and O'Connor Irsko 2019	Information sharing between intensive care and primary care after an episode of critical illness; A mixed methods analysis	Evaluate shared information	Information from hospital sources was reported as brief and incomplete	Qualitative	BMJ
8.	Pucher et al. UK 2015	Effectiveness of interventions to improve patient handover in surgery: A systematic review	Evaluate interventions to improve transmission in surgery	Improvements in information transfer may be achieved through checklist	Qualitative	Science Direct



9.	Methangkool, Tollinche, Starling USA 2019	Communication: Is There a Standard Handover Technique to Transfer Patient Care?	Explore the need for a standardized approach	The necessity of introducing control sheets	Observational study	PubMed
10.	Lange, Eeden, Heyns Jihoafrická Republika 2018	Patient handover in the emergency department: 'How' is as important as 'what'	Examine existing patient referral practices	Disrespectful behavior Task oriented behavior and the use of Aboriginal languages during patient handover practices negatively affected workplace culture	Qualitative	Science Direct
11.	Alshyyab et al. Austrálie 2022	Assessment of patient safety culture in two emergency departments in Australia: a cross sectional study	Explore the quality of teamwork	Disturbing perceptions of participants about the lack of patient safety culture	Cross-sectional study	TQM journal
12.	Ramsay et al. Skotsko 2018	Does a multidisciplinary approach have a beneficial effect on the development of a structured patient handover process between acute surgical wards in one of Scotland's largest teaching hospitals?	Compare problems in transporting patients	Error rate in the handover process and to improve the quality it is necessary to create and implement a handover tool.	Cross sectional study	BMJ

13.	Ghosh, Ramamoorthy, Pottakat Indie 2021	Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction	Assess the impact of the implementation of the standard protocol Situation, Background, Evaluation, Recommendations (SBAR) on the overall process of nursing delivery	The need for effective standardization of patient handover from the point of view of both the patient and health professionals as an improvement in the quality of the handover process and the inclusion of the SBAR document	Experimental study	PubMed
14.	Tobiano et al. 2020	Front-line nurses' perceptions of intra-hospital handover	Examine how nurses perceive factors that help or hinder patient referral	Healthcare professionals need clear processes that support high quality information sharing	Qualitative	JCN Clinical, nursing
15.	Lundereng, Dihle, Steindal Norsk 2020	Nurses' experiences and perspectives on collaborative discharge planning when patients receiving palliative care for cancer are discharged home from hospitals	Examine the experiences and perspectives of nurses regarding cooperation in dismissals	The dismissal process lacked the necessary equipment and clear documentation. Nurses lacked mutual understanding leading to ineffective communication.	Qualitative	JCN Clinical, nursing

16.	Metilda et al. Indie 2021	Effectiveness of Nurse-Driven Discharge Teaching Using Mobile Application for Home-Based Health Care Practices among Postoperative Neurosurgical Patients or Caregivers in a Tertiary Care Hospital, New Delhi: A Randomized Control Study	Assess the effectiveness of the nurse's controlled patient discharge	Using a nurse directed mobile application	Questionnaire, computer record, application	Indian Journal of Neurotrauma
17.	Kollerup, Curtis, Schantz Dánsko 2018	Visiting nurses' posthospital medication management in home health care: an ethnographic study	Identify key elements in discharging the patient to home care	As a results the context of care challenged patient safety in several areas	Observation, qualitative	Caring sciences
18.	Olsen, Hellzén, Enmarker Norsk 2013	Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics	Evaluate documents during patient transfer and discharge. Find out the procedure for patient transfer between health-care organizations.	The low prevalence of nursing transfer documents	Analysis nursing documents	International Journal of Integrated Care (IJIC)

19.	Chung et al. Čína 2021	Newly information nurse perception and experience of clinical handover	Explore newly graduated nurse experience of clinical handover in public hospitals	Newly graduated nurses face challenges and encounter difficulties in performing clinical handover.	Semi structured interviews	Science Direct
20.	Bressan, Mio, Palese Itálie 2019	Nursing handover and patient safety: Finding from an umbrella review	Set of evidence – based recommendations for clinical practice and research	The changes requires a tailored approach, time and implementation strategies including education and support	Umbrella review	PubMed
21.	Vaismoradi et al. Norsko 2020	Nurses adherence to patient safety principles: A systematic Review	Explore factor that influence nurses adherence to patient – safety principles	The revelation of individual and systematic factors has implementations for nursing care practice, as both influence adherence to patient – safety principles	Systematic description	PubMed
22.	Simamora and Fathi Indie 2019	The influence of training Handover SBAR communication for improving patients safety	The purpose of this study was to determine the effect of training on the implementation of nursing handover based on SBAR	This study shows the value of utilizing educational programs for nursing handoff communication settings	Quasi experimental research	MEDLINE
23.	Seben et al. Nizozemí 2019	Safe handovers for every patient: an interrupted time series analysis to test the effect of s structured discharge bundle in Dutch hospitals	Implement a structured discharge bundle and to test the effect on timelines of medical and nursing handovers, length of hospital stay	Implementation of structured discharge bundle did not lead to improved timelines of patient handovers	Interview, documents analysis	PubMed

Tabulka 1 Výsledky vyhledávání

Po analýze monografie v zadaném tématu je oblast globálně neprozkoumána. Napříč výsledky světových výzkumů jsou nalezena neuspokojivá data. V České Republice musí proces plnit legislativní předpoklady dle Vyhlášky č. 158/2022 Sb., kterou se mění Vyhláška 55/2011 Sb. § 4, kdy všeobecná sestra zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů a také edukuje pacienty v ošetrovatelských postupech. Stejná vyhláška v § 3 definuje, že všeobecná sestra poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy, provádí zápisy do zdravotnické dokumentace a pracuje s informačním systémem poskytovatele zdravotních služeb. Zároveň se podílí na přípravě standardů, praktickém vyučování a zajištění zapracování nově nastupujících zdravotníků. Vedení zdravotnické dokumentace vymezuje Vyhláška č. 325/2021, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, která stanovuje přesný rozsah vedení zdravotnické dokumentace zdravotnickým pracovníkem, konkrétně specifikuje lékařem vedenou zdravotnickou dokumentaci. Konkrétní data ošetrovatelské praxe určují Národní ošetrovatelské standardy vydávané MZČR.

V oblasti komunikace a komunikačních nástrojů byly vyhledány následující studie. Podle studie Mullera (2018) nejsou jednotná data při předávání a propouštění pacientů. Cílem studie bylo určit úroveň předávaných informací a možnost využití nástroje SBAR. Používáním komunikačního nástroje SBAR je zvýšena bezpečnost pacienta. Muller doporučuje další prošetření metody SBAR a implementaci do praxe.

Cílem přehledové studie Raeisi, Rarani and Soltani (2017) bylo identifikovat předávací výzvy týkající se kvality poskytovaných služeb. Závěrem Raeisi poukazuje na problémy v mnoha oblastech a upozorňuje, že komunikace by měla být hlavní výzva při předávání pacienta do jakékoliv péče a nedostatečná komunikace je jednou z hlavních příčin snížení kvality poskytované péče a bezpečnosti pacienta.

Smeulers, Lucas and Vermeulen (2014) zkoumal, jaký styl v předávání ošetrovatelských procesů je spojen s pozitivnějšími výsledky v nemocničním prostředí. Výsledkem studie byla nalezena celková neprobádanost dané oblasti s cílem zaměřit se na posílení důkazů v oblasti předávání na principu komunikace, strukturované dokumentace a využití IT technologií. Další výzkum by měl být zaměřen na hledání důkazů o účinnosti stylů předávání ošetrovatelské péče.

Retrospektivní kvalitativní výzkum Vretare and Anderzen-Carlsson (2020) udává, že předávání informací je zprostředkováno kvalitní komunikací a posunem v odpovědnosti. Klinická praxe vyžaduje potenciál pro zlepšení kvality, ale jsou zapotřebí další výzkumy pro určení způsobu zlepšování kvality péče a zvyšování bezpečnosti pacienta. Výsledky byly konstatovány na základě rozdílných zkušeností sester pracujících v akutní péči.

Zajímavý cíl zvolil Zilahi and O'Connor (2019) a sice vyhodnotit sdílené informace mezi zaměstnanci akutní péče a primární péče a identifikovat faktory ovlivňující tok předávaných informací. Informace z nemocničních zdrojů byly uváděny jako stručné a neúplné a nejčastějšími bariérami byl nedostatek času, vnímaná nedůležitost procesu a potíže při navázání komunikace.

Cílem studie Pucher et al. (2015) bylo zhodnotit intervence, které vedou ke zlepšení předávání informací v oblasti péče v chirurgii a posoudit soulad metodologií s pokyny Společné komise pro implementaci nástrojů pro předávání informací. Zvýšit kvalitu předávaných informací lze prostřednictvím intervencí, které musí být založené

na kontrolním listu a specifikované pro dané pracoviště.

Progresivní výsledek publikoval Methangkool, Tollinche and Starling (2019), a sice nedostatek standardizace mezi členy týmu, který vede k selhání komunikace v předávacím procesu. Poukazuje na nutnost efektivní komunikace k eliminaci poškození pacienta. Efektivní komunikace je zásadní pro zajištění kontinuity péče o pacienta.

Ghosh, Ramamoorthy and Pottakat (2021) předložil závěr experimentální studie, a sice nutnost efektivní standardizace předávání pacienta z hlediska pacienta i zdravotníků jako zlepšení kvality předávacího procesu a začlenění dokumentu SBAR.

Oblast vzdělávání a proškolení zdravotnických pracovníků v oblasti předání informací vymezují následující výzkumy. Zajímavý výsledek publikuje Tobiano et al. (2018), který zachytil napětí mezi standardizací postupu a účastí pacienta. Doporučil navazující zkoumání problému z důvodu nastavení efektivního školení sester v dané problematice a také je důležité věnovat prostor názorům pacientů.

Spinks et al. (2015) porovnával různé aspekty společné sestrám a pacientům při procesu předávání, přičemž zohledňoval další ovlivňující faktory. Pilotní studií byla zjištěna absence vzdělávacích akcí sester v oblasti předávání.

V deskriptivní fenomenologické studii Chung et al. (2021) potvrzuje výsledky předchozích studií, že absolventi předávají informace neefektivně a nesystematicky a nově vystudované sestry narážejí na potíže při klinickém předávání. Doporučuje teorii předávání a nácvik dovedností zavést do pregraduálního ošetrovatelského kurikula.

Za účelem zvýšení bezpečí pacienta změnou kultury, rolí a chování ošetrovatelského prostředí implementační strategie včetně vzdělávání a podpory konstatuje Bressan, Mio and Palese (2019). Doporučuje koncept budoucích studií ve smyslu flexibility vyžadované předáváním v každodenní praxi.

Účelem studie Simamora and Fathi (2019) bylo zjistit vliv školení na implementaci komunikačního nástroje SBAR. Ukazuje na využití vzdělávacích programů pro ošetrovatelství v prostředí předávání informací, které jsou cestou k efektivní komunikaci. Specifických výsledků, nezařaditelných do výše uvedených kategorií dosáhli níže uvedení autoři. Stávající postupy při předávání informací zkoumal Lange, Eeden and Heyns (2018). Závěrem zaznamenal i neuctivé chování a používání nesrozumitelného jazyka, což negativně ovlivnilo vnímání kultury pracoviště. Předání pacienta je složitý proces, který zahrnuje více funkcí jako je komplexní přenos informací a odpovědnost všech členů týmu. Průřezová studie Alshyyab et al. (2022) poukazuje na znepokojivé vnímání účastníků o nedostatku kultury bezpečnosti pacienta a zároveň poskytla jasnou představu jaké oblasti bezpečnosti pacienta lze zlepšit.

Zlomového výsledku dosáhl Ramsay et al. (2018), u 84% pacientů našel chybovost v procesu předávání a ke zlepšení kvality je nutné vytvořit a implementovat předávací nástroj. Původním cílem bylo zajistit u 95 % propouštěných pacientů základní předání informací do dvou měsíců.

Cílem další studie Tobiano et al. (2020) bylo prozkoumat, jak sestry vnímají faktory, které pomáhají nebo brání v předávacím procesu. Zjistil, že zdravotníci potřebují jasné procesy, které podporují vysoce kvalitní sdílení informací a pokud tyto procesy budou široké a použitelné budou uspokojeny potřeby sester.

Vaismoradi et al. (2020) ukázal, že dodržování zásad bezpečnosti pacientů je ovlivněno

prolínajícími se komplexními faktory a obecně jsou zlepšeny kompletní znalosti sester. Zdůraznil spolupráci při plnění úkolů, snížení pracovní zátěže, zajištění vhodného vybavení a elektronických systémů pro komunikaci a sdílení informací.

Oblast propuštění do domácího ošetřování bádali následně interpretovaní výzkumníci. Prozkoumat zkušenosti a postoje sester na spolupráci při propouštění pacientů do domácího ošetřování si zvolil za cíl Lundereng, Dihle and Steindal (2020). Proces propouštění postrádal potřebné vybavení a přehlednou dokumentaci. Sestry postrádaly vzájemné porozumění, což vede k neefektivní komunikaci.

Ve výzkumu Metilda et al. (2021) potvrzuje, že výhodou při poskytování péče v domácím prostředí po propuštění je používání mobilní aplikace řízené sestrou. Další výzkum doporučuje v oblasti posouzení účinnosti mobilní aplikace využívající videokonzultace pro pacienty se vzdálených oblastí.

Neformální rozhovory a pozorování účastníků provedl Kollerup, Curtis and Schantz (2018) při návštěvě pacientů po jejich propuštění z nemocnice a poznámky analyzoval hlavně v managementu medikace. Kontext péče ve výsledku zpochybňoval bezpečnost pacientů v několika oblastech, proto bylo navrženo zajistit sestřím příležitosti neustále rozvíjet pozorovací dovednosti, zavést pracovní procesy podporující potřeby pacientů a operativní přizpůsobení péče.

Olsen, Hellzén and Enamrket (2013) zdůrazňují nízkou prevalenci ošetřovatelských předávacích dokumentů, které jsou základem v kontinuitě péče o pacienty po propuštění a apeluje na zlepšení kvality výměny informací. Upozorňuje na nutnou podporu managementu a poskytnutí vhodných nástrojů a standardů.

Cílem studie Seben et al. (2019) bylo implementovat strukturovaný propouštěcí balíček a testovat vliv na včasnost ošetřovatelského předání a délku hospitalizace, avšak implementace svazku nevedla ke zlepšení včasnosti předávání. Byly vnímány velké mezi nemocniční rozdíly a autoři doporučují vytvářet povědomí o důležitosti včasného předávání informací směrem k pacientovi.

## ZÁVĚR

**P**o prostudování vědecké literatury a po analýze výsledků provedených výzkumů lze konstatovat, že zdravotníci potřebují přesné nastavení procesů ve smyslu standardizace, komunikačních nástrojů a zdravotnické dokumentace. Problematika kvality předávaných informací vyžaduje další výzkumy zaměřené na konkrétní oblasti a následnou implementaci vhodného nástroje.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ALSHYAB, M. et al. 2022. Assessment of patient safety culture in two emergency departments in Australia: a cross sectional study. *The TQM Journal*, 2022.
- [2] BRABCOVÁ, I. 2015. Management v ošetrovateľskej praxi. Nakladateľství: Lidové noviny. ISBN 80 – 742 – 2402 – 3.
- [3] BRESSAN, V., MIO, M., PALESE, A. 2019. Nursing handovers and patient safety: Findings from an umbrella review. *Journal of Advanced Nursing*, 2020, 76.4: 927-938.
- [4] GHOSH, S., RAMAMOORTHY, L., POTTAKAT, B. 2021. Impact of structured clinical handover protocol on communication and patient satisfaction. *Journal of patient experience*, 2021, 8: 2374373521997733.
- [5] CHUNG, J. et al. 2021 Newly graduate nurse perception and experience of clinical handover. *Nurse Education Today*, 2021, 97: 104693.
- [6] KOLLERUP, M., CURTIS, T., SCHANTZ, L. 2018. Visiting nurses' posthospital medication management in home health care: an ethnographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2018, 32.1: 222-232.
- [7] LUNDERENG, E., DIHLE, A., STEINDAL, S. 2020. Nurses' experiences and perspectives on collaborative discharge planning when patients receiving palliative care for cancer are discharged home from hospitals. *Journal of clinical nursing*, 2020, 29.17-18: 3382-3391.
- [8] METHANGKOOL, E., TOLLINCHE, J., SPARLING, J. 2019. Communication: is there a standard handover technique to transfer patient care?. *International anesthesiology clinics*, 2019, 57.3: 35.
- [9] METILDA, C. J. et al. 2021. Effectiveness of Nurse-Driven Discharge Teaching Using Mobile Application for Home-Based Health Care Practices among Postoperative Neurosurgical Patients or Caregivers in a Tertiary Care Hospital, New Delhi: A Randomized Control Study. *Indian Journal of Neurotrauma*, 2021, 18.02: 119-125.
- [10] MÜLLER, M. 2018. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 2018, 8.8: e022202.
- [11] OLSEN, R. M., HELLZÉN, O., ENMARKER, I. Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *International journal of integrated care*, 2013, 13.
- [12] POKORNÁ, A., DOLANOVÁ, D., ŠTROMBACHOVÁ, V., BÚŘILOVÁ, P., KUČEROVÁ, J., MUŽÍK, J. 2019. Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0720-9.
- [13] POVOLNÁ, M. 2017. Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven. Alfom, 2017. ISBN 978-80-87785-04-1.
- [14] PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. 2011. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [15] PUCHER, P. H. et al. 2015. Effectiveness of interventions to improve patient handover in surgery: a systematic review. *Surgery*, 2015, 158.1: 85-95.



- [16] RAEISI, A., RARANI, M. A., SOLTANI, F. 2019. Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. *Journal of education and health promotion*, 2019, 8.
- [17] RAMSAY, N. et al. 2018. Does a multidisciplinary approach have a beneficial effect on the development of a structured patient handover process between acute surgical wards in one of Scotland's largest teaching hospitals? *BMJ open quality*, 2018, 7.3: e000154.
- [18] S DE LANGE, S., VAN EEDEN, I., HEYNS, T. 2018. Patient handover in the emergency department: 'How' is as important as 'what'. *International Emergency Nursing*, 2018, 36: 46-50.
- [19] SIMAMORA, R. H., FATHI, A. 2019. The Influence of Training Handover based SBAR Communication for Improving Patients Safety. *Indian journal of public health research & development*, 2019, 10.9.
- [20] SMEULERS, M., LUCAS, C., VERMEULEN, H. 2014. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, 6.
- [21] SPINKS, J. et al. 2015. Patient and nurse preferences for nurse handover—using preferences to inform policy: a discrete choice experiment protocol. *BMJ open*, 2015, 5.11: e008941.
- [22] TOBIANO, G. et al. 2020. Front-line nurses' perceptions of intra-hospital handover. *Journal of Clinical Nursing*, 2020, 29.13-14: 2231-2238.
- [23] TOBIANO, G. et al. 2018. Patient participation in nursing bedside handover: a systematic mixed-methods review. *International journal of nursing studies*, 2018, 77: 243-258.
- [24] VAISMORADI, M. et al. 2020. Nurses' adherence to patient safety principles: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, 17.6: 2028.
- [25] VAN SEBEN, R. et al. 2019. Safe handovers for every patient: an interrupted time series analysis to test the effect of a structured discharge bundle in Dutch hospitals. *BMJ open*, 2019, 9.6: e023446.
- [26] VRETARE, L., ANDERZEN-CARLSSON, A. 2020. The critical care nurse's perception of handover: a phenomenographic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2020, 58: 102807.
- [27] ZILAH, G., O'CONNOR, E. 2019. Information sharing between intensive care and primary care after an episode of critical illness; a mixed methods analysis. *PloS one*, 2019, 14.2: e0212438.
- [28] Vyhláška č. 158/2022 Sb. – změna vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- [29] Vyhláška č. 325/ 2021 Sb., – změna vyhlášky č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

# THE QUALITY OF INFORMATION TRANSFER WHEN A PATIENT IS DISCHARGED FROM ACUTE CARE TO HOME CARE AND WHEN TRANSFERRING BETWEEN HEALTH CARE PROVIDERS

## ABSTRACT

The aim of this review article is to outline the issue of information transfer during discharge from acute care and during translation between healthcare providers by analysing peer-reviewed publications.

A search for peer-reviewed articles was conducted between September 2021 and June 2022 by determining appropriate keywords and their associations, which were then used in the EBSCO Discovery Service, MEDLINE, PubMed, Google Scholar, Science Direct, and ProQuest databases. The overall selection was narrowed down by specifying language, period of publication, and other criteria allowed by each database. Fulltext searches were conducted through the Pilsen Region Study and Research Library. Articles that specifically related to the topic of the Dissertation were shortlisted and articles found duplicated, did not meet predefined criteria or were of different topics and objectives were rejected. Primarily 622 articles were found. For the Dissertation, 23

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Pavlína Tůmová  
Jihočeská Univerzita v Českých  
Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetřovatelství, porodní  
asistence a neodkladné péče  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice  
e-mail: tumova.pavlina@centrum.cz

doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.  
Jihočeská Univerzita v Českých  
Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetřovatelství, porodní  
asistence a neodkladné péče  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice  
e-mail: sbartlova@zsf.jcu.cz

international peer-reviewed articles in English are final and are no more than ten years old. A complete summary of the search activity is shown in the diagram.

## KEYWORDS:

Safe care, patient transfer, information transfer, patient discharge

# VYBRANÉ PREJAVY RIZIKOVÉHO SPRÁVANIA U DOSPIEVAJÚCICH

IVAN RÁC  
UNIVERZITA KONŠTANTÍNA  
FILOZOFA V NITRE

## ABSTRAKT

Cieľom príspevku je mapovať teoretické východiská rizikového správania v dospievaní a vytvárania blízkych vzťahov v dospievaní. Prináša pohľad na rizikové správanie

v dospievaní a na protektívny faktor prevencie. Nazerá na túto problematiku predovšetkým v kontexte sociálnej práce s dospievajúcimi a rodinami. Príspevok analyzuje dostupné poznatky o význame a dôležitosti vzťahu s rodičmi v dospievaní a to, aká úroveň vzťahov chráni dieťa pred produkciou rizikového správania. Zároveň si všíma, ktoré formy rizikového správania sú v dospievaní najčastejšie. Príspevok prináša informácie o realizovanom prieskume z roku 2021 a jeho zistené výsledky v oblasti rizikového správania dospievajúcich a v oblasti vzťahu pripútania k rodičom. Prieskumné zistenia poukazujú na to, že všeobecne platí, čím vyššie je pripútanie zo strany dospievajúcich k oboj rodičom, tým menej stúpa rizikové správanie v dospievaní v jednotlivých prejavoch rizikového správania.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Rizikové správanie, dospievanie,  
vzťahová väzba

## ÚVOD

Počiatok dospelosti a adolescencie je spájaný s pubertou, pohlavné dospelosti však nie je možné chápať len ako biologickú zmenu (Macek, 2003). Chronologické vymedzenie obdobia staršieho školského veku pubescentov je od 11. do 15. roku života. Biologickým vymedzením je dospelosť – puberta, druhá zmena postavy. Podobne tak, kolektív autorov (Matejovičová, Balla, Nagyová, 2008) tvrdí, že obdobie adolescencie je silne ovplyvnené prebiehajúcou pubertou. Puberta je vývinové obdobie charakterizované komplexom somatických, funkčných a psychických zmien sprevádzajúcich premenu dieťaťa na dospelého človeka schopného reprodukcie. To, že vek je odlišný u každého, platí tak isto aj pri dozrievaní a ukončovaní obdobia dospelosti. Winston (2017) podobne hovorí, že „proces neprebieha u všetkých rovnako, kľúčové štádiá sú však spoločné pre všetkých“. Pre tínedžerky a tínedžerov to môže byť dezorientujúce a mätúce obdobie zmien, môže napomôcť, keď sa porozprávajú s dospelým, ktorému dôverujú – veď dospelí si už predsa prešli týmto obdobím. Podľa Verešovej (2020) „Pohľad na dospelosť sa v súčasnej odbornej literatúre viaže primárne na dve nosné ontogenetické fázy života človeka, ktorými sú puberta a adolescencia“. V tomto období vidieť u dospievajúcich zmeny nálady, neposlušnosť, podráždenosť, náchylnosť na konflikty s rodičmi a vychovávateľmi. Niekedy sa to prejaví aj zhoršeným prospechom v škole pre nepozornosť a menšiu usilovnosť. Výkyvy nálad v dospelosti môžeme považovať za prirodzené. Obdobie dospelosti hodnotí už aj Clauss, Hiebsch (1970), že v dospelosti sa dospievajúci dočasne odvracajú od vonkajšieho sveta, obracajú pozornosť k vlastným citovým zážitkom, k svojmu vnútornému svetu, sústreďujú sa na seba, na svoju osobu. Vzrastá túžba po samostatnosti a úsilie o sebauplatnenie sa, zvyšuje sa sebavedomie, ale chýbajú skúsenosti a schopnosti objektívne a nestranné hodnotiť veci a situácie. „Často sme svedkami zúfalých pokusov bezmocného volania o pomoc zo strany dospievajúcich“ (Rogge, 2016). Kľúčovou úlohou dospelosti a to, čím by mali ľudia disponovať pred vstupom do dospelosti je schopnosť sebaexplorácie. S tým súvisiaci osobná identita, rozvinuté morálne usudzovanie a zameranie sa na osobnostný rast. „Mladí ľudia chcú, aby rodičia boli súčasťou ich života, avšak oni sú tí poslední, ktorí by im túto túžbu dali jasne najavo“ (Campbell, 2003).

Sociálny pracovník/pracovníčka si musí uvedomiť pri práci s rodinou, ale aj pri práci s individuálnym detským alebo dospievajúcim klientom dôležitosť vzťahovej väzby. Vzťahová väzba je naozaj mimoriadne dôležitá pre vývin osobnosti človeka, čo dokazujú viaceré teórie. Jednou z najznámejších teórií vzťahovej väzby je teória pripútania Bowlbyho (1958). „Podľa Bowlbyho teórie (1975) má dieťa primárnu pudovú („inštinktívnu“) tendenciu naviazať sa na individuálnu osobu matky, vytvoríť s ňou vzťahovú väzbu, ktorá dieťa pripúta k osobe matky“ (In Hašto, 2005). Súhlasíme s autorom Haštom (2005), že dieťa dáva signál potreby blízkosti matky rôznymi vzorcami správania, napríklad plačom pri vzdialení sa a naopak upokojením sa pri jej blízkosti. Podľa Priehradnej (2019) je možné, že preto majú dospelí sklon podceňovať význam raného detstva pre život. V súčasnej dobe sa stretávame s deťmi a mládežou v rodinách, v školách a na verejnosti, ktorí stále častejšie a intenzívnejšie prejavujú neslušné správanie. Sú to prejavy drzosti, vulgárnosti,

vzdoru, hnevu, neochoty, agresie, vydierania, klamania, podvádžania, krádeží, ničenia cudzieho majetku či ponižovania druhých a pod. (Navrátil, Mattioli, 2011). Aj podľa Šiškovéj (2013) sa „o dnešnej mládeži sa hovorí, že je sebecká a stále agresívnejšia“. Podľa Čerešníka (2016) sa pojem „rizikové správanie v dospievaní“ v odbornej literatúre objavuje relatívne krátko. S prihliadnutím na skutočnosť fenoménu, ktorý sa pod týmto pojmom skrýva, má s určitosťou dlhšie trvanie. Jessor (1987) opísal problémové správanie ako akékoľvek správanie, ktoré sa líši od sociálnych aj právnych noriem. Sociálne aj právne normy v sebe nesú svoje dôležité postavenie pre spoločnosť. Model pozostáva z troch systémov psychosociálnych vplyvov: systém osobnosti (všetky sociálne poznania, osobné hodnoty, očakávania, presvedčenie a hodnoty), vnímaný environmentálny systém (rodinné a vzájomné očakávania) a správanie systému (problém a konvenčné stavby správania, ktoré pracujú proti sebe). V odbornej verejnosti, ktorá sa zaoberá rizikovou mládežou je populárna predstava inšpirovaná dielom psychoanalytika Erika Eriksona (1996). Hovorí, že si dospievajúci musí svoju osobnú identitu počas dospievania vytvoriť v priebehu dramatických stretnutí s dospelými rodičmi (Matoušek, Kroftová, 1998). Dolejš (2010) vníma rizikové správanie ako nadradený pojem k formám správania ako sú disociálnosť, asociálnosť, antisociálnosť a delikvencia, a teda ako multidisciplinárny problém. Z tvrdení spomínaných autorov vyplýva, že v období dospievania si jedinec hľadá svoje miesto či už v rodine, medzi rovesníkmi v škole alebo celkovo v spoločnosti, v ktorej žije. V tomto období vidieť u dospievajúcich zmeny nálady, neposlušnosť, podráždenosť, náchylnosť na konflikty s rodičmi a vychovávateľmi. Niekedy sa to prejaví aj zhoršeným prospechom v škole pre nepozornosť a menšiu usilovnosť. Psychické výkyvy nálad sú v čase dospievania prirodzené. Autori tvrdia, že nie len tie, ale aj roky dospievania sú bohužiaľ najvhodnejším obdobím pre vznik problémov so závislosťami od rôznych látok (Townsend, 2009).

Na vzniku rizikového správania sa podieľajú rôzne faktory. Rizikové faktory negatívne vplyvajú na život dospievajúcich a podporujú vznik rizikového správania. Na druhej strane protektívne faktory pozitívne vplyvajú na život dospievajúcich a chránia pred vznikom problémového správania (Čablová, Miovský, 2013). Jessor, et al., (1995) založil koncept rizikových a protektívnych faktorov rizikového správania. Medzi protektívne faktory zaradil pozitívnu orientáciu na vlastné zdravie a na školu, pozitívne vzťahy s rodičmi a inými dospelými, modely správania rovesníkov, ktoré sú spoločensky vyhovujúce, vnímaná silná sociálna kontrola, zapojenie do aktivít s prosociálnym charakterom ako napríklad dobrovoľné práce, postoj jednotlivca s netolerujúcimi sociopatogénnymi javmi. Je potrebné zdôrazniť aj to, že dievčatá už nezaostávajú za chlapcami v produkcii rizikového správania, práve naopak v niektorých oblastiach ich už dokonca aj predbehli. Jedna z príčin môže byť omnoho skoršie odpútavanie dievčat od matky a otca, v porovnaní s chlapcami, na čo má vplyv vzťahová väzba v dospievaní (Banárová, Čerešník, 2019). V tomto období sa objavujú dve riziká: prvým rizikom, že dospievajúci je priskoro vytláčaný von z rodiny, priskoro preberá rolu dospelého, s ktorou si ešte nedokáže poradiť a rodičia ho tlačia do predčasnej samostatnosti. Druhým rizikom je, ak dospievajúcemu nie je umožnená separácia, represívne alebo manipulatívne je tlačný späť do detského systému a rodičia sa dospievajúce dieťa snažia držať v trvalej závislosti. Toto obdobie je veľmi náročné či už pre samotných adolescentov, ako aj pre ich rodičov (Gabura,

Gažiková, 2021). Rizikové správanie u dospelých sa môže prejavovať aj v prípade, že dieťa v minulosti bolo, alebo ešte stále aj je svedkom partnerského násillia v rodine. Ak v priebehu násillných incidentov vidí správanie dospelých, počuje prejavy alebo sa neskôr zoznamuje s negatívnymi následkami, má to na jeho vývoj negatívny dopad (Matoušek, 2017).

Rizikovým správaním sa zaoberá aj sociálna práca v zmysle vyhľadávania ohrozených detí a práce s nimi a pohľad na to, aký vzťah má bezpečná vzťahová väzba s produkciou rizikového správania prinášame v ďalších častiach príspevku, v ktorých sa venujeme nášmu prieskumu.

## MATERIÁL A METÓDY

Cieľom nami realizovaného prieskumu bolo prezentovať identifikovaný výskyt rizikového správania z pohľadu viacerých kritérií, kde na prvom mieste je vzťahová väzba k matke a vzťahová väzba k otcovi, prípadne k inej blízkej osobe, ktorá rodiča nahrádza v živote dieťaťa. Ďalšie dôležité kritériá sú vek dospelých a pohlavie dospelých. Hlavným cieľom bolo zistiť, aká je miera rizikového správania dospelých vo vybraných základných a stredných školách Nitrianskeho kraja vo vzťahu k pripútaniu k rodičom.

V našom prieskume sme použili kvantitatívnu metodológiu. Na zber dát sme použili dva dotazníky – VRSA, ktorý je slovenskou modifikáciou pôvodného českého štandardizovaného dotazníka: Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA; Dolejš & Skopal, 2013). VRSA je diagnostický nástroj, ktorý nám umožňuje získať informácie o výskyte určitého rizikového správania adolescentov. Dotazník sme použili na zistenie miery skúseností s aktivitami ako je abúzus, delikvencia a šikana, čo predstavuje tri subškály dotazníka. Dotazník obsahuje 18 položiek, na ktoré respondent odpovedá vyjadrením súhlasu – áno, alebo nesúhlasu – nie. Ako ďalšiu prieskumnú metódu sme použili Dotazník pripútania k rodičom (Armsden, Greenberg, 1987) na posúdenie miery vzťahovej väzby k matke a k otcovi. Položky vzťahovej väzby k rovesníkom sme nezistovali. Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) je metóda vyvíjaná Armsdenom a Greenbergom v rokoch 1987 až 2009 (pôvodná práca: Armsden, Greenberg, 1987). Revidovaná verzia z roku 2009 obsahuje 75 položiek a pozostáva z 9 subškál, ktoré sú viazané na osobu matky, otca a rovesníkov. Pre náš prieskum sme použili 6 subškál, ktoré sú viazané na osobu matky a otca. Celkovo sme tak použili verziu dotazníka, ktorá obsahovala 50 položiek. 25 položiek týkajúcich sa vzťahu dospelého k matke a 25 položiek týkajúcich sa vzťahu dospelého k otcovi.

Spracovanie dát prebehlo matematicko-štatistickými metódami prostredníctvom programu SPSS. Tieto rozdiely sme testovali parametrickým testom T-testom a F-testom. Základný súbor pre náš prieskum tvorili žiaci/ žiačky 8. – 9. ročníka základných škôl i 3. – 4. ročníka osemročného gymnázia a 1. ročníka stredných škôl a štvorročného gymnázia. Všetci dospelí respondenti v našom prieskume sú občanmi Slovenskej

republiky, konkrétnejšie žijúci v Nitrianskom kraji. Priemerný vek respondentov je 14,78 roka. Zastúpenie pohlavia dievčat a chlapcov bolo relatívne rovnomerné, 121 chlapcov, 130 dievčat.

## INTERPRETÁCIA DÁT A DISKUSIA

V nasledujúcej kapitole sa venujeme zisteniam štatistickej analýzy z nami realizovaného prieskumu.

**Tab. 1 Prieskumný súbor z hľadiska produkcie rizikového správania**

	Početnosť	Percentá	Kumulatívne percentá
Nerizikovosť	44	17,5	17,5
Nízka rizikovosť	122	48,6	66,1
Zvýšená rizikovosť	58	23,1	89,2
Vysoká rizikovosť	27	10,8	100
Spolu	251	100	

Z prieskumu rizikového správania sme zistili, že v našej prieskumnej vzorke je 17,5% nerizikových dospelujúcich. Skoro polovicu respondentov, konkrétne 48,6% z danej prieskumnej vzorky identifikujeme ako dospelujúcich s nízkym rizikovým správaním. Zvýšenú pozornosť venujeme pri zvýšenej a vysokej rizikivosti, ktorú mapujeme u skoro 34% dospelujúcich a môžeme ich hodnotiť ako deti s potenciálom k rizikovému správaniu, resp. tie, ktoré sa skutočne rizikovo správajú.

**Tab. 2 Rozdiel medzi chlapcami a dievčatami v položkách dotazníka VRSA**

	Pohlavie	Početnosť	Priemer	Štandardná odchýlka	Chyba priemeru	T	P
Abúzus	chlapci	121	1,02	1,562	0,142	1,366	0,173
	dievčatá	130	0,77	1,401	0,123	1,361	0,175
Delikvencia	chlapci	121	1,41	1,595	0,145	1,813	0,071
	dievčatá	130	1,07	1,410	0,124	1,805	0,072
Šikana	chlapci	121	0,89	0,814	0,074	-0,216	0,829
	dievčatá	130	0,92	0,854	0,075	-0,217	0,829
VRSA	chlapci	121	3,33	3,026	0,275	1,521	0,130
	dievčatá	130	2,75	2,981	0,261	1,520	0,130

V tabuľke č. 2 sa koncentrujeme na rozdiely medzi pohlavím v jednotlivých druhoch rizikového správania, cez položky dotazníka VRSA. Predpokladali sme, že chlapci sa budú viac rizikovo správať v porovnaní s dievčatami, avšak zistili sme, že neexistujú štatisticky významné rozdiely v produkcii rizikového správania medzi chlapcami a dievčatami. Z uvedeného vyplýva, že tak, ako sa rizikovo správajú chlapci, sa správajú rizikovo aj dievčatá. Najvyššie skóre dosahovali obe pohlavia v delikvencii, kde sa preukázalo, že chlapci sa v danom druhu správajú viac rizikovo v porovnaní s dievčatami. V položke abúzus evidujeme vysoké skóre pri oboch pohlaviach. Pri šikane dosiahli dievčatá vyššie skóre ako chlapci, a teda identifikujeme, že v danom druhu rizikového správania dievčatá už chlapcov predbehli.

Ďalej interpretujeme výsledky skúmaním vzťahov medzi dospelujúcimi a rodičmi, individuálne k matke a individuálne k otcovi na subškálach dôvera, komunikácia, odcudzenie a celková vzťahová väzba k matke a celková vzťahová väzba k otcovi.

**Tab. 3 Medzipohlavné rozdiely vo vzťahovej väzbe**

	Pohlavie	Početnosť	Priemer	Štandardná odchýlka	Chyba priemeru	T	P
Dôvera MAMA	chlapci	121	41,46	6,657	0,605	1,028	0,305
	dievčatá	130	40,51	7,949	0,697	1,035	0,302
Komunikácia MAMA	chlapci	121	29,60	6,304	0,573	-0,122	0,903
	dievčatá	130	29,70	7,211	0,632	-0,123	0,902
Odcudzenie MAMA	chlapci	121	14,68	4,388	0,399	-0,840	0,402
	dievčatá	130	15,12	3,863	0,339	-0,836	0,404
IPPA MAMA	chlapci	121	92,29	15,080	1,371	0,584	0,560
	dievčatá	130	91,11	16,828	1,476	0,587	0,558
Dôvera OTEC	chlapci	121	39,69	8,353	0,759	1,722	0,086
	dievčatá	130	37,72	9,674	0,848	1,731	0,085
Komunikácia OTEC	chlapci	121	28,13	6,394	0,581	2,905	0,004
	dievčatá	130	25,62	7,266	0,637	2,918	0,004
Odcudzenie OTEC	chlapci	121	14,62	4,178	0,380	-2,107	0,036
	dievčatá	130	15,75	4,281	0,376	-2,109	0,036
IPPA OTEC	chlapci	121	89,16	15,976	1,452	2,554	0,011
	dievčatá	130	83,59	18,358	1,610	2,566	0,011



Tabuľka č. 3 mapuje rozdielnosť vo vzťahovej väzbe medzi chlapcami a dievčatami. V tejto tabuľke preukazujeme, že rozdiely medzi pohlavím vo vzťahovej väzbe k matke sa štatisticky významne nepotvrdili. Následne sme zamerali našu pozornosť na dôveru otcovi, ktorá sa už blíži k štatisticky významnému rozdielu. Komunikácia s otcom a celkový vzťah medzi dospelým dievčaťom a otcom prebieha na nižšej úrovni ako komunikácia medzi otcom a chlapcami. Dievčatá sú viac odcudzené od svojich otcov ako chlapci. Potvrzuje to rozdiel v počte získaných bodov v položke odcudzenie medzi chlapcami a dievčatami. Dievčatá dosiahli v priemere o 6 bodov menej ako chlapci a platí, že dospelé dievčatá vo veku 13 – 16 rokov majú nižšiu vzťahovú väzbu k otcovi ako chlapci. Otec je kľúčovou postavou, ak dieťa produkuje rizikové správanie. Dospelujúci, ktorí majú kvalitnejšiu vzťahovú väzbu k otcovi neprejavujú rizikové správanie, naopak čím viac produkujú riziká, tak tým je väčší problém vo vzťahovej väzbe, najmä k otcovi.

V poslednej tabuľke uvádzame počet získaných bodov v našom prieskume pri položkách dotazníka IPPA, ktorým mapujeme vzťahovú väzbu vo vzťahu k produkcii rizikového správania dospelujúcich.

**Tab. 4 Vzťahová väzba vo vzťahu k produkcii rizikového správania**

VRSA		Dôvera MAMA	Komunikácia MAMA	Odcudzenie MAMA	IPPA MAMA	Dôvera OTEC	Komunikácia OTEC	Odcudzenie OTEC	IPPA OTEC
NERIZIKOVOSŤ	Početnosť	44	44	44	44	44	44	44	44
	Priemer	43,73	32,39	13,11	98,91	39,41	27,32	14,30	88,43
	Chyba priemeru	0,937	1,150	0,492	2,342	1,376	1,263	0,633	2,966
	Štandardná odchýlka	6,218	7,626	3,265	15,538	9,125	8,380	4,196	19,672
NÍZKA RIZIKOVOSŤ	Početnosť	122	122	122	122	122	122	122	122
	Priemer	41,37	30,24	14,66	92,95	39,44	27,58	15,19	87,80
	Chyba priemeru	0,691	0,571	0,358	1,412	0,819	0,587	0,357	1,548
	Štandardná odchýlka	7,629	6,302	3,954	15,591	9,043	6,483	3,983	17,095
ZVÝŠENÁ RIZIKOVOSŤ	Početnosť	58	58	58	58	58	58	58	58
	Priemer	39,41	27,40	15,88	86,81	38,41	26,00	14,84	85,57
	Chyba priemeru	0,871	0,854	0,570	1,908	1,102	0,914	0,567	2,010
	Štandardná odchýlka	6,636	6,502	4,341	14,528	8,396	6,961	4,320	15,304
VYSOKÁ RIZIKOVOSŤ	Početnosť	27	27	27	27	27	27	27	27
	Priemer	38,00	27,37	16,85	84,59	34,48	24,41	17,52	77,41
	Chyba priemeru	1,499	1,166	0,859	3,124	1,932	1,175	0,964	3,387
	Štandardná odchýlka	7,791	6,058	4,461	16,232	10,040	6,103	5,011	17,601
TEST	f	4,714	6,222	6,395	7,336	2,351	1,933	3,567	2,959
	p	0,003	0,000	0,000	0,000	0,073	0,125	0,015	0,033

Nerizikóví dospievajúci v danom prieskumnom súbore majú v porovnaní s dospievajúcimi so zvýšenou a vysokou rizikovosťou v správaní, vyššiu dôveru k matke. Deti bezrizikové dosiahli priemerne 43 bodov. Naopak deti s vysokým rizikom dosiahli v priemere iba 38 bodov. Z uvedeného vyplýva, že ak je slabá, resp. neistá vzťahová väzba k matke, je vyššie riziko produkcie rizikového správania dospievajúcich. Potvrdzujeme, že dospievajúci, ktorí sa správajú rizikovo, nekomunikujú so svojou matkou v dostatočnej miere. Pri skúmaní odcudzenia vo vzťahu k matke identifikujeme pri dospievajúcich so zvýšenou a vysokou rizikovosťou v priemere až o 4 body (konkrétne o 3,74 bodov), väčšie odcudzenie oproti nerizikovým. V celkovom skúmaní vzťahu a vzťahovej väzbe k matke dosiahli deti nerizikové až 98,91 bodov, pričom deti so zvýšeným a vysokým rizikom až o 14,32 bodov menej. Zaujímavým zistením v danej tabuľke je, že i deti bezrizikového správania získali v celkovom skúmaní vzťahovej väzbe k otcovi v priemere o desať bodov menej, v porovnaní skúmania vzťahovej väzbe k matke. Aj dospievajúci, ktorí neprejavujú rizikové správanie majú horší vzťah k otcovi ako k matke. Ďalej identifikujeme, že deti, ktoré vykazujú rizikové správanie majú horší vzťah k mame v porovnaní s tými, ktorí sa správajú bez rizika. Nerizikóví dospievajúci pri skúmaní dôvery k otcovi dosiahli v priemere 40 bodov, pričom dospievajúci s vysokým rizikom priemerne len 34 bodov. Vyššia dôvera k otcovi zo strany detí zmiernuje rizikové správanie. V položke komunikácia k otcovi evidujeme ako pri deťoch rizikových, tak aj pri nerizikových, nedostačujúcu komunikáciu, keďže počet získaných bodov medzi nerizikovými a vysoko rizikovými sa líšil v priemere menej ako o 3 body. Vo všeobecnosti z výsledkov vieme, že deti, ktoré prejavujú formy rizikového správania majú omnoho nižšiu vzťahovú väzbu k otcovi, v porovnaní s deťmi, ktoré sú bezrizikové. Bezrizikové deti dosiahli 88,43 bodov, pričom deti s rizikom len 77,41 bodov.

V našom prieskume sme predpokladali, že kvalitný vzťah medzi dospievajúcim a rodičom bude ukazovateľom nízkeho rizikového správania dospievajúcich. Za nízke rizikové správanie považujeme bežné správanie tínedžerov, ktoré obsahuje občasné prvky experimentovania, tým myslíme občasné fajčenie tabaku, zájdenie poza školu v minimálnej miere či sfalšovanie podpisu rodiča, kvôli zabudnutiu upozorniť rodiča na podpis. Takéto správanie nepovažujeme za príznakové a vnímame ho skôr ako znak štádia, kedy je správanie v poriadku a v období dospievania normálne. Ak sa už sústredíme na zvýšenú a vysokú rizikovosť, tak tu pozorujeme už časté, až nadmerné užívanie tabakových výrobkov, alkoholu, užívanie marihuany i delikventné správanie vo forme ničenia školského či verejného majetku a podobne. Správne fungujúci vzťah medzi dieťaťom a rodičom určuje v prvom rade komunikácia a vzájomná dôvera. Komunikácia a dôvera patria medzi kladné, resp. pozitívne emočné vzťahy, ktoré skúmame v našom prieskume. Kategória odcudzenia je záporným, resp. negatívnym emočným vzťahom. Na základe štatistiky, a teda štatistického spracovania kvantitatívnou metódou sme zistili významný rozdiel vo všetkých jej kategóriách. Miera odcudzenia stúpa so zvyšujúcou sa rizikovosťou v správaní. Naopak kvalita komunikácie a dôvery klesá so zvyšujúcim sa rizikovým správaním. Vzťahová väzba k matke a vzťahová väzba k otcovi vo všeobecnosti je veľmi významná vo vzťahu k prejavom rizikového správania dospievajúcich. Nerizikové správanie dospievajúcich je dôsledkom bezpečnej vzťahovej väzby k matke a prieskum v niektorých tabuľkách dokazuje, že dôležitejšiu úlohu zohráva vzťah a vzťahová

väzba k otcovi s dospievajúcim pri produkcii rizikového správania. Zároveň sme zistili u respondentov, ktorých radíme medzi nerizikovú mládež, že majú oveľa slabšiu vzťahovú väzbu a celkovo horší vzťah k otcovi. Čiže vo všeobecnosti, prevalencia rizikového správania v dospievaní závisí od neistej vzťahovej väzby k otcovi a je to predovšetkým slabá dôvera a komunikácia s otcom. Dospievajúci, ktorí nepodliehajú rizikovému správaniu majú vybudovanú silnú a bezpečnú vzťahovú väzbu k otcovi a celkovo kvalitný vzťah s otcom je ukazovateľom eliminácie rizikových prejavov v dospievaní. Naopak následkom neistej vzťahovej väzby vyhodnocovanej individuálne k matke a individuálne k otcovi, je rizikové správanie v dospievaní.

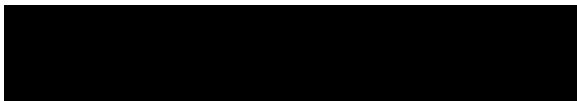
## ZÁVER

**V**zťahy v rodine môžu byť ukazovateľom správania dospievajúcich detí. Rodina je silným faktorom vzniku prejavovania prvkov rizikového správania a uvedomujeme si, že aj iné faktory vychádzajúce z rodinného prostredia ovplyvňujú a formujú osobnosť a s ňou spojené správanie dospievajúceho dieťaťa. Výskyt nežiadúceho správania môže ovplyvňovať zlé vzťahy medzi členmi rodiny. Naopak ako protektívny faktor prevencie voči rizikovému správaniu hodnotíme záujem rodičov o svoje deti a zabezpečenie im podmienok pre zdravý fyzický, ale i psychický a emočný vývin. Zmiernenie rizikového správania u dospievajúcich si vyžaduje veľmi veľa kolektívnej spolupráce a vykonávania terénnej sociálnej práce i poskytovania sociálnych služieb a poradenstva, takýmto problémovým dospievajúcim a súčasne aj ich rodičom. Na základe výsledkov nášho prieskumu navrhujeme, špeciálne sa zamerať na poradenstvo a posilnenie vzťahu detí a dospievajúcich s otcom, keďže je preukázané, že zvyšujúce sa riziko v období dospievania, ako pre chlapcov, tak aj pre dievčatá, implikuje zlý vzťah s otcom, resp. slabá vzťahová väzba k otcovi vo všeobecnosti.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BANÁROVÁ, K., ČEREŠNÍK, M. 2019. Príčiny produkcie rizikového správania v dospievaní. Vzťahová perspektíva. In Zborník príspevkov zo Študentskej vedeckej a odbornej činnosti, Nitra: PF UKF. s. 31-44.
- [2] BOWLBY, J. 1958. The Nature of the Child's Tie to his Mother. In The International Journal of Psychoanalysis. Psychoanalytic Electronic Publishing. 1 (1).
- [3] CAMPBELL, R. 2003. Tvoje dieťa a drogy. Bratislava: Porta libri, 169 s.
- [4] CLAUSS, G., HIEBSCH, H. 1970. Psychológia detstva a dospievania. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1970. 364 s.
- [5] ČABLOVÁ, L., MIOVSKÝ, M. 2013. Rizikové a protektívne faktory v rodině, ktoré predikujú užívanie alkoholu u detí a dospievajúcich. Praha: Univerzita Karlova, 2013. 57 s.
- [6] ČEREŠNÍK, M. 2016. Hraničná zóna. Rizikové správanie v dospievaní. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa. 180 s.
- [7] DOLEJŠ, M. 2010. Efektívna včasná diagnostika rizikového správania u adolescentů. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- [8] ERIKSON, E. H. 1996. Osm věku člověka. Brno: Masarykova Univerzita.
- [9] GABURA, J., GAŽIKOVÁ, E., 2021. Teoretické východiská a metódy práce s rodinou. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, FSVaZ.
- [10] HAŠTO, J. 2005. Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana s. r. o.
- [11] JESSOR, R. 1987. Problem-Behavior Theory, Psychosocial Development, and Adolescent Problem Drinking In Wiley Online Library.
- [12] JESSOR, R. et al 1995. Protective Factors in Adolescent Problem Behavior: Moderator Effects and Developmental Change.
- [13] MACEK, P. 2003. Adolescence. Praha: Portál. 144 s.
- [14] MATEJOVIČOVÁ, B., BALLA, Š., NAGYOVÁ, S. 2008. Somatický rast a vývin v období puberty a adolescencie. Nitra: UKF. 159 s.
- [15] MATOUŠEK, O. 2017. Dítě traumatizované v blízkých vztazích. Praha: Portál. 208 s.
- [16] MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. 1998. Mládež a delikvence. Možné príčiny, súčasná štruktúra, programy prevencie kriminality mládeže. Praha: Portál. 335 s.
- [17] NAVRÁTIL, S., MATTIOLI, J. 2011. Problémové chování dětí a mládeže. Praha: Grada Publishing. 120 s.
- [18] PRIEHRADNÁ, D. 2019. Možnosti diagnostiky vzťahovej väzby u detí, adolescentov a dospelých. Vrútky: EduGraf. 206 s.
- [19] ROGGE, J. U. 2009. Děti potřebují hranice. Praha: Portál. 136 s.
- [20] ŠIŠKOVÁ, A. 2013. ŠIKANA novodobý fenomén. Bratislava: TRIO. 33 s.
- [21] TOWNSEND, J. 2009. Hranice a dospívající. Praha: Návrat domů. 241 s.
- [22] VEREŠOVÁ, M. 2020. Rizikové správanie dospievajúcich v systéme vyššieho sekundárneho vzdelávania. Nitra: UKF. 120 s.
- [23] WINSTON, R., 2018. Spolu to zvládneme. Dospievanie. Praktický sprievodca pubertou a prvými krokmi dospelosti. Bratislava: Alias Press. 256 s.

# SELECTED MANIFESTATIONS OF RISK BEHAVIOUR IN ADOLESCENTS



## ABSTRACT

The aim of the contribution is to map the theoretical basis of risky behavior in adolescence and the creation of close relationships in adolescence. It provides insight into risky behavior in adolescence and the protective factor of prevention. He looks at this issue primarily in the context of social work with participants and families. The paper analyzes the available knowledge about the meaning and importance of the relationship with parents in adolescence and what level of relationships protects the child from the production of risky behavior. At the same time, he notes which forms of risky behavior are most common in adolescence. The article provides information about the 2021 survey and its findings in the area of risky behavior and in the area of relationships with parents. Research findings show that, in general, the higher the attachment of the participants to both parents, the less risky behavior in adolescence increases in individual manifestations of risky behavior.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Ivan Rác, PhD.  
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre  
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva  
Ústav romologických štúdií  
Kraskova 1  
949 74 Nitra  
Slovenská republika  
e-mail: irac@ukf.sk

## KEYWORDS:

Risk behaviour, adolescence, attachment theory

# EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE MEZI PACIENTEM S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA A PERSONÁLEM VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

JAN NEUGEBAUER  
KARLOVA UNIVERZITA

BLANKA VLKOVÁ  
PAVEL BLUŽOVSKÝ  
JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

## ABSTRAKT

Studie pojednává o komunikaci mezi sestrou a pacientem s poruchou autistického spektra (PAS) ve zdravotnických zařízeních. Hlavním cílem bylo zjistit, jaké využívají všeobecné sestry pomůcky, komunikační strategie a jaká mají doporučení. Pro zpracování a sběr dat bylo využito kvalitativně-kvantitativního výzkumného šetření za použití metody polostrukturovaného rozhovoru a dotazníkového šetření. Výsledky reflektují problematická místa v oblasti časové dotace, rychlosti výkonů, a volby špatného komunikačního stylu. Subjektivně se všeobecné sestry domnívají, že pacienti dostatečně motivují, popisují situaci i dílčí činnosti a finálně pacienti s PAS chválí.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Porucha autistického spektra, ošetřování, sestra, komunikace, zdravotnická zařízení

## ÚVOD

**V**e zdravotnických a zdravotně sociálních zařízeních se personál setkává s pacienty různých osobností, diagnóz, přidružených onemocnění a znevýhodnění, a proto je stále kladen velký důraz na rozvoj komunikace. Protože stále narůstá počet lidí trpících poruchou autistického spektra, je společnost nucena na tento fakt reagovat. V souvislosti s onemocněním je proto velmi důležité, aby zdravotničtí pracovníci uměli správně komunikovat a volili i správný přístup k efektivnímu dosažení společného cíle. (Vlková, 2021).

## HISTORICKÝ VÝVOJ POJMU

**P**oprve byl pojem "autismus" zveřejněn v roce 1911, kdy Eugen Bleuler tímto pojmem popsal psychopatologii onemocnění schizofrenie. Definoval tento pojem jako stahování z reálného světa a ponoření se do vlastního, nesrozumitelného světa nemoci v dětském věku (Hosák et al., 2015). Na tuto teorii navázal psychiatr Leo Kanál, který v roce 1943 popsal autismus jako poruchu u dětí, které měly problém v sociálních dovednostech a byly vysoce citlivé ke změnám v prostředí (Sanchack et al., 2016). Dnes se tento termín používá pro popis celého spektra poruch, které jsou označovány jako "pervazivní vývojové poruchy" nebo "autistické spektrum". Právě z toho důvodu je pro moderní ošetřovatelství, medicínu, sociologii i pedagogiku praktičtější použití výrazu "poruchy autistického spektra" (Adamus et al., 2017).

## CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

**P**oruchy autistického spektra (dále jen PAS) se projevují zejména v dětském věku a jsou charakterizované takzvanou "Autistickou triádou" v oblasti vývoje. Jedná se o narušení sociálních a komunikačních dovedností a přítomnosti omezených, opakujících se prvků v chování a zájmech (Nowell, 2020). Každý jedinec vykazuje jiné příznaky, které se postupně s věkem mohou měnit. Jednotlivé příznaky lze zaznamenat již v šestém až sedmém měsíci věku dítěte, ale obvykle jsou projevy markantnější v období mezi dvanáctým až čtyřicetým měsícem (Jolly, 2015). V sociální oblasti můžeme pozorovat snížený zájem o společnou činnost nebo sdílení radosti, nesnášenlivost doteků, špatný oční kontakt, nedostatečnou empatii nebo selektivní ignoraci při navázání kontaktu (Hodges et al., 2020). Výjimku netvoří ani jedinci, kteří navázat kontakt chtějí, ale nejsou toho schopni (Nowell, 2020). V oblasti komunikace se jedná o verbální i neverbální deficity a v oblasti her a zájmových aktivitách lze pozorovat nápadné ulpívání či výrazné zaujetí pro jednu či více abnormálních činností (Jolly, 2015). Obvykle bývá, pro člověka trpícím PAS, problematické se od této abnormální činnosti odklonit. Pacienti s PAS jsou velmi závislí na rutinně všedního života, a proto jim i změna prostředí působí velký diskomfort (Hodges et al., 2020). Sestra by proto měla využít veškeré své dovednosti proto, aby udržela standardní harmonogram i během hospitalizace a důležité segmenty dne nepřeskakovala. Jedná se zejména o rituální časové body jako je rozvržení jídel, hraní nebo pravidelný interval péče (Nowell, 2020). Pacienti s PAS jsou také schopni akceptovat

změny, ale je potřeba mít na paměti, že zdravotnický personál musí investovat více času do přípravy a detailně o změnách pacienta informovat (Hodges, 2020; Nowell, 2020; Jolly, 2015). Nedůsledná příprava často končí špatnými zkušenostmi na obou zúčastněných stranách, kdy zdravotníci mají strach, zejména pokud se pacienti začínají sebepoškozovat kousáním, škrábáním, vytrháváním vlasů, řas, vousů nebo údery hlavou (Ruggieri, 2020; Jolly, 2015).

## KOMUNIKACE S ČLOVĚKEM S PAS

**V**zájemná komunikace mezi sestrou a pacientem tvoří velmi důležitou součást kvalitní ošetrovatelské péče. V rámci terapeutické komunikace, která je ve zdravotnických zařízeních nejvíce preferována, poskytujeme pacientovi oporu při přijímání nepříjemných skutečností a pomoc v adaptaci na případné změny (Zacharová, 2016). U pacientů s PAS se také využívá sociální interakce prostřednictvím verbálních i neverbálních symbolů. Při využití kombinace neverbálních a verbálních vjemů musí být sestra na pozoru, neboť pacienti s PAS bývají velmi vnímaví na rozpor a případnou neautentičnost, která vede ke ztrátě důvěry a nežádoucím projevům (Hodges, 2020). Dalším důležitým aspektem při verbální komunikaci je hlasitost a rychlost řeči, stejně tak výška hlasu, délka projevu i samotná intonace (Zacharová, 2016). Celá problematika komunikace u pacientů s PAS je mnohonásobně více náročná, a jak jsme již uvedli, veškeré aspekty vedoucí k diskomfortu nebo podcenění přípravné fáze může vést k disharmonii, ztrátě důvěry, sebepoškozování a dalším reakcím, které mohou mít za následek nesnášenlivost zdravotních zařízení ze stran pacienta, nebo strach a obavy z ošetřování pacientů s PAS na straně zdravotníků (Mason et al., 2019).

## METODIKA

**C**ílem této studie bylo zmapovat, jak sestry komunikují s pacienty s PAS v klinické praxi. Pro účely zpracování studie bylo zvoleno kvalitativně-kvantitativní výzkumné šetření za využití techniky polo-strukturovaných rozhovorů a dotazníkového šetření. První část sloužila pro analýzu problematických situací, se kterými mají pacienti s PAS zkušenosti. V rámci této výběrové skupiny jsme kontaktovali osoby, které tvoří doprovod při návštěvách zdravotnických zařízení, jsou zde přítomni po celou dobu a pomáhají s případnými komunikačními bariérami, působí preventivně proti rozvoji nežádoucího chování event. zmírňují či eliminují důsledky a rozvoj nežádoucích situací. Pro účely této části bylo vybráno kvalitativní výzkumné šetření za použití techniky polostrukturovaných rozhovorů. V rámci výzkumného cíle byly stanoveny výzkumné otázky: “VO1 Jaké komunikační styly preferuje osoba s PAS při návštěvě zdravotnického zařízení”, “VO2 jaké používají při komunikaci další alternativní postupy při návštěvě zdravotnického zařízení” a “VO3 Jaká jsou očekávání pečující osoby od ošetrovatelského personálu”.

Po sběru a analýze dat z první fáze byl zkonstruován dotazník, který reflektoval proměnné získané z kvalitativní části šetření. Tento dotazník byl pak distribuován sestřám ve zdravotnickém zařízení, abychom byli schopni posoudit i pohled zdravotnického personálu



na danou problematiku. Pro tuto část výzkumu byly vytvořena hypotéza: “H1 sestry v klinické praxi používají více verbální komunikaci než neverbální”, “H2 sestry v klinické praxi nepoužívají alternativní postupy při komunikaci s pacientem s PAS” a “H3 sestry v klinické praxi subjektivně hodnotí vybrané oblasti očekávání více kladně, než záporně”.

Stanovení teoretických východisek probíhalo v období září - listopad 2020, přípravná fáze a převýzkum byl realizován v prosinci 2020 - lednu 2021. Realizace samotného výzkumného šetření probíhala v období únor - duben 2021.

## PRŮBĚH STUDIE

**P**rvní část, kvalitativní výzkumné šetření, byla tvořena 9 rozhovory, přičemž každý trval přibližně 45 minut. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon, poté proběhla transkripce, redukce dat, otevřené, axiální a selektivní kódování, kategorizace dat, výsledná syntéza informací a interpretace získaných dat.

Všechny proměnné byly převedeny do dotazníkového šetření a poté byly převýzkumem ověřeny na vzorku 10 respondentů z řad všeobecných sester vybraných podle kritériálního výběru. Dotazník byl dle připomínek upraven a finální forma obsahovala 21 uzavřených otázek rozdělených do dvou částí, jak je již standardní - charakteristika respondenta a vlastní výzkumné šetření. Z důvodu protiepidemiologických opatření v té době byly dotazníky distribuovány tištěnou i elektronickou formou. V úvodu musely sestry vyplnit, kritéria pro zařazení / nezařazení do studie: Zkušenosti s ošetřováním pacientů s PAS, doba praxe (min. 1 rok), práce na lůžkovém oddělení nebo u praktických lékařů. Celkem bylo obdrženo 219 dotazníků, z čehož bylo 7 vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění.

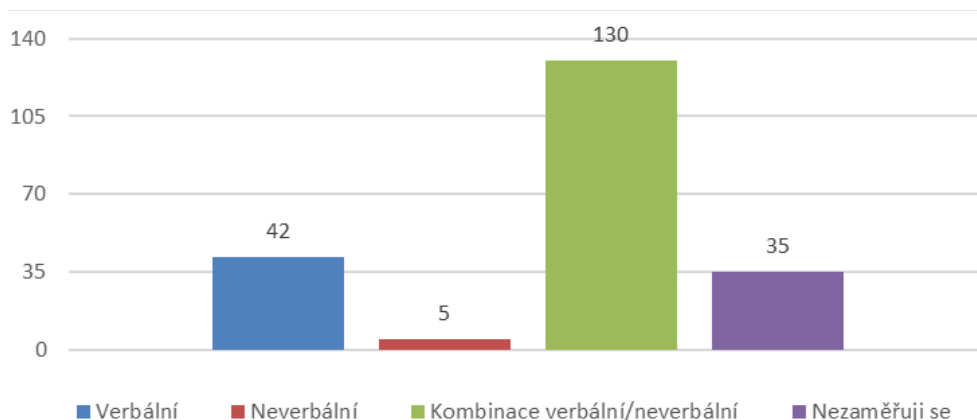
Pro disimilaci výsledků, jsme využili kombinaci částí kvalitativních a kvantitativních výsledků a jejich propojení pro ucelení celé problematiky.

## VÝSLEDKY

### KOMUNIKAČNÍ STYL U PACIENTŮ S PAS

**V**ýsledky našeho kvantitativního výzkumu poukazují na vyváženost verbální a neverbální komunikace v kooperaci s pacientem s poruchou autistického spektra. Z celkového počtu 212 dotazovaných odpovědělo 130 respondentů, že používá kombinaci obou druhů, 42 respondentů používá převážně verbální komunikaci, 35 respondentů se na druh komunikace nezaměřuje a 5 respondentů upřednostňuje spíše neverbální komunikaci (viz graf 1).

**Graf 1 Absolutní četnost využití stylu komunikace**



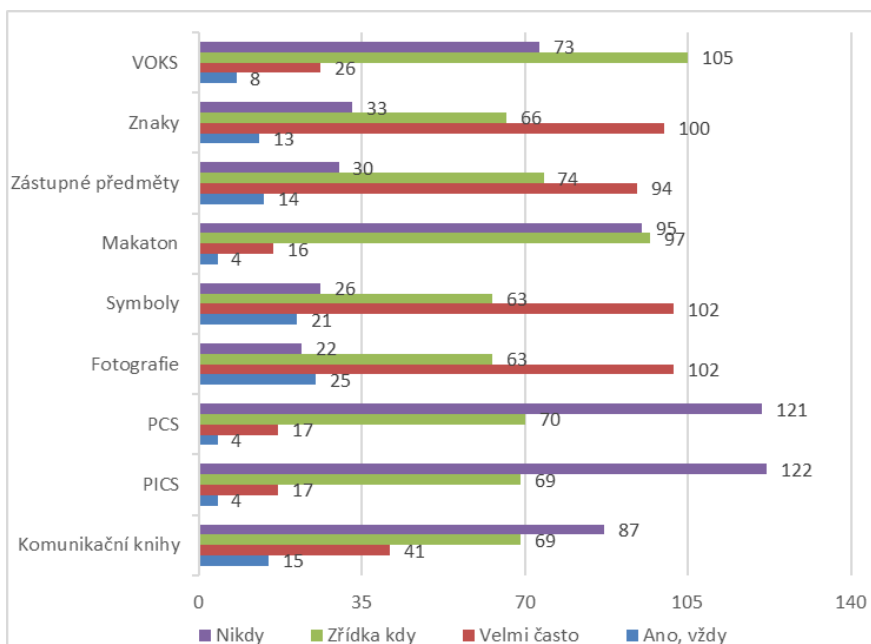
Zdroj: Vlastní výzkum

Z pohledu kvalitativního se objevuje velmi často se opakující tvrzení, že sestry velmi často využívají špatný komunikační styl. Možnými faktory je neznalost jiných komunikačních stylů, špatné aktuální vyhodnocení situace nebo možná nervozita či strach při setkání s pacientem trpícím PAS ve zdravotnickém prostředí. Možné varianty přístupů sester uvádí P1: „Většina sester k dceři defacto mluví, jako ke zdravému dítěti. Prostě s tím autíkem je to takový složitější a ze zkušenosti vím, že většina sestřiček neví, jak s nima mluvit a jedou prostě dlouhé věty, trrrr a trrrr a máchají rukama a pro ty děti je to pak strašně stresující.“ A P2: „Prostě sestra mi řekla tady ho položte a jedna sestra mu lehla na ruce, a ta sestra co ho nabírala ho držela ještě za břicho, a myslím, že byla dost vzteklá. Jinak žádná komunikace vůbec neproběhla, je vidět, že ty sestry prostě neví, jak s nima mluvit. Třeba minulý týden jsme byli na krvi, a to bylo taky hrozný. Já říkám, mohu si tady líc sednout, protože jsem potřebovala synovi držet nohy a ruce, samozřejmě mi vyklouzával a sestra na mě řvala ať ho držím víc a nemohla pochopit, že má strašnou sílu a že mu to vadí. A taky, prostě na něj začala, ježiši neřvi, vždyť se nic neděje a co se děje, že řveš, a furt a furt, dvě sestřičky přes sebe na něj takhle řvaly. Jako kdyby mu řekla, já vím, že to bolí, ale musíme to udělat, je to důležitý, ale oni to prostě asi neumí, nebo já nevím.“

## POUŽÍVÁNÍ SPECIFICKÝCH KOMUNIKAČNÍCH STYLŮ

Z výsledků kvantitativního šetření je patrné, že sestry nejvíce používají při vyhledávání alternativních prvků komunikace především zástupné předměty, symboly, znaky nebo fotografie (viz graf 2).

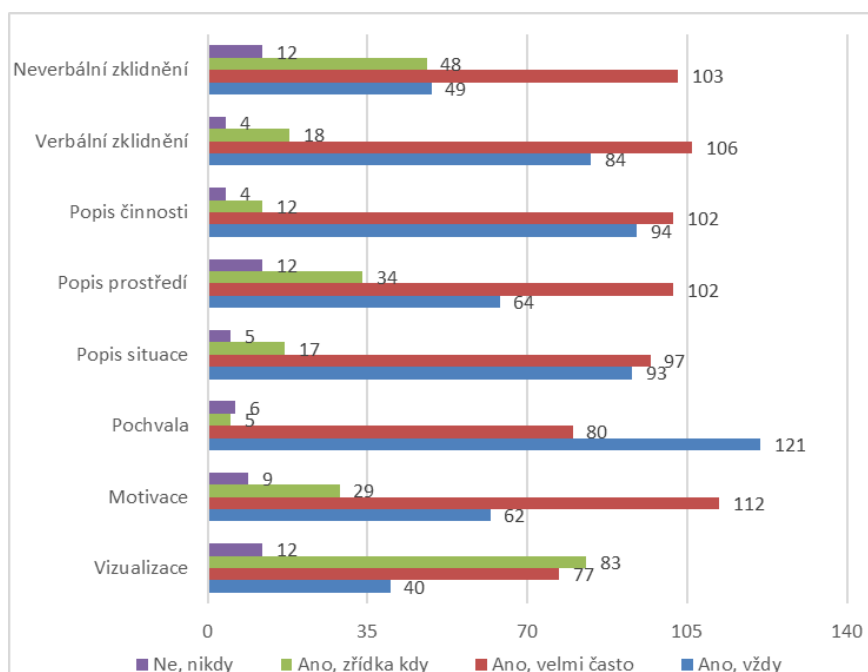
**Graf 2 Absolutní četnost využití specifických alternativních komunikačních stylů**



Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi další pracovní postupy v rámci rozvoje komunikace se respondenti shodují, že je u pacientů s PAS důležitá vizualizace, motivace, pochvala, popis situace, prostředí a činnosti a verbální i neverbální zklidnění (viz. graf 3).

**Graf 3 Absolutní četnost používání dalších pracovních postupů pro rozvoj komunikace**



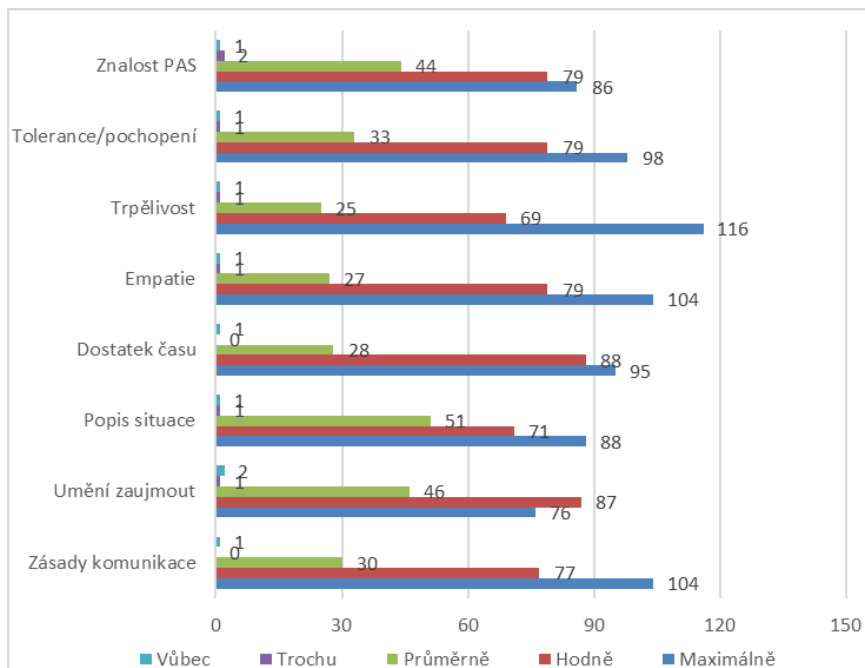
Zdroj: Vlastní výzkum

Z pohledu kvalitativního šetření hovoříme o rozvoji problémových situací, které jsou následkem právě absence některých specifických komunikačních stylů. Velmi často je to právě způsobeno nepřipraveností pacienta na čekací dobu nebo specifickou situací, málo času pro vstřebání informací nebo nerespektování poruch smyslových vjemů z řad zdravotnického personálu. Některé situace popisuje P3 takto: „Taky je u nás celkem problémové to, že syn je vlastně citlivý na řečové zvuky. Dříve to bylo hodně vygradované, to jsme přišli do nemocnice a synovi prostě vadilo, že se tam mluví. Teď už to takové není, ale když je někdo takový jako hrr a je to slyšet v tom hlase, třeba i agresivita, tak na to syn hodně reaguje, a to si myslím lékaři ani sestřičky neuvědomují, nebo o tomhle taky vůbec nemají ponětí. A pak vlastně ten hluk, to hlučné prostředí a nečekané zvuky. To jednoduše nerespektují.“ P4 pak doplňuje o své poznatky: „No, pro mě je vždycky nejhorší, že já mu nejsem schopná vysvětlit, co přijde. Teď jsme byli třeba na genetice, kde mu potřebovali vzít tři ampule krve, a prostě na to ho připravit nedokážete. Sestry ho pak drží, on se s nima rve, oni to mají těžký, my to máme těžký a nejsem schopná ho na to připravit, nevím jak.“

## PŘEDPOKLADY SESTER A OČEKÁVÁNÍ PEČUJÍCÍCH OSOB

Z výsledků kvantitativního šetření je patrné, že se od sester ve zdravotnickém zařízení očekává, že budou schopné velmi dobře komunikovat, budou trpělivé, tolerantní, empatické, budou umět zaujmout člověka, dobře popsat situaci, udělají si dostatek času a ve větší míře budou znát problematiku PAS (viz. graf 4).

**Graf 4 Absolutní četnost očekávaných sesterských dovedností**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z výsledků kvalitativní části šetření se pečující osoby domnívají, že sestra ve zdravotnickém zařízení by měla vždy volit vhodný komunikační styl a přizpůsobovat komunikaci nárokům pacienta, být empatická, trpělivá a flexibilní. Také by měla mít dostatek času, znalostí o PAS, vizualizaci, upoutání pozornosti a měla by umět popisovat činnosti a jednotlivé situace. Finálně také probandi hovořili o možnostech přednostního přijímání nebo sjednávání návštěvy online na určitou hodinu. Konkrétní výsledky popisuje P1 takto: *„Především, aby komunikovala. Aby mluvila v jednoduchých větách, stručný krátký a jednoduchý věty. Používala. Navázat oční kontakt, to znamená že nebudu na ní mluvit ze shora takhle (ukázala), ale klidně si k ní kleknout, aby viděla na oči a na pusu... vždycky komunikovat s tím dítětem, komunikovat určitě i s rodičem, ale především s tím dítětem. Pochválit ho, když se mu něco podaří, nebo když ten úkon udělá, pochválit ho za to, co se mu povedlo.“* A P3 doplňuje: *„Očekávám, aby měl syn dostatek času to všechno vstřebat. Dále, aby byla sestra trpělivá, chápatelivá, empatická. Je prostě důležitý navázat jakoby ten kontakt, jako upoutat tu svoji pozornost, nebo navázat ten kontakt, aby byl schopný je syn vnímat. Ještě mi tam jde flexibilní, aby přísně nelpěla na nějakých postupech při tom ošetření, když to jde samozřejmě.“*

## DISKUZE

Z pohledu komunikačních stylů korespondují výsledky naší studie s výsledky s autory Crasta et al. (2020), kteří dále poukazují na potřeby, které pacienti s poruchou autistického spektra mají. Podle nich by každý člen ošetrovatelského týmu měl umět adekvátně vyhodnotit danou situaci a zvolit adekvátní způsob komunikace. Výsledkem je pak bezproblémová péče, navázání vztahu a prohloubení důvěry, která je u těchto pacientů velmi důležitá. Jsme si vědomi, že navázání důvěry je dlouhodobý proces vyžadující mnoho dílčích faktorů, avšak alespoň z části můžeme tuto problematiku ovlivnit právě volbou vhodné komunikace, dodržování informací, které jsou řečeny, používání dalších kompenzačních mechanismů, apod. Autoři Brown a Elder (2014) doplňují, že je pro sestry obrovským benefitem, když znají tuto problematiku, zejména pak apeluje na znalost smyslového vnímání a z toho plynoucí projevy přecitlivělosti nebo nízké citlivosti na různé podněty. Podle autorů Nicolaidis et al. (2015) vede k úspěšnému ošetření pacientů s PAS zejména: pomalá a individualizovaná komunikace, verbální doprovod každého pohybu a zvýšení sensorická senzibilita, atopická neverbální komunikace, zpomalený styl práce, aby pacient dokázal vše patřičně dobře zpracovat. Dále studie hovoří o dostatečné edukaci pro personál, která by měla být dalším klíčovým faktorem, stejně jako využití takového komunikačního jazyka, který je pro daného pacienta příjemný, komfortní a hlavně uchopitelný. Právě proto zmiňuje a i možné alternativy typu “symboly, fotografie, knihy či znaky”.

Ačkoliv nebyla Hypotéza 1 (sestry v klinické praxi používají více verbální komunikaci než neverbální) potvrzena, neboť sestry v klinické praxi nejčastěji volí kombinaci obou stylů, z výše uvedených informací vnímáme tento fakt jako vysoce přínosný. Volba komunikačních stylů by měla korespondovat s výběrem komunikační metody, zejména pak, pokud je pacient naučen některou z těchto metod využívat. Naše výsledky hovoří zejména

o popisování, které využívá nejvíce sester v klinické praxi. S našimi poznatky rezonuje tvrzení autorů Browna a Eldera (2014), které zmiňují důležitost správných návyků a volby vhodných prostředků ke komunikaci, zejména pak v prostředích, jakými jsou i zdravotnická zařízení. Ve své práci také upozorňují, že je velmi důležitá skladba a volba slov a zamýšlení se nad kontextem. Stejně závěry mají i naše výsledky. Jako příklad můžeme uvést slovo “ven”, kdy v kontextu věty může znamenat, aby člověk opustil vyšetřovací místnost, ve větě “počkej venku”, zatímco člověk s poruchou autistického spektra to může vnímat, jako pokyn k odchodu mimo zařízení a je tedy velmi pravděpodobné, že nebude souhlasit nebo opustí areál zdravotnického zařízení. Aby se předešlo těmto situacím, doporučují autoři Koegella et al. (2020) vytvoření standardu, který by mohl být univerzální a měl by zahrnovat ve velké míře zejména neverbální komunikaci. Verbální komunikace by měla být omezena na jednoduché termíny, které budou pro pacienta pochopitelné.

Pokud přichází pacient s PAS do zdravotnického zařízení, vždy přemýšlíme nad tím, co můžeme udělat pro hladký průběh ošetření. Podle ošetřujících osob by měly mít sestry v klinické praxi více informací ohledně této problematiky a dostatek času na vysvětlení a pochopení situace pacientem. Brown a Elder (2014) opětvují tyto názory a doplňují, že v některých případech není dobré pokládat pacientovi s PAS otázky. Může mít totiž špatnou zkušenost, kterou se mohou spustit negativní reakce na slovní podnět. Čadilová a Žampachová (2015) také souhlasí a pobízí zdravotnický personál, aby nepodceňoval pacienty, kteří jsou v těchto situacích velmi citliví na sluch, a je potřeba podrobně vysvětlovat veškeré úkony. Tyto úkony je pak nutné dodržet, jinak se připravíme o důvěru pacienta a můžeme tak vyvolat nežádoucí reakci. Velice často se pak v klinické praxi stává, že ošetřovatelský personál kvůli této negativní reakci zvolí špatnou formu komunikace, např. zvyšování hlasu, čímž audio-senzitivnější jedince může uvést do větší nepohody. Kumulací těchto dílčích nežádoucích faktorů může vést až k agresivitě pacientů s PAS, pro které je to v mnoha případech obraná reakce. Bohužel jsou poté důsledky takové, že ze zdravotnického zařízení odchází pacient s PAS, který je ve velké nepohodě, má negativní zkušenosti a s největší pravděpodobností bude stejný postup očekávat při jakékoliv další návštěvě. Ošetřovatelský personál má také špatné zkušenosti a při jakémkoliv dalším střetu s pacientem s PAS bude očekávat agresivitu nebo negativní chování z jejich strany. Mnoho autorů, jako Sena et al. (2015), Govindan a Ramu (2020) nebo Lischer (2019) doporučují pro ošetřovatelský personál základní školení, aby bylo právě takovým situacím zamezeno. Sestry se jednak naučí nepaušalizovat všechny pacienty s PAS stejnými projevy a zároveň si osvojí základy dovednosti v komunikaci čímž preventivně působí proti nedorozumění. Mezi doporučení tedy rozhodně patří zvýšení edukace personálu a pořízení specifických pomůcek pro komunikaci.

Stejně jako naše výsledky reflektují částečné mezery v edukaci, volbě komunikačních stylů nebo špatně voleného přístupu k pacientům s PAS, je tomu v kontextu světového zdravotnictví podobě. Autoři Nicolaidis et al. (2015), Nicolaidis et al. (2013), Bruder et al. (2012), Kuhlthau et al. (2014), Clark et al. (2019), Thom et al. (2019), Voillemont et al. (2022) reflektují velmi obdobné výsledky. Dále podporují naši vizi realizovat výzkumné šetření napříč lůžkovou i ambulantní částí a zjistit, jaké proměnné se váží k jakému typu

zdravotnické části a jak správně a efektivně podpořit péči o pacienti s PAS. V souvislosti s naším záměrem se i autoři shodují, že pacient s PAS by měl být vystaven minimálnímu množství stresových faktorů, a proto doporučují ambulantní ošetření. V případě, že je nutná hospitalizace, mělo by být umožněno, alespoň z počátku, aby s ním mohla doprovázející osoba strávit větší část dne i noci na pokoji. Pro pacienta to působí více komfortně a v novém prostředí, ve kterém se pohybují neznámí lidé a v neznámých procedurách může být právě doprovázející osoba prvkem jistoty a bezpečí a celý proces hospitalizace a léčby tak může být mnohonásobně rychlejší, efektivnější a bez nutných komplikací. Stejně tak se shodují na faktech, že sestry by měly být v moderní době schopny poskytovat profesionální péči i osobám s PAS a měly by mít základy správné komunikace pomocí neverbální komunikace nebo piktogramů, fotografií, symbolů apod.

Tím se dostáváme k Hypotéze 2 (sestry v klinické praxi nepoužívají alternativní postupy při komunikaci s pacientem s PAS), která také nebyla zdravotnickým personálem potvrzena, neboť z výsledků je patrné, že alternativní postupy využívají. Jak jsme již uváděli výše, tak jejich zařazení může být velice efektivní pro celkovou ošetrovatelskou péči, prevenci komplikací a může vést i k hladšímu průběhu při budoucích návštěvách zdravotnických zařízení.

V souvislosti s tím jsme se zaměřovali také na očekávání a hypotéza 3 (sestry v klinické praxi subjektivně hodnotí vybrané oblasti očekávání více kladně, než záporně) byla potvrzena. V komparaci s našimi výsledky se osoby pečující o pacienty shodují, že mnohdy je ošetrovatelská péče příliš rychlá, zbrklá, potřebné věci jsou splněny, avšak pro obě strany (pacient i zdravotník) je to velmi náročná práce. Protože jsme se zaměřili zejména na komunikaci a její prvky, osoby pečující o pacienty se domnívají, že edukace není dostatečná, avšak subjektivní pohled všeobecných sester poukazuje na velké procento dílčích činností, které jsou v praxi používány a jsou hodnoceny jako velmi přínosné - popis situace, popis činnosti, motivace, pochvala apod. (viz Graf 3). Autoři Voillemont et al. (2022) se v tomto případě domnívají, že osoby pečující o osoby s PAS mohou být zvyklé na jiný režim a míra uspokojení potřeb je hodnocena méně pozitivně, než u zdravotníků, kteří poskytují v komparaci s ostatními pacienty více individualizovanou péči. Autoři Clark et al. (2019) tuto teorii také sdílí a ačkoliv je sebereflexe zdravotníků hodnocena na kladné úrovni, přesto doporučují stále edukace v této problematice, aby zdravotní péče mohla být stále vysoce profesionální a ošetroující osoby nebyly pod vlivem stresových faktorů a celková kvalita práce byla na vyšší úrovni.

## ZÁVĚR

Ošetřování pacientů s PAS je stále častější nejen z důvodu vyššího výskytu této diagnózy. Zdravotnický personál, který se stará o tyto pacienty, by měl být adekvátně edukován o problematice PAS. Zdravotnická zařízení, která tato vzdělání poskytují jsou adekvátně připravena a průběh ošetřování pak může být mnohonásobně efektivnější. Z pohledu ošetrovatelského může sestra preventivně zamezovat negativní odezvě na nežádoucí podněty. Celý proces se stává bezpečnějším a pacient opouští

zdravotnické zařízení bez dalších předsudků na straně personálu. V negativním případě vzniknou předsudky na obou stranách, kdy se pacient bojí navštěvovat zdravotnické zařízení a už při jakékoliv zmínce může přehnaně reagovat. Ošetřovatelský personál má také předsudky, a přestože nereaguje takto vznětlivě, nese si s sebou negativní zkušenost, která může penalizovat ostatní pacienty s PAS při další návštěvě zdravotnického zařízení. Výsledným doporučením je zvýšení edukace a pořízení specifické komunikační metody či vytvoření standardu.

Z výsledků naší studie je patrné, že subjektivní pohled osob pečující o pacienty s PAS doporučuje úpravu v přístupu všeobecných sester a další edukační činnosti, které by vedly k pochopení celé problematiky, a tím k snížení výskytu nežádoucích situací v průběhu ošetřování. Subjektivní pohled všeobecných sester však hovoří o používání znaků, symbolů, fotografií nebo zástupných předmětů, stejně tak jako velké množství všeobecných sester v klinické praxi popisuje celou situaci, popisuje průběh činnosti, motivuje pacienty a výsledně je chválí. Dále jsou si sestry vědomy, že se od jejich role očekává, že budou schopni velmi dobře komunikovat, budou trpělivé, tolerantní, empatické, budou umět zaujmout člověka, dobře popsat situaci, udělají si dostatek času a ve větší míře budou znát problematiku PAS.

Vzhledem k problematice a povaze onemocnění je právě proto komunikace velmi důležitá, a jelikož je toto téma stále velmi diskutováno, je evidentní, že společnost vytváří další prostor pro vzdělávání, aby ošetřovatelská péče mohla setrvat na profesionální úrovni.



## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ADAMUS P., VANČOVÁ A., LÖFFLEROVÁ M. 2017. Poruchy autistického spektra v kontextu aktuálních interdisciplinárních poznatků. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7464-957-8.
- [2] BROWN, A., ELDER, J. 2014. Communication in Autism Spectrum Disorder. *Pediatric nursing* Jannetti Publications 40 (5), 219-225. ISSN 0097-9805.
- [3] BRUDER, M. B., KERINS, G., MAZZARELLA, C., SIMS, J., STEIN, N. 2012. Brief Report: The Medical Care of Adults with Autism Spectrum Disorders. Online. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 42(11), s. 2498-2504. DOI: 10.1007/s10803-012-1496-x
- [4] CLARK, L. A., WHITT, S., LYONS, K. 2019. Improving Communication Between Health Care Providers, Families, and Children with Autism Spectrum Disorder: The Linked Program. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 34(5), s. 889-899. DOI: 10.1016/j.jopan.2018.12.009
- [5] CRASTA J.E. et al., 2020. Sensory Processing and Attention Profiles Among Children With Sensory Processing Disorders and Autism Spectrum Disorders. *Frontiers in Integrative Neuroscience* 14, s. 22. DOI: 10.3389/fnint.2020.00022.
- [6] ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. 2015. Metodika práce asistenta pedagoga při aplikaci podpůrných opatření u žáků s poruchou autistického spektra nebo vybraným psychickým onemocněním. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4453-6.
- [7] GOVINDAN R., RAMU R., 2020. Nurses' knowledge and Understanding about Autism. *Indian Journal of Community Medicine* 5(3), 382-383. DOI: 10.4103/ijcm.IJCM\_290\_19
- [8] HODGES, H., FEALKO, C., SOARES, N. 2020. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*. 9(S1), s. 55-65. DOI: 10.21037/tp.2019.09.09
- [9] HOSÁK, L., HRDLIČKA M., LIBIGER J., et al. 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.
- [10] JOLLY A. A. 2015. Handle with Care: Top Ten Tips a Nurse Should Know Before Caring For a Hospitalized Child with Autism Spectrum Disorder. *Journal of pediatric nursing* 41(1), s. 11-22. ISSN: 0097-9805.
- [11] KOEGEL L. K. et al. 2020. Definitions of Nonverbal and Minimally Verbal in Research for Autism: A Systematic Review of the Literature. *J Autism Dev Disord*. DOI: 10.1007/s10803-020-04402-w.
- [12] KUHLTHAU, K. A., WARFIELD, M. E., HURSON, J., DELAHAYE, J., CROSSMAN, M. K. 2015. Pediatric provider's perspectives on the transition to adult health care for youth with autism spectrum disorder: Current strategies and promising new directions. *Autism*. 19(3), s. 262-271. DOI: 10.1177/1362361313518125.
- [13] LISCHER, F., 2019. *Autismus-Spektrum-Störung: Betroffene Kinder auf der Notfallstation*. Luzerner Kantonsspital Kinderspital Notfall. 23 s. ISBN: 978-80-7454-764-5.

- [14] MASON, D., INGHAM, B., URBANOWICZ, A., MICHAEL, C., BIRTLES, H. et al. 2019. A Systematic Review of What Barriers and Facilitators Prevent and Enable Physical Healthcare Services Access for Autistic Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 49(8), s. 3387-3400. DOI: 10.1007/s10803-019-04049-2
- [15] NICOLAIDIS, Ch., RAYMAKER, D., MCDONALD, K., DERN, S., BOISCLAIR, W. C. et al. 2013. Comparison of Healthcare Experiences in Autistic and Non-Autistic Adults: A Cross-Sectional Online Survey Facilitated by an Academic-Community Partnership. *Journal of General Internal Medicine*. 28(6), s. 761-769. DOI: 10.1007/s11606-012-2262-7.
- [16] NICOLAIDIS, Ch., RAYMAKER, D. M., ASHKENAZY, E., MCDONALD, K. E., DERN, S. et al. 2015. "Respect the way I need to communicate with you": Healthcare experiences of adults on the autism spectrum. *Autism*. 19(7), s. 824-831. DOI: 10.1177/1362361315576221.
- [17] NOWELL K. P., BERNARDIN C. J., BROWN C. et al. 2020. Characterization of Special Interests in Autism Spectrum Disorder: A Brief Review and Pilot Study Using the Special Interests Survey. *Journal of Autism Developmental Disorders*. DOI: 10.1007/s10803-020-04743-6.
- [18] RUGGIERI V., 2020. Autismo, depresión y riesgo de suicidio. *Medicina* [online]. 80(2), s. 12-16 [2023-02-06]. Dostupné z: <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/32150706.pdf>
- [19] SANCHACK K. E., THOMAS C. A., 2016. Autism Spectrum Disorder: Primary Care Principles. *Am Fam Physician* [online]. 94(12), s. 972-979 [cit.2021-02-15]. Dostupné z: <https://www.aafp.org/afp/2016/1215/afp20161215p972.pdf>.
- [20] THOM, R. P., MCDOUGLE, Ch. J., HAZEN, E. P. 2019. Challenges in the Medical Care of Patients With Autism Spectrum Disorder: The Role of the Consultation-Liaison Psychiatrist. *Psychosomatics*. 60(5), s. 435-443. DOI: 10.1016/j.psych.2019.04.003
- [21] VOILLEMONT, C., IMBAULT, E., SCHOENBERGER, M., DI PATRIZIO, P. 2022. Care and management of adults with autism spectrum disorder in family practice: difficulties experienced by general practitioners. *Family Practice*. 39(3), s. 464-470. DOI: 10.1093/fampra/cmab126
- [22] VLKOVÁ, B. 2021. Zásady holismu a humanismu v péči o pacienta s poruchou autistického spektra. České Budějovice. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Jan Neugebauer.
- [23] ZACHAROVÁ, E. 2016. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0156-6.

# EFFECTIVE COMMUNICATION BETWEEN PATIENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND STAFF IN HEALTHCARE FACILITIES



## ABSTRACT

The study discusses communication between nurses and patients with autism spectrum disorder (ASD) in healthcare facilities. The main goal was to find out the tools nurses use for communication, their communication strategies and the recommendations. Qualitative-quantitative research using the method of semi-structured interviews and questionnaires was used for data collection and processing. The results reflect issues in time allocation, the quickness of interventions, and wrong communication style. Subjectively, general nurses believe that they effectively motivate patients, describe the situation and individual activities, and ultimately praise patients with ASD.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jan Neugebauer, Ph.D., MBA  
Karlova Univerzita  
2. lékařská fakulta  
Ústav Ošetrovatelství  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5  
e-mail: Neugebauer.Jan@lfmotol.cuni.cz

Bc. Blanka Vlková  
Jihočeská Univerzita v Českých  
Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav Ošetrovatelství, porodní asistence  
a neodkladné péče  
U Výstaviště 26  
370 05 České Budějovice

Mgr. Pavel Bludovský  
Jihočeská Univerzita v Českých  
Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav humanitních studií  
J. Boreckého 1167  
370 11 České Budějovice

## KEYWORDS:

Autistic spectrum disorder, nursing,  
nurse, communication, healthcare

# **SOCIÁLNÍ, ZDRAVOTNÍ, PRÁVNÍ A PEDAGOGICKÉ ASPEKTY PÉČE O DĚTI S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA POHLEDEM PEČUJÍCÍ OSOBY**

RENATA ŠVESTKOVÁ  
INGRID BALOUN  
MICHAELA ŠRENKOVÁ  
IVA BRABCOVÁ  
JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

## ABSTRAKT

Témata, která rodiče trápí nebo na ně neznají odpověď, jsme od informantů získali pomocí nestrukturovaných rozhovorů. Jedná se o osoby pečující o děti s poruchou autistického spektra. Tito rodiče docházejí na svépomocné skupiny, které probíhají pravidelně v rámci projektu TAČR: Podpora neformálních pečovatелů v Jihočeském kraji prostřednictvím audiovizuálních prostředků včetně virtuální reality (reg. č. TL03000518). K zodpovězení jejich otázek jsme provedly sekundární analýzu dat, ze které vznikl tento přehledový článek. Odpovědi na otázky informantů byly rozděleny do čtyř hlavních kategorií: zdravotní, právní, sociální a pedagogická. Ve zdravotní oblasti informanty nejčastěji trápí nedostatek lékařů znalých problematiky poruch autistického spektra, úskalí hospitalizace dětí atd. V právní oblasti jsou to nejčastěji otázky týkající se budoucnosti jejich dětí, jako je problematika dědictví, poručnictví. Sociální oblast nám přináší témata spojená s péčí o jejich dospělé dítě například v době, kdy oni sami budou potřebovat pomoc a péči. V oblasti pedagogické je to komunikace s učitelem, školou a dalšími, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání dětí s poruchou autistického spektra.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Porucha autistického spektra, pečující osoba, zdravotnictví, sociální práce, vzdělání, právo

## ÚVOD

**T**émata, která rodiče dětí s poruchou autistického spektra trápí nebo na ně neznají odpověď, jsme od informantů získali pomocí nestrukturovaných rozhovorů. Jedná se o osoby pečující o děti s poruchou autistického spektra. Tito rodiče docházejí na svépomocné skupiny, které probíhají pravidelně v rámci projektu TAČR: Podpora neformálních pečovatelů v Jihočeském kraji prostřednictvím audiovizuálních prostředků včetně virtuální reality (reg. č. TL03000518). S rodiči dětí a mladých dospělých s PAS (u některých i s mentálním postižením) byl veden nestrukturovaný, neformální skupinový rozhovor, z něhož vyplynuly čtyři oblasti, které rodiče zajímají. Jedná se o oblast zdravotní, právní, sociální a pedagogickou. V oblasti problematiky zdravotní se jedná zejména o témata, která se týkají péče o dítě v rámci hospitalizace dítěte, tak péči o dítě v období hospitalizace rodiče a jeho následné rekonvalescence. Tíží je také přístup zdravotnického personálu k dítěti s PAS a mentálním postižením. Pokud se jedná o problematiku právní, otázky, které vyplynuly z rozhovoru, se týkaly zejména svéprávnosti a právní odpovědnosti osob s PAS v oblastech dědického řízení, nakládání s vlastním majetkem, možnosti mít děti, vyřizování dokladů či doprovázení na úřady. V oblasti sociální by rodičům s PAS a mentálním postižením by rodiče potřebovali vyjasnit zejména aktuální možnosti péče o jejich děti, když už by oni sami nemohli děti pečovat (ve smyslu, kam dítě umístit). Dále je trápí téma, co se s dětmi stane po jejich smrti. Neméně důležitá je také informovanost o systému získání příspěvku na péči a činnostech Orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Oblast pedagogická se týkala možností vzdělávání dětí a mladých dospělých s PAS a mentálním postižením a mezer v komunikaci a spolupráci škol a školských zařízení s rodinami.

*Cílem tohoto článku je představit problematiku péče o děti a mladé dospělé s poruchou autistického spektra (dále PAS) z pohledu rodiče.*

## ZDRAVOTNÍ OBLAST

**V** oblasti zdravotní péče o děti s PAS a mentálním postižením se v první řadě opíráme o zákonné normy, které upravují několik oblastí vyplývajících z **Ústavy České republiky, Listiny základních práv a svobod**. Článek 32, odst. 4 uvádí, že rodiče mají právo vychovávat své děti, stejně tak děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Omezení těchto práv nebo odloučení nezletilých dětí od rodičů je pak upraveno zákonem a rozhodnutím soudu (Úplné znění Ústavního zákona České národní rady č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, 2023). Zde je nutné připomenout Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník, který upravuje v § 870 rodičovskou odpovědnost. Ta může být rodiči omezena, nebo je omezen její výkon v soudem stanoveném rozsahu. Toto omezení nebo omezení jejího výkonu se týká situace, kdy rodič nevykonává svoji rodičovskou odpovědnost řádně (zákon č. 89/2012 Sb.).

V tomto kontextu je nutné zmínit problematiku hospitalizace dítěte, která je nejčastější obavou rodičů z našeho rozhovoru. Nejprve uvedme Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, § 25, který

upravuje přijetí dítěte do zdravotnického zařízení a případnou nutnost celodenní přítomnosti průvodce. Důležitou roli zde hraje věk dítěte, zákon vymezuje ústavní ošetřování dítěte mladšího šesti let, kdy může být průvodce umístěn buď spolu s dítětem přímo na lůžkovém oddělení, nebo na oddělení dochází z ubytovacího prostoru<sup>1</sup>, který je součástí zařízení, ve kterém probíhá hospitalizace. To vše ale závisí také od možností daného zařízení. Pokud je dítě starší šesti let, pobyt průvodce v nemocnici je považován za ústavní ošetřování jen se souhlasem revizního lékaře příslušné zdravotní pojišťovny. Obvykle pojišťovny přistoupí na hrazení pobytu rodičům s dětmi se zdravotním postižením nebo děti s PAS, u kterého by pobyt v cizím prostředí bez rodiče napáchal více škody než užítku. Vždy, ale záleží na rozhodnutí revizního lékaře. Otázkou pak ale zůstávají situace náhlé hospitalizace dítěte. V kontextu hospitalizace je dobré zamyslet se také nad faktem uvedeným v dokumentu Práva hospitalizovaných dětí, který v roce 1993 schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2023). Zde je v bodě 1 uvedeno, že děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení. V praxi to funguje tak, že je dítě hospitalizováno, aby si na prostředí zvyklo a byl dostatek času na provedení potřebných úkonů, nebo jsou úkony dělány pod narkózou. Dále se dokument věnuje vymezení práv dítěte v rámci hospitalizace, a to v souladu s neméně významným dokumentem, Úmluvou o právech dítěte. Je dobré také zmínit, že charta práv hospitalizovaného dítěte klade důraz i na odbornost a proškolení personálu, který se o dítě stará, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny. Proškolení personálu rodiče vnímají jako klíčové, často uvádějí, že největším problémem je čekání na ošetření a nekomunikace personálu s nimi jako s rodiči.

Dalším tématem, které rodiče trápí je jejich vlastní zdravotní stav a s tím spojená například plánovaná operace nebo i náhlá hospitalizace rodiče. Často totiž nemají možnost dalšího pečovatele (jedná se o matky samoživitelky) v okruhu svých blízkých, a tak často své zdravotní problémy řeší provizorně, či oddalují lékařské zákroky spojené s hospitalizací, někdy až za zdravotně únosnou mez. K tomuto tématu najdeme oporu v Zákoně č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí (zákon č. 359/1999 Sb.). Ten v § 15 vymezuje, že ocitne-li se dítě bez péče přiměřené jeho věku, zejména v důsledku úmrtí rodičů nebo jejich hospitalizace, je obecní úřad povinen zajistit takovému dítěti neodkladnou péči. Nicméně v tom samém paragrafu je ale také uvedeno, že při zajištění této péče zpravidla dá přednost příbuznému dítěte. *Pokud nelze dítě umístit do rodiny k příbuzným, Krajský úřad vede pro účely zajištění pěstounské péče pro dítě na přechodnou dobu evidenci osob, které mohou pěstounskou péči po přechodnou dobu vykonávat. Osoba v evidenci zajišťuje neodkladnou péči o dítě též na žádost obecního úřadu obce s rozšířenou působností maximálně rok* (Zákon č. 359/1999, § 15, s. 7665). Otázkou pak ale zůstává, reálný průběh takového opatření a pomoci.

---

<sup>1</sup> Zde je dobré zmínit Nadační fond Dům Ronalda McDonalda <https://www.drncd.cz/>. Cílem péče zaměřené na rodinu – Family Centered Care – je umožnit vážně nemocným dětem a jejich rodinám komplexní přístup k léčbě. Podporuje rodiny po celou dobu jejich cesty zdravotnickým systémem a zajišťujeme i návazné služby a programy pro psychickou i fyzickou pohodu celé rodiny.

Rodiče také řeší oblast sexuálního života svých dětí. Častou a velmi citlivou otázkou je používání antikoncepce a možnosti rodičů v této věci. Sexuální city, potřeby, tužby a zájmy dětí s PAS a mentálně postižených by měly být na jedné straně plně respektovány, na druhé straně by však měly vhodným způsobem usměrňovány tak, aby nedocházelo k újmě jak fyzické, tak psychické. Současně je zde však také nutno uplatnit nejenom jejich zájmy individuální, ale také určitá kritéria společenská. Jak uvádí Uzel (2011) mají osoby s mentálním postižením právo na vlastní sexuální život a na výchovu a osvětu v této oblasti. Autor dále konstatuje, že z dlouhodobě působících antikoncepčních metod je u osob s mentálním postižením vhodné také nitroděložní antikoncepční tělísko, tudíž tedy se jedná o antikoncepci pro ženy. Není sporu o tom, že veškerá antikoncepční medikace musí být užívána dobrovolně a být podávána pouze za naprostého souhlasu uživatelky. Totéž se týká i umělého přerušování těhotenství. Sexuální výchova dětí s poruchou autistického spektra je stejně jako u všech dětí důležitou a opodstatněnou součástí života. Ten, kdo předává dítěti informace a učí ho, je nejčastěji rodič. *V základu je důležité si uvědomit, že není potřeba dítěti předat všechny témata sexuální výchovy, protože každé dítě se vyvíjí jinak, má jiné schopnosti a možnosti nám porozumět. Vycházíme z toho, na co se nás dítě ptá, co je pro něj důležité vědět a znát adekvátně k jeho věku a vlastním schopnostem* (Petlanová Zychová, 2021).

Někdy rodiče uvažují i nad sterilizací, popis tohoto zdravotního výkonu a celý postup najdeme v Zákoně č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách v § 12. Je však nutné uvědomit si, že se jedná o výkon, který lze provést ze zdravotních důvodů nebo z jiných než zdravotních důvodů. Zdravotními důvody se rozumí takové nemoci nebo vady, u nichž existuje vysoká míra pravděpodobnosti vážného ohrožení zdraví nebo života v důsledku těhotenství nebo porodu nebo zdravého vývoje plodu nebo zdraví nebo života budoucího dítěte. Sterilizaci z jiných než zdravotních důvodů lze provést pacientovi, který dovršil věk 21 let, nebrání-li jejímu provedení závažné zdravotní důvody, a to na základě jeho písemné žádosti (Zákon č. 373/2011 Sb., § 14).

## PRÁVNÍ OBLAST

**R**odiče či pečovatelé dětí s PAS často řeší i praktické otázky, které se týkají například doprovodu svých dětí na úřady, omezení jejich svéprávnosti, dědění a dědictví či pro nás triviální věc, kterou je vydání občanského průkazu.

Doprovod na úřady, k lékaři a na další úřady či instituce není nijak omezen, ať už je dítě svéprávné, omezené na svéprávnosti či zletilé. Fyzická osoba na to má právo (zákon č. 89/2012 Sb.). Doprovod na úřady se týká nejen dětí ale také jiných osob se sníženou soběstačností, například je i sociální službou doprovod na úřady, kde je doprovod jako pomoc, rádce a ochrana (Zákon č. 108/2006 Sb.). Dokonce dle paragrafu 45 v zákoně č. 89/2012 Sb., lze využít nápomoc při rozhodování, i přes to, že není omezen na svéprávnosti. Dle Zákona č. 108/2006 Sb. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: doprovázení do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby

a doprovázení zpět = osobní asistence.

Svéprávnost je způsobilost nabývat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem, tedy právně jednat. To neznamená jen způsobilost zavírat písemné smlouvy, ale právním jednáním je jakákoli koupě (včetně nákupu v samoobsluze, internetovém obchodě), poskytování souhlasu (např. se zdravotními či sociálními službami, se zpracováním osobních údajů, s účastí na klinickém hodnocení léčivých přípravků), správa vlastního majetku, závěť, uzavření sňatku apod. Soudem lze svéprávnost omezit pouze, pokud je omezení v zájmu člověka, během čehož je přihlédnuto k jeho právům i osobní jedinečnosti a zároveň soud důkladně posuzuje jeho rozsah a stupeň neschopnosti starat se o vlastní záležitosti (zákon č. 89/2012 Sb., § 55, 56). V rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti je určen opatrovník (zákon č. 89/2012 Sb., § 62).

Rodiče, jako zákonní zástupci, mají dle Zákona č. 89/2012 Sb., paragrafu 896 povinnost a právo pečovat o jmění dítěte a jako řádní hospodáři ho spravovat a bezpečně s ním nakládat. Co se týká dědictví a majetku dítěte, pokud by byl ohrožen zájem dítěte tím, že jsou zde společná majetková práva s rodiči, je soudem jmenován opatrovník. Se správou jmění dítěte také souvisí právní jednání, ve kterém opět figuruje rodič nebo opatrovník jako zástupce dítěte. Jedná-li se o nezletilé dítě, otázku dědictví a nakládání s ním, často zde rozhoduje soud, zejména pokud se jedná o nemovitost nebo podíl na ní. Dle NOZ je také možné se souhlasem soudu použít majetek dítěte k jeho výživě, či k výživě vlastní. Dítěti je jmění a vyúčtování jeho správy předáno, jakmile nabude plné svéprávnosti. Pokud je dítě omezeno na svéprávnosti, a tudíž jí v 18 letech nenabude, nadále a obdobně spravuje jeho majetek zákonný zástupce či jiná soudem jmenovaná osoba. (Zákon č. 89/2012 Sb., § 896-905; Nový občanský zákoník, 2023)

Co se týče nakládání s majetkem dítěte, které třeba majetek zdědí po jenom ze svých rodičů, platí, že pokud je zachována svéprávnost ale vzhledem ke zdravotnímu či mentálnímu stavu dítěte je zřejmé, že nedokáže jednat v záležitostech majetku samo, jsou zde „nově“ dle NOZ jemnější možnosti, než přímé omezení svéprávnosti = podpůrná opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat (Doušková, 2015). Jedním z těchto opatření (zákon č. 89/2012 Sb., § 45-48) je nápomoc při rozhodování, kdy osoba se zdravotním postižením rozhoduje na základě své vůle (jelikož nemá omezenou svéprávnost) ale s pomocí třetí osoby, tzv. podpůrce, který nemusí, ale může být rodinným příslušníkem. Vztah se upraven smluvně a podléhá schválení soudu.

Dalším podobným opatřením je zastoupení členem domácnosti (zákon č. 89/2012 Sb., § 49-54) *(1) Brání-li duševní porucha zletilému, který nemá jiného zástupce, samostatně právně jednat, může ho zastupovat jeho potomek, předek, sourozenec, manžel nebo partner, nebo osoba, která se zastoupeným žila před vznikem zastoupení ve společné domácnosti alespoň tři roky. (2) Zástupce dá zastoupenému na vědomí, že ho bude zastupovat, a srozumitelně mu vysvětlí povahu a následky zastoupení. Odmítne-li to člověk, který má být zastoupen, zastoupení nevznikne; k odmítnutí postačí schopnost projevit přání. Opět upraveno schválením soudu (Zákon č. 89/2012 Sb.).*



Pokud je dítě omezeno na svéprávnosti – nemá dle § 3 zákona o OP povinnost mít občanský průkaz (Zákon č. 269/2021 Sb.). Některé městské úřady například i nabízí, že přijdou vše vyřídit do domácího prostředí žadatele, tam kde službu nabízejí, stačí zavolat, objednat se a domluvit – zejména je určena osobám imobilním. Záleží na konkrétním městě, jednotlivá města mají tuto službu uvedenou na svých webových stránkách, případně sdělí telefonicky. Dle zákona o OP také nemusí být žádost ani digitalizovaný podpis proveden a nevyžaduje se, pokud mu v jeho provedení brání těžko překonatelná překážka – správní orgán pak tuto skutečnost vždy uvede – např. na žádosti (Zákon č. 269/2021 Sb.).

## SOCIÁLNÍ OBLAST

**Č**astou otázkou rodičů také je, co se stane s dítětem, když rodič zemře a není tam nikdo v rámci rodiny, kdo by se o dítě postaral (je tam jen mladší sourozenec, nebo staří prarodiče, či dítě nemá žádného dalšího příbuzného, který by se o něj mohl postarat. Když dojde úmrtí rodiče nezletilého nebo svéprávně omezeného dítěte, zapojí se pracovník sociálně právní ochrany dětí a jedná dle Zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí. Výkon sociálně právní ochrany spadá pod Orgán sociálně právní ochrany dětí (OSPOD), který naplňuje zajištění práva dítěte na život, jeho příznivý vývoj, na rodičovskou péči a život v rodině, na identitu dítěte, svobodu myšlení, svědomí a náboženství, na vzdělání, zaměstnání, zahrnuje také ochranu dítěte před jakýmkoliv tělesným či duševním násilím, zanedbáváním, zneužíváním nebo vykořisťováním (MPSV, 2022).

V případě okamžité pomoci jsou využita zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, zákon č. 359/1999 Sb., § 42 uvádí, že zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc poskytují ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy anebo ocitlo-li se dítě bez péče přiměřené jeho věku (§ 15), 6 měsíců, max. 20 dětí (zákon č. 359/1999 Sb.). Dle § 15 pokud se dítě ocitne bez péče přiměřené jeho věku, zejména v důsledku úmrtí rodičů nebo jejich hospitalizace, je obecní úřad povinen zajistit takovému dítěti neodkladnou péči; při zajištění této péče zpravidla dá přednost příbuznému dítěti. O uvedeném opatření obecní úřad neprodleně uvedomí obecní úřad obce s rozšířenou působností (zákon č. 359/1999 Sb.). Pokud tedy nelze dítě ihned umístit do rodiny k příbuzným, příslušný krajský úřad vede pro účely zajištění pěstounské péče pro dítě na přechodnou dobu evidenci osob, které mohou pěstounskou péči po přechodnou dobu vykonávat. Osoba v evidenci zajišťuje neodkladnou péči o dítě též na žádost obecního úřadu obce s rozšířenou působností maximálně rok. Dítě je tedy umístěno buďto do náhradní rodinné péče = svěření dítěte do péče jiné osoby, pěstounská péče, pěstounská péče na přechodnou dobu, poručenství, osvojení (zákon č. 89/2012 Sb.). Povinnost soudu jmenovat dítěti poručníka dle § 928 až § 942 občanského zákoníku nastává za situace, kdy tu není žádný z rodičů, která má a vůči svému dítěti vykonává rodičovskou odpovědnost v plném rozsahu. Zejména se jedná o situaci, kdy oba rodiče nezletilého dítěte zemřeli.

Sociální služby mohou být poskytovány formou pobytovou (instituce, kde klient pobývá na určitou dobu), ambulantní (do zařízení sociálních služeb se pravidelně či nepravidelně

dochází) či terénní (služby poskytované v přirozeném prostředí klienta) (Valenta et al., 2018; zákon č. 108/2006 Sb.). Pokud se jedná o službu poskytovanou 24 hodin denně (pobytovou), mohou pomoci odlehčovací služby, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení (zákon č. 108/2006 Sb.). Pořadníky čekatelů na umístění do ústavu sociální péče vedené podle dosavadních právních předpisů zůstávají v platnosti i po dni nabytí účinnosti tohoto zákona, nejdéle však po dobu 3 let. Zřizovatelé ústavů sociálních služeb, kteří vedli tyto pořadníky, předají tyto pořadníky ve lhůtě 2 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona jednotlivým poskytovatelům sociálních služeb a o této skutečnosti vyrozumí ve stejné lhůtě osoby zapsané do pořadníku (zákon č. 108/2006 Sb.).

Další oblastí jsou možné sociální dávky, které mohou osoby pečující o děti s PAS čerpat. Jedním z nich je příspěvek na dítě což základní dlouhodobá dávka státní sociální podpory v České republice. Poskytuje se každý měsíc rodinám s dětmi, které nedosahují příjmů ve výši 3,4 násobku částky životního minima rodiny. Posuzuje se vždy příjem za předchozí kalendářní čtvrtletí a započítává se do něj i rodičovský příspěvek. Je dělený do třech kategorií podle věku nezaopatřeného dítěte. Jde o částečné pokrytí nákladů, které souvisí s výživou a výchovou (Volencová, 2022). Nejdříve je potřeba si vypočítat životní minimum rodiny a částku poté vynásobit 3,4. Z toho vznikne rozhodná hranice. Částka, která vyjde je potřeba porovnat s příjmy rodiny za uplynulý rok. V případě, že jsou příjmy nižší, tak vzniká nárok na příspěvek na dítě (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2022). V případě vyplňování formuláře „Žádost o příspěvek na dítě“ budeme potřebovat průkazy totožnosti nebo rodný list (dětí do 15 let) všech osob, potvrzení o nezaopatřenosti dítěte. Nezaopatřenost dítěte je nutno prokázat doložením jednoho z následujících potvrzení: Potvrzení o studiu, Potvrzení o zdravotním stavu nezaopatřeného dítěte. Potvrzení o neschopnosti soustavně se připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost pro nemoc či úraz, Potvrzení o vedení v evidenci ÚP pro uchazeče o zaměstnání po skončení povinné školní docházky do 18. roku věku nebo Rozhodnutím o přerušení studia na VŠ v souvislosti s těhotenstvím, porodem či rodičovstvím. Dále potřebujeme doklad o výši čtvrtletního příjmu, kterou potvrdí zaměstnavatel. Jestliže je osoba na rodičovské dovolené a pobírá pouze rodičovský příspěvek, postačí čestné prohlášení.

Doklad o výživném poskytovaném společně posuzovanou osobou, pokud některá ze společně posuzovaných osob pobírala v rozhodném období příjem přijatý v rámci plnění výživovací povinnosti podle zákona o rodině nebo obdobná plnění poskytovaná ze zahraničí a poskytovatel tohoto příjmu je rovněž společně posuzovanou osobou. A v neposlední řadě potřebujeme doplňující údaje o společně posuzovaných osobách pro účely vyplácení dávek v rámci EU, pokud některá ze společně posuzovaných osob nemá bydliště v ČR, nebo má pracovní či jinou vazbu na jiný členský stát EU (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2022).

Dalším příspěvkem je příspěvek na péči, který je určen pro osoby starší jednoho roku a v současné době se dělí do čtyř stupňů (viz tabulka č. 1). O příspěvek na péči může rodina požádat na krajské pobočce Úřadu práce v místě trvalého bydliště (Úřad práce, 2022).

**Tabulka č. 1: Výše příspěvku na péči na za kalendářní měsíc**

Stupeň závislosti	Pro osoby do 18 let	Pro osoby nad 18 let
I. lehká	3 300 Kč	880 Kč
II. středně těžká	6 600 Kč	4 400 Kč
III. těžká	13 900 Kč	12 800 Kč
IV. úplná	19 200 Kč	19 200 Kč

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2022

Další pro rodiče důležitou pomocí je možnost parkování, např. při návštěvě lékaře. V České republice existují 3 typy karet pro osoby se zdravotním postižením: TP, ZTP, ZTP/P (Zákon č. 329/2011 Sb.). Rodiče však často na tento typ pomoci nemají nárok, pokud je péče o dítě posouzena jako zvýšená nikoliv mimořádná.

Dále mohou pečující osoby čerpat příspěvek na mobilitu, ten patří osobám starším jednoho roku, které se pravidelně dopravují, nebo je dopravovány do sociálních zařízení, k lékaři apod. Od ledna 2023 je příspěvek zvýšen na 900 Kč měsíčně, pokud má osoba domácí oxygenoterapii nebo domácí plicní umělou ventilaci, tak je příspěvek 2900 Kč za měsíc (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2023).

V případě, že se pečovatel cítí dotčen na svých právech, například je mu snížen příspěvek na péči či zamítnuta žádost o vydání průkazu ZTP, může se obrátit na nejbližšího sociálního pracovníka například některé sociálně právní poradny či neziskové organizace působící tímto směrem. Informace o příspěvku na péči a průkazu ZTP, patří mezi základní sociální poradenství, které by měl být schopen poskytnout každý sociální pracovník. Obdobně tak by měl být schopen pomoci s vyplněním žádosti o příspěvek na péči tak, aby odpovídal situaci dítěte s PAS či mentálním postižením.

## PEDAGOGICKÁ OBLAST

**R**odiče a pečovatelé často řeší vzdělání nejen svých dětí, ale také své. V dnešní době je spousta dostupných webinářů na internetu, jak pracovat s obdobnými tématy. Stejně tak různé organizace a sociální služby, které pracují s dětmi s PAS, vydávají různé příručky, videa, metodiky. V rámci školství probíhá od „covidové doby“ řada zajímavých webinářů pro pedagogy na témata péče o děti s PAS a tato témata, která se mohou hodit i rodičům – rodič by mohl zkusit kontaktovat školu a poprosit o přístup či přihlášení.

V rámci vzdělávacího procesu dítěte s PAS se jako ideální jeví možnost získat v rámci podpůrných opatření pomoc asistenta pedagoga. Asistent pedagoga je důležitým nejen pro dítě a pro pedagoga, ale také pro rodiče, je totiž osobou, která je prakticky u všeho, co se dítěte týká v rámci vzdělávacího procesu. Bylo by zde vhodné již od začátku spolupráce AP s učitelem a rodinou dohodnout kompetence sdělování informací, a tedy by tímto mediátorem mohl být právě asistent pedagoga. Bylo by také vhodné, aby asistent absolvoval kurz či školení například z oblasti sociální práce, komunikace apod., jelikož kurz asistenta pedagoga obsahuje opravdu jen minimum informací. Spolupráce rodiny a školy je klíčovou pro rozvoj dítěte s PAS a to jak v oblasti vzdělávání, tak v oblasti sociální. Problémy, které se objevují, se mohou týkat toho, pedagog dostatečně nezná speciální vzdělávací potřeby žáka, žák nemá vytvořeny podmínky s ohledem na své speciální vzdělávací potřeby, škola a rodina nemá jednotný náhled na vzdělávání, žák nepřijímá autoritu učitele nebo rodiče, žák se nezačlenil do kolektivu třídy z důvodu zdravotního handicapu (Matoušková, 2022).

Před nástupem dítěte se zdravotním postižením je důležité uspořádat informativní schůzku, kde se zmapují postoje a potřeby rodičů, jejich obavy a přání. V ideálním případě by na takové schůzce měl být třídní učitel, asistent pedagoga, případně i osobní asistent ve škole, školní speciální pedagog anebo výchovný poradce. Rodiče by měli mít prostor hovořit a na základě toho je informovat a možnostech podpůrných opatření. Společným cílem takové schůzky je vytvořit pravidla ku prospěchu dítěte. Jedná se např. o: spolupráci s asistentem pedagoga, učitelem a školním speciálním pedagogem (působí-li ve škole), pravidelné procvičování učiva, schůzky ve škole podle potřeby nad rámec běžných školních schůzek a další (Autorský tým APIV B, 2019).

Neméně důležitá je i komunikace s ostatními žáky a jejich rodiči ze strany učitelů. Aby byla integrace dětí se zdravotním postižením úspěšná, je důležité vytvořit zdravé školní prostředí. Rodiče je vhodné informovat o integraci/inkluzi prostřednictvím třídní schůzky. Ještě více efektivní je rozhovor rodičů dítěte s postižením s rodiči dětí zdravých. Nejdůležitější je pěstovat vzájemnou důvěru (Autorský tým APIV B, 2019).

Individuální podpůrná opatření realizovaná na základě individuálního vzdělávacího plánu významně přispívají k vytvoření partnerského vztahu mezi rodiči a učiteli. Prvním krokem je přípravná fáze, která napomáhá seznámení se s dokumentací žáka. Zda žák bude potřebovat speciální kompenzační a reedukační pomůcky, úpravu učebních materiálů atd. Druhá fáze je nástup do školy a uvedení rodičů a dětí do problematiky, s navrženými opatřeními a se speciálními vzdělávacími potřebami žáka. Posledním krokem je vzájemná komunikace. Vyhodnocení vztahů, účelnosti vytvořených podmínek, kompenzačních a reedukačních pomůcek (Matoušková, 2022).

## ZÁVĚR

**P**éče o děti s poruchou autistického spektra je velmi náročná záležitost. Pečující osoba se o dítě stará nejen v oblasti jeho základních potřeb, ale také pečuje o jeho vzdělání, volný čas, zdraví a práva. Rodič nebo pečující osoba by měli naplňovat také své potřeby, na které často nezbývá nejen čas, ale i peníze. Rodiče či osoby pečující o dítě s PAS ocení jakoukoli pomoc či radu, která jim jejich náročnou životní pouť s dítětem s PAS usnadní. Často je to o porozumění těch, jejichž služeb potřebují rodiče využít, ať už v oblasti právní, zdravotní, sociální či pedagogické. Holistickým přístupem lze dosáhnout toho, že rodiče budou cítit podporu nejen ve svém blízkém okolí, ale zejména u odborníků, kteří jim mohou usnadnit péči o jejich dítě. Ucelené a dostupné informace jsou nezbytným základem kvality poskytované péče těmto rodinám ve zdravotnických, sociálních a školských institucích.

## DEDIKACE

„Tato publikace vznikla se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu ÉTA (projekt č. TL03000518, Podpora neformálních pečovatелů v Jihočeském kraji prostřednictvím audiovizuálních prostředků včetně virtuální reality).“

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AUTORSKÝ TÝM APIV B., 2019. Jak pracovat s dětmi a jejich rodiči, je-li ve školní třídě dítě se speciálními vzdělávacími potřebami [online]. Zapojmevsechny.cz [cit. 2022-11-25]. Dostupné z: <https://zapojmevsechny.cz/clanek/detail/jak-pracovat-s-detmi-a-jejich-rodici-je-li-ve-skolni-tride-dite-se-specialnimi-vzdelavacimi-potrebami-2>
- [2] DOUŠKOVÁ, J. 2015. Nápomoc při rozhodování a zastoupení členem domácnosti [online]. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/podpurna-opatreni-pri-naruseni-schopnosti-zletileho-pravne-jednat-ii-cast>
- [3] MATOUŠKOVÁ, E. 2022. Spolupráce rodiny a školy [online]. Katalog podpůrných opatření [cit. 2022-11-25]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/zrakove-postizeni-nebo-oslabeni-zrakoveho-vnimani/intervence/4-3-1-spoluprace-rodiny-a-skoly-5/>
- [4] MPSV. © 2022. Legislativa a systém sociálně-právní ochrany. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2022-11-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/legislativa-a-system-socialne-pravni-ochrany>
- [5] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. © 2023. Práva hospitalizovaných dětí [online]. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/prava-hospitalizovanych-deti>
- [6] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. © 2022. Příklad na dítě. [online]. [cit. 2022-11-16]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/pridavek-na-dite>
- [7] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. © 2023. Příspěvek na mobilitu. [online]. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-mobilitu>
- [8] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. © 2022. Příspěvek na péči. [online]. [cit. 17.11.2022]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci#obecne-informace>
- [9] NOVÝ OBČANSKÝ ZÁKONÍK. © 2023. Dědické substituce [online]. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <http://obcanskyzakonik.justice.cz/index.php/dedicke-pravo/konkretni-zmeny/dedicke-institute>
- [10] PETLANOVÁ ZYCHOVÁ, V. 2021. Sexuální výchova dětí s poruchou autistického spektra. [online]. Alfa Human Service. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/sexualni-vychova-deti-s-poruchou-autistickeho-spektra/>
- [11] Úplné znění Ústavního zákona České národní rady č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky: Úplné znění Usnesení České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky : některé další související právní předpisy, 2023. Vydání: osmnácté. Praha: Armex Publishing. ISBN 978-80-87451-92-2.
- [12] ÚŘAD PRÁCE ČR. © 2022. Příspěvek na péči. [online]. [cit. 17.11.2022]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/prispevek-na-peci#zvy>
- [13] UZEL, R. 2011. Antikoncepce u mentálně postižených osob. Speciální pedagogika, roč. 21, č. 2, s. 117-120. ISSN 1211-2720.

- [14] VALENTA M. et al. 2018. Mentální postižení 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 392 s. ISBN 978-80-247-3043-1.
- [15] VOLENCOVÁ, H. 2022. Příklad na dítě 2023. Jak požádat, výše, kdo má nárok, OSVČ. [online]. Skrblik. [cit. 2022-11-16]. Dostupné z: <https://www.skrblik.cz/rodina/dane-a-statni-podpora/pridavek-na-dite/>
- [16] Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- [17] Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, 2012. [online]. Praha: Wolters Kluwer. [cit. 2022-11-11]. Dostupné z: <https://www.aspi.cz/products/lawText/1/74907/1/2/zakon-c-89-2012-sb-obcansky-zakonik>
- [18] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.
- [19] Zákon č. 269/2021 Sb., o občanských průkazech, v platném znění.
- [20] Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- [21] Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.
- [22] Zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, v platném znění.

# **SOCIAL, HEALTH, LEGAL AND PEDAGOGICAL ASPECTS OF CARING FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER FROM THE POINT OF VIEW OF THE CAREGIVER**

## **ABSTRACT**

We obtained topics that parents worry about or do not know the answer to from the informants using unstructured interviews. These are people caring for children with autism spectrum disorders. These parents come to self-help groups that take place regularly as part of the TAČR project: Support of informal caregivers in the South Bohemian Region through audiovisual means, including virtual reality (reg. no. TL03000518). To answer their questions, we performed a secondary data analysis, from which this overview article was created. The answers to the informants' questions were divided into four main categories: health, legal, social and pedagogical. In the field of health, the informants are most often troubled by the lack of doctors knowledgeable about autism spectrum disorders, the pitfalls of hospitalization of children, etc. In the legal field, these are most often questions regarding the future of their children, such as issues of inheritance and guardianship. The social area brings us topics related to the care of their adult child, for example at a time when they themselves will need help and care. In the field of pedagogy, it

## **KONTAKTNÍ ÚDAJE:**

Mgr. Ing. Renata Švestková, Ph.D.  
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice  
e-mail: svestkor@zsf.jcu.cz

Mgr. Ingrid Baloun, Ph.D.  
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice  
e-mail: ibaloun@zsf.jcu.cz

Bc. Michaela Šrenková  
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice  
e-mail: srenkm00@zsf.jcu.cz

doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.  
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence  
a neodkladné péče  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice  
e-mail: brabcova@zsf.jcu.cz

is communication with the teacher, school and others who participate in the upbringing and education of children with autism spectrum disorders.

## **KEYWORDS:**

Autism Spectrum Disorder, caring person, healthcare, social work, education, right



# LOGOS POLYTECHNIKOS



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

V letech 2010 - 2018 vycházel časopis 4x ročně.

Od roku 2019 je vydáván v elektronické podobě 3x ročně.

**Šéfredaktor:** Ing. Miloslav Vilímek, Ph.D.

**Odpovědný redaktor čísla:**

Mgr. Markéta Dubnová, PhD.

**Editor:** Bc. Zuzana Mařková (komunikace s autory a recenzenty)

**Technické zpracování:** Anna Tlačbabová

**Web editor:** Bc. Zuzana Mařková

**Redakční rada:**

prof. PhDr. RNDr. Martin Boltiřiar, PhD. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

prof. RNDr. Helena Brořová, CSc. (Česká zemědělská univerzita v Praze)

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

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

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

Ing. Bc. Karel Dvořák, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. RNDr. Petr Gurka, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

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

Ing. Ivica Linderová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

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

Mgr. Jana Sekničková, Ph.D. (České vysoké učení technické v Praze)

Ing. Petr Scholz, DiS., Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. David Urban, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Ing. Miloslav Vilímek, Ph.D. (České vysoké učení technické v Praze)

RNDr. PaedDr. Ján Veselovský, PhD. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

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

**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](mailto:logos@vspj.cz)

**Adresa redakce:**

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 1556/16, 586 01 Jihlava, IČ: 71226401

**Distribuce:** časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách VŠPJ.

Vydání: 31. srpna 2023

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

**ISSN 2464-7551 (ONLINE)**

V letech 2010 až 2018 vycházel časopis tiskem pod registračním číslem MK ČR E 19390 s ISSN 1804-3682 (PRINT). Od čísla 1/2019 je vydáván pouze v elektronické verzi.

**RECENZENTI ČÍSLO 2/2023**

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

Mgr. Martina Černá, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Simona Hájková (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

PhDr. Marcela Ižová, PhD. (Katolícka univerzita v Ružomberku)

doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD. (Katolícka univerzita v Ružomberku)

Mgr. Andrea Letková, DiS. (Nemocnice Havlíčkův Brod)

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD. (Katolícka univerzita v Ružomberku)

PhDr. Lada Nováková, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. Monika Punová, Ph.D. (Masarykova univerzita Brno)

Mgr. Pavlína Rabasová, Ph.D. (Ostravská univerzita)

doc. PhDr. Milan Tomka, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Jaroslava Vaňková (Nemocnice Jihlava, p. o.)