

KÚPELE PIEŠŤANY

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a. s.

a

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava
detašované pracovisko bl. Sáry Salkaháziovej v Rožňave

Ústav sv. Jana N. Neumanna, Příbram, Česká republika

ZBORNÍK

„OŠETROVATEĽSTVO NAPRIEČ KULTÚRAMI“

z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou

PIEŠŤANSKÝ DEŇ OŠETROVATEĽSTVA

12.- 13.11. 2015 Piešťany, Kúpeľný ostrov

Názov zborníka: **Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami**
Počet strán: 219

Zostavovateľ: PhDr. Viera Hulková, PhD.

Autor: Kolektív autorov

Recenzenti:
prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.
doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof.

Vydavateľ: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o. Bratislava
Rok vydania: 2015

Náklad: 200 ks

ISBN 978-80-8132-137-5
EAN 9788081321375

Publikácia neprešla jazykovou úpravou. Za obsahovú, odbornú, jazykovú správnosť a citáciu literárnych zdrojov zodpovedajú autori jednotlivých príspevkov.

Reprodukovanie je povolené s podmienkou uvedenia zdroja.

Témy

Multikultúrne ošetrovateľstvo

Ošetrovateľská starostlivosť v kúpeľnej liečbe

Varia

Organizačný výbor konferencie

PhDr. Viera Hulková, PhD.

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof.

Mgr. Beata Kubriczká

Mgr. Adriana Lazová

Mgr. Dagmar Vavrová

OBSAH

PREDHOVOR 6

BEŇOVÁ Eva, BOLEDOVIČOVÁ Mária 7
OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V PRIMÁRNÍ PÉČI S POUŽITÍM SYSTÉMU OMAHA

BEŤKOVÁ Melánie, KŐRNYIOVÁ Denisa 18
RIZIKOVÉ FAKTORY PRACOVNÉHO PROSTREDIA A OŠETROVATEĽSKÉ POCHYBENIA

BORSÍKOVÁ Anna 27
ŠPECIFIKÁ V STRAVOVANÍ MOSLIMOV V LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH

BYSTRICKÁ Zuzana, KOLLÁROVÁ Lívia, JANKECHOVÁ Monika 37
VEDOMOSTI PACIENTOV S DIABETES MELLITUS O NÁHRADNÝCH SLADIDLÁCH

DIMUNOVÁ Lucia, BEDNAREK Anna 45
SUBJEKTÍVNA POHODA A SPOKOJNOSŤ SESTIER V ZAMESTNANÍ

DOBSONYOVÁ Andrea, JANKECHOVÁ Monika, KOLLÁROVÁ Lívia 54
MANAŽMENT OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S INOU KULTÚROU

DRÁBKOVÁ Klára 64
EVALUACE KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ SESTER

FOJTLÍNOVÁ Iveta, LÁNIKOVÁ Jana, MEŠŤÁNKOVÁ Zuzana 84
STAROSTLIVOSŤ O PACIENTOV S KOŽNÝMI DIAGNÓZAMI V KÚPEĽOCH SMRDÁKY

FUNTOVÁ Veronika 91
CIZINEC JAKO PACIENT I ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK

HULKOVÁ Viera 103
MULTIKULTÚRNE KÚPELE PIEŠŤANY – VČERA, DNES A ZAJTRA

HURYCHOVÁ Terezie..... 110
SESTRY NA MISÍCH S LÉKAŘI BEZ HRANIC

CHRÁSKOVÁ Jana, BOLEDOVIČOVÁ Mária 114
VYUŽITÍ ALIANCE 3N V OBLASTI EDUKACE O KOJENÍ

KILÍKOVÁ Mária 125
MOŽNOSTI POSKYTOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V KULTÚRNE ODLIŠNÝCH PODMIENKACH AKO HODNOTA, NORMA A ARTEFAKT

KOŠELOVÁ Agáta, OZIMÁKOVÁ Sylvia, HULKOVÁ Viera 135
MOSLIM AKO KLIENT V KÚPEĽOCH

KUBRICZKÁ Beata, LAZOVÁ Adriana 141
ŠPECIFIKÁ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH

KUŠEVOVÁ Silvia, KOSŤOVÁ Tatiana 151
KOMUNIKÁCIA V MULTIKULTÚRNOM OŠETROVATEĽSTVE A IMPLEMENTÁCIA DO PRAXE

KVASNIČKOVÁ Věra 153
SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY Z POHLEDU PACIENTA

LACA Peter 162
VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI RUSKÉHO OŠETROVATEĽSTVA V OBDOBÍ KRYMSKEJ VOJNY

STÁRKOVÁ Blanka 173
SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DĚTÍ S PSYCHIATRICKOU DIAGNÓZOU

VATEHOVÁ Drahomíra, HIRJÁKOVÁ Jana 180
VYUŽITIE KONCEPTU MULTIKULTÚRNEHO OŠETROVATEĽSKÉHO MODELU PODĽA JOYCE NEWMAN GIGEROVEJ, RUTH DAVIDHIZAROVEJ NA PEDIATRICKOM ODDELENÍ

VAVROVÁ Dagmar 192
KOMPLEXNÁ KÚPEĽNÁ STAROSTLIVOSŤ

ZAMBORIOVA Mária, SIMOČKOVÁ Viera, SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ Mária 207
MULTIKULTÚRNE ASPEKTY OŠETROVATEĽSTVA

PREDHOVOR

Vážené kolegyne, vážení kolegovia,

zborník s príspevkami z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou PIEŠŤANSKÝ DEŇ OŠETROVATEĽSTVA, 1. ročník, ktorú organizovali SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s. v spolupráci s Vysokou školou zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava, detašované pracovisko bl. Sáry Salkaháziovej v Rožňave a Ústavom sv. Jana N. Neumanna, Příbram, Česká republika v dňoch 12. – 13. novembra 2015 prináša rozličné pohľady a názory v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva a špecifík v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v rámci kúpeľnej liečby na základe medzinárodných skúseností. Ústredná téma konferencie „OŠETROVATEĽSTVO NAPRIEČ KULTÚRAMI“ vytvorila priestor na výmenu poznatkov, skúseností a výsledkov výskumov.

Globalizácia a migrácia sú pojmy, ktoré sa premietli aj do ošetrovateľstva. Žijeme a pracujeme v multikultúrnej spoločnosti, kde sestry musia vedieť riešiť špecifické ošetrovateľské problémy príslušníkov rôznych kultúr.

Konferencia bola určená aj študentom študijného programu ošetrovateľstvo na získanie nových poznatkov. Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti je založená na uspokojovaní individuálnych potrieb pacientov, a preto je dôležité, aby mali sestry potrebné vedomosti a znalosti, naučili sa poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť pacientom iných kultúr, etník, s odlišnými potrebami a prioritami a rešpektovali ich špecifiká.

Ceníme si všetkých príspevkov a ďakujeme ich autorom za spoluprácu. Za organizačný výbor konferencie si dovoľujem vysloviť presvedčenie, že sa zborník stretne so záujmom a svojím zameraním bude aj dobrou pomôckou v postgraduálnom vzdelávaní.

PhDr. Viera Hulková, PhD.

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V PRIMÁRNÍ PÉČI S POUŽITÍM SYSTÉMU OMAHA

BEŇOVÁ Eva, BOLEDOVIČOVÁ Mária

Abstrakt

Práce předkládá kazuistiku adolescenta v primární péči, zpracovanou metodou ošetřovatelského procesu s použitím Omaha systému. Adolescence, označována jako dospívání, představuje významný mezník v životě člověka při přechodu z období dětství do dospělosti a je provázena řadou změn v oblasti tělesné, psychosociální, spirituální. Cílem práce je charakterizovat potřeby této věkové kategorie v souvislosti s poskytováním primární péče na konkrétním případu zdravého adolescenta. Kazuistika uvádí specifika posouzení v souvislosti s věkem, zdravotním stavem a prostředím adolescenta dle domén schématu klasifikace problémů systému Omaha. Z databáze získaných údajů jsou identifikovány nejčastější problémy/ošetřovatelské diagnózy z klasifikačního systému Omaha. Ve fáze plánování byly vybrány intervence ze schématu intervencí systému Omaha pro podporu a zachování zdraví jedince. Škála pro hodnocení výsledků problémů systému Omaha zase charakterizuje míru dosažení cíle a efekt poskytované ošetřovatelské péče. Z tohoto hlediska lze považovat Omaha systém za vhodný prostředek plánování, realizace a hodnocení ošetřovatelského procesu v jednotlivých vývojových obdobích dětského věku v primární péči.

Klíčová slova

Adolescence. Omaha systém. Primární péče.

Úvod

Adolescence je vývojovým obdobím zhruba od 15 – 22 let (Langmeier et al., 2006), označována jako období dospívání. Představuje významný mezník v životě člověka při přechodu z období dětství do dospělosti, provázen řadou změn v oblasti tělesné, psychosociální, spirituální. Těžiště činností primární péče v tomto věkovém období spočívá v aktivitách primární prevence realizovaných praktickým lékařem pro děti a dorost a dětskou sestrou, kterých úzká spolupráce podporuje fyzické i duševní zdraví jedince, citovou harmonii

a pohodu v rodinném prostředí (Sikorová, 2012). Klíčovou úlohou sestry v primární péči u adolescentní mládeže je ochrana a podpora zdraví jednotlivce, rodiny či komunity ve specifickém věkovém období. Právě sestra je často odborníkem prvního kontaktu při identifikaci zdravotních rizik a propagaci intervencí podporujících zdraví adolescenta v kontextu rodiny, popřípadě komunity, v které žije, vyrůstá a vzdělává se. Efektivní metodou práce sestry v primární péči je ošetřovatelský proces, umožňující posuzovat, diagnostikovat a ošetřovatelskými činnostmi řešit aktuální a potenciální problémy adolescenta (Boledovičová et al., 2010).

Materiál a metodika

V práci byla použita kvalitativní výzkumná metoda – kazuistika. Kazuistika uvádí specifika posouzení v souvislosti s věkem, zdravotním stavem a prostředím adolescenta dle domén schématu klasifikace problémů systému Omaha. Z databáze získaných údajů jsou identifikovány nejčastější problémy/ošetřovatelské diagnózy z klasifikačního systému Omaha. Jedná se o problémy jednotlivce (komunity) a tzv. problémy *„Health Promotion“*. Přívlastek *„Health Promotion“* představuje pozitivní stav a absenci rizikových faktorů či znaků/příznaků aktuálního problému (Martin et al., 2005). Ve fáze plánování byly vybrány intervence ze schématu intervencí systému Omaha pro podporu a zachování zdraví jedince. Škála pro hodnocení výsledků problémů systému Omaha zase charakterizuje míru dosažení cíle a efekt poskytované ošetřovatelské péče.

Výsledky

1. fáze ošetřovatelského procesu: POSOUZENÍ

Potřebná databáze údajů byla získána vybranými metodami posouzení - **ošetřovatelskou anamnézou dle 4 domén schématu klasifikace problémů systému Omaha -** pozorováním, rozhovorem a fyzikálním vyšetřením adolescenta.

Environmentální doména

17 – letý chlapec z první gravidity s fyziologickým průběhem, narozen v 41. týdnu gestace, porodní hmotnost 3530g, délka 53cm, Apgar skóre 9-10-10, poporodní adaptace v normě, kojen 9 měsíců, přikrmován od 6. měsíce, vit. D pravidelně, očkování dle předpisu (navíc

proti hepatitidě A v 6. roku), prodělal běžné dětské nemoci. Bydlí s rodiči v rodinném domku. Bydlení je zdravotně nezávadné. Fungování rodiny bez sociálních a ekonomických problémů.

Psychosociální doména

Má pozitivní vnímání sebe sama, přiměřenou sebeúctu a pocit spokojenosti se sebou. Je extrovertní, spontánní, vždy pozitivně naladěný. Mezi jeho silné stránky patří odolnost vůči stresu, pozitivní myšlení, nekonfliktnost, vytrvalost, zodpovědnost, cílevědomost, aktivita, je nápomocný, v kolektivu velmi oblíbený. Je ambiciózní a má přiměřenou aspirační úroveň. V souvislosti se změnami těla v období dospívání (výskyt akné) nemá potíže. Je spokojen se svým tělesným vzhledem, o který přiměřeně pečuje, má rád „trendy“ věku – přiměřené oblečení, rád se líbí děvčatům.
Bydlí s rodiči v rodinném domku, nemá sourozence. S rodiči má vynikající vztah, mají společné rodinné zájmy a rád s nimi tráví čas, nemá pocit osamělosti. Komunikace v rodině je otevřená, nekonfliktní, v rodičích pociťuje jistotu, oporu a bezpečí. Problémy v rodině se nevyskytují. Navštěvuje gymnázium, v kolektivu spolužáků je velmi oblíben pro pozitivní povahové vlastnosti. Studijní povinnosti plní zodpovědně, zúčastňuje se mimoškolních sportovních aktivit. Je členem klubu Taek-won-do. V budoucnu by rád studoval VŠ ekonomického zaměření podle vzoru svého otce, který je v jeho životě ideálem. Celkově je se svým osobním, rodinným a studentským životem spojen a řadí se mezi „šťastné lidi, kterým nic nechybí“.
Z hlediska sexuální orientace je heterosexuál, projevuje zájem o druhé pohlaví. Sekundární pohlavní znaky jsou věku přiměřené. Nemá trvalý partnerský vztah a nežije zatím aktivním sexuálním životem. Má zájem o informace v oblasti reprodukčního zdraví, sexu a antikoncepce. Subjektivně uvádí, že zátěž zvládá velmi dobře, vzhledem k svému věku, pozitivnímu myšlení a ladění a sportovním aktivitám. Musí se vyrovnávat se stresem ve škole, který vzhledem k pravidelnému plnění povinností a odpočinkovým aktivitám uvádí jako přiměřený. V jeho životě se zatím nevyskytly žádné výrazné změny nebo krize či traumatické zážitky. Největší oporu a bezpečí vidí v náročných situacích v rodičích. Objektivně vidět ve stresu mobilizaci jeho sil. K jeho hlavním životním principům řadí zdraví a uspokojivé mezilidské vztahy. Není příliš nábožensky založený a neví, jakou roli hraje náboženství v jeho životě.

Fyziologická doména

S vyprazdňováním moči a stolice nemá žádné problémy. Vylučuje světložlutou moč přibližně 6x denně, vyprazdňování stolice 1x denně formované konzistence bez příměsí, bez potíží se střevní peristaltikou. Kromě přiměřeného pocení k jiným ztrátám tekutin nedochází (zvracení, drenáže atd.). Vnímání a poznávání jsou v normě. Je orientován místem, časem, osobou, potíže se sluchem, zrakem, čitím, rovnováhou nemá. Problémy s pozorností, pamětí (učením), myšlením a řečí se nevyskytují. Projevy v oblasti tělesného, psychického, sociálního dyskomfortu či narušeného komfortu prostředí jsou nepřítomny.
Z hlediska provedených antropometrických měření se nevyskytují problémy s růstem.
V oblasti přenosných onemocnění se u něj vyskytuje potenciální riziko infekce z hlediska pohybu v prostředí s výskytem možných patogenů – v kolektivu mladých lidí. K ochranným faktorům však patří jeho bezproblémový imunitní stav, vakcinace, absence chronického onemocněním, zdravý životní styl, negativní alergologická anamnéza, absence poranění (ran) a intaktní kožní kryt, výborná fyzická a psychická kondice, znalosti jako se vyvarovat patogenům a návštěva pravidelných preventivních prohlídek (praktický lékař, stomatolog).

Doména zdraví podporující chování

17 – letý adolescent je dispenzarizován u dětského kardiologa pro náhodně zjištěnou esenciální hypertenzi v rámci preventivní prohlídky dospívajících v 17 letech, byl mu nasazen Concor 2,5mg tbl. 1xdenně, léčebný režim dodržuje. Naposledy byl nemocný v lednu 2014 (akutní respirační infekce). Svůj celkový zdravotní stav hodnotí jako velmi dobrý a „být zdravý je pro něj velmi důležité“. V 3/2010 prodělal po pádu na snowboardu dislokovanou zlomeninu distálního rádia a ulny s nutností operačního řešení, bez následných komplikací. Dodržuje pravidelné preventivní prohlídky u praktického lékaře pro děti a dorost, u stomatologa. K aktivitám pro udržení zdraví řadí racionální a pravidelné stravování, pravidelný spánkový režim, nekouří, nepije alkohol, neužívá drogy, 3x týdně trénuje Taek-won-do a navštěvuje posilovnu. Nyní navštěvuje 7. ročník gymnázia s velmi dobrým prospěchem, chce studovat na VŠ. K jeho zálibám patří sport, cestování a studium cizích jazyků, IT.
Stravování pravidelné, racionální, omezuje solení. V zimních měsících užívá preventivně vitamíny. Při stravování nepociťuje žádné potíže (např. potíže s polykáním, stravovací

dyskomfort), chuť k jídlu je typicky pro toto období výrazná. Množství a složení stravy odpovídá tělesným a věkovým potřebám adolescenta.

Denně přijme cca 2,5-3l tekutin (džusy, minerálky s omezením Na, čaje). Měří 185cm a váží 83kg (BMI 24,3 v normě), v posledních 3 letech nárůst tělesné výšky i hmotnosti. Chrup sanován, dutina ústní bpn. Vlasy, kůže a kožní adnexa bpn. Každý den chodí pěšky do školy, většinu dne sedí ve škole, 3x týdně navštěvuje tréninky a posilovnu, má rád tělesný pohyb, který bere jako formu relaxu. Ve volném čase se v létě věnuje plavání, golfu, tenisu a vytrvalostnímu běhu, v zimě lyžování a bruslení spolu s rodiči. Rád tráví volný čas s přáteli a rodinou, chodí do kina, na bowling, na sportovní utkání atd. V průběhu dne má pocit dostatku energie pro denní aktivity. Spí v noci cca 8 hodin bez potíží (o víkendu i déle) a ráno je připraven pro denní aktivity. Nepoužívá žádné spánkové rituály. Problémy s kardiovaskulární, dýchacím a muskuloskeletárním systémem ovlivňující fyzickou aktivitu adolescenta nejsou přítomny.

2. fáze ošetřovatelského procesu: DIAGNOSTIKA

Tabulka 1 *Schéma klasifikace problémů Omaha systému u zdravého adolescenta (příklady)*

Doména	*Ošetřovatelská diagnóza*	*Přívlastek*	*Kód*	*Znaky/příznaky*
04. Zdraví podporující chování	Výživa	Jednotlivec (komunita) Health Promotion	35.	11. další: pije vhodné tekutiny jí vhodnou stravu pravidelně se stravuje projevuje znalosti ohledně výběru zdravé stravy a tekutin vhodných pro zdravý pitný režim
04. Zdraví podporující chování	Spánek a odpočinek	Jednotlivec Health Promotion	36.	07. další: množství spánku odpovídá potřebám pro vývoj rozvíjí spánkový režim k podpoře spánkových návyků po spánku se cítí odpočatý
04. Zdraví podporující chování	Fyzická aktivita	Jednotlivec Health Promotion	37.	04. další: vhodný typ cvičení vzhledem k věku/fyzické kondici nevede sedavý způsob života
04. Zdraví podporující chování	Dohled nad zdravotní péčí	Jednotlivec (komunita) Health Promotion	41.	07. další: dodržuje pravidelné preventivní prohlídky vyhledá péči u příznaků vyžadujících diagnostiku a léčbu schopen plnit požadavky poskytovatele zdravotní péče
04. Zdraví podporující chování	Dodržování léčebného režimu	Jednotlivec (komunita) Health Promotion	42.	07. další: dodržuje předepsané dávkování sleduje výskyt nežádoucích účinků dodržuje pravidelnou preskripci schopen vzít medikaci bez pomoci a dohledu druhé osoby správné dodržování léčebného režimu

Doména	*Ošetřovatelská diagnóza*	*Přívlastek*	*Kód*	*Znaky/příznaky*
04. Zdraví podporující chování	Užívání látek	Jednotlivec (komunita) Health Promotion	39.	07. další: nekonzumuje alkohol nekouří/nepoužívá tabákové výrobky dodržuje protidrogovou prevenci
04. Zdraví podporující chování	Plánování rodiny	Jednotlivec (komunita) Health Promotion	40.	04. další: vhodné/dostatečné vědomosti o metodách plánování rodičovství
03. Fyziologická	Přenosná onemocnění	Jednotlivec (komunita) Potenciální	50	09. další: dodržuje preventivní opatření v prostředí se zvýšeným výskytem patogenů (např. škola)
03. Fyziologická	Orální zdraví	Jednotlivec (komunita) Health Promotion	45.	08. další: chrup bez kazů, malformací zubní kámen nepřítomen bolest/otok/krvácení z dásní nepřítomné citlivost na teplo/chlad nepřítomné
02. Psychosociální	Mezilidské vztahy	Jednotlivec (komunita) Health Promotion	09	07. další: aktivity podporující bezpečí členů rodiny přiměřená komunikace zřejmá odolnost rodiny fungování rodiny splňující potřeby členů rodiny obecně pozitivní vztahy
02. Psychosociální	Mentální zdraví	Jednotlivec (komunita) Health Promotion	12	12. další: považuje stresory za zvládnutelné
02. Psychosociální	Růst a vývoj	Jednotlivec (komunita) Health Promotion	17.	05. další: fyziologické výsledky vývojových screeningových testů Věku přiměřené chování

3. a 4. fáze ošetřovatelského procesu: PLÁNOVÁNÍ a REALIZACE

Tabulka 2 *Schéma intervencí pro zdravého adolescenta (příklady)*

Edukace, vedení, poradenství	*Léčba a terapeutické postupy*	*Case management*	*Surveillance*

Cíle	*Definice*
Změna chování	Činnosti měnící návyky, chování a vzory jednání
Kontinuita péče	Komunikace a informování mezi poskytovateli/organizacemi se zaměřením na poskytování bezpečné a efektivní péče a snížení duplicity služeb
Kopingové dovednosti/ /zvládání zátěže	Schopnost efektivně zvládat výzvy a změny jako nemoc, zdravotní postižení – znevýhodnění, narození dítěte nebo smrt člena rodiny

Edukace, vedení, poradenství	*Léčba a terapeutické postupy*	*Case management*	*Surveillance*

Cíle	*Definice*
Management diety	Vyvážená výživa (strava a tekutiny) k udržení zdraví, energie a růstu
Disciplína	Pečující praktiky podporující vhodné chování a sebekontrolu
Edukace	Formální programy nabízející obecné, technické či individuální zručnosti a dovednosti pro všechny věkové kategorie
Plánování rodiny	Činnosti související s plánováním těhotenství
Péče o růst a vývoj	Činnosti zaměřené na progresivní zrání ve vztahu k věku jako je výška, hmotnost, obvod hlavy a stimulace správného vývoje
Ochrana před infekcí	Činnosti snižující výskyt a přenos nakažlivých onemocnění jako je mytí rukou, izolace, odběry materiálu, hlášení nákazy, kontrola prostředí
Interakce	Reciproční činnost nebo vliv mezi lidmi včetně rodič-dítě, rodič-učitel, sestra-klient
Laboratorní ukazatele	Výsledky laboratorních testů (vyšetření krve a moči)
Lékařská/zubní péče	Posouzení/diagnostika a léčba poskytovaná lékařem, stomatologem a dalšími specialisty
Předpis léků	Formální farmaceutický předpis léků
Podávání léků	Činnosti zahrnující přípravu léků (doplnění, kontrola) orálních forem léků a pomůcek pro parenterální podávání léků
Bezpečnost	Prevence rizika, zranění a ztráty
Skríningová vyšetření	Vyhodnocovací strategie využívané k identifikaci rizika stavu, časná diagnostika onemocnění a monitoring změn
Znaky/příznaky – duševní/emocionální	Objektivní a subjektivní přítomnost mentálních/emocionálních zdravotních problémů jako je deprese, zmatenost nebo agitace
Znaky/příznaky – fyzické	Objektivní a subjektivní přítomnost fyzických zdravotních problémů jako je horečka, náhlá ztráta hmotnosti, bolest..
Stimulace/podpora	Činnosti zaměřeny na zdravý fyzický, intelektuální a emocionální vývoj
Management stresu	Kognitivní, emocionální a fyzické aktivity podporující zdravé fungování v průběhu náročných životních okolností
Podporný systém	Okruh rodiny, přátel a společenství poskytujících lásku, péči, asistenci při podpore zdraví a navrácení zdraví
Wellness	Praktiky podporující tělesné a duševní zdraví jako je cvičení, výživa, očkování

Tabulka 3 *Škála pro hodnocení výsledků problémů u zdravého adolescenta*

Hodnota	**Vědomosti**	**Chování**	**Stav**
1	Žádná vědomost	Nepřiměřené	Extrémní znaky/příznaky
2	Minimální vědomost	Zřídkavě vhodné	Závažné znaky/příznaky
3	Základní vědomost	Střídavě vhodné	Mírné znaky/příznaky
4	Přiměřená vědomost	Převážně vhodné	Minimální znaky/příznaky
5	Vysoká vědomost	Jednoznačně vhodné	Žádné znaky/příznaky

Tabulka 4 *Příklady splněných cílů pro zdravého adolescenta*

- Adolescent volí/provádí aktivity na podporu zdraví.
- Adolescent charakterizuje zásady zdravého životního stylu.
- Adolescent verbalizuje zdravotní vědomosti v oblasti zdraví podporujícího chování.
- Adolescent popisuje zdravotní vědomosti v oblasti reprodukčního zdraví a antikoncepce.
- Adolescent chápe fyzické a psychosociální dimenze sexuálního růstu a vývoje.
- Fyzický, psychosociální a kognitivní vývoj adolescenta je v normě.
- Fungování rodiny adolescenta splňuje potřeby členů rodiny.
- Adolescent dodržuje preventivní opatření sportovních úrazů.
- Známky infekce jsou nepřítomny.
- Zdravotní stav studenta (adolescenta) je v normě.

Diskuze

V první fázi ošetřovatelského procesu byla potřebná databáze údajů získána vybranými metodami posouzení - o**šetřovatelskou anamnézou sestavenou dle 4 domén schématu klasifikace problémů Omaha systému -** pozorováním, rozhovorem a fyzikálním vyšetřením adolescenta. Ve 2. fázi ošetřovatelského procesu – diagnostice, jsou z databáze získaných údajů určeny nejčastější ošetřovatelské problémy/diagnózy z klasifikačního systému Omaha, které v tomto případě označujeme jako tzv. *„Health Promotion“* (Tabulka 1).

Přívlastek *„Health Promotion“* představuje pozitivní stav a absenci rizikových faktorů či znaků/příznaků (Martin et al., 2005). Tyto *„pozitivní problémy“* adolescenta se mohou stát vodítkem pro sestru v primární péči o zdravé jedince a rodiny. Mohou být nápomocné při plánování aktivit na podporu a zachování zdraví v tomto věkovém období, ale i při identifikaci zdravotních rizik adolescenta v kontextu rodiny, popřípadě komunity, v které žije, vyrůstá a vzdělává se. U konkrétního adolescenta bylo stanoveno celkově 12 diagnóz na podporu zdraví, z toho 1 potenciální diagnóza popisující rizikové faktory u adolescenta ve vztahu k prostředí se zvýšeným rizikem výskytu patogenů – v kolektivu mladých lidí. Vybrané diagnózy na podporu zdraví mají uvedeny tzv. *„znaky/příznaky“,* které jsou potřebné na stanovení konkrétní diagnózy a jsou ovlivnitelné ošetřovatelskými intervencemi.

Diagnózy na podporu zdraví u adolescentů v primární péči jsou z domény psychosociální, fyziologické a domény chování ve vztahu k zdraví. Do diagnóz na podporu zdraví byl zahrnut i problém *„mezilidské vztahy“*, se zaměřením na podporu rodiny jako nejdůležitějšího prostředí pro zdravý vývoj adolescenta. Ve fáze plánování byly vybrány intervence ze schématu intervencí systému Omaha pro podporu a zachování zdraví jedince (Tabulka 2), pro podporu zdraví adolescenta a jeho rodiny. Jedná se o soubor činností, které plánuje a realizuje sestra v primární péči na udržení/zlepšení výsledků v oblasti podpory zdraví adolescenta a jeho rodiny (Bulechek et al.,2012). Těžiště činností tvoří intervence přímé péče na podporu zdravého vývoje jedince při přechodu z dětství do dospělosti, detekce zdravotních rizik prostřednictvím zdravotního screeningu (např. preventivní prohlídky dospívajících v 17 letech), zdravotní výchova s cílem poskytnout poradenství na podporu chování ve vztahu k zdraví. Důležitá je i oblast edukace rodičů o období adolescence, prevence sportovních úrazů a prevence užívání návykových látek, které představují potenciální riziko u adolescentů. Instruktáže se zaměřením na ochranné pomůcky při sexuálních aktivitách jsou u adolescentů také aktuální pro začátek sexuálního života jako i vedení adolescentů k plánovanému rodičovství. Škála pro hodnocení výsledků problémů systému Omaha (Tabulka 3) zase charakterizuje míru dosažení cíle a efekt poskytované ošetřovatelské péče. Sestra v primární péči může využít škálu v rámci vstupního posouzení adolescenta a při monitorování stavu/progresu/výsledku ošetřovatelské péče. Poslední fáze ošetřovatelského procesu – vyhodnocení - zahrnuje vyhodnocovací proces, tzn. porovnání plánovaného a dosaženého výsledku ošetřovatelské péče. Rozsah splněných cílů určuje sestra. Vyhodnocovací závěr se skládá z rozsahu cílů, které byly splněny a očekávaného výsledku, který podpoří dosažení cíle. Příklady splněných cílů u konkrétního adolescenta předkládá Tabulka 4.

Závěr

Systém Omaha je příkladem standardizované terminologie v komunitním ošetřovatelství, který lze z hlediska obsahové koncepce uplatnit při poskytování primární péče. Schéma klasifikace problémů představuje strukturu na posouzení, třídění a klasifikaci potřeb/problémů. Každý z nich obsahuje přesnou definici a znaky/příznaky pro jednoduchou identifikaci. Problémy můžou být posuzovány jako aktuální/potenciální/“*Health Promotion*“ a můžou se týkat jednotlivce, rodiny či komunity. Pro komunitní plánování a realizaci s cílem podpory, uchování nebo obnovy zdraví slouží schéma intervencí. 4 rozsáhlé kategorie intervencí jsou definovány

cíli intervencí. Škála pro hodnocení výsledků problémů Likertova typu objektivizuje výsledky poskytované péče z hlediska 3 konceptů – vědomostí, chování a stavu. Z tohoto hlediska lze považovat Omaha systém za vhodný prostředek plánování, realizace a hodnocení ošetřovatelského procesu v jednotlivých vývojových obdobích dětského věku v primární péči.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. 2010. *Pediatrické ošetrovateľstvo*. 3. vyd. Martin: Osveta, 214 s. ISBN 978-80-8063-331-8.

BULECHEK, GM. et al. 2012. *Nursing Interventions Classification (NIC).* 6th ed. St. Louis : Mosby Elsevier, 938 p. ISBN 978-0-323-10011-3.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie.* Praha: Grada Publishing, 368s. ISBN 978-80-247-1284-0.

MARTIN, KS. et al. 2005. *The OMAHA SYSTEM. A Key to Practice, Documentation, and Information Management.* 2nd ed. Omaha: Elsevier, 484 p. ISBN 978-0-7216-0130-4.

SIKOROVÁ, L. 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči.* Praha: Grada Publishing, 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.

Kontakt na prvního autora:
PhDr. Eva Beňová
Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická Ústí nad Labem, p.o.
Palachova 35
400 01 Ústí nad Labem
Česká republika
e-mail: ezuzakova@yahoo.com

Kontakt na spoluautora:
doc. PhDr. Mária Boledovičová, PhD.,
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
U Výstaviště 26
370 04 České Budějovice
Česká republika
e-mail: boledovicova.maria@gmail.com

RIZIKOVÉ FAKTORY PRACOVNÉHO PROSTREDIA A OŠETROVATEĽSKÉ POCHYBENIA

BEŤKOVÁ Melánie, KŐRNYIOVÁ Denisa

Abstrakt

Predmetom spracovávanej problematiky sú riziká pracovného prostredia a ich vplyv na výskyt pochybení v ošetrovateľskej starostlivosti. Čiastkové ciele zisťujú nežiaduce faktory ovplyvňujúce pracovný výkon sestier, výskyt pochybení sestier pri výkone svojho povolania v závislosti od pracovnej zmeny a oblasti najčastejších pochybení sestier pri práci. Základným nástrojom výskumu je dotazník , ktorý vyplnilo 200 náhodne vybraných sestier z dvoch zámerne vybraných zdravotníckych zariadení. Na spracovanie a interpretáciu výsledkov výskumu autorky použili metódy analýzy, syntézy a komparácie, matematicko-štatistickú metódu absolútnej, relatívnej a celkovej početnosti, štatistické metódy Chí-kvadrát test dobrej zhody pomocou vytvorených kontingenčných tabuliek, test relatívneho podielu a Kolmogorv – Smirnovov test. Autorky zistili, že na pracovný výkon najviac pôsobí psychická záťaž ako rizikový faktor pracovného prostredia, najviac pochybení sa vyskytlo v dennej zmene a dôvodom prečo pochybenie vzniklo bola neefektívna komunikácia.

Kľúčové slová: Bezpečnosť. Pochybenie. Pracovné podmienky pri práci. Pracovné prostredie. Rizikové faktory. Sestra.

Úvod

Každá práca má svoje špecifické podmienky, ktoré nemožno ani pri najlepšej vôli z pracovného procesu vylúčiť. Práce s vysokým počtom rizikových faktorov sa radia medzi práce prirodzene stresujúce. Vnímanie rizík pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti jednotlivými zdravotníkmi je rôzne, pričom táto oblasť ešte stále nepatrí medzi priority. Prevencia rizík v pracovnom prostredí a problematika pochybení v ošetrovateľstve predstavuje komplexný problém. Cieľom každého zdravotníckeho pracovníka je znižovanie možností výskytu nežiaducich situácií, ktoré by mohli nejakým spôsobom poškodiť zdravie a bezpečnosť pacienta alebo zamestnanca. „Pracovné podmienky žien pracujúcich v zdravotníctve nie sú ľahké. Viaceré štúdie poukazujú na to, že pracovné zaťaženie

v sesterskej profesii má za následok významné zvýšenie fyzickej expozície“ (Gáliková, Garajová, Žigová, 2008, s. 7).

Empirická časť

Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť najčastejšie rizikové faktory pracovného prostredia a ich vplyv na pochybenia pri práci sestier. Čiastkovými cieľmi sme zisťovali, ktoré nežiaduce faktory ovplyvňujú pracovný výkon sestier najviac, výskyt pochybení sestier pri výkone svojho povolania v závislosti od pracovnej zmeny a oblasti najčastejších pochybení sestier pri práci. Základným nástrojom výskumu a základom na získanie primárnych zdrojov bol dotazník vlastnej tvorby s 29 uzatvorenými otázkami, pričom tri z nich mali dve pod otázky. Ďalšie tri otázky sa týkali demografických údajov. Pred začiatkom realizácie výskumnej časti práce sme elektronickou formou, telefonicky a osobným kontaktom požiadali vedenie troch zdravotníckych zariadení o spoluprácu, a to Fakultnú nemocnicu Trnava, Všeobecnú nemocnicu v Komárne Forlife n. o. a Univerzitnú nemocnicu Akad. L. Dérera, ktorá však odmietla spolupracovať. Výskumnú vzorku tvorilo 200 sestier z týchto dvoch zariadení v pomere 1:1. Z Fakultnej nemocnice Trnava sa zo 130 (100 %) dotazníkov po troch týždňoch vyzbieralo 118 (90,77 %) dotazníkov, z ktorých sa vyhodnotilo 100 (76,92 %) kusov. Z Forlife n. o. Všeobecnej nemocnice v Komárne sa zo 130 (100 %) dotazníkov po štyroch týždňoch vyzbieralo 121 (93,08 %) dotazníkov. Z tejto nemocnice sa tak isto vyhodnotilo 100 (76,92 %) kusov dotazníkov. Zaraďovacím kritériom bol pracovný pomer v zdravotníckom zariadení na pracovnej pozícii sestra a dobrovoľné rozhodnutie zúčastniť sa výskumu. Na spracovanie a interpretáciu výsledkov výskumu boli použité analýzy, syntézy a komparácie, matematicko-štatistické metódy absolútnej, relatívnej a celkovej početnosti, Chí kvadrát test dobrej zhody pomocou vytvorených kontingenčných tabuliek, test relatívneho podielu a Kolmogorv – Smirnovov test. Aktuálne boli k dispozícii výstupy z prác autorov, ktorí sa zaoberali rovnakou problematikou, a to Zachová (2009), Benczeová (2009), Bednára (2011), Sováriová-Soósová, Varadyová (2012), Barkócziová (2013), Pri spracovaní demografických údajov respondentov sme použili matematicko-štatistická metódu absolútnej, relatívnej a celkovej početnosti a z metodologického hľadiska bol aplikovaný Chí kvadrát test dobrej zhody, ktorý overoval reprezentatívnosť výberového súboru. Dotazník vyplnili 4 (4 %) muži a 96 (96 %) žien, sestier z Trnavy, 2 (2 %) muži a 98 (98 %) žien, sestier z Komárna.

Z hľadiska pohlavia sa dá skonštatovať, že výberový súbor nebol reprezentatívny nakoľko Pr <.0001. Najviac sestier zhodne v oboch zariadeniach malo prax od 20-30 rokov (v Trnave 36 % a v Komárne 35 %), z hľadiska dĺžky praxe bol výberový súbor reprezentatívny nakoľko Pr = 0,505. V Trnave vyplnilo dotazníky 12 % sestier so vzdelaním SZŠ, 23 % sestier malo ukončené vzdelanie na SZŠ + ŠŠ, 24 % sestier malo VOV, 18 % sestier malo VŠ I. stupňa a 23 % sestier VŠ II. stupňa. V Komárne ich vyplnilo 35 % sestier so vzdelaním SZŠ, 31 % sestier malo ukončené vzdelanie na SZŠ + ŠŠ, 9 % sestier malo VOV, 13 % sestier malo VŠ I. stupňa a 12 % sestier VŠ II. stupňa. Z hľadiska dosiahnutého vzdelania bol výberový súbor tiež reprezentatívny nakoľko Pr = 0,0504.

V hypotéze č. 1 sme predpokladali, že pracovný výkon sestier viac negatívne ovplyvňujú psychické faktory ako fyzické faktory. Sestry mali zostaviť svoj vlastný rebríček rizikových faktorov, ktoré majú podľa nich negatívny vplyv na zdravotný stav, a tým aj pracovný výkon sestier. Mieru psychickej záťaže ohodnotilo 50 % sestier z Trnavy a 35 % sestier z Komárna ako veľmi veľkú. Ako veľkú ju ohodnotilo 45 % sestier z Trnavy a 58 % sestier z Komárna. Ako malú ju ohodnotili 3 % sestry z Trnavy a 7 % sestier z Komárna. Žiadnu záťaž označili 2 % sestry z Trnavy a 0 % sestier z Komárna. Ďalej sme zistili, že najväčšiu psychickú záťaž spôsobuje 35 % sestrám v Trnave a 32 % sestrám v Komárne neriešenie situácie, 13 % sestrám z Trnavy a 8 % sestrám z Komárna nezáujem spolupracovníkov, 12 % sestrám z Trnavy a 6 % sestrám z Komárna konflikty s nadriadeným, 10 % sestrám z Trnavy a 11 % sestrám z Komárna spôsobuje psychickú záťaž konflikt s niektorými členmi ošetrovateľského tímu, 17 % sestrám z Trnavy a 33 % sestrám z Komárna zhoršenie stabilizovaného stavu pacienta, 0 % sestrám z Trnavy a 2 % sestrám z Komárna nespolupráca zo strany pacienta, 13 % sestrám z Trnavy a 8 % sestrám z Komárna preťaženosť. Mieru fyzickej záťaže ohodnotilo 36 % sestier z Trnavy a 28 % sestier z Komárna ako veľmi veľkú. Ako veľkú ju ohodnotilo 61 % sestier z Trnavy a 61 % sestier z Komárna. Ako malú ju ohodnotili 3 % sestry z Trnavy a 11 % sestier z Komárna. Žiadnu záťaž označilo 0 % sestier z Trnavy a 0 % sestier z Komárna. Spolu odpovedalo 100 % sestier z Trnavy a 100 % sestier z Komárna. Ďalej sme zistili, že v Trnave 29 % sestier a v Komárne 24 % sestier označilo, že fyzicky ich najviac vyčerpáva nedostatok materiálnych pomôcok uľahčujúcich prenos pacienta, 43 % sestier z Trnavy a 39 % sestier z Komárna označilo, že ich fyzicky vyčerpáva nedostatok personálu, 24 % z Trnavy a 20 % sestier z Komárna označilo, že ich vyčerpáva vykonávanie pomocných prác, 3 % sestry z Trnavy a 11 % sestier z Komárna označilo, že ich vyčerpáva

hľadanie pomôcok, ktoré nemajú k dispozícii v blízkosti pacienta a 1 % sestra z Trnavy a 6 % sestier z Komárna označilo, že ich vyčerpáva prenášanie jednotlivých druhov prístrojovej techniky. Následne sme zisťovali, čo najviac ovplyvňuje ich pracovný výkon. Pracovný výkon najviac ovplyvňuje 22 % sestrám z Trnavy a 16 % sestrám z Komárna sociálne prostredie v práci, 40 % sestrám z Trnavy a 27 % sestrám z Komárna motivácia zamestnávateľa, 18 % sestrám z Trnavy a 20 % sestrám z Komárna psychická kondícia, 11 % sestrám z Trnavy a 27 % sestrám z Komárna fyzická kondícia, 9 % sestrám z Trnavy a 10 % sestrám z Komárna osobná motivácia. V oboch nemocniciach sa väčšina odpovedí delila medzi prvými dvomi variantmi odpovedí. Sestry z Trnavy uviedli ako najzaťažujúcejšiu psychickú záťaž hodnotili ju ako veľmi veľkú a dôvodom psychickej záťaže je u nich neriešenie situácie. Mieru fyzickej záťaže označili ako veľkú a ako dôvod fyzického vyčerpania uviedli nedostatok personálu. Sestry z Komárna uviedli ako najzaťažujúcejšiu psychickú záťaž, hodnotili ju ako veľkú a dôvodom psychickej záťaže je u nich zhoršenie stavu stabilizovaného pacienta. Mieru fyzickej záťaže označili ako veľkú a ako dôvod fyzického vyčerpania uviedli nedostatok personálu. Hypotézu č. 1 sme overovali testom relatívneho podielu, kde sme porovnávali testovaciu charakteristiku a kritickú hodnotu a použili aj Kolmogorv – Smirnovov test. Na základe štatistického testovania môžeme konštatovať, že hypotéza sa potvrdila nakoľko za najvyššiu záťaž považovali sestry z oboch zdravotníckych zariadení psychickú záťaž a za najnižšiu fyzikálne faktory. H0 sme zamietali a konštatovali sme, že medzi faktormi existujú rozdiely v preferovaní, čím sa nám hypotéza č. 1 potvrdila.

V hypotéze č.2 sme predpokladali, že výskyt pochybení v práci sestier bude častejší u sestier z Trnavy ako u sestier z Komárna. Zistili sme, že 22 % sestier z Trnavy a 34 % sestier z Komárna už pochybilo pri plnení ošetrovateľskej starostlivosti, 78 % sestier z Trnavy a 66 % sestier z Komárna ešte nepochybilo a 0 % sestier z Trnavy a 0 % sestier z Komárna odpovedalo, že nevedia či už pochybili. Na základe štatistického testovania môžeme konštatovať, že hypotéza sa nepotvrdila. Následne nás zaujímalo, v ktorej zmene sa vyskytlo viac pochybení, v dennej alebo nočnej. Zistili sme, že 18 (81,82 %) sestier z Trnavy a 27 (79,41 %) sestier z Komárna pochybilo počas dennej zmeny, 4 (18,18 %) sestry z Trnavy a 7 (20,59 %)sestier z Komárna pochybilo v nočnej zmene. Ďalej sme zisťovali, ktoré z uvedených faktorov mali vplyv na pochybenie sestier.

Zistili sme, že najväčší vplyv na pochybenie u 10 (45,45 %) sestier z Trnavy a 11 (32,35 %) sestier z Komárna mala neefektívna komunikácia, u 3 (13,64 %) sestier z Trnavy a 5 (14,71 %) sestier z Komárna mala nesprávne vedená zdravotná dokumentácia, u 6 (27,27 %) sestier z Trnavy a 8 (23,53 %) sestier z Komárna to bol nečitateľný zápis, u 0 (0 %) sestier z Trnavy a 0 (0 %) sestier z Komárna podcenenie informovaného súhlasu, u 0 (0 %) sestier z Trnavy a 5 (14,71 %) sestier z Komárna to bol únik dôverných informácií, u 3 (13,64 %) sestier z Trnavy a 3 (8,82 %) sestier z Komárna chybná identifikácia pacienta, u 0 (0 %) sestier z Trnavy a 1 (2,94 %) sestry z Komárna to bola nozokomiálna nákaza, u 0 (0 %) sestier z Trnavy a 1 (2,94 %) sestry z Komárna to bola oslabená psychika pacienta. Sestry z Trnavy aj z Komárna zhodne uviedli , že ak pri plnení ošetrovateľskej starostlivosti pochybili, stalo sa tak v dennej službe a dôvodom prečo pochybenie vzniklo bola neefektívna komunikácia Väčšine sestier sa nestalo, že by chybne identifikovali pacienta a vždy podali správny liek pacientom a aj v správnej dávke. Väčšina sestier nevymenila vzorky odobratého materiálu a dokumentáciu viedli pravidelne a nikdy nezabudli zapísať do dokumentácie podanie liečby pacientovi.

Záver

Výskumom sme zistili, že sestry za najrizikovejší faktor v pracovnom prostredí považujú nešpecifický faktor, a to psychickú záťaž. Sestry najviac psychicky zaťažuje neriešenie situácie a zhoršenie stavu stabilizovaného pacienta. Väčšina sestier nepochybila pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a ak áno tak pochybenie sa stalo v dennej zmene a dôvodom prečo pochybenie vzniklo bola neefektívna komunikácia. Sestra je s pacientom v priamom kontakte celý svoj pracovný čas. Vytvára sa medzi nimi špecifický vzťah, v ktorom spočíva obrovská náročnosť povolania sestry.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BARKÓCIOVÁ, R. 2013. *Bezpečnosť pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti* : Diplomová práca. Nové Zámky : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce svätej Alžbety v Bratislave, 2013. 63 s.

BARTEKOVÁ, A. 2012. Riadenie rizík pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. In *Sestra.* ISSN 1335-9444, 2012, roč. 11, č. 5-6, s. 34-35.

BÁRTLOVÁ, S. – MATULAY, S. 2009. *Sociológia zdravia, choroby a rodiny.* Martin : Osveta, 2009. 142 s. ISBN 978-80-8063-306-6.

BEDNÁR, R. 2011. Práca sestry a bolesti chrbta. In *Sestra.* ISSN 1335-9444, 2011, roč. 10, č. 3-4, s. 42-44.

BEDNÁR, R. 2012. Kinestetika sestier. In *Sestra.* ISSN 1335-9444, 2012, roč. 11, č. 9-10, s. 18-20.

BENCZEOVÁ, I. 2009. *Pracovné prostredie sestier* : Diplomová práca. Nové Zámky : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce svätej Alžbety v Bratislave, 2009. 85 s.

BUCHANCOVÁ, J. a kolektív 2003. *Pracovné lekárstvo a toxikológia.* Martin : Osveta, 2003. 1133 s. ISBN 80-8063-113-1.

DIMUNOVÁ, L. 2005. Sestry a rizikové faktory pracovného prostredia. In *Sestra.* ISSN 1335-9444, 2005, roč. 4, č. 2, s. 6.

GÁLIKOVÁ, E. – GARAJOVÁ, J. – ŽIGOVÁ, A. 2008. Je práca zdravotných sestier fyzicky náročná? In *Bezpečná práca.* ISSN 0322-8347, 2008, roč. 39, č. 6, s. 7-10.

HASTINGS, D. 1997. *Házi betegápolás.* Budapest : Magyar Könyvklub, 1997. 222 s. ISBN 963 548 419 4.

HEFTYOVÁ, E. 2002. Aby práca bola potešením. In *Sestra.* ISSN 1335-9444, 2002, roč. 1, č. 4, s. 51.

GAŽIOVÁ, M. 2012. Právna zodpovednosť za medikačné omyly. In *Sestra.* ISSN 1335-9444, 2012, roč. 11, č. 11-12, s. 16-17.

GROHAR-MURRAY, M. E. – DICROCE, R. H. 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče.* Praha : Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.

KOPČA, M. 2000. *Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci 2.* Bratislava : Slovenská technická univerzita, 2000. 113 s. ISBN 80-227-1342-2.

KOPČA, M a kolektív 2002. *Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci (BOZP I). Základné normy a predpisy.* Bratislava : Slovenská technická univerzita, 2002. 101 s. ISBN 80-227-1809-2.

KOPPOVÁ, K. a kolektív 2010. *Hodnotene, riadenie a komunikácia zdravotných rizík.* Bratislava : Simply supplies, s.r.o., 2010. 152 s. ISBN 978-80-969611-8-4.

KRIŠKOVÁ, A. – WILLARDOVÁ, P. H. – CULP, K. 2003. *Ošetrovateľstvo v zdraví pri práci.* Martin : Osveta, 2003. 155 s. ISBN 80-8063-109-3.

LUMNITZER, E. – BADIDA, M. – ROMÁNOVÁ, M. 2007. *Hodnotenie kvality prostredia.* 1. vyd. Košice : Strojnícka fakulta TU, 2007. 281 s. ISBN 978-80-8073-836-5.

METODICKÉ USMERNENIE č. 7/2006 Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2006. *O zavádzaní systémov hlásení v ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci stratégie bezpečnosti pacienta.* [online]. 7 s. [Citované 15. 3. 2012]. Dostupné na internete: http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs/MU_7_2006_o_hlaseniach_25_10_06.pdf

NEUPAUEROVÁ, G. – KOŠČ, M. 2002. Pracovná záťaž u lekárov a zdravotných sestier onkologických oddelení na Slovensku. In *Pracovní lékařství.* ISSN 0032-6291, 2002, roč. 54, č. 7, s. 120-124.

NÔTOVÁ, P. 2004. Aby práca bola potešením. In *Sestra.* ISSN 1335-9444, 2004, roč. 3, č. 4, s. 44-45.

SOVÁRIOVA SOÓSOVA, M. – VARADYOVA, A. 2012. Stresory pracovného prostredia. In *Sestra.* ISSN 1335-9444, 2012, roč. 11, č. 3-4, s. 42-44.

STUPKOVÁ, M. – HARGAŠOVÁ, M. 2012. Poskytnúť skutočnú oporu. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2012, roč. 11, č. 7-8, s. 46-48.

ŠEBEKOVÁ, V. 2010. Najčastejšie pochybenia sestier. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2010, roč. 9, č. 1-2, s. 4-5.

ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízench 1*. Praha : Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

VARCHOLOVÁ, T. – DUBOVICKÁ, L. 2008. *Nový manažment rizika.* Bratislava : Iura edition, 2008. 196 s. ISBN 978-80-8078-191-0.

VONDRÁČEK, L. – VONDRÁČEK, J. 2003. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče.* Praha : Grada, 2003. 68 s. ISBN 80-247-0705-5.

VONDRÁČEK, L. 2005. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry 1*. Praha : Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.

VONDRÁČEK, L. – VONDRÁČEK, J. 2006. *Odpovědnosť při poskytování ošetrovatelské péče.* Praha-Smíchov : Galén, 2006. 30 s. ISBN 80-7262-392-3.

VONDRÁČEK, L. – VONDRÁČEK, J. 2006. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II.* Praha : Grada, 2006. 68 s. ISBN 80-247-1919-3.

VONDRÁČEK, L. – VONDÁČEK, J. 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče 1.* Praha : Grada, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8.

VONDRÁČEK, L. – WIRTHOVÁ, V. 2008. *Sestra a její dokumentace.* Praha : Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

ZACHOVÁ, V. 2009. Pracovní rizika zdravotníků – bodná poranění. In *Braunoviny*. ISSN 1801-0342, 2009, č. 3, s. 13-15. PRÍLOHA D

Kontaktná adresa autoriek:

Melanie Beťková, PhDr., PhD.

UKF Nitra

Kraskova 1

949 01 Nitra

Fakultná nemocnica Trnava, A. Žarnova 11, 917 75

Denisa Környiová, PhDr.

Fakultná nemocnica Nové Zámky

Traumatologické oddelenie

Slovenská 11

940 01 Nové Zámky

ŠPECIFIKÁ V STRAVOVANÍ MOSLIMOV V LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH

BORSÍKOVÁ Anna

Abstrakt

Pobyt v kúpeľoch na Slovensku sa stal neoddeliteľnou súčasťou zdravotníckeho systému, ale aj cestovného ruchu. V dnešnej dobe už nie je pobyt v kúpeľoch chápaný len ako povinná súčasť liečby. Hodnotné účinky vody a sírneho bahna sú prístupné pre všetkých. Stále viac ľudí je dnes preto ochotných absolvovať pobyt aj ako samoplatcovia. Môžu si vybrať medzi klasickým kúpeľným pobytom alebo wellness, aby si oddýchli a zregenerovali svoje telo i myseľ. Slovenské liečebné kúpele Piešťany a.s. navštevujú klienti z celého sveta. V roku 2014 navštívilo SLK Piešťany a.s. 2 641 klientov z moslimských krajín.

Kľúčové slová: Arabská kuchyňa. Kúpeľný pobyt. SLK Piešťany. Moslimské krajiny. Ramadán.

Úvod

V otázkach stravy a životosprávy je islam dosť konkrétny, ale až na niekoľko presne určených zákazov nepredkladá rozpracovaný systém dietetických predpisov. Aj pre výživu platí všeobecné pravidlo: podnietiť to, čo je prospešné a vylúčiť to, čo je škodlivé. Po väčšinu roka islam nepredpisuje takmer žiadne dietetické obmedzenia, s výnimkou trvalého zákazu konzumácie bravčového mäsa, mäsa obetovaných zvierat, krvi a alkoholu. Celkom iný rytmus však nadobúda stravovanie praktizujúceho moslima počas pôstneho obdobia v mesiaci ramadán. V tomto období sa aj SLK Piešťany a.s. prispôsobujú stravovaniu moslimských klientov.

Ramadán

Deviaty mesiac ramadán sa začína, keď sa objaví mesiac na oblohe. A skončí, akonáhle sa objaví nový mesiac – šawwal.

Islam má 5 pilierov a postenie sa v tomto mesiaci patrí k jednému z nich. Povinnosťou sa stal všetkým dospelým a zdravým moslimom v 2. roku hidžry (r.623). Pre pôst sa používa arabské slovo "saum", ktoré doslova znamená "zdržať sa niečoho". V islamskej terminológii je potom tento výraz prekladaný vo význame „zdržať sa jedla, pitia a intímneho styku“. V mesiaci ramadán sa postia moslimovia na celom svete, čo rozvíja pocit spolupatričnosti a príslušnosti k moslimskej obci. Pôst začína každý deň na úsvite v čase tesne pred rannou modlitbou. Pred jeho začiatkom je nutné prijať úmysel. Ten môže byť prijatý už večer pred spaním alebo v dobe podávania ranného jedla najneskôr však pred začiatkom času povinnej rannej modlitby. Od tejto doby sa musí každý postiaci zdržať jedla, pitia, intímneho styku, ale aj nemorálneho správania. Pôst končí pri západe slnka v dobe, keď začína zvolávanie k štvrtej modlitbe. Je žiadúce ukončiť pôst čo najskôr po tejto dobe. Prorok Muhammad mal zvyk ukončiť pôst pohárom vody a ďatľami.



Dodržiavanie pôstu je povinnosťou pre každého moslima, ktorý môže takýto pôst zniesť bez toho, aby mu to uškodilo alebo spôsobilo nejakú ujmu. Preto sa i vek, v ktorom sa moslim začína postiť, líši od jedného moslima k druhému. Pôst sa teda vo všeobecnosti chápe ako povinnosť, z ktorej sú však vynechané určité skupiny ľudí:

1. Chorí ľudia, ktorých môžeme rozdeliť do dvoch kategórií:

a) ľudia, ktorí trpia dočasnou chorobou : týmto ľudom sa dovoľuje pôst vynechať. To platí, až dokým sa nevyliečia, aj keby sa z celého mesiaca ramadán nepostili ani jeden deň. Pôst sa môže vynechať, ak by jeho dodržanie mohlo u pacienta ochorenie zhoršiť

b) ľudia, ktorých choroba je trvalého charakteru : Ide o ľudí, ktorí trpia nevyliečiteľnou chorobou alebo u ktorých sa nedá predpokladať doba trvania liečby. Sem môžeme zaradiť napríklad ľudí trpiacich na cukrovku alebo rôzne žalúdočné choroby, pri ktorých sa musia brať lieky alebo strava niekoľkokrát denne a pod.

2. Starí ľudia a ľudia vykonávajúci ťažké práce.

Do tejto kategórie zaraďujeme zdravých ľudí, ktorých by však pre ich vysoký vek mohol pôst veľmi oslabiť alebo im spôsobiť zdravotné ťažkosti.

Ako ťažké a namáhavé práce by sme mohli označiť napríklad práce v baniach na ťaženie uhlia, rudy a iné.

3. Tehotné ženy a ženy, ktoré koja svoje deti prirodzeným spôsobom.

Ak by sa tehotná žena alebo žena, ktorá kojí svoje dieťa, obávala, že by postenie mohlo uškodiť jej alebo jej dieťaťu, môže pôst prerušiť, resp. pôst nemusí vôbec začať.

4. Ženy po pôrode a ženy počas menštruácie.

Ženy, ktoré sú tesne po pôrode alebo ktoré majú menštruačný cyklus, sa počas týchto dní nesmú postiť. Ak by sa aj postili, ich pôst je neplatný. Ide zrejme o zákaz, ktorým sa sleduje zdravie samotnej ženy. Po skončení mesiaca ramadán a skončení menštruácie alebo po návrate do normálneho stavu po pôrode sa budú postiť taký počet dní, aký vynechali počas ramadánu.

5. Ľudia, ktorí sú na cestách.

Ľuďom, ktorí počas mesiaca ramadán cestujú, je dovolené pôst vynechať, ak by pocítili veľkú námahu v ňom pokračovať. To znamená, že ak by niekto cestoval, postil by sa i počas cesty a počas dňa by pocítil veľkú nevoľnosť z hladu alebo smädu, môže svoj pôst prerušiť. Ľudia patriaci do uvedenej kategórie cestujúcich po skončení ramadánu a po návrate z cesty sa musia postiť toľko dní, koľko ich počas ramadánu vynechali.

Ako už bolo spomenuté na úvode, pôst sa končí uplynutím mesiaca ramadán a príchodom desiateho mesiaca islamského letopočtu. Koniec mesiaca ramadán sa končí podobne ako sa začína a to pozorovaním Mesiaca na oblohe. Kalendárny mesiac však nemôže mať viac ako 30 dní, takže pokiaľ z nejakého dôvodu nik neuvidí Mesiac ani v noci z 29. na 30. v mesiaci ramadán, pôst sa končí uplynutím 30. dňa kalendárneho mesiaca.

Arabská kuchyňa

Zahŕňa viaceré národné kuchyne Arabského sveta od Mezopotámie až po Severnú Afriku. Arabská kuchyňa ovplyvnila aj kulinárske tradície Egypta a Levanty.
Pôvodne strava Arabov z Arabského polostrova pozostávala prevažne z ďatlí, pšenice, jačmeňa, ryže a mäsa, pričom silný dôraz kládli na mliečne výrobky ako napr. labneh – jogurt bez tuku.

Charakteristika arabskej kuchyne

Mäso: najpoužívanejšie druhy sú jahňacie a kuracie, v menšej miere sa používa hovädzie, kozie a ťavie mäso. Ryby sa najčastejšie konzumujú v pobrežných oblastiach.
Všetky bravčové výrobky sú moslimskými Arabmi považované za kultúrne aj náboženské tabu (Haram) a Islamské právo ich úplne zakazuje. Na druhej strane kresťanskí Arabi jedia bravčovinu a to hlavne v Libanone.
Mliečne výrobky sú veľmi obľúbené, hlavne čo sa týka jogurtov, syrov, masla a smotany.
Bylinky a korenie: mäta a tymian sú široko a univerzálne používané, kým korenia sa používa omnoho menej ako v indickej kuchyni. Patria tu sezam, šafran, kurkuma, cesnak, rasca, škorica.
Teplé nápoje sa podávajú častejšie ako studené. Káva sa pije hlavne v arabských štátoch Perzského zálivu. Avšak, čaj je tiež obľúbený v mnohých arabských krajinách. V Egypte a Jordánsku je napríklad čaj oveľa populárnejší horúci nápoj ako káva.
Obilniny: Ryža je základ a používa sa pri väčšine pokrmov. Pri výrobe chleba sa najčastejšie používa pšenica. Bulgur a semolina (múka z pšeničnej krupice) sú tiež populárne.
Medzi najviac používané strukoviny patrí hlavne šošovica, bôb a cícer.
V arabskej kuchyni sa uprednostňuje zelenina, ako sú uhorky, baklažán, cuketa, cibuľa a ovocie (predovšetkým citrusy), ktoré sú často používané ako predjedlá.

Olivy, rovnako ako ďatle, figy, granátové jablká sú tiež v obľube. Ďatle sú obzvlášť dôležitý základ arabskej stravy, často sa jedia s kávou alebo vodou.
Medzi najpoužívanejšie orechy patria: mandle, arašidy, píniové oriešky, pistácie, a vlašské orechy.
Dressingy a omáčky: najpopulárnejšie dressingy obsahujú rozličné kombinácie olivového oleja, citrónovej šťavy, petržlenu, cesnaku a tiež aj tahini (pasta zo sezamových semienok). Labaneh (jogurt bez tuku) je často ochutený mätou, cibuľou alebo cesnakom. Podáva sa ako omáčka k rôznym pokrmom.
Jedlá na Arabskom polostrove po stáročia ovplyvňovali mnohí prisťahovalci. Sú to najmä prišelci z Ázie a Stredného Východu, ktorí so sebou priniesli aj typické ingrediencie ako škoricu, šafran, kurkumu, mandle, pistácie, limetky a sušené ovocie. Hlavne sušené ovocie, ktoré dodáva jedlu šťavnatý charakter, odráža silný perzský vplyv na emirátsku kuchyňu. Tradičné jedlá miestnej kuchyne majú rybí, mäsitý alebo ryžový základ. Väčšinou si domáci pochutnávajú na kombinácii týchto surovín, buď si dajú ryžu s mäsom alebo s rybou. Arabi obľubujú aj jedlá z pšeničnej múky.

Halal

V preklade "povolený, prípustný", je termín označujúci všetky predmety a činnosti každodenného života, ktoré sú podľa islamskej tradície povolené. Najčastejšie sa tento pojem používa však v spojitosti s potravinami**.** Arabi venujú mimoriadnu pozornosť spôsobu zabíjania zvierat. Podstata je v tom, že dýchaciu trubicu a dve krčné cievy rozrežú jedným rezom na prednej strane krku. Takto zabité zviera sa úplne vykrví. U Arabov platí zákaz konzumovať krv.



Certifikované označenie halal

Interview s arabským klientom v Hoteli Pro Patria**

1. Koľký krát ste tu v kúpeľoch?

V týchto kúpeľoch som prvýkrát, ale na Slovensku som už bol. Bývam niekoľko rokov v Brne, ale pochádzam z Kuvajtu.

2. Čo zvyčajne jete na raňajky, obed a večeru?

Na raňajky nejedávam mäso. Keď som doma, sú to hlavne strukoviny ako egyptská fava fazuľa, cícer a baklažán, ktoré obsahujú proteíny. Rád si dám aj falafel. Je z cíceru a bôbu, ktoré sa pomelú a vypražia. Začína byť známy aj na Slovensku. Väčšina z týchto jedál sú z oblasti Libanonu, Palestíny a Sýrie. Tu v hoteli Pro Patria jedávam vajíčka, syry, jogurt, ktorý mám veľmi rád a chlieb.

Neobedujem tu, ale doma si dávam väčšinou ryby, ktoré mám veľmi rád, ale niekedy aj burger s hovädzím mäsom. Na obed jedávam jedlá, ktoré obsahujú proteíny.

Na večeru si dávam ľahšie jedlá ako šaláty lebo obsahujú veľa minerálov a vitamínov. Tiež aj ovocie. Keď som veľmi hladný, tak si dám aj hovädzí steak.

3. Čo zvyčajne pijete?

Chutí mi Kofola a pijem ju hlavne keď posilňujem, pretože obsahuje veľa cukru. Mám rád minerálne vody perlivé a jemne perlivé, obyčajnú vodu a samozrejme kávu.

4. Aké je vaše obľúbené a aké neobľúbené jedlo?

Nie je jedlo, ktoré by som nemal rád. Zjem skoro všetko. Veľmi mi chutí vyprážaný hermelín s varenými zemiakmi.

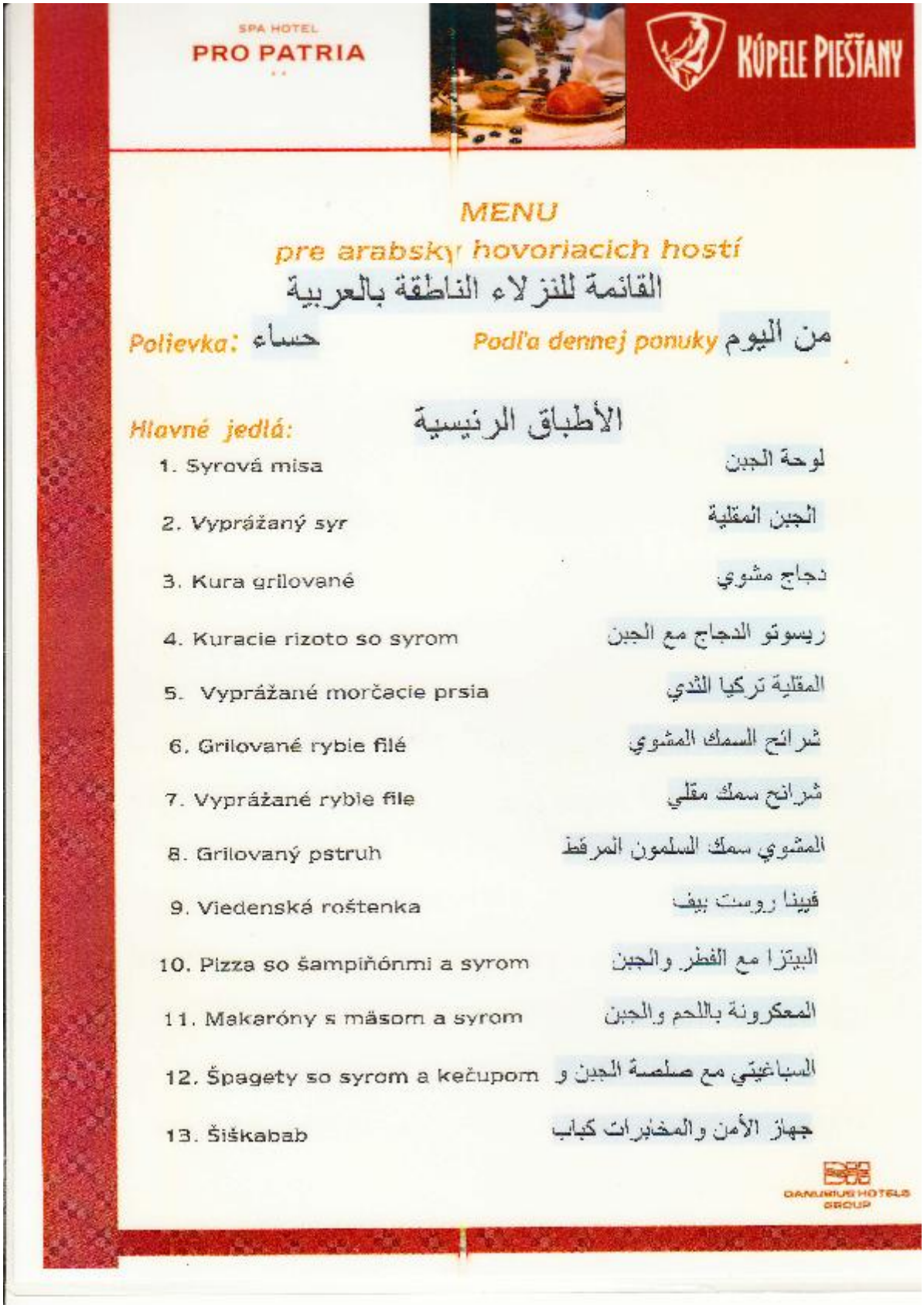
5. Čo by ste chceli mať v ponuke jedálneho lístka?

Chcel by som, aby tam bolo viacej jedál z mlieka a syrov. Jedál, pre ktoré je Slovensko známe.

6. Sladkosti sú v arabských krajinách veľmi obľúbené. Aký máte na ne názor?

Mám ich veľmi rád a sú u nás naozaj obľúbené. Veľa ľudí z arabských krajín má preto diabetes. Ja ich jem, ale dávam si pozor na to, koľko. Väčšinou ale jedávam ďatle, ktoré sú pre nás tradičné.

VZOR JEDÁLNEHO LÍSTKA PLK PIEŠŤANY A.S., HOTEL PRO PATRIA**



SPA HOTEL
PRO PATRIA
**

KÚPELE PIEŠŤANY

MENU
pre arabsky hovoriacich hostí
القائمة للنزلاء الناطقة بالعربية

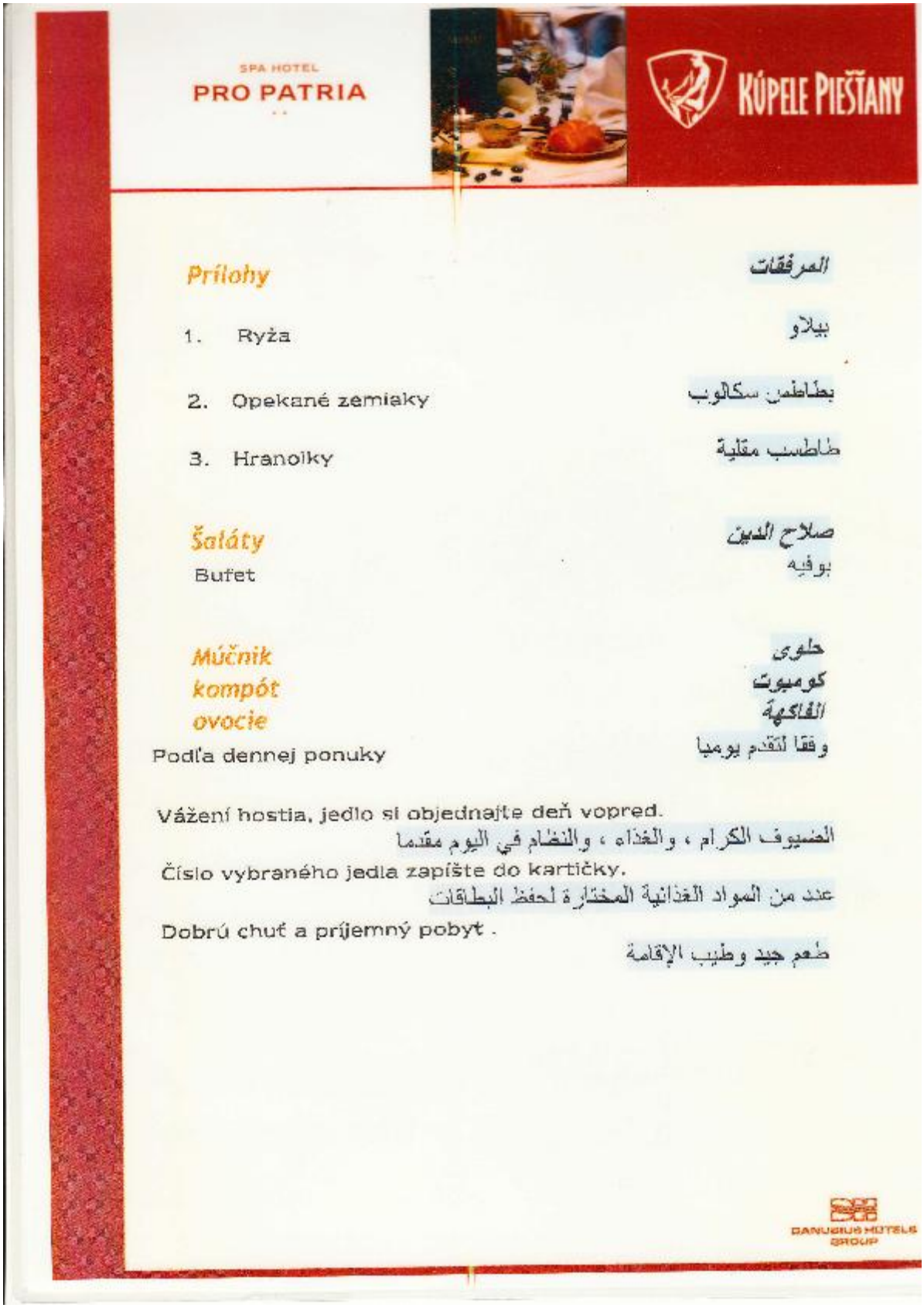
Polievka: حساء — Podľa dennej ponuky من اليوم

Hlavné jedlá: الأطباق الرئيسية

1. Syrová misa	لوحة الجبن
2. Vyprážaný syr	الجبن المقلية
3. Kura grilované	دجاج مشوي
4. Kuracie rizoto so syrom	ريسوتو الدجاج مع الجبن
5. Vyprážané morčacie prsia	المقلية تركيا الثدي
6. Grilované rybie filé	شرائح السمك المشوي
7. Vyprážané rybie file	شرائح سمك مقلي
8. Grilovaný pstruh	المشوي سمك السلمون المرقط
9. Viedenská roštenka	فينا روست بيف
10. Pizza so šampiňónmi a syrom	البيتزا مع الفطر والجبن
11. Makaróny s mäsom a syrom	المعكرونة باللحم والجبن
12. Špagety so syrom a kečupom	السباغيتي مع صلصة الجبن و
13. Šiškabab	جهاز الأمن والمخابرات كباب

DANUBIUS HOTELS GROUP

VZOR JEDÁLNEHO LÍSTKA PLK PIEŠŤANY A.S., HOTEL PRO PATRIA**



Hlavné jedlo – Šiškabab

Suroviny	Množstvo
Hovädzí roštenec	150 g
Cibuľa	15 g
Olej	20 g
Horčica	5 g
Soľ	2 g
Korenie	2 g

Technologický postup

Mäso umyjeme a nakrájame na plátky (6 ks). Mierne naklepeme, osolíme, okoreníme a natrieme horčicou. Striedavo napichávame na špajdľu cibuľu a mäso. Zapečieme na 180 stupňoch po dobu 5 minút. Podlejeme prírodnou šťavou, zakryjeme pokrievkou a pečieme ešte 20 minút. Ako prílohu podávame zemiakové hranolky alebo ryžu.

Záver

Hlavným prostriedkom, ktoré je v kúpeľníctve využívané, sú prírodné liečebné zdroje, ktoré ľudia využívali už od dávnych čias. V dnešnej dobe tvorí kúpeľníctvo jednu z hlavných súčastí cestovného ruchu. Či už sa jedná o kúpeľnú starostlivosť poskytovanú pacientom zdravotnými poisťovňami, kúpele, ktoré si klient hradí celé sám alebo tzv. wellness pobyty, ktoré sú založené na princípe kúpeľnej starostlivosti. SLK Piešťany a.s. sú hojne využívané v najväčšej miere tuzemskými pacientmi, ale do Slovenskej republiky cestuje kvôli kúpeľom aj veľa zahraničných turistov z arabských krajín, čím si naša krajina získava väčšiu popularitu. Obľuba kúpeľných pobytov môže byť ovplyvnená aj modernými trendmi, vekovou skupinou obyvateľov, zdravotnými problémami, sezónou a pod. Sezónnosť tu asi hrá najväčšiu úlohu, pretože kúpele sú najviac využívané skôr v období jari až prelome leta a jesene. Veľmi dôležitou súčasťou kúpeľnej starostlivosti je aj stravovanie, ktoré môže ovplyvniť spokojnosť pacienta a najmä má veľký vplyv na kvalitu a rýchlosť rekonvalescencie, kvôli ktorej pacient do kúpeľov prišiel. V hoteloch je najzaužívanejšia okrem klasického stravovania ponuka vo forme bufetových stolov. Arabskí klienti majú zostavený individuálny jedálny lístok, ktorý pozostáva z trinástich jedál.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BAHBOUH C., DOBEŠOVÁ B. 2015. *Syrská kuchyně*. Vydavateľstvo: Dar Ibn Rushd. 136s. ISBN: 9788086149998.

JANŮ R. 2010. *Arabská kuchařka*. Vydavateľstvo: Computer Press. 220 s. ISBN: 9788025132562.

SIDOVSKÝ,J. VÍTEK,P. 2009. *Cesty, které voní jídlem.* Vydavateľstvo: XYZ. 300 s. ISBN: 9788073881917.

Kontaktná adresa autorky:
Anna Borsíková
SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s.
Winterova 29, 921 29 Piešťany
anna.borsikova@spapiestany.sk

VEDOMOSTI PACIENTOV S DIABETES MELLITUS O NÁHRADNÝCH SLADIDLÁCH

BYSTRICKÁ Zuzana, KOLLÁROVÁ Lívia, JANKECHOVÁ Monika

Abstrakt

Cieľom predkladaného príspevku je prezentovať problematiku súvisiacu s vedomosťami diabetikov o náhradných sladidlách, ako aj o potrebe efektívnej edukácie pacienta a príbuzných pacienta zo strany sestier. Vedomosti diabetikov o náhradných sladidlách sme skúmali prostredníctvom prieskumu. V empirickej časti sme identifikovali nedostatok vedomostí respondentov v uvedenej problematike, ako aj nedostatky v edukácii diabetikov o náhradných sladidlách. Záverom sme navrhli ako odporúčanie pre ošetrovateľskú prax zvýšiť prostredníctvom edukácie úroveň vedomostí pacientov s diabetes mellitus o náhradných sladidlách.

Kľúčové slová: Diabetes mellitus. Edukácia. Náhradné sladidlá.

Úvod

Populácia v dnešnej dobe prežíva pandémiu diabetes mellitus, ktorý sa stáva závažným zdravotno-sociálnym problémom všetkých vyspelých spoločností. Je nepochybne najvýznamnejšou chorobou látkovej premeny a svojimi komplikáciami zasahuje takmer všetky odbory medicíny. Náklady na liečbu a sociálne zabezpečenie diabetika sú výraznejšie než u iných ochorení. Ako náhle sa u človeka diagnostikuje ochorenie, ktoré ho bude sprevádzať celý život, okamžite mu choroba mení jeho základné hodnoty a potreby. Je náročné prijať skutočnosť existencie celoživotného ochorenia, človek si uvedomuje, že stratil to najcennejšie, čo kedy mal – vlastné zdravie. Je však len na ňom, ako nájde svoj nový životný štýl a životné priority.

V stravovaní diabetika je neoddeliteľnou súčasťou aj užívanie náhradných sladidiel. Sladidlá delíme podľa pôvodu (umelé a prírodné), podľa nutričných hodnôt (energetické a nízkoenergetické) a podľa chemického zloženia. Umelé neenergetické sladidlá sú vyrobené synteticky, bývajú súčasťou DIA výrobkov.

Neobsahujú energiu, ani sacharidy, čiže glykémiu nezvyšujú. Neodporúčajú sa deťom, tehotným a dojčiacim ženám (Herceg a kol., 2013). Pre všetky náhradné sladidlá je stanovená ADI - maximálna denná dávka (Kunová, 2011), povolené množstvo by sa malo dodržať (Michálek, Štefánková, 2005). Väčšinou platí, že nízkoenergetické je sladidlo umelé a energetické sladidlo je prírodné. Výnimkou je sladidlo stévia z rastliny Stevia. Nesmieme zabudnúť, že prírodné sladidlá, ktoré majú energetickú hodnotu treba zakalkulovať do energetickej hodnoty potravy.

Ochorenie diabetes mellitus sa nedotýka iba pacienta, ale aj jeho rodinných príslušníkov. Preto je neoddeliteľnou súčasťou liečby diabetika efektívna edukácia tak pacienta, ako aj jeho rodiny. Prioritou pri cukrovke je dosiahnuť, aby bol diabetik v chorobe kompenzovaný a uvedené dosiahne tým, že o chorobe má čo najviac vedomostí a z toho vyplývajúc sa riadi odbornými radami a nehľadá slepo riešenia, ktoré by mu neprospeli.

Jadro

„Diabetes mellitus je skupina chronických metabolických ochorení charakterizovaných chronickou hyperglykémiou, ktorú vyvoláva buď narušená sekrécia inzulínu v pankrease, a/alebo jeho nedostatočná účinnosť pre rezistenciu tkanív na inzulín, alebo zvýšená koncentrácia hormónov, ktoré zvýšenie hodnoty glykémie podporujú, ako napr. glukagón, glukokortikoidy, rastový hormón a iné. Táto porucha metabolizmu glukózy je potom spojená so zmenami v metabolizme lipidov, proteínov a iných látok, pričom nastáva porucha funkcie až zlyhanie rôznych orgánových systémov, najmä srdca a ciev, obličiek, očí, nervového a gastrointestinálneho systému“ (Beňo, 2008, s. 80). „Edukácia v ošetrovateľstve je systematický, logický, následný a plánovaný proces, kde prebiehajú vzájomne sa ovplyvňujúce činnosti – vzdelávanie a učenie. Tento proces vytvára nepretržitý cyklus, na ktorom sa podieľajú dvaja vzájomne sa ovplyvňujúci účastníci: sestra ako edukátor a edukant (pacient, rodina, skupina, komunita). Plnenie edukačnej roly sestrou sa v súčasnosti pokladá za jednu z dôležitých kompetencií a zodpovedností sestry a súvisí s rozvojom sesterskej profesie“ (Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 31). „Edukácia pacienta je najdôležitejším aspektom ošetrovateľskej praxe a je dôležitou samostatnou funkciou ošetrovateľstva, predstavuje významný spôsob zlepšenia kvality života človeka“ (Závodná, 2002, s. 69). „Podľa definície SZO je terapeutická edukácia celoživotný proces a neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti pre všetkých pacientov.

Zahŕňa:

- prípravu na samostatné zvládanie liečby,
- psychologickú podporu,
- motiváciu a jej pravidelné posilňovanie,
- spoluprácu s príbuznými a blízkymi pacienta - diabetika.

Cieľom edukácie je umožniť pacientovi, aby sa správne liečil a aby predchádzal komplikáciám svojho ochorenia. Môže to prispieť k zlepšeniu, alebo aspoň udržaniu kvality jeho života a zároveň prispievať k predchádzaniu recidív a chronických komplikácií“ (Pataky, 2013, s. 18).

Edukačný program pod názvom „Konverzácie o diabete“ využíva moderné vzdelávacie nástroje – konverzačné mapy. Prvýkrát boli prezentované v roku 2006 v Kanade. V Čechách sa predstavili v roku 2008 a na Slovensko sa dostali v roku 2009.

Venujú sa siedmym edukačným okruhom:

- život s diabetom mellitus,
- ako funguje diabetes mellitus,
- zdravé stravovanie a pohybová aktivita,
- zahájenie inzulínovej liečby,
- porozumenie rizikovým faktorom vzniku ochorenia,
- starostlivosť o nohy,
- život v rodine s diabetom mellitus 1. typu.

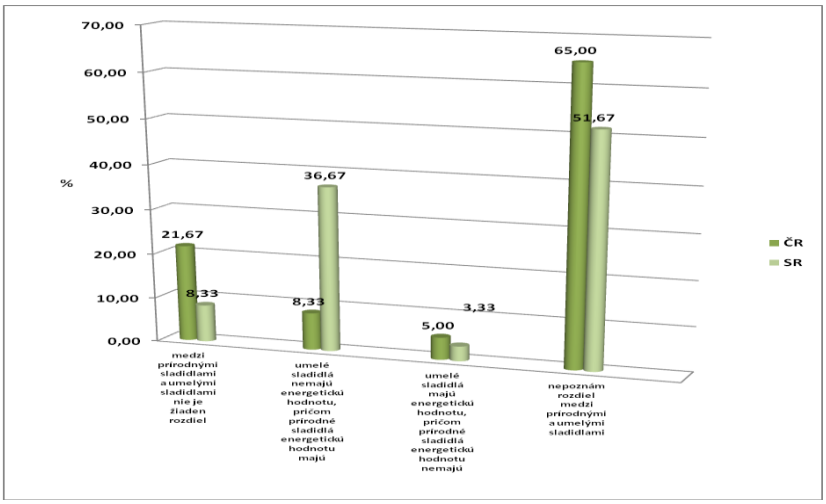
Počas lekcie je komunikácia presmerovaná na účastníkov, pričom ľudia majú priestor diskutovať o problémoch, s ktorými sa stretávajú a tiež prichádzať s vlastnými nápadmi a riešeniami. Cenným nástrojom k získaniu iného pohľadu na problém je využitie „sily skupiny“ (Herceg a kol., 2009, s. 93 - 94).

Prezentovaným prieskumom sme sa zamerali na overovanie úrovne vedomostí pacientov s diagnózou diabetes mellitus o náhradných sladidlách, na zistene ich postojov pri užívaní náhradných sladidiel, ako aj na informácie o možnostiach edukácie či reedukácie.

Naším motívom k realizácii prieskumu v dvoch krajinách bola osobná stáž, počas ktorej sme pozorovali diferencie edukácie medzi Slovenskom a Českom. Okrem vyššie uvedeného motívu, nás k skúmaniu viedli aj diskusie o nežiaducich účinkoch náhradných sladidiel, nakoľko u väčšiny odborníkov stále pretrvávajú určité pochybnosti o nezávadnosti umelých sladidiel.

Predpokladali sme, že pacienti v ČR majú vyššiu úroveň vedomostí, ako pacienti na Slovensku. Vychádzali sme zo skutočnosti, že pacienti v Českej republike sú opakovane reedukovaní, nakoľko zdravotné poisťovne plne hradia v Čechách každú edukáciu, na rozdiel od Slovenska, kde sa hradí len prvá edukácia a edukácia pri zmene liečby u diabetika. Na zber empirických údajov sme použili anonymný dotazník, ktorý obsahoval 29 položiek, z toho 17 zatvorených, 11 polootvorených a 1 otvorenú. Distribuovaných bolo 120 dotazníkov zámerným výberom dospelým ambulantným pacientom s diagnózou diabetes mellitus, ktorí súhlasili s realizáciou prieskumu. Návratnosť dotazníkov bola 100 %. Súbor respondentov tvorilo 60 diabetikov z Čiech a 60 diabetikov zo Slovenska. Odpovede respondentov sme spracovali kvantitatívne v tabuľkách a grafoch a kvalitatívne.

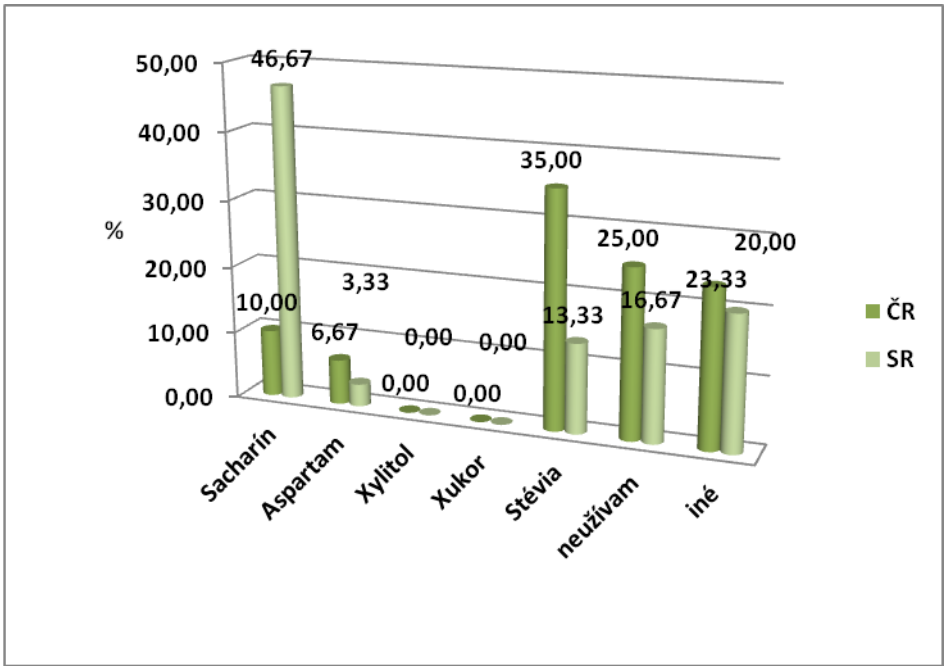
Prieskum v ČR sa realizoval v dvoch diabetologických ambulanciách v Havlíčkovom Brode a prieskum v SR tiež v dvoch diabetologických ambulanciách, v Komárne a v Hurbanove. Z celkového počtu respondentov z ČR malo 21,67 % základné vzdelanie, 41,67 % odborné vzdelanie bez maturity, 30 % stredoškolské s maturitou a vysokoškolské dosiahlo 6,67 % respondentov. 33,33 % respondentov zo SR malo základné vzdelanie, odborné vzdelanie bez maturity malo 40 % respondentov, 21,67 % respondentov ukončilo strednú školu s maturitou a vysokoškolské vzdelanie malo 5 % respondentov. Zastúpenie respondentov z hľadiska dĺžky ich ochorenia bolo nasledovné: 28,33 % respondentov z ČR a 21,67 % respondentov zo SR malo diagnostikované ochorenie DM od 0-5 rokov, 31,67 % opýtaných z ČR a 25 % opýtaných zo SR má ochorenie DM od 6-10 rokov, 6,67 % respondentov z ČR a 23,33 % respondentov zo SR malo diagnostikovanú chorobu DM 11-15 rokov, viac ako 15 rokov mali cukrovku diagnostikovanú 33,33 % respondentov z ČR a 30 % respondentov zo SR. Všetci respondenti zhodne potvrdili, že boli edukovaní o diabetickej diéte, ako aj o náhradných sladidlách. Na základe výsledkov prieskumu môžeme konštatovať, že pacientov v ČR edukujú viac lekári, v porovnaní zo SR, kde edukujú pacientov frekventovanejšie sestry. Analýza výsledkov poukázala na nedostatočnú úroveň vedomostí o náhradných sladidlách na Slovensku aj v Čechách. V položke 20 dotazníka sme zisťovali vedomosti respondentov o energetickej hodnote umelých a prírodných sladidiel. Z odpovedí konštatujeme, že 66,67 % respondentov v ČR neidentifikovalo rozdiel energetickej hodnoty medzi umelými a prírodnými sladidlami, respondenti zo SR určili nesprávne rozdiel medzi umelými a prírodnými sladidlami v 51,67 %. Podotýkame, že správne odpovedali predovšetkým ženy. Poznatky odôvodňovali tým, že potrebujú mať dostatok informácií kvôli vareniu (Graf 1).



Graf 1 Rozdiel medzi umelými a prírodnými sladidlami z hľadiska energetickej hodnoty

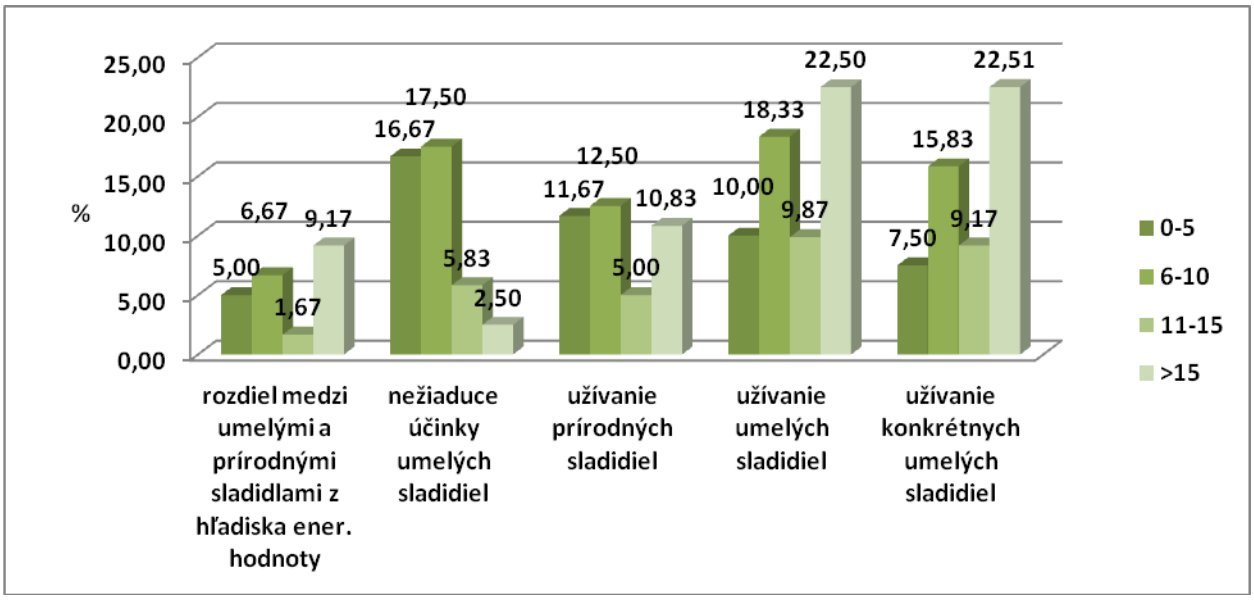
Položkou 22 dotazníka sme zisťovali užívanie prírodných sladidiel. 45 % respondentov z ČR a 35 % respondentov zo SR uviedlo, že užíva prírodné sladidlá. Ostatní respondenti uviedli zápornú odpoveď, z čoho usudzujeme, že užívajú buď umelé sladidlá, alebo sladidlá vôbec neužívajú. Zistili sme, že 55 % respondentov z ČR a 65 % respondentov zo SR uviedlo užívanie umelých sladidiel.

Položkou 24 sme chceli overiť údaje uvádzané respondentmi v predchádzajúcich položkách, vymenovaním konkrétnych náhradných sladidiel. Preukázalo sa, že respondenti nevedia konkretizovať umelé a prírodné sladidlá (Graf 2).



Graf 2 Užívanie konkrétnych náhradných sladidiel

V prieskume sme predpokladali, že existuje významná závislosť medzi dĺžkou ochorenia a úrovňou vedomostí respondentov o náhradných sladidlách.



Graf 3 Súvislosť medzi dĺžkou ochorenia a úrovňou vedomostí diabetikov o náhradných sladidlách

Na položku 20, ktorá znela: Aký je rozdiel medzi umelými a prírodnými sladidlami? správne a najpočetnejšie odpovedali respondenti, ktorí sa na cukrovku liečia viac ako 15 rokov. Konštatujeme však nespokojnosť, pretože respondenti tvorili iba 9,17 % z celkového počtu respondentov. Vedomosti o nežiaducich účinkoch umelých sladidiel preukázalo 17,50 % pacientov s DM od 6 do 10 rokov. Identifikovali sme u iných skupín pacientov s DM významný nedostatok vedomostí o nežiaducich účinkoch umelých sladidiel.

12,50 % respondentov, ktorí sa liečia na DM 6-10 rokov označilo užívanie prírodných sladidiel a užívanie umelých sladidiel uviedlo 22,50 % respondentov liečených na DM viac ako 15 rokov (Graf 3).

Z výsledkov prieskumu preukázateľne vyplýva, že respondenti nepoznajú umelé a prírodné sladidlá v dostatočnej miere. Ako problém sa vynára nedostatočná edukácia, resp. nezáujem respondenta o vlastnosti užívaných náhradných sladidiel. Je zarážajúce, že respondenti nevedeli, ktorý druh náhradného sladidla požívajú, napriek tomu, že na každom balení je uvedený názov a zloženie daného náhradného sladidla.

Záver

Môžeme konštatovať, že diabetici preukázali nedostatok vedomostí o náhradných sladidlách. Edukácie pomocou konverzačných máp sa zúčastnilo v Čechách 30 % respondentov a na Slovensku 10 % respondentov. Záujem o spomínanú metódu edukácie prejavilo v ČR 30 % respondentov a na Slovensku 21,67 % respondentov.

Záverom chceme vyzdvihnúť dôležitosť edukácie pacientov s DM. Nie je však dôležitý počet edukácií, ale forma a metóda, akými bude pacient edukovaný. Efektívne edukovaný pacient prispieva svojim postojom a správaním sa k celkovému zlepšeniu svojho zdravotného stavu.

Na základe získaných faktov z prieskumu sme dospeli k nasledovným odporúčaniam pre ošetrovateľskú prax:

- aktívne motivovať pacientov s DM k reedukácii, teda opakovanej účasti na edukačných aktivitách – napr. zabezpečiť v diabetologických čakárňach videonahrávky z edukácií, z ktorých si pacient môže vybrať tému, ktorá ho konkrétne zaujíma,
- vyhradiť v konkrétny deň dve hodiny týždenne v diabetologických ambulanciách na edukáciu pre určitú skupinu s možnosťou edukovať aj príbuzných,
- vytvoriť na internete stránku edukácií z príslušnej diabetologickej ambulancie, k nahliadnutiu pacientov kedykoľvek na témy: napr. „Základné princípy diabetickej diéty, Energetický obsah stravy, Sladidlá, ...“,
- vytvoriť a distribuovať edukačný materiál o náhradných sladidlách do čakární diabetologických ambulancií,
- podporiť sestry pracujúce v diabetologických ambulanciách k nadviazaniu spolupráce s podpornými skupinami diabetikov,
- oboznámiť sa s edukáciou diabetikov metódou konverzačných edukačných máp a využívať tieto mapy v praxi.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BEŇO, I. 2008. *Náuka o výžive.* 2.vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2008. 163 s. ISBN 80-8063-126-3.

HERCEG, P. a kolektív. 2013. *Dia šlabikár.* [online]. Prvé vydanie. Vydalo: Združenie rodičov a priateľov diabetických detí, J. Wolkera 31/14, 052 05 Spišská Nová Ves, 2013. 121 s. ISBN 978 – 80 – 971415 – 1 – 6. [cit. 2014-04-20]. Dostupné na internete: https://www.google.sk/?gws_rd=ssl#q=dia+%C5%A1labik%C3%A1r%2C

KUNOVÁ, V. 2011. *Zdravá výživa.* 2. vyd. Praha: Grada Publising. 2011. 140 s. ISBN 978-80-247-3433-0.

MICHÁLEK, J., ŠTEFÁKOVÁ, M. 2005. *Diagnóza: Cukrovka.* Bratislava: Vydavateľstvo KONTAKT, 2005. 176 s. ISBN 80-968985-2-3.

NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve.* Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978- 80-8063- 321-9.

PATAKY, Z. 2013. Edukácia o diabete má byť celoživotný proces. In: *Diabetik.* ISSN 1336-0426, 2013, roč.12, č. 1, s. 20.

ZÁVODNÁ, V. 2002. *Pedagogika v ošetrovateľstve.* Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2002, 96 s. ISBN 80-8063-108-5.

Kontaktná adresa autora/spoluautorov

FZaSP sv. Ladislava Nové Zámky, ul. Slovenská 11/A, 940 34 Nové Zámky

PhDr. Zuzana Bystrická Zuzana.Bystricka@azet.sk

PhDr. Lívia Kollárová, PhD. livia.kollar@gmail.com

doc. PhDr. Monika Jankechová, PhD. jankechova.monika@gmail.com

SUBJEKTÍVNA POHODA A SPOKOJNOSŤ SESTIER V ZAMESTNANÍ

DIMUNOVÁ Lucia, BEDNAREK Anna

Abstrakt

Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti je závislá od viacerých faktorov ako je osobnosť sestry, zvládanie záťaže, materiálno-technické vybavenie a pod. Ako veľmi významný faktor vplývajúci na prácu sestry vnímame subjektívnu pohodu a spokojnosť sestier v zamestnaní. *Cieľ:* Cieľom príspevku je zistiť mieru prežívania subjektívnej pohody sestier a ich spokojnosť v zamestnaní. *Metodika:* Súbor tvorilo 86 sestier pracujúcich v klinickej praxi. Na zber dát sme využili dva dotazníky-SEHP, EWCS. Údaje boli spracované v programe SPSS. *Výsledky*: V rámci hodnotenia emocionálnej habituálnej subjektívnej pohody u sestier prevládajú pozitívne pocity nad negatívnymi. V oblasti subjektívnej pohody sestry uvádzajú taktiež prevahu pozitívnych pocitov prežívania avšak odpovede naznačujú aj absenciu plného pocitu energie, čo môže byť príznakom pracovného vyčerpania. Celkovo uvádzali sestry spokojnosť v zamestnaní, najmä v medziľudských vzťahoch. Vyjadrili však nesúhlas s adekvátnym finančným ohodnotením ich práce. *Záver:* Výsledky výskumu ukazujú potrebu naďalej upriamovať pozornosť na identifikáciu faktorov v oblasti pracovných podmienok, ktoré môžu výrazne vplývať na subjektívnu pohodu sestier.

Kľúčové slová: Sestry. Spokojnosť. Subjektívna pohoda.

Úvod

Subjektívna pohoda (well-being) je originálny psychologický koncept. Najviac preferovaným autorom teórie subjektívnej pohody je Diener et al. (1985), podľa ktorého subjektívna pohoda pozostáva z dvoch komponentov. Emocionálny alebo afektívny komponent a kognitívno-evaluatívny komponent. Emocionálny komponent sa dá rozdeliť na dva parciálne komponenty a to pozitívny a negatívny afekt. Kognitívno-evaluatívny komponent zahŕňa globálnu (všeobecnú) spokojnosť so životom a spokojnosť s rozličnými špecifickými oblasťami života. Džuka (2002) uvádza, že pri súčasnej úrovni poznania konštrukt subjektívnej pohody možno označiť ako afektívne hodnotenie subjektu, ktorého základom je biologická homeostáza.

Iný pohľad ponúka Fahrenberg et al. (2011), ktorý definuje spokojnosť so životom ako individuálne hodnotenie minulých a súčasných podmienok života a očakávanej životnej perspektívy. Jedná sa o desať oblastí života a individuálnej spokojnosti s nimi: zdravie, práca a povolanie, finančná situácia, voľný čas, manželstvo a partnerstvo, vzťah k vlastným deťom, spokojnosť so sebou, sexualita, priatelia, známy, príbuzní a bývanie. Subjektívna pohoda je silne závislá na aktuálnom emočnom stave. Pri hodnotení subjektívnej pohody popisujeme dve polohy a to habituálnu subjektívnu pohodu (charakterové črty človeka, podmienky prostredia, pocit zo seba samého) a aktuálnu subjektívnu pohodu (bezprostredný vplyv okolia, úspech z činnosti, fantázia, nálada) (Aštary, Bocko, 2014). Na subjektívnu pohodu majú vplyv vonkajšie a vnútorné determinanty. K vonkajším radíme sociodemografické a socioekonomické faktory. K vnútorným determinantom patrí najmä sebahodnotenie.

Profesia sestry je v mnohých prípadoch spájaná s faktormi, ktoré môžu negatívne zasahovať do rôznych oblastí života sestier (Gurková a kol., 2013). Sestry sa starajú o pacienta 24 hodín denne nielen po fyzickej, ale aj po psychickej stránke. Pri tejto starostlivosti vstupujú do vzájomných vzťahov nielen s pacientom, ale aj s inými sestrami, lekármi a nadriadenými. Sestry v rámci pracovného procesu uplatňujú prvky kritického myslenia (Kilíková, 2013). V rámci pracovného procesu sa prispôsobujú legislatívnym zmenám a ako najpočetnejšia skupina zdravotníckych pracovníkov môžu významným spôsobom ovplyvniť funkčnosť nového systému poskytovania zdravotnej starostlivosti (Hulková, 2012). Pracujú v nepretržitej prevádzke v prostredí, ktoré prináša rôzne riziká, dostávajú sa do rôznych zložitých situácií. Ako najviac stresujúce sú pracovné preťaženie, práca v časovej tiesni, stretávanie sa s umierajúcimi pacientmi a smrťou, vyrovnávanie sa s emocionálnymi potrebami pacientov a ich rodín. (Sováriová Soósová,Varadyová, 2012). Na psychickú a fyzickú záťaž sestier má vplyv aj typ oddelenia, zdravotný stav pacientov, počet sestier v pracovnej zmene, počet pomocného zdravotného personálu, dostupnosť pomôcok či organizácia práce (Sušinková, Sováriová Soósová, 2011).

Subjektívna pohoda sestier bola skúmaná vo vzťahu k viacerým oblastiam súvisiacich s výkonom povolania sestry. Najčastejšie sa výskumy zameriavajú na pracovné podmienky, prácu na zmeny (Hasselhorn et al., 2003) a dĺžku praxe (Cimete et al, 2003). Na subjektívnu pohodu sestier vo vzťahu k pracovnej spokojnosti sa zamerali autori Gurková et al., 2012). Výsledky ich výskumu naznačujú, že existuje vzájomný vzťah medzi prácou a inými oblasťami nášho života (napr. rodinným životom, vzťahmi v komunite, zdravím a pod.).

Cieľ

Identifikovať mieru prežívania (pocitov) subjektívnej pohody sestier v pracovnom procese. Nasledujúcim cieľom bolo zistiť aktuálnu spokojnosť sestier v ich zamestnaní.

Metodika

Na zber údajov sme využili kvantitatívnu metódu dotazníka. Celkovo respondenti odpovedali na otázky z dvoch štandardne využívaných dotazníkov a na záver uvádzali demografické údaje.

Na zhodnotenie subjektívneho prežívania pocitov pohody sme využili dotazník Emocionálnej habituálnej subjektívnej pohody – SEHP (Džuka, Dalbert, 2002). Dotazník tvorí škála, ktorá popisuje pozitívne a negatívne pocity človeka a využíva sa pri štúdiách na zistenie emocionálneho prežívania. Dotazník tvorí desať položiek. Pozitívne rozpoloženie zahŕňa: radosť, šťastie, pôžitok a telesnú sviežosť. Negatívne rozpoloženie zahŕňa: hanbu, pocit viny, strach, smútok, bolesť a hnev. Respondenti vypovedali na šesťstupňovej škále od 6 (takmer vždy) po 1 (takmer nikdy), ako často prežívajú uvedené emócie v poslednom období. Dosiahnuté hodnoty vyššie ako 3,5 znamenajú častejšie prežívanie emócií či už pozitívnych alebo negatívnych.

Mieru subjektívnej pohody sme zisťovali aj otázkami z dotazníka EWCS – Fifth European Working Conditiions Survey (Výrost, 2012). Respondenti mali posúdiť päť výrokov, ako sa cítili za obdobie posledných dvoch týždňov všeobecne. Zo šiestich možností bolo možné označiť iba jednu. Smer skórovania v škále možno interpretovať tak, že čím je dosiahnuté skóre respondenta v škále nižšie, tým je miera jeho subjektívnej pohody vyššia.

V ďalšej časti dotazníka boli otázky zamerané na oblasť spokojnosti v zamestnaní. Respondenti mali posúdiť šesť výrokov, do akej miery súhlasia resp. nesúhlasia s nasledujúcimi vyjadreniami. Škála spokojnosti v zamestnaní je časť z dotazníka, ktorý bol použitý v EWCS – Fifth European Working Conditiions Survey (Výrost, 2012). Smer skórovania v škále možno interpretovať tak, že čím je dosiahnuté skóre respondenta v škále nižšie, tým je miera jeho spokojnosti v zamestnaní vyššia.

Zber dát bol realizovaný v roku 2014. Celkovo bolo distribuovaných 140 dotazníkov. Návratnosť bola 62%. Skúmaný súbor tvorilo 86 sestier pracujúcich v prešovskom kraji. Na vyhodnotenie zozbieraných dát bol použitý software IBM SPSS Statistic 15.0. Dáta boli analyzované metódami deskriptívnej štatistiky.

Výsledky a diskusia

Priemerný vek sestier bol 43,94 rokov SD±3,15. Minimálny vek bol 24 rokov a maximálny 60 rokov. Priemerná dĺžka praxe bola 22,96 roka SD± 5,36 pričom minimálna dĺžka bola 4 roky a maximálna 36 rokov.

Pracovné zaradenie sestier sme sledovali podľa práce na zmeny. V jednozmennej prevádzke pracuje n=50 sestier a dvoj a trojzmennej prevádzke pracuje n=36 sestier.

SEHP - dotazník Emocionálnej habituálnej subjektívnej pohody

Pri hodnotení subjektívnej pohody je dôležité vyjadrenie ako sa zvyčajne ľudia cítia, čo prežívajú. Svoje odpovede respondentky vyjadrovali v podobe pozitívnych a negatívnych pocitov (dotazník SEHP). Tabuľka 1 obsahovala 4 pozitívne a 6 negatívnych pocitov. Z výsledkov vyplýva, že z negatívnych pocitov sestry vo svojej práci občas pociťujú strach, bolesť, smútok a najmenej pociťujú hanbu a pocit viny. Pri výbere pozitívnych emócií si sestry najčastejšie vyberali možnosť „občas“. V tabuľke 2 je uvedená frekvencia prežívania pozitívnych a negatívnych pocitov u sledovaného súboru. Môžeme konštatovať, že sestry častejšie prežívajú pozitívne a menej často negatívne emócie. Nami zistené výsledky sú porovnateľné zo zisteniami autorov Gurková et al., (2013).

Tab. 1 Hodnotenie emocionálnej subjektívnej pohody sestier

Stavy	takmer vždy (n)	veľmi často (n)	často (n)	občas (n)	málo kedy (n)	takmer nikdy (n)
hnev	3	4	14	33	24	8
pocity viny	0	0	3	17	38	28
pôžitok	3	6	12	33	18	14
hanbu	1	1	2	9	23	50
telesnú sviežosť	7	8	12	28	21	10
strach	1	2	10	42	14	17
bolesť	0	2	8	37	14	25
radosť	10	12	25	27	9	3
smútok	1	3	9	37	22	14
šťastie	7	13	25	30	7	4

Tab. 2 Prežívanie pozitívnych a negatívnych emócií

	priemer (±SD)
Pozitívne emócie	3,21 ±0,89
Negatívne emócie	2,26±0,54

Miera subjektívnej pohody - dotazník EWCS

Pre objektívnosť hodnotenia subjektívnej pohody je metodicky vhodné overiť vyjadrenia respondentov. V nami sledovanom súbore mali sestry vyjadriť svoje pocity za obdobie posledných dvoch týždňov. V tabuľke 3 je uvedená interpretácia odpovedí respondentov v absolútnej početnosti. Možno konštatovať, že pozitívnejšie hodnotenie subjektívnej pohody udávajú sestry v položkách kde vyjadrujú, že sa cítia v dobrej nálade, aktívne a ich každodenný život je naplnený vecami, ktoré ich zaujímajú. Rovnomerné rozloženie negatívnych a pozitívnych pocitov je v položke kde vyjadrujú názor, že sa cítia pokojné, uvoľnené. Neuspokojivé výsledky môžeme konštatovať pri výroku, kde sestry uvádzali, že sa necítia po prebudení svieže a plné energie, čo môže byť jedným z významných faktorov vyčerpania sestier, ktoré vedie až k syndrómu vyhorenia.

Tab. 3 Miera subjektívnej pohody - dotazník EWCS

Výroky	po celý čas (n)	väčšinou (n)	viac ako polovicu času (n)	menej ako polovicu času (n)	občas (n)	nikdy (n)
„Cítila som sa veselo a v dobrej nálade“	5	35	17	9	17	3
„Cítila som sa pokojná, uvoľnená“	4	30	17	11	20	4
„Cítila som sa byť aktívna, plná energie“	6	34	15	8	17	6
„Prebúdzala som sa svieža, plná energie“	4	25	11	8	31	7
„Môj každodenný život bol naplnený vecami, ktoré ma zaujímajú“	3	46	11	8	18	0

Spokojnosť v zamestnaní - dotazník EWCS

Sestry v tejto časti dotazníka odpovedali na výroky, ktoré boli zamerané na vyjadrenie spokojnosti v zamestnaní. V tabuľke 4 sú uvedené odpovede respondentov v absolútnej početnosti. Zisťovali sme, či sestry cítia istotu pracovného miesta. V nami sledovanom súbore sa ukázalo, že sestry sa necítia byť ohrozené stratou pracovnej pozície, čo nie je v zhode s viacerými štúdiami (Gurková et al., 2013; Vévodová et al., 2010); Hasselhorn et al., 2003).

Vyjadrenia respondentov v nami sledovanom súbore je možné odôvodniť aj skutočnosťou, že v regióne kde žijú je vysoké percento nezamestnanosti a vysoký dopyt práve o obsadenie pracovnej pozície sestry. Na základe odpovedí respondentov možno konštatovať, že vyššiu spokojnosť v zamestnaní vyjadrujú sestry, ktoré majú na pracovisku dobré medziľudské vzťahy a sú motivované k lepším pracovným výkonom. Až dve tretiny sestier vyjadrili nesúhlas s adekvátnym finančným ohodnotením ich práce. V súčasnosti je na Slovensku aktuálnym problémom nedostatočné finančné ohodnotenie, ktoré sa rieši na vládnej i mimovládnej pozícii. Túto skutočnosť odzrkadľujú aj nami zistené výsledky. Výsledky nášho výskumu sa zhodujú s názorom autoriek Kožuchová, Vargová (2015) na potrebu skúmania pracovnej spokojnosti sestier so zameraním sa na identifikáciu faktorov determinujúcich tento multidimenzionálny fenomén.

Tab. 4 Spokojnosť sestier v zamestnaní

Výroky	rozhodne súhlasím (n)	súhlasím (n)	ani/ani (n)	nesúhlasím (n)	rozhodne nesúhlasím (n)
„Môžem prísť v nasledujúcich 6 mesiacoch o prácu?“	3	4	31	29	19
„Som za svoju prácu dobre platená“	4	12	17	28	25
„Moja práca mi ponúka dobré vyhliadky na postup“	1	7	30	38	10
„V tejto organizácii sa cítim ako doma“	9	31	24	17	5
„V práci mám veľmi dobrých priateľov“	11	37	26	11	1
„Som motivovaná k najlepším pracovným výkonom“	12	26	11	27	10

Záver

Subjektívna pohoda sestier je v mnohých ohľadoch individuálna problematika, ktorá je podmienená pracovnými podmienkami. Často je ovplyvňovaná rôznymi faktormi ako sú vek, dĺžka praxe, pracovisko a typ osobnosti sestry. Vzťahom osobnej pohody a stresormi sestier sa zaoberali aj českí autori Drozdová, Kebza (2011), ktorý ako najvýznamnejšie stresory sestier identifikovali interpersonálne vzťahy, nedostatočné finančné ohodnotenie, nadmernú pracovnú záťaž a únavu.

V nami sledovanom súbore sa potvrdil pocit nedostatočného finančného ohodnotenia avšak dobré interpersonálne vzťahy dodávajú pocit spokojnosti sestier v zamestnaní. Je zaujímavé, že napriek všetkým náročným podmienkam, ktoré sestry pri výkone svojho povolania prekonávajú, prevládajú v práci sestier pozitívne pocity. Subjektívnu pohodu u sestier možno zvyšovať aj prostredníctvom pravidelnej fyzickej aktivity, ktorá prináša celkovú pohybovú schopnosť, pôžitok z cvičenia a príjemné pocity (Štefková, 2012).

Subjektívna pohoda do istej miery závisí od povahy osobnosti, ako aj od prístupu k danej situácii, miery asertivity a empatie. Z nášho výskumu môžeme interpretovať skutočnosť, že motivácia u sestier je vyvážená s kladným aj záporným vyjadrením, z čoho vyplýva, že sestry môžu hľadať viac zdrojov pre jej udržanie, aby sa ich motivácia navýšila. Sestra pri vykonávaní svojho povolania uplatňuje prirodzené danosti, svoje hodnoty a postoje uvádzajú Raková, Rusňáková (2009), očakáva sa od nej pripravenosť na plnenie nových úloh. Cieľom samotných sestier a najmä zamestnávateľov by mala byť snaha o zabezpečenie čo najlepšej subjektívnej pohody v zamestnaní, čo má dopad najmä na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

AŠTARY, M., BOCKO Š. 2014. *Subjektívna pohoda*. [online], . [cit. 2015-08-12]. Dostupné na: <https://prezi.com/0nqagxddtaah/subjektivna-pohoda>.

CIMETE, G., GENCALP, NS. KESKIN, G. Quality of life and job satisfaction of nurses. In *Journal of Nursing Care Quality*. 2003; 18(2):151-158.

DIENER, E. et al. The Satisfaction with Life Scale. Journal of Personality Assessment, 1985; 49(1):71-75.

DROZDOVÁ, R., KEBZA, J. 2011. V. Well-being and its selected psychosocial and behavioural veriables in a sample of nurses. In *Československá psychologie*. 2011;55(4): 289-305.

DŽUKA, J., DALBERT, C. 2002. Vývoj a overenie validity škál emocionálnej habituálnej subjektívnej pohody. In *Československá psychologie.* 2002; XLVI(3):234-250.

FAHRENBERG, J. 2011. Psychologische Interpretation. Biographien-Texte-Tests. [online]. [cit. 2015-08-12]. Dostupné na: < http://www.jochen-fahrenberg.de/uploads/media/e-Buch-Psychologische-Interpretation-2011_01.pdf>.

GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. et al. 2013. Subjektívna pohoda českých a slovenských sestier a ich úvahy o odchode. *In Ošetřovatelství a porodní asistence*. 2013; 4(4):664-669.

HASSELHORN HM., et al.2003. *Working Conditions and Intent to Leave the Profession among Nursing Staff i Europe.* Working Life Research Report 7, National Institute for Working Life, Stockholm, 2003.

HULKOVÁ, V. 2012. Dopad legislatívnych zmien v ošetrovateľstve súvisiacich s reformou zdravotníctva na jednotlivé typy zdravotníckycgh zariadení v Slevenskej republike. In Kopáčiková, M., Cetlová, L. (eds.) *Jihlavské zdravotnícke dny*. Jihlava: VŠPJ, 2012. s. 299-308. ISBN 978-80-8705-52-8.

KILÍKOVÁ, M. 2013. *Teória manažmentu v ošetrovateľstve*. 1. vydanie. Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2013. 391 s. ISBN 978-80-260-3845-0.

KOŽUCHOVÁ, M., VARGOVÁ, A. 2015. Vybrané faktory pracovnej spokojnosti slovenských sestier. In *European Journal of Nursing and Midwifery*. 2015; 6(2):260-226.

RAKOVÁ, J., RUSŇÁKOVÁ, V. 2009. Aplikácia vybraných konceptuálnych modelov v komunitnom ošetrovateľstve. In Bérešová, A., Šrámka, M. (eds.) *Kvalita života a zdravia*, Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2009. s. 215-220. ISBN 978-80-89271-65-8.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., VARADYOVÁ A. 2012. Stres v práci sestry a možnosti jeho redukcie. *In Monitor medicíny SLS*. ISNN 1338-2551, 2012, č. 1-2.

SUŠINKOVÁ, J., SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. 2011. Záťaž sestier v súvislosti s uspokojovaním ľudských potrieb v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Ošetrovateľstvo - Pohyb – Zdravie*. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 2011. s.194-203. ISBN 9788080754877.

ŠTEFKOVÁ, G., SHAFOUT, R. 2012. Fyzická aktivita študentov medicíny vo voľnom čase. In Ondrušová, A. et al. (eds.) *Ošetrovateľstvo a zdravie.* Trenčín, 2012. s. 220-226. ISBN 9788080755317.

VÉVODOVÁ, J et al. Pracovní spokojenost všeobecných sester. In *Profese online*. 2010; 3(3): 207-220.

VÝROST, J. 2012. Social and personal factors of perceived work safety in the EWCS 2010 data. In *Individual and Society*, 2012. 15(1):1-19.

Kontaktná adresa autoriek:
doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta
Ústav ošetrovateľstva
Tt. SNP č.1, Košice

Bednarek Anna
Katedra i Zakład Pielęgniarstwa
Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

MANAŽMENT OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S INOU KULTÚROU

DOBSONYOVÁ Andrea, JANKECHOVÁ Monika,
KOLLÁROVÁ Lívia

Abstrakt

Zámerom predkladaného príspevku je prezentovať problematiku multikultúrneho ošetrovateľstva a najdôležitejšie aspekty kultúrne zameranej ošetrovateľskej starostlivosti. Aspekty kultúrne špecifickej ošetrovateľskej starostlivosti sme analyzovali prostredníctvom prieskumu. V empirickej časti sme identifikovali nedostatok vedomostí sestier z vyššie uvedenej problematiky, nedostatky v manažmente starostlivosti o pacientov z iných kultúr, ako aj nedostatočne vypracovaný systém zabezpečenia a kontroly kvality multikultúrnej starostlivosti. V klinickej praxi sme etablovali návrhy na krátkodobé a dlhodobé posúdenie pacienta s inou kultúrou podľa Leiningerovej modelu a návrh štandardu a auditu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s inou kultúrou.

Kľúčové slová: Etnoošetrovateľské posúdenie. Kultúra. Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti. Multikultúrne / transkultúrne ošetrovateľstvo.

Úvod

Kultúra je celistvý systém hodnôt a spoločenských noriem, ktorými sa riadia členovia danej spoločnosti a ktoré prostredníctvom socializácie odovzdávajú ďalším generáciám. Kultúra nás robí jedinečnými tvormi, každý z nás je vnímaný ako unikátny jedinec. Starostlivosť o príslušníkov z iných kultúr by mala byť kultúrne senzitívna. Nemôžeme byť k niekomu vnímaví, pokiaľ sa nezaujímame o to, prečo je pre nás „iný“. V súčasnosti sa od sestier očakáva, že budú poznať rôzne kultúry, budú pripravené na komunikáciu s príslušníkmi iných kultúr, ako aj hodnotiť aktuálny zdravotný stav pacienta vrátane potrieb súvisiacich s odlišnou kultúrou a poskytovať kultúrne zhodnú a vhodnú starostlivosť.

Sestry majú mať vedomosti z oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva pre zmysluplnú ošetrovateľskú prax. Myslíme si, že pre zabezpečenie kvalitnej multikultúrnej starostlivosti je potrebné zaviesť do praxe systém štandardov multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Jadro

„Cieľom multikultúrneho ošetrovateľstva je poskytovať kultúrne špecifickú a univerzálne praktickú starostlivosť v podpore zdravia, prípadne eliminovať rizikové situácie, choroby 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“ (Líšková, Nádaská et al., 2006, s. 19).

Moderné ošetrovateľstvo vyžaduje rešpektovanie holistického a súčasne individuálneho prístupu, ktorého cieľom je uspokojenie bio-psycho-sociálnych a spirituálnych potrieb jednotlivcov, skupín a komunít (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1994). Základom multikultúrneho prístupu v ošetrovateľstve je správna identifikácia potrieb a ich uspokojovanie. Pri realizácii ošetrovateľskej starostlivosti má veľký význam kultúrna citlivosť, t. j. rešpektovanie jedinca, uvedomenie si rôznorodosti jeho kultúrnych presvedčení a praktík s cieľom poskytnúť mu bezpečnú a kvalitnú starostlivosť modifikovaním plánu starostlivosti tak, že sa zohľadnia pacientove názory a praktiky, ktoré sú kompatibilné s jeho liečebným režimom.

Transkultúrne chápanie kompetencií v ošetrovateľstve predpokladá poznať a pochopiť odlišnú kultúru a neštandardné podmienky, posilňovať interakcie medzi sestrami a jedincami s odlišnou kultúrou, čo vyžaduje vzájomné pochopenie, poznávanie, akceptovanie, spoluprácu, ochotu vymieňať si názory, myšlienky, návrhy a možnosti riešení.

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

Pre sestry je dôležité porozumenie pojmu kultúrne odlišnosti:

- rozdiely vo vzájomnom porozumení, ktoré pramenia z jazykovej bariéry a následných komunikačných problémov, ale aj špecifiká v neverbálnej komunikácii,
- iné spoločenské zvyky a pravidlá správania sa,
- rozdielna úroveň vedomostí o zdraví a chorobe, v názoroch, presvedčeniach dotýkajúcich sa zdravia, choroby a liečebných procedúrach danej spoločnosti,
- diferencie v hodnotách, na ktorých jednotlivcovi, ale aj určitej spoločnosti záleží (Líšková, Nádaská, 2006).

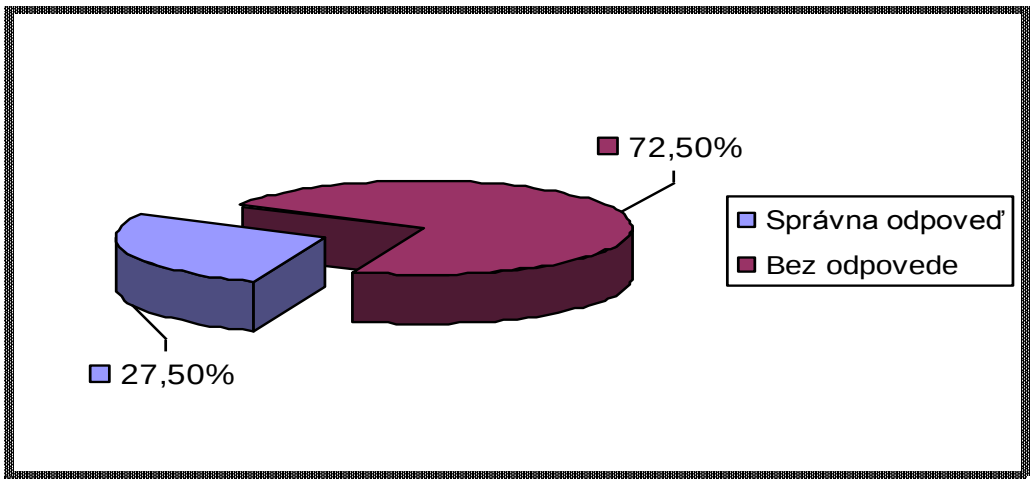
Prezentovaným prieskumom sme sa zamerali na overovanie úrovne vedomostí sestier z multikultúrneho ošetrovateľstva, ich postoje k rešpektovaniu kultúrnej odlišnosti pacientov a na existenciu systému zabezpečujúceho kvalitu poskytovania multikultúrnej starostlivosti.

Predpokladali sme, že sestry majú nedostatok vedomostí o poskytovaní špecifickej starostlivosti pacientom z iných kultúr, ako dostatok. Tiež sme v prieskume predikovali tézu, že sestry nepovažujú za potrebné poskytovať pacientom z iných kultúr špecificky kultúrne zameranú starostlivosť, ako aj tézu, že neexistujú štandardy ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov z iných kultúr. Tiež sme v klinickej praxi predpokladali absenciu systému alternatívnej komunikácie pre pacientov s jazykovou bariérou.

Prieskum sme realizovali vo FNsP v Nových Zámkoch na 23 lôžkových oddeleniach. Ako metódu prieskumu sme si zvolili štúdium odbornej literatúry na získanie prehľadu o problematike a vytvorenie teoretických východísk. Na zber empirických údajov sme použili anonymný dotazník, ktorý obsahoval 16 položiek, z toho 12 položiek zatvorených, 2 položky polootvorené a 2 otvorené položky. Distribuovaných bolo 92 dotazníkov zámerným výberom sestrám, ktoré pracovali v trojsmennej prevádzke a súhlasili s realizáciou prieskumu. Návratnosť dotazníkov bola 87 %. Súbor respondentov tvorilo 80 sestier, z toho 50 % tvorila veková kategória od 31 - do 40 rokov; 46,25 % tvorili sestry s odbornou praxou od 11 - do 20 rokov a najpočetnejšou skupinou respondentov boli sestry so stredoškolským vzdelaním so špecializáciou v zastúpení 43,75 %.

Odpovede respondentov sme spracovali kvantitatívne v tabuľkách a grafoch a kvalitatívne.

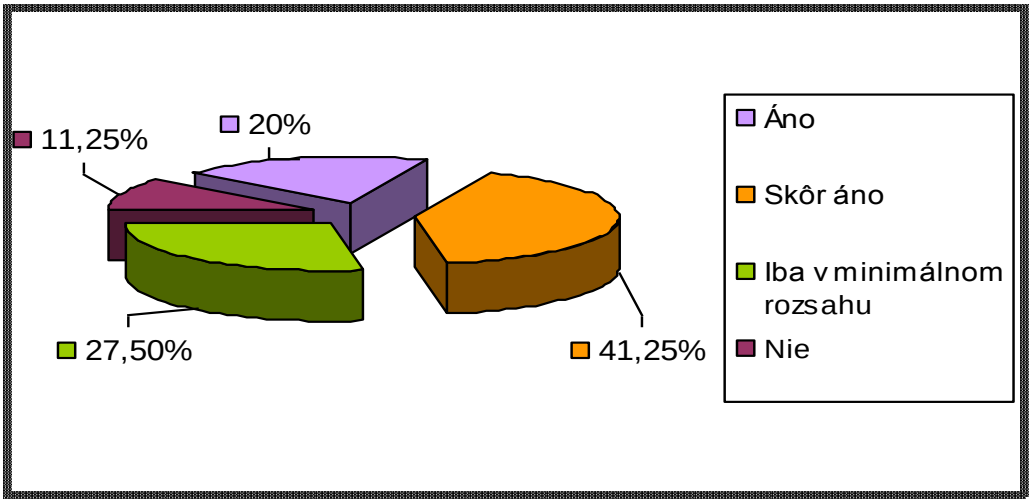
Analýza výsledkov prieskumu poukázala na nedostatok vedomostí sestier z uvedenej problematiky, identifikovala nedostatky v manažmente starostlivosti o pacientov z iných kultúr, ako aj na nedostatočne vypracovaný systém zabezpečenia a kontroly kvality poskytovanej multikultúrnej starostlivosti. Sestry však preukázali pozitívny postoj k poskytovaniu kultúrne vhodnej starostlivosti.



Graf 1 Poznanie podstaty multikultúrneho ošetrovateľstva

Položkou 6 dotazníka sme zisťovali, či považujú sestry za potrebné, aby sa ošetrovateľská starostlivosť prispôsobovala jednotlivým kultúram.

20 % sestier jednoznačne považuje za potrebné, aby sa ošetrovateľská starostlivosť prispôsobovala ku kultúre pacienta. 46,25 % sestier si myslí, že pacient má právo na poskytovanie starostlivosti v súlade s jeho kultúrnou odlišnosťou. 26,25 % sestier vyjadrilo názor, že pacient má právo na vyššie uvedenú starostlivosť len na chronických oddeleniach a 27,50 % sestier sa domnieva, že pacient s inou kultúrou sa má prispôsobiť režimu oddelenia. 73,75 % sestier si myslí, že poskytovanie kultúrne vhodnej ošetrovateľskej starostlivosti má vplyv na zlepšenie zdravotného stavu pacienta. Myslíme si, že sestry našej prieskumnej vzorky sa ešte nestotožnili s podstatou multikultúrnej starostlivosti. Príčinou nedostatočného záujmu o poskytovanie kultúrne vhodnej starostlivosti však môže byť aj nedostatok času, preťaženosť sestier a krátka doba hospitalizácie na akútnych oddeleniach, čo upriamuje pozornosť sestier predovšetkým na potreby pacienta súvisiace s akútnym ochorením a liečbou.



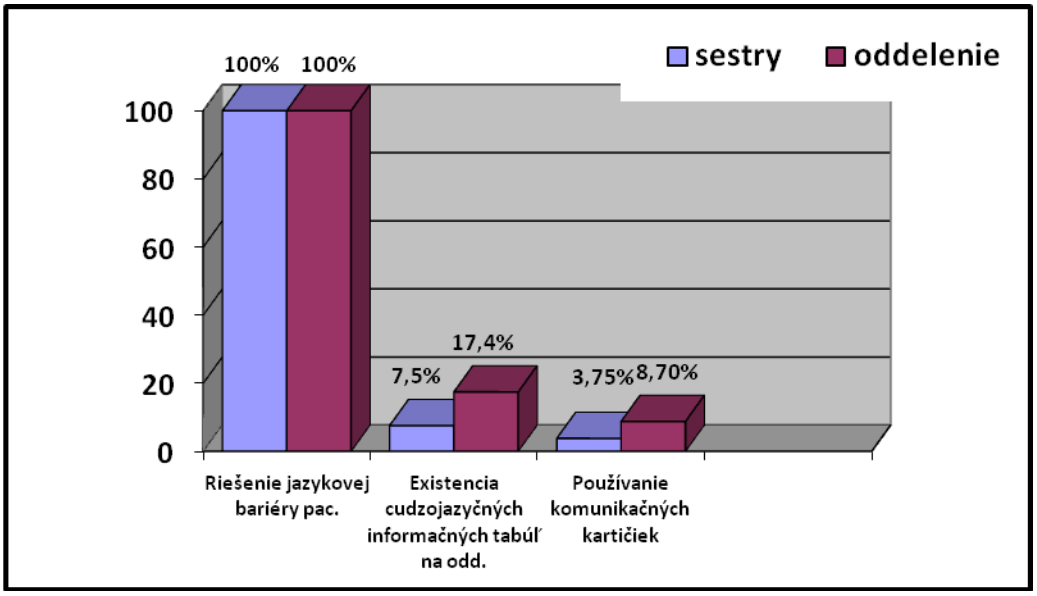
Graf 2 Názory sestier na prispôsobovanie sa ošetrovateľskej starostlivosti jednotlivým kultúram

Pozitívne hodnotíme zistenie, že 100 % sestier považuje za potrebné riešiť problém komunikačnej bariéry pacienta a 91 % opýtaných sestier uviedlo, že ich pracovisko je schopné zabezpečiť tlmočenie pacientovi v cudzom jazyku. Zistili sme, že cudzojazyčné informačné tabule nemá 83 % oddelení a alternatívny spôsob komunikácie prostredníctvom komunikačných kartičiek bohužiaľ nevyužíva 91 % lôžkových oddelení.

Na základe zistených údajov o jazykových spôsobilostiach respondentov usudzujeme, že aktívne poznanie svetových jazykov sestrami je ešte stále na neuspokojivej úrovni. Pozitívne vnímame, že sestry jednoznačne považujú za dôležité riešiť komunikačný problém pacienta. Preto je nevyhnutné, aby zdravotnícke zariadenia mali k dispozícii komunikačné pomôcky a vypracovaný systém alternatívnej komunikácie pre pacientov s jazykovou bariérou.

Tabuľka 1 Jazyková spôsobilosť respondentov prieskumu

Jazyk	Aktívna spôsobilosť		Pasívna spôsobilosť	
	n	%	n	%
Nemecký	5	6,25	20	25,00
Anglický	3	3.75	13	16,25
Ruský	8	10,00	34	42,50
Maďarský	40	50,00	18	22,50
Bez odpovede	7	8,75	7	8,75
Spolu	**63**	**78,75**	**92**	**115,00**



Graf 3 Existencia systému alternatívnej komunikácie pre pacientov s jazykovou bariérou

Na základe rozboru odpovedí respondentov prieskumu sme zistili, že:

- 100 % opýtaných sestier uviedlo, že na pracovisku / oddelení neexistuje formulár na posúdenie stavu pacienta s inou kultúrou.
- 100 % opýtaných sestier uviedlo, že na pracovisku / oddelení neexistuje vypracovaný štandard ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s inou kultúrou.
- Žiadne z pracovísk / oddelení nemá vypracovaný formulár na posúdenie stavu pacienta s inou kultúrou a tiež štandard ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s inou kultúrou.

Záver

Starostlivosť o príslušníkov z iných kultúr by mala byť kultúrne senzitívna. Návod, ako poskytovať kultúrne senzitívnu ošetrovateľskú starostlivosť ponúka teória transkultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti modelu Leiningerovej (Žiaková, K. et al., 2003).

Na základe výsledkov prieskumu sme vypracovali návrhy dokumentácie na posúdenie pacienta s inou kultúrou (PRÍLOHA A) a návrh štandardu a auditu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s inou kultúrou. Dúfame, že výsledky našej práce budú impulzom k implementácii multikultúrnej starostlivosti do ošetrovateľskej praxe a k jej ďalšiemu rozvoju. Štandardný postup slúži ako jednoznačný návod na rozhodovanie, poskytovanie a vyhodnocovanie kvalitnej kultúrne zameranej starostlivosti pre poskytovateľov, pedagógov, študentov a iných zdravotníckych odborníkov. Štandard a audit ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s inou kultúrou umožňuje zaujať postoj k viere, hodnotám, zvykom, mravom, jazyku, obradom a iným diferenciám v danej kultúre. Je potrebné, aby štandardy boli právne relevantné, racionálne, dôsledné a jasne formulované.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1, 2.* 1. slovenské vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

LÍŠKOVÁ, M., NÁDASKÁ, I. a kol. 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva.* Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. 69 s. ISBN 80-8063-216-2.

SOBOŇOVÁ, J. 2009. *Návrh štandardu manažmentu starostlivosti o jedincov iných kultúr.* Diplomová práca. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky. 86 s.

ŽIAKOVÁ, K. et al. 2003. *Ošetrovateľstvo teória a vedecký výskum*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2003. 319 s. ISBN 80-8063-131-X.

Kontaktná adresa autora/spoluautorov

FZaSP sv. Ladislava Nové Zámky, ul. Slovenská 11/A, 940 34 Nové Zámky

PhDr. Andrea Dobsonyová, andobs@centrum.sk

doc. PhDr. Monika Jankechová, PhD., jankechova.monika@gmail.com

PhDr. Lívia Kollárová, PhD., livia.kollar@gmail.com

PRÍLOHA A Návrh ošetrovateľského posúdenia pacienta s inou kultúrou

Ošetrovateľská anamnéza u pacienta s odlišnou kultúrou a náboženstvom podľa M. Leiningerovej / Typ A – rozšírené posúdenie

Meno, priezvisko: **Oslovenie:**
Rodné číslo: **Dátum narodenia:**
Pobyt na území SR :
- Adresa - prechodný pobyt:
- Adresa - trvalý pobyt: **Štátna príslušnosť**:

Etnická skupina:
Poistenie: ☐Zdravotné poistenie
☐Komerčné poistenie
☐Bez poistenia **Samoplatca:** ☐nie ☐áno
Kontaktná osoba:

Dátum prijatia: **Lekárska dg.:**

Jazyk, komunikácia
Jazyk(rodný) : **Znalosti slovenčiny:** ☐dobrá ☐slabá ☐žiadna
Spoločný komunikačný jazyk:
Tlmočník: ☐nie ☐áno: rodinný príslušník, personál, profesionál
Alternatívna komunikácia: ☐kartičky ☐piktogramy ☐slovník ☐posunky ☐iné:.....
Gestikulácia: ☐nadmerná ☐bežná ☐žiadna
Ochota komunikovať: ☐dobrá ☐obmedzená
Úroveň pochopenia informácií: ☐dobrá ☐obmedzená ☐žiadna
Vystupovanie: ☐úctivé ☐agresívne ☐hlučné ☐vystrašené ☐afektové ☐iné:.....
Iné dôležité zistenia:

Telesný vzhľad, oblečenie
Rasa: **Etnická príslušnosť:**
Oblečenie: ☐etnické ☐ klasické ☐čisté ☐znečistené ☐zapáchajúce
Potreba používania tradičného odevu: ☐nie ☐áno:.....
Hygiena tela:☐zachovaná ☐nedostatočná ☐parazity ☐kožné defekty ☐ iné:.....
Vyžadovanie intimity: ☐bežné ☐prísne
Iné dôležité zistenia:

Všeobecná súvislosť života s prostredím
Zachovávanie tradícií v domácom prostredí: ☐prísne ☐čiastočné ☐žiadne
Ochota akceptovať model života v našej krajine: ☐áno ☐čiastočne ☐nie
Úroveň prispôsobenia sa k dominantnej kultúre: ☐dobrá ☐čiastočná ☐žiadna
Vzťah k vlastnej kultúre: ☐primeraná ☐hrdosť ☐popieranie ☐pocit hanby
Pocity obmedzovania zo strany dominantnej kultúry: ☐nie ☐áno:.....
Iné dôležité zistenia:

Spôsob života v rodine, sociálne vzťahy:
Rodinný stav: **Štruktúra rodiny(počet členov):**
Rodinná väzba: ☐silná ☐bežná ☐žiadna
Dominancia, rozhodovanie v rodine:
Podávanie informácii rodine: ☐nie ☐áno – komu:.....
Reakcia rodiny na chorobu: ☐záujem ☐slabý záujem ☐nezáujem
Návštevy príbuzných: ☐nie ☐áno
Postoj k starostlivosti o člena rodiny: ☐maximálna ochota ☐primeraná ochota ☐ neochota
Postoj komunity: ☐záujem ☐nezáujem
Iné sociálne vzťahy:.....
Iné dôležité zistenia:

Náboženstvo, svetonázor, hodnoty

Náboženstvo: ☐Rímskokatolícke ☐iné kresťanské:..... ☐Židovské
☐Islam ☐svedkovia Jehovovi ☐Budhistické
☐ iné:.....

Potreba náboženských aktivít: ☐nie ☐áno.....

Náboženské predmety: ☐modlitebná knižka ☐ ruženec ☐modlitebný koberček ☐amulet
☐ iné:.....

Dodržiavanie náboženských sviatkov, rituálov: ☐ nie ☐áno:.....

Prijímanie sviatostí počas hospitalizácie: ☐nie ☐áno

Uznávané hodnoty: ☐náboženstvo ☐rodina ☐materstvo ☐vzdelanie ☐práca
☐iné:.....

Iné duchovné potreby:

Stravovanie

Diéta: **Forma stravy:** ☐normálna ☐mletá ☐kašovitá ☐tekutá

Spôsob prijatia potravy: ☐samostatne ☐kŕmenie ☐sonda

Alergia na potraviny: ☐nie ☐áno.....

Preferované jedlá: ☐nie ☐áno:.....

Zakázané jedlá: ☐nie ☐áno:.....

Zakázané nápoje: ☐nie ☐áno:.....

Potreba špeciálnej prípravy jedál: ☐nie ☐áno:.....

Pôsty: ☐nie ☐áno:.....

Stav výživy: ☐primeraný ☐nedostatočný ☐nadmerný

Iné dôležité zistenia:

Denné aktivity

Pohybový režim: ☐prísny kľud na lôžku ☐pohyb okolo postele ☐voľný pohyb

Úroveň sebestačnosti: ☐sebestačný ☐deficity:.....

Hygiena: ☐samostatne ☐s pomocou: rodiny, personálu, osoby rovnakého pohlavia

Denné rituály: ☐nie ☐áno

Záujmy: ☐ručné práce ☐čítanie kníh ☐čítanie časopisov ☐TV ☐rádio
☐iné:.....

Pohybová aktivita: ☐dostatočná ☐obmedzená ☐žiadna

Prekážky telesnej aktivity:☐bolesť ☐dušnosť ☐nezáujem ☐choroba pohybového aparátu
☐iné:.....

Kompenzačné pomôcky:.....

Iné dôležité zistenia:

Ekonomické faktory, politické a právne vplyvy

Vzdelanie:

Zamestnanie: ☐nie ☐áno

Sociálna podpora zo strany štátu: ☐ nie ☐áno

Práceneschopnosť : ☐nie ☐áno

Spôsob bývania: ☐vlastné ☐ podnájom ☐hotel ☐bezdomovec ☐iné:.....

Pobyt na našom území: ☐legálny ☐ilegálny

Oznámenie na PZ SR - Oddelenie cudzineckej polície : ☐nie ☐áno

Iné dôležité zistenia:

Postoj k zdraviu

Vnímanie vlastného zdravia: ☐zdravý ☐chorý

Zmeny v zdravotnom stave v poslednom období: ☐nie ☐áno

Postoj k chorobe: ☐trest ☐osud ☐iné:.....

Postoj k bolesti: ☐strach ☐trpezlivosť ☐trest

Tradičný systém starostlivosti : ☐ liečiteľ ☐bylinky ☐zariekanie ☐modlitby
☐akupunktúra
☐ošetrovanie rodinnými príslušníkmi
☐iné:.....

Rešpektovanie profesionálneho systému starostlivosti: ☐nie ☐čiastočne ☐áno

Dôvera k zdravotníckemu personálu: ☐áno ☐nie

Akceptácia zdravotníckej techniky v súvislosti s diagnostickými a terapeutickými výkonmi:
☐áno ☐nie

Ochota rešpektovať liečebný režim: ☐nie ☐čiastočne ☐áno

Možnosti na dodržiavanie liečebného režimu v domácom prostredí: ☐dobré
☐čiastočne vyhovujúce ☐nevyhovujúce

Predchádzajúce skúsenosti so zdravotnou starostlivosťou: ☐dobré ☐zlé ☐žiadne

Informovanosť o zdravotnom stave: ☐ úplná ☐čiastočná ☐žiadna

Zakázané zdravotnícke výkony: ☐UPT ☐transfúzia ☐amputácia ☐pitva
☐transplantácia ☐antikoncepcia ☐iné:.....

Škodlivé návyky: ☐nie ☐áno.....**Alkohol:** ☐nie ☐áno..... **Fajčenie:** ☐nie ☐áno.....**Káva:** ☐nie ☐áno..... **Lieková závislosť:** ☐nie ☐áno..... **Drogy:** ☐nie ☐áno.....

Iné dôležité zistenia:

Iné ukazovatele upozorňujúce na netradičný spôsob života:

Dátum: **Podpis sestry:**

EVALUACE KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ SESTER

DRÁBKOVÁ Klára

Abstrakt

Tématem našeho průzkumného šetření bylo zjistit, jaké jsou komunikační schopnosti sester. Kladly jsme si za cíl zjistit úroveň komunikačních schopností a znalostí sester, zjistit co ze strany sester tvoří hlavní komunikační překážku, zmapovat, zda stupeň vzdělání ovlivňuje komunikační schopnosti sester, zjistit, zda sestry při komunikaci s pacientem využívají více verbální nebo neverbální složku a zjistit, kterou techniku neverbální komunikace sestry preferují. Průzkumný soubor byl tvořen 120 sestrami, které pracovaly ve zdravotnických zařízení v Praze a Středočeském kraji. Pro průzkum byla zvolena metoda dotazníku. Cílem našeho průzkumu bylo přispět k větší informovanosti sester o problematice komunikace. Byli bychom rádi, kdyby naše práce inspirovala sestry ke kvalitnější komunikaci s pacienty a poskytla jim návod k tomu jak toho dosáhnout.

Klíčová slova: Komunikace. Pacient. Sestra.

Úvod

V lidské společnosti je komunikace základním prostředkem vzájemné existence. Doprovází každého z nás celý život. Do komunikace nezahrnujeme pouze slova, ale také gesta, pohyby nebo mimiku. Význam komunikace je nezastupitelný. Při práci s lidmi to platí tím více. Zvláštní specifika má komunikace ve zdravotnictví. Každý zdravotník je po úspěšném zakončení studia vybaven mnoha teoretickými znalostmi podpořenými školní praxí. Patrně si ale dostatečně neuvědomuje, jaká překvapení a výzvy jsou skryty při práci v kontaktu s člověkem. Zvláště s člověkem nemocným a v nesnázích. Znalost podstaty chorob a ošetřovatelských postupů naučených ve škole nestačí při vstupu do praxe. Práce s pacienty je z části založena také na tom, jak na ně působíme a jak jsme schopni naslouchat a vnímat to, co nám sdělují. Každý vystupuje sám za sebe a má za to určitou zodpovědnost. Teprve tehdy, když začneme svojí profesionální dráhu, objevíme důležitost a význam umění komunikace s nemocnými. Právě pestrost profesionální dráhy ukazuje, jak jsou lidé různí a jak jejich zdravotní stav mění možnosti komunikovat. S praxí přichází i stres, který neodmyslitelně patří k práci zdravotníka. Chvíle klidu jsou střídány náhlým přívalem neodkladných úkolů a umění rozvrhnout si práci a co nejlépe plnit to, co se od nás očekává a způsobem, který se od nás

očekává, staví na druhé straně zdravotníka do pozice, kdy se modifikují jeho schopnosti komunikace. Schopnost a umění komunikace se vyvíjí převážně zkušenostmi nabytými léty praxe. Samo prostředí zdravotnického zařízení je náročné na psychiku a velmi často si žádá řešení složitých situací. Velice snadno může dojít k různým nedorozuměním a problémům. Pacienti využívající služeb zdravotnických zařízení mají často akutní problém, trpí bolestí, strachem, nejistotou, stresem ze změněné životní situace. Potřebují proto nejen profesionální ošetření, ale i profesionální přístup, kterým lze tyto jejich nepříjemné pocity zmírnit. Zdravotnický personál bývá z tohoto důvodu vystaven velkému tlaku. Správně přistupovat k nemocnému po stránce svého chování a zároveň neopominout z odborného hlediska vše, co musí nemocnému poskytnout Nesprávně vedená komunikace bývá jednou z hlavních příčin konfliktů nebo případných stížností ze strany pacienta. Totiž, odborná stránka je samozřejmostí, vystupování zdravotníka, včetně jeho komunikačních dovedností, je právě jedno z mála kritérií, které je nemocný schopen posoudit, a tak jeho pocity ovlivňuje rychleji, bezprostředněji a má na uzdravení jako jeden z více faktorů okamžitý efekt. Právě tyto skutečnosti nás inspirovaly k výběru tématu průzkumu s cílem zjistit, jaké jsou komunikační schopnosti sester.

Cíle práce

Průzkumným problém našeho šetření bylo zjistit, jaké jsou komunikační schopnosti sester.
Následně na to, jsme se pokusili najít odpovědi na otázky:

1) jakou mají sestry úroveň komunikačních znalostí a schopnosti,
2) zjistit, co ze strany sester tvoří hlavní překážou v komunikaci,
3) zjistit, zda stupeň vzdělání sester ovlivňuje jejich komunikačních schopností,
4) zda sestry používají více verbální nebo neverbální složku komunikace,
5) zjistit, kterou techniku neverbální komunikace sestry preferují.

Naše práce by měla přispět k větší informovanosti sester o problematice komunikace. Také by měla sestrám usnadnit komunikaci s pacienty a vyhnout se případným nedorozuměním a konfliktům, které mohou během kontaktu s pacientem nastat.
Východiskem naší práce byla vlastní zkušenost, letitá konfrontace mezi teoretickými znalostmi získaných studiem, zkušeností nabytou v praxi a náročností a nezbytností komunikačních dovedností při výkonu zdravotnického povolání.

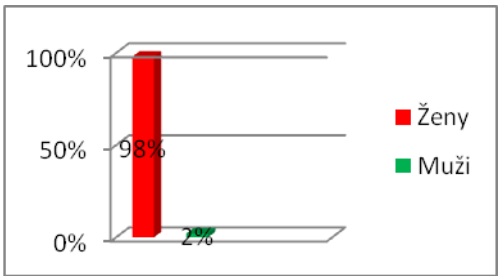
Metodika práce

Základní empirickou metodou byla forma nestandardizovaného anonymního dotazníku. Dotazník obsahoval 35 položek. Z celkového počtu položek bylo 31 uzavřených s jedinou možnou odpovědí. 2 položky byly polouzavřené, a jsou kombinací uzavřené a volné otázky. Otevřené položky jsou 2 a ponechávaly prostor na vyjádření vlastního názoru k dané problematice. Dotazník měl obecnou část, která zahrnovala demografické údaje respondentů (věk, pohlaví, délka praxe a dosažené vzdělání). Ostatní otázky byly průzkumné, a zjišťovaly informace o problematice komunikačních schopností a dovedností sester. Před vlastním průzkumem jsme realizovali pilotní průzkum s 20 respondenty. Všech 20 rozdaných dotazníků se nám vrátilo správně vyplněných. Ověřili jsme si tím srozumitelnost a jednoznačnost kladených otázek.

Charakteristika souboru

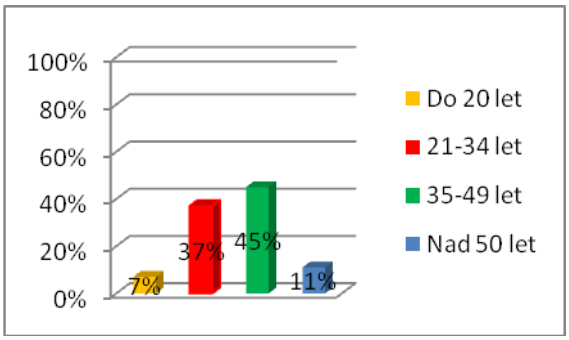
Průzkum jsme realizovali ve zdravotnických zařízeních na území Středočeského kraje a Prahy. Průzkumný soubor tvořilo 120 sester. V období od ledna 2014 do března 2014 jsme celkově distribuovali 120 dotazníků. Uvedené výsledky průzkumu ukazují, že z celkového počtu 120 (100 %) rozdaných dotazníků bylo ochotno odpovědět 114 (95 %) sester. Všechny vrácené dotazníky byly vyplněny správně, a byly použity ke zpracování. Na dotazník odpovědělo 55 sester (48 %) z oboru interního lékařství pro dospělé, 42 sester (37 %) z ambulancí praktických lékařů pro dospělé, 17 sester (15 %) z chirurgického oddělení.
Získané údaje jsme zpracovali v počítačovém programu MS Excel.

Výsledky



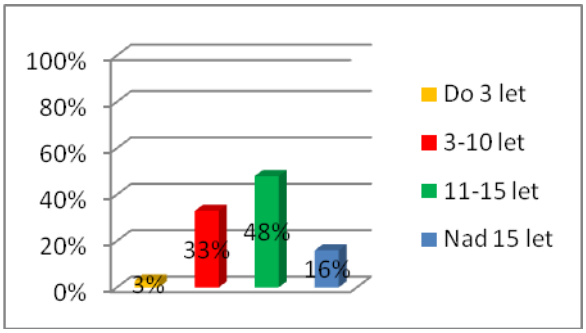
Graf 1 Pohlaví respondentů

Z analýzy celkového počtu respondentů jsme zjistily, že 98 % tvořily ženy, muži pouze 2 %.



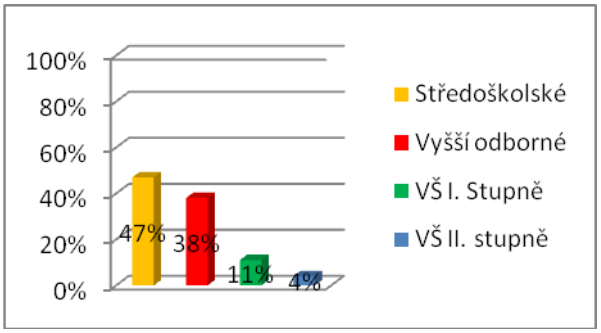
Graf 2 Věk respondentů

A analýzy věku respondentů byly patrné následující údaje: nejpočetněji zastoupenou kategorií bylo 45 % respondentů ve věku 35 – 49 let. Druhou nejpočetnější skupinu tvořilo 37 % respondentů ve věku 21 – 34 let. Respondentů ve věku nad 50 let bylo 11 % a nejméně početnou skupinu (7 %) tvořili respondenti ve věku do 20 let.



Graf 3 Délka praxe respondentů

Z hlediska délky praxe byla největší skupina – 48 % respondentů s délkou praxe 11-15 let, druhou nejpočetnější skupinou (38 %) byli respondenti s délkou praxe 3-10 let. Nejméně početnou skupinu tvořili respondenti s délkou praxe do 3 let, byla to jen 3 % z celkového počtu dotazovaného souboru.

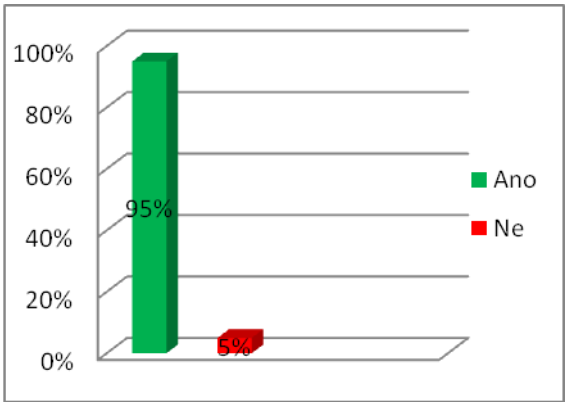


Graf 4 Vzdělání respondentů

Při analýze dosaženého vzdělání sester bylo patrné, že největší skupinu (47 %) dotazovaného souboru tvořily sestry se středoškolským vzděláním, dále následovaly sestry s vyšším odborným vzděláním (38 %). Třetí skupinu tvořily sestry s VŠ I. stupně (11 %) a poslední, nejméně početnou skupinou byly sestry s VŠ II. stupně (4 %).

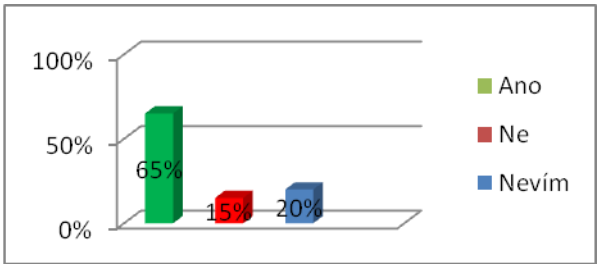
Výsledky průzkumu prezentujeme v grafickém zpracování podle jednotlivých hypotéz.

Hypotéza 1: ¾ sester má vysokou úroveň komunikačních znalostí a schopností



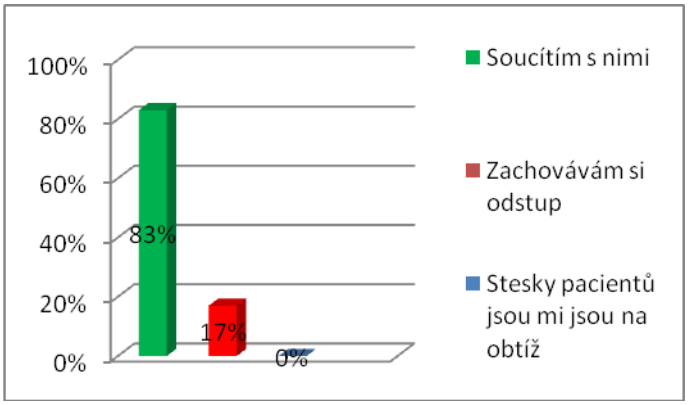
Graf 5 Vyřešení konfliktní situace na místě

Na otázku, zda v případě konfliktu s pacientem se daří situaci zdárně vyřešit na místě, odpovědělo 95 % respondentů kladně, zbytek odpověděl, že konfliktní situace se jim na místě řešit nedaří.



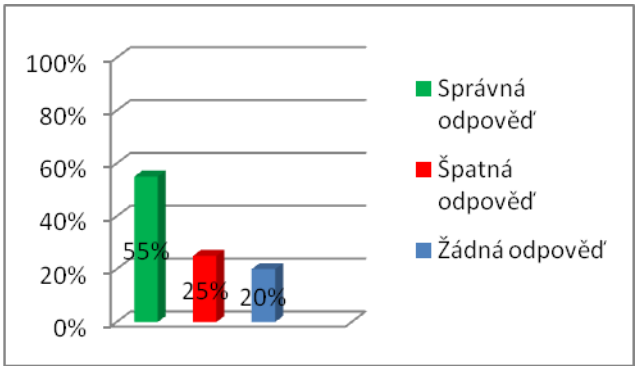
Graf 6 Potřeba dalšího vzdělání v oblasti komunikace

Další otázkou jsme si ověřovali, zda respondenti potřebují v otázkách komunikace s pacienty dále vzdělávat. 65 % respondentů odpovědělo, že potřebují v komunikačních technikách dále vzdělávat, 20 % respondentů vybralo možnost nevím a zbytek, čili 15 % respondentů odpovědělo, že své znalosti mají dostatečné a ovládají speciální komunikační techniky.



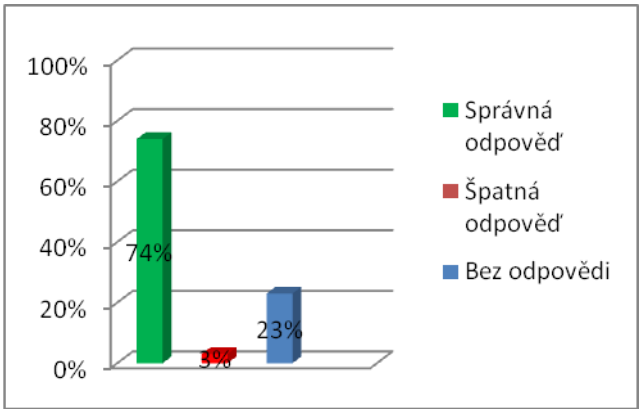
Graf 7 Dokážete s pacienty sdílet jejich prožitky?

Na otázku, zda sestry dokážou s pacienty sdílet jejich prožitky, odpovědělo 83 % respondentů kladně, 17 % dotazovaných uvedlo, že si od pacientů udržují odstup.



Graf 8 Co si představujete pod pojmem aktivní naslouchání?

Další otázka se týkala znalosti aktivního naslouchání. Jednalo se o otevřenou položku,kde každý respondent mohl odpovídat podle vlastního uvážení. 55 % respondentů odpovědělo správně, 25 % špatně, zbytek neodpověděl vůbec.

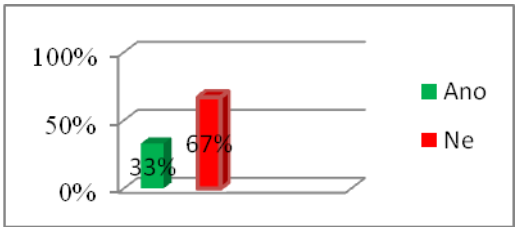


Graf 9 Dokážete vyjmenovat mimické zóny v obličeji?

Mimické zóny dokázalo vyjmenovat 74 % respondentů, 23 % neodpovědělo vůbec a 3 % dotazovaných udalo špatnou odpověď.

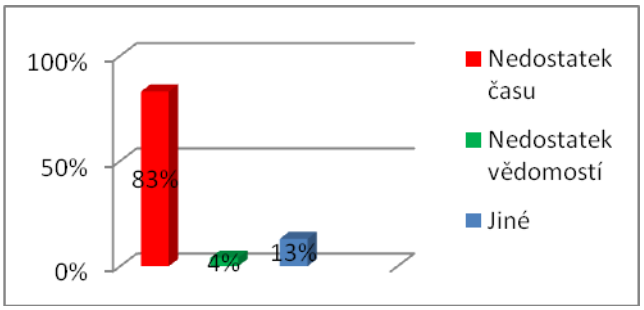
Na základě výše uvedeného můžeme zkonstatovat, že hypotéza se potvrdila.

K **hypotéze 2 „Hlavní překážkou v komunikaci je nedostatek času na rozhovory s pacienty než nedostatek vědomostí“** se vztahovaly následující položky:



Graf 10 Máte na Vašem pracovišti dostatek času na komunikaci s pacienty?

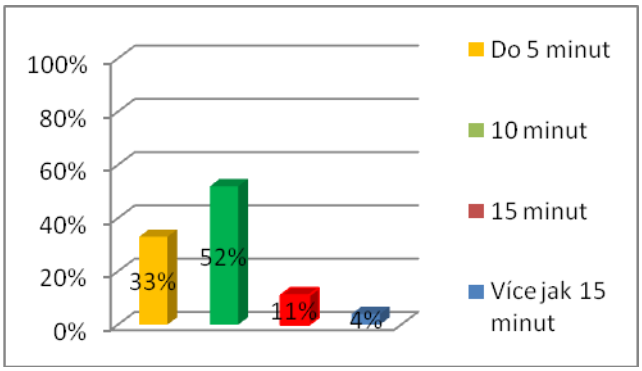
Dostatek času na komunikaci s pacienty mělo 33 % dotazovaných, naopak málo času na komunikaci mělo 67 % respondentů.



Graf 11: Co považujete během komunikace za hlavní bariéru?

Pro 83 % respondentů je hlavní komunikační bariéra nedostatek času. 13 % uvedlo jinou možnost (v hlavní míře dle udávaných odpovědí šlo o překážky ze strany pacienta – neochota ke spolupráci, arogance, nebo dokonce komunikace v cizím jazyce), 4 % respondentů označila nedostatek komunikačních zručností a vědomostí.

Z dalších průzkumných otázek vztahujících se k této hypotéze jednoznačně vyplývalo, že nedostatek času převažuje nad nedostatkem vědomostí, kdy tuto skutečnost udávalo vždy kolem 75 % respondentů.

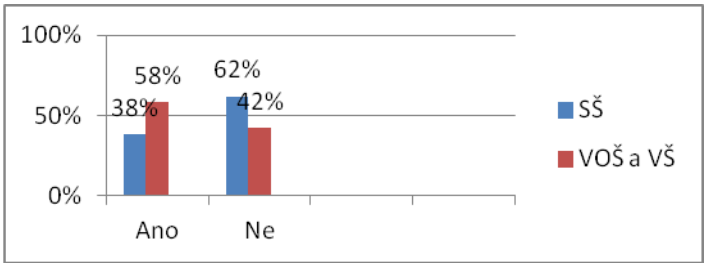


Graf 12: Kolik času věnujete průměrně v rámci rozhovoru pacientovi?

V následné otázce jsme se ptali na průměrný čas, který sestra věnuje rozhovoru s pacientem. Nejpočetnější skupinu tvořil časový interval 10 minut, který udalo 52 % respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo do 5 minut, tu označilo 33 % respondentů. Odpověď více jak 15 minut označila pouhá 4 % respondentů.

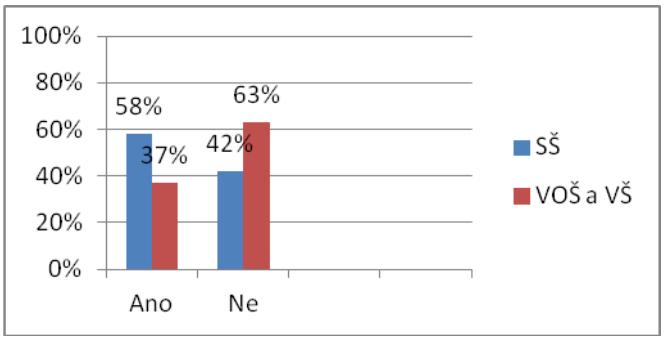
Na základě výsledků průzkumu konstatujeme, že hypotéza se potvrdila.

U **hypotézy 3** jsme předpokládaly, že **sestry s vysokoškolským vzděláním mají vyšší úroveň komunikačních schopností než sestry se středoškolským vzděláním.**



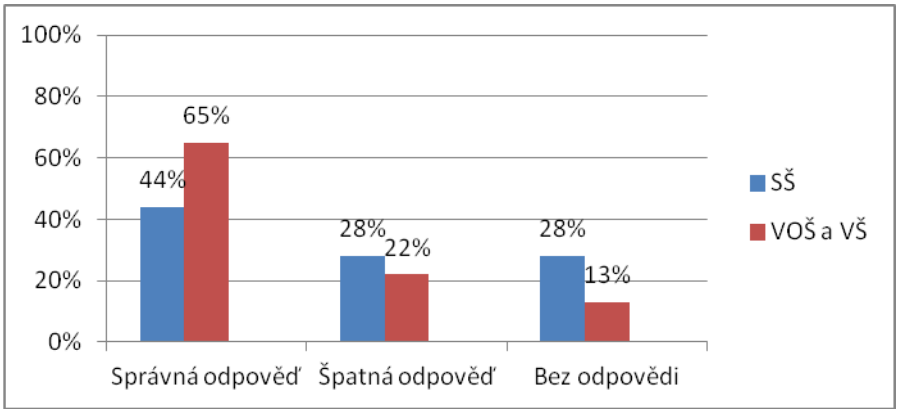
Graf 13: Zdokonalila se během Vašeho studia úroveň Vašich komunikačních schopností?

Odpovědi na otázku, zda si dotazovaní myslí, že se během studia zdokonalila úroveň jejich komunikačních schopností, byly rozděleny na skupinu sester se středoškolským vzděláním a vyšším odborným+ vysokoškolským vzděláním. Kladnou odpověď udalo 38 % sester se středoškolským vzděláním a 58 % sester s vysokoškolským vzděláním.



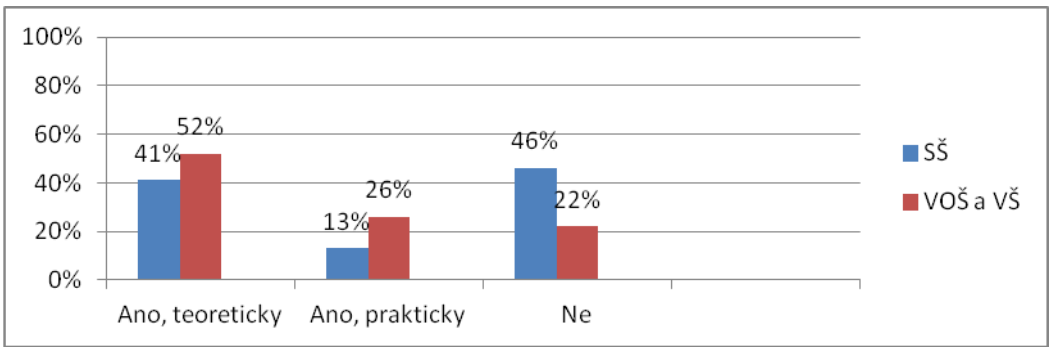
Graf 14: Myslíte si, že potřebujete v otázkách komunikace s pacienty dále vzdělávat?

K otázce nutnosti dalšího vzdělávání v komunikaci s pacientem odpovědělo kladně 58 % sester se středoškolským vzděláním Naopak 63 % vysokoškolaček udalo, že v otázkách komunikace dále vzdělávat nepotřebují.



Graf 15: Co si představujete pod pojmem aktivní naslouchání?

Problematika aktivního naslouchání ovládá 44 % sester se středoškolským vzděláním a 65 % sester s vysokoškolským vzděláním, špatnou odpověď uvedlo 28 % sester se středoškolským vzděláním, 22 % sester s vysokoškolským vzděláním.



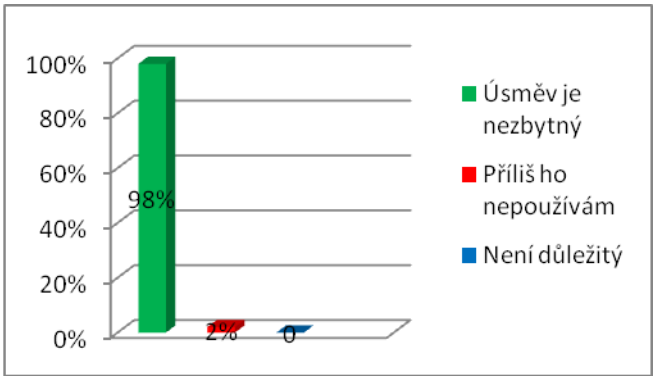
Graf 16: Technika správného vedení rozhovoru s pacientem

Na otázku, zda se sestry během studia setkaly s nácvikem techniky správného vedení rozhovoru s pacientem, odpovědělo kladně 54 % sester SŠ a 78 % VŠ. Přičemž prakticky už pouhých 13 % sester SŠ a 26 % sester VŠ.

Na základě výše uvedeného můžeme zkonstatovat, že hypotéza se potvrdila.

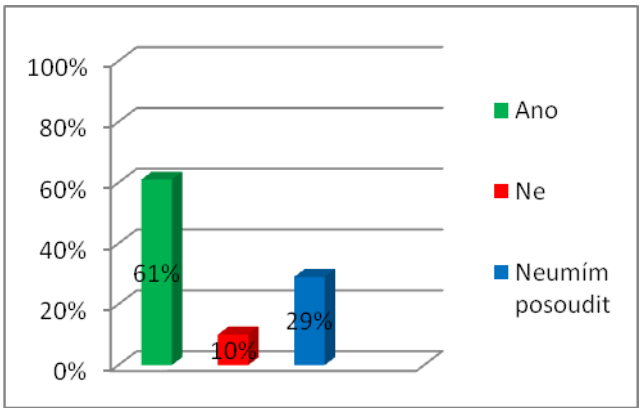
Hypotéza 4: Sestry kladou důraz během komunikace spíše na verbální složku než na neverbální projevy.

Odpověď na otázku, zda respondenti sledují během rozhovoru výraz pacientova obličeje, byla jednoznačná – 100 % dotazovaných udalo správnou odpověď.



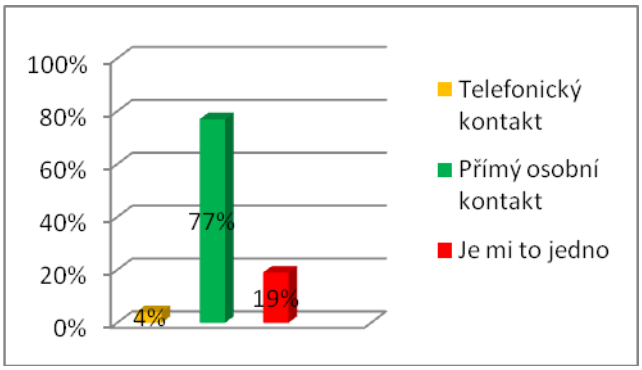
Graf 17: Používáte během komunikace s pacientem úsměv?

Další otázkou jsme ověřovali skutečnost, zda sestry používají během komunikace s pacientem úsměv. 98 % dotazovaných uvedlo, že je pro ně úsměv nezbytný, příliš ho nepoužívají 2 % a odpověď, že není důležitý, neoznačil nikdo. Neverbálních projevů pacientů si všímá 88 % respondentů a téměř stejné procento dotazovaných považuje neverbální složku komunikace za velmi významnou.



Graf: 18: Může neverbální komunikace ovlivnit celý průběh rozhovoru s pacientem?

61 % dotazovaných si myslelo, že neverbální komunikace může výrazně ovlivnit průběh celého rozhovoru s pacientem, 29 % dotazovaných neumělo posoudit a 10 % uvedlo zamítavou odpověď. Z hlediska používání neverbálních prostředků během komunikace odpovědělo kladně 92 % respondentů, na konkrétní dotaz – používání mimiky odpovědělo kladně 96 % dotazovaných.

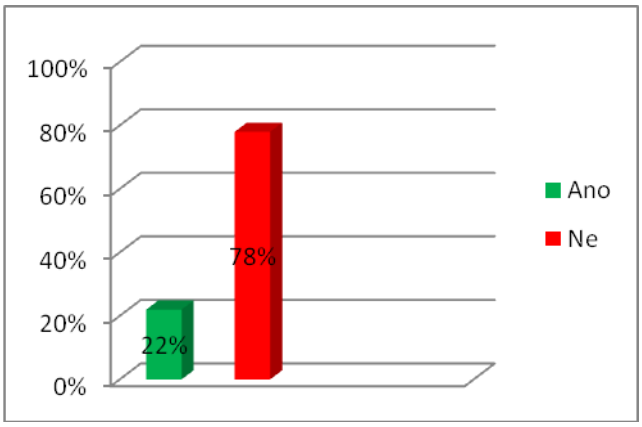


Graf 19: Jaký způsob kontaktu s pacientem považujete za účelnější?

V další položce měli respondenti udat preferovaný kontakt s pacientem – telefonický, přímý osobní nebo nezáleží na tom. Nejpočetnější skupinu tvořil přímý osobní kontakt (77 % R), 19 % nezáleží na typu kontaktu a zbylá 4 % respondentů preferovalo telefonický kontakt.

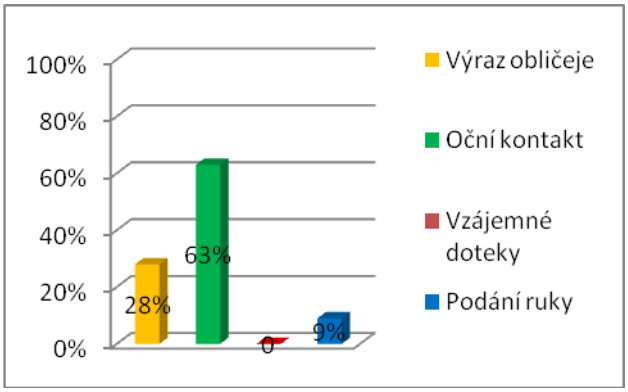
Konstatujeme, že se hypotéza nepotvrdila.

V **hypotéze č. 5** jsme předpokládaly, že **sestry využívají z neverbálních forem komunikace více mimiku než haptiku.**



Graf 20: Používáte během komunikace haptiku (podání ruky, povzbuzující dotek apod.)?

Na využívání haptiky během komunikace s pacientem odpovědělo kladně pouze 22 % dotazovaných. Podobný výsledek byl u otázky, zda sestry využívají během představení se s pacientem podání ruky, kde kladně odpovědělo 25 % respondentů.



Graf 21: Při komunikaci s pacienty kladete důraz na (respondenti měli označit pouze 1 možnost): výraz obličeje, oční kontakt, vzájemné doteky nebo podání ruky.

Dále jsme se dotazovali, na co kladou respondenti během komunikace důraz. Odpovědi byly rozděleny do dvou skupin – na mimiku (výraz obličeje, oční kontakt) a haptiku (podání ruky, povzbuzující doteky). Nejvíce odpovědí spadalo do skupiny mimika. 63 % respondentů se zaměřuje na oční kontakt, 28 % na výraz obličeje. U možností z haptiky označilo pouhých 9 % R možnost podání ruky, možnost povzbuzující dotek neoznačil nikdo.

Na základě výsledků průzkumu konstatujeme, že hypotéza se potvrdila.

Diskuze

Z analýzy získaných dat můžeme konstatovat, že komunikační schopnosti sester jsou na vysoké úrovni, ačkoliv na komunikaci nemají dostatek času. Na komunikační úroveň má vliv také stupeň vzdělání sester. Čím je vzdělání sester vyšší, tím je následně vyšší úroveň jejich komunikace. Větší důraz během kontaktu s pacienty, oproti našim předpokladům, sestry kladou na neverbální komunikaci. Z forem neverbální komunikace je pak sestrami více používána, jak bylo očekáváno, spíše mimika, než haptika.

95 % sester dokáže konfliktní situace řešit na místě. To znamená, že si dokážou samy poradit, a to bez následného řešení stížností. Tyto situace přicházejí poměrně často, téměř třetina respondentů se s nimi setkává více než dvakrát týdně. Macková (2008) definuje konflikt v komunikaci jako formu interakce, při které účastníci vnímají druhou stranu jako překážku při dosahování cílů a uspokojování svých potřeb. Při žádném konfliktu nelze hovořit o jednostranné zodpovědnosti. Na konfliktu se vždy podílejí oba účastníci, i když ne vždy stejnou měrou. Ze statistických údajů České lékařské komory z roku 2011 je patrné, že ročně obdrží od pacientů průměrně tisíc stížností. Z nich je 90 % zaměřeno na nedorozumění mezi zdravotníky a pacienty. Většina konfliktů vyplynula z problémů v komunikaci, kdy byl pacient nedostatečně informován, nebo měl pocit, že přístup ze strany zdravotníků nebyl dost vstřícný. Mnohým nedorozuměním a konfliktům se dá předejít tím, že si každý osvojí pravidla efektivní komunikace a speciální komunikační techniky a dovednosti. Jedním ze základních předpokladů dobré komunikace je soucit s nemocným, který udalo až 83 % respondentů. Tato četnost je pravděpodobně dána tím, že ti, kteří se pro profesi zdravotníka rozhodnou, jsou již nadány určitou emoční inteligencí. Odpovědi na dotazy zkoumající určité teoretické vědomosti, svědčí o tom, že většina sester teoretické znalosti o aktivním naslouchání a mimických zónách má. Přes naše zjištění cítí většina respondentů (65 %) potřebu dalšího vzdělávání v komunikačních dovednostech. Dvě třetiny sester nemají dostatek času na komunikaci s pacienty. Nedostatek času považuje za hlavní komunikační bariéru až 83 % sester. Většina z nich v tomto ohledu hodnotí své komunikační znalosti za dostatečné. Čas věnovaný pacientovi do deseti minut si může průměrně dopřát asi polovina respondentů a dokonce třetina má na pacienty vyhrazeno pouze pět minut. Tento fakt dodává určitou objektivitu předchozímu sebehodnocení, tedy to, zda je spíše překážkou časové hledisko, či profesionální připravenost.

Přímé úměrnosti stupně vzdělání na komunikační schopnosti, jsme učinily zajímavá zjištění, jak na sebe pohlížejí sestry. Většina středoškolsky vzdělaných sester na svojí školní průpravu pohlíží tak, že se v průběhu výuky jejich komunikační schopnosti nezlepšily. Absolventky vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání jsou přesvědčeny o opaku. S tímto koresponduje i přesvědčení středoškolsky vzdělaných sester (80 %), že na stupni vzdělání nezáleží – nemají jinou zkušenost. Odporuje tomu však přesvědčení u respondentů vyššího stupně vzdělání, kdy až 67 % rovněž uvádí, že na stupni vzdělání nezáleží. Lze to vysvětlit buď tím, že dříve absolvovaná střední škola měla vyšší úroveň nebo si období před vyšším stupněm vzdělávacího procesu nepamatují. Skutečně, pouze 54 % středoškolsky vzdělaných sester uvedlo, že se při studiu setkaly s nácvikem technik správného vedení rozhovoru s pacientem. Naproti tomu na vyšší úrovni vzdělání se s tímto setkalo až 78 % respondentů. Lze tedy usuzovat, že vyšší stupeň vzdělání je v této oblasti přínosnější. Ze studie Taliánové vyplývá, že u sester vystudovaných do 90. let chybí teoretická školní průprava v oboru komunikace (Taliánová, 2011). Touto problematikou se tedy pravděpodobně zabývají učební plány teprve v době nedávné. Na dotaz z teorie, co je aktivní naslouchání, odpovědělo správně méně než polovina respondentů se středoškolským vzděláním, ale skoro dvě třetiny absolventů vyšších a vysokých škol. V odpovědi na otázku týkající se mimických zón byly středoškolsky vzdělané sestry rovněž méně úspěšné. Teoretické vědomosti a schopnosti nejen co, ale i jak říkat, nejen co poslouchat, ale jak poslouchat, jsou velmi důležité. Stejně tak, jako vnímat kromě pacientových slov také ostatní signály v jeho chování. Souhrnně lze tedy říci, že na vyšším stupni vzdělání se věnují pravděpodobně problematice komunikace více. Zařazení tohoto tématu do osnov škol má jistě své opodstatnění. Jsou ale jistě rezervy na všech stupních vzdělávacího procesu. Obě skupiny respondentů cítí přibližně stejně, v počtu okolo 60 %, potřebu dalšího studia v oblasti komunikace. Dalším předmětem našeho průzkumu bylo zjistit, zda sestry při komunikaci s pacientem využívají více verbální nebo neverbální složku. 100 % respondentů odpovědělo, že v rozhovoru s pacientem sledují výraz jeho obličeje. To vypovídá o zcela samozřejmém využívání signálů ve smyslu neverbální komunikace. A to ať vědomě, nebo nevědomě. 96 % respondentů uvedlo, že má povědomí o důležitosti používání mimiky. Rovněž ve vystupování používaný úsměv (98 %) je téměř samozřejmým doplňkem působení na pacienty, je tedy běžnou součástí profesionálního vystupování. Tato fakta nemusí znamenat důkaz o vzdělání zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace a mohou být prostě jen projevem jejich emoční inteligence. 88 % kladných odpovědí na otázku sledování neverbálních projevů pacientů však již může svědčit

o určitém vědomém používání teoretických znalostí v této oblasti, protože byl dotaz položen obecně v terminologii, která jakési předběžné znalosti vyžaduje. Navíc 92 % respondentů neverbální složku v komunikaci používá a 85 % respondentům na ni klade důraz. Kromě toho si většina z dotázaných dle svých zkušeností myslí, že tato neverbální složka komunikace může ovlivnit další průběh rozhovoru s pacienty. Upřednostňování osobního kontaktu s pacienty (77 %) prokazuje zkušenosti o zásadním významu neverbální složky, která je jinak neuplatnitelná. Domnívali jsme se, že bude ve větší oblibě neosobní kontakt s pacientem (například po telefonu) ve snaze zbavit se případných větších rizik konfliktů. Potěšující je snaha respondentů o osobní rozhovor se všemi výhodami neverbální komunikace v zájmu o co nejlépe poskytnuté služby pacientům. Souhrnně lze říci, že sestry neverbální komunikaci znají a používají ji. Měla by se stát doménou každé sestry.

Domnívaly jsme se, že sestry využívají z neverbálních forem komunikace více mimiku než haptiku. Z našeho průzkumu vyplývá, že rozšířenější neverbální složkou během komunikace s pacienty je skutečně mimika. Z analýzy získaných dat vyplývá, že 78 % respondentů haptiku nepoužívá, 75 % respondentů si nepodává během představování se s pacientem ruku. Respondentům jsme dali na výběr, aby označili, nakolik během komunikace s pacienty využívají neverbální prostředky. Z analýzy odpovědí bylo zřejmé, že nejvyužívanější formou neverbální komunikace byla opět mimika, haptika se umístila až na třetím místě. Z našeho zjištění dále vyplývá, že 91 % respondentů klade větší důraz na mimiku (pro upřesnění 63 % respondentů označilo možnost oční kontakt a 28 % respondentů vybralo možnost výraz obličeje). Haptiku preferovalo pouze 9 % respondentů. Preference mimiky před haptikou nemusí být vůbec projevem nedostatečného vzdělání v oblasti komunikace. Tento výsledek jsme očekávali a nemusí vůbec znamenat nechuť k profesionálnímu vystupování. Výsledky našeho průzkumu jsme komparovali s průzkumem Houzarové (2010) „Význam haptiky v ošetřovatelské péči“, porovnávala údaje od sester z České republiky a Belgie. Její zjištění ohledně používání haptiky v rámci komunikace s pacientem byla téměř shodná (ČR 14 %, Belgie 12 %). Jednou z možných variant výkladu udaných odpovědí jsou zvyklosti středoevropské populace, kde bezkontaktnost ve vztahu ke svému okolí je daleko obvyklejší, než v jiných kulturách. Na toto lze usuzovat z odpovědí respondentů na otázku, na co kladou důraz během komunikace s pacientem, kdy na možnost vzájemných doteků neodpověděl kladně žádný respondent.

Na podkladě našeho průzkumného šetření si myslíme, že je potřeba neustálého vzdělávání sester v oblasti komunikace s pacienty, poskytnout jim dostatek kvalitních možností, účastnit se vzdělávacích akcí a podporovat je v tom. Snahou sester by mělo být, aby komunikace byla co nejkvalitnější a měla tendenci se stále zlepšovat.

Závěr

Problematika komunikace mezi sestrou a pacientem je stále aktuálním a často diskutovaným tématem. Otázka komunikace je velmi široká a zásadní roli zde hrají osobnostní předpoklady, postoje, názory, očekávání, situační kontext, zpětná vazba nebo nepříznivé pracovní prostředí. Z výsledku šetření vyplynula další možná hypotéza a to, že neverbální komunikace může významnou měrou ovlivnit celý průběh rozhovoru s pacientem. Na podkladě našeho průzkumného šetření si myslíme, že je potřeba neustálého vzdělávání sester v oblasti komunikace s pacienty, poskytnout jim dostatek kvalitních možností, účastnit se vzdělávacích akcí a podporovat je v tom. Snahou sester by mělo být, aby komunikace byla co nejkvalitnější a měla tendenci se stále zlepšovat.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

ADAMCZYK, G., BRUNO, T. 2005. *Řeč těla: Jak neverbálně působit na druhé a rozumět řeči těla*. Praha: Grada, 2005. 112 s. ISBN 978-80-247-1313-7.

BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., TREŠLOVÁ, M. 2010. *Vztah setra – lékař*. Brno: NCO NZO, 2010. 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6.

BEDRNOVÁ, E., Nový, I. a kol. 2009. *Psychologie a sociologie řízení.* Praha: Management press s.r.o., 2009. 800 s. ISBN 978-80-7261-169-0.

BEŇO, P., CAPÍKOVÁ, S. 2013. *Teoretické, praktické a právné aspekty komunikácie s pacientmi a klientmi s postihnutím sluchu*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, 2013. 156 s. ISBN 978-80-89464-21-0.

BERAN, J. 2009. *Lékařská psychologie v praxi.* Praha:Grada, 2009. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.

CAPONNI, V., NOVÁK, T. 2012. *Asertivně do života.* Praha:Grada, 2012. 168 s. ISBN 978-80-247-3869-7.

FECKOVÁ, M. Komunikační signály sestry eliminující stres u pacienta. In *Sestra*, ISSN 1210-0404, 2011, č. 9, roč. 21, s. 24.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 400 s. ISBN 978-80-8710-919-9.

HOUZAROVÁ, Z. 2010. Význam haptiky v ošetřovatelské péči: bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, katedra ošetřovatelství. 2010. 98 s.

JANÁČKOVÁ, L. 2009. *Praktická komunikace pro každý den.* Praha: Grada, 2009. 110s. ISBN 978-80-247-2479-9.

KABÁTOVÁ, O. 2013. Bariéry v komunikácii so seniormi. In *Diagnóza v ošetřovatelství,* ISSN 1801-1349, 2013, č. 2, roč. 9, s. 36.

KOPECKÁ, K., KORCOVÁ, M. 2008. *Zdravotnícká etika*. Martin: Vydavateľstvo Osveta spol. s.r.o., 2008. 119 s. ISBN 978-80-8063-276-2.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry.* Praha: Grada, 2004. 78s. ISBN 80-247-0784-5.

LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

MACKOVÁ, M. 2008. Proč vznikají nedorozumění v komunikaci sestra pacient? In *Psychoonkologie.* XXXII. Brněnské onkologické dny, XXII. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Brno: LF MU, katedra ošetřovatelství v Brně. (online, citováno 10.4. 2014, 14:10). Dostupné na: http//:www.linkos.cz/files/abstrakta/BOD2008-113.pdf/

MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J. 2004. *Patologie.* Praha: Grada, 2004. 348 s. ISBN 80-247-0785-3.

MIKULÁŠTÍK, M. 2003. *Komunikační dovednosti v praxi.* Praha: Grada, 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4.

MOROVICSOVÁ, E. 2011. *Komunikácia v medicíně.* Bratislava:Univerzita Komenského Bratislava, 2011. 210 s. ISBN 978-80-223-30-251.

NEZVALOVÁ, D. 2006. Pedagogická evaluace. In *Metodický portál inspirace a zkušenosti učitelů* (online, citováno 26.2. 2014, 14:00) Dostupné na: http//:www.clanky.rvp.cz/clanek/c/Z/963/pedagogicka-evaluace.htm/

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. 2007. *Somatopedie: Texty k distančnímu vzdělávání.* Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.

POKORNÁ, A. 2011. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství.* Brno: NCO NZO, 2011. 101 s. ISBN 978-80-7013-524-2.

PRAŠKO, J. 2007. *Asertivitou proti stresu.* Praha: Grada, 2007. 280 s. ISBN 978-80-247-1697-1.

PREKOP, J. 2004. *Empatie-vcítění v každodenním životě.* Praha:Grada, 2004. 132 s. ISBN 978-80-247-0672-6.

PRŮCHA, J. 2011. *Dětská řeč a komunikace.* Praha:Grada, 2011. 200 s. ISBN 978-80-247-3603-7.

PLAŇAVA, I. 2005. *Průvodce mezilidskou komunikací*. Praha: Grada, 2005, 148 s. ISBN 80-247-0858-2.

PTÁČEK, R., BARTUNĚK, P. a kol. 2011. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

RAUDENSKÁ, J., JAVURKOVÁ, A. 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006, 608 s. ISBN 978-80-247-1049-5.

SVOBODNÍK, P. 2009. *Management pro zdravotníky v kostce.* Brno: NCO NZO, 2009. 125 s. ISBN 978-80-7013-498-6.

STAŇKOVÁ, M. 2002. *Sestra-reprezentant profese*. Brno: NCO NZO, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-668-6.

ŠKRLA,P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Orion, 2003. 447 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. 2009. *Základní otázky komunikace.* Praha: Galen, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

TALIÁNOVÁ, M., ŘEŘUCHOVÁ, M. Komunikační dovednosti sester. In *Diagnóza v ošetřovatelství.* ISSN 1801-1349, 2011, roč. 7, č. 6, s. 30.

TOLAN, J. 2006. *Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2006. 223 s. ISBN 80-7367-146-8.

TOMOVÁ, Š., NIKODÉMOVÁ, H., JEŽKOVÁ, K. 2013. Význam komunikace v interpersonálních vztazích sestry a lékaře. In *Cesta k modernímu ošetřovatelství XV*. Recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, ISBN 978-80-87347-14-0, č. 15, 2013, s. 67.

TUTKOVÁ, J. Komunikace sestra – pacient. In *Sestra,* ISSN 1210-0404, 2007, č. 1, roč. 17, s. 22.

VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří.* Praha: Karolinum, 2007. 400 s. ISBN 978-80-247-1262-5.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYBÍRAL, Z. 2009. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.

VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie.* Praha: Portál, 2003. 398 s. ISBN 80-7178-740-X.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., LITTVA, V. 2010. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2010, 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.

ZACHAROVÁ, E. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. In *Sestra,* ISSN 1210-0404, 2010, č. 7-8, roč. 20, s. 28.

Kontakt na autora:

Bc. Klára Drábková
tel. č.: +420 608 909 127
email: drabkovaklara@seznam.cz

STAROSTLIVOSŤ O PACIENTOV S KOŽNÝMI DIAGNÓZAMI V KÚPEĽOCH SMRDÁKY

FOJTLÍNOVÁ Iveta, MEŠŤÁNKOVÁ Zuzana, LÁNIKOVÁ Jana

Abstrakt

Prírodné liečebné kúpele Smrdáky zaraďujeme medzi unikátne prírodné liečivé zdroje, ktoré sú predurčené a využívané najmä na liečbu kožných ochorení aj v kombinácii s chorobami pohybového aparátu. Nikde na svete nenájdete kúpele s tak vysokou hladinou sírovodíka treťohorného pôvodu a komplexne prepracovanou efektívnou liečbou. Je založená na uznávaných balneoterapeutických metódach, unikátnej koncentrácii sírovodíka a individuálneho prístupu medicínskeho personálu.

Kľúčové slová: Ekzém. Kúpele Smrdáky. Kožné diagnózy. Psoriáza.

Úvod

Kúpeľná liečba, balneoterapia (lat. balneum = kúpeľ, gr. terapia = liečenie) patrí k najstarším formám liečby viacerých kožných i celkových ochorení. Je špeciálnou časťou širokej oblasti vodoliečby - hydroterapie (gr. hydór = voda). Balneoterapia pôsobí na ľudský organizmus najmä prostredníctvom kože nielen mechanickou a tepelnou energiou, ale aj obsahom chemických látok a ich účinkom na kožu. O prvých počiatkoch kúpeľov v Smrdákoch sa zachovalo málo materiálu. Povesť hovorí o pastierovi, ktorý si boľavé nohy máčal v miestach dnešných kúpeľov. Šťastné vyzdravenie napomohlo rozšíreniu zvesti o liečivosti prameňov a ľudia ich začali vyhľadávať. Veľký prínos pre rozvoj kúpeľov mal dôkladný hydrogeologický prieskum v rokoch 1950-1956, pri ktorom sa zachytili dva zdroje sírovodíkovej vody. V Smrdákoch sú navŕtané dva pramene minerálnej sírovodíkovej vody, z ktorých v súčasnosti sa používa najmä Jozef I. Oba pramene, s hĺbkou 50-75 metrov patria k sírovodíkovým prameňom s najvyššou koncentráciou v Európe.

Jozef I.: prírodná, liečivá, studená, slabo mineralizovaná, hydrouhličitanovo, chloridovouhličitanová, sódna, sírna voda, so zvýšeným obsahom kyseliny boritej, hypotonická, obsah sírovodíka 597 mg/l, zásaditá.

Jozef II.: prírodná, slabo mineralizovaná, hydrouhličitanovo - chloridová, sódna, sírna voda so zvýšeným obsahom kyseliny kremičitej, studená, hypotonická, obsah sírovodíka 673 mg/l vody.

Liečba kožných ochorení

V kúpeľoch Smrdáky sa liečia nielen dospelí, ale veľkú časť pacientov tvoria deti vo veku od 3 do 18 rokov. Iba málo z nás patrí medzi šťastlivcov, ktorí sa v priebehu života nestretli s nejakým kožným ochorením. Vyskytujú sa často už na jemnej koži novorodencov a neraz nás sprevádzajú až do vysokého veku. Až vtedy, keď začne koža svrbieť alebo páliť, keď sčervená a objavia sa na nej pupienky alebo chrasty, až potom sa o ňu začíname starať.
Uvedomujeme si to však?
Ekzém, psoriáza, akné, alebo rôzne dermatitídy, sú len časťou toho čo môže kožu - náš najväčší telesný orgán postihnúť. Kožné ochorenia len zriedka ohrozujú život, zato výrazne ovplyvňujú jeho kvalitu. V posledných rokoch síce nastal významný pokrok v liečbe týchto ochorení, ale zatiaľ neexistuje možnosť úplného vyliečenia.
Optimálny liečebný program poskytujú PLK Smrdáky, ktorý je zameraný na ochorenia:

- psoriáza;
- atopická dermatitida;
- akné;
- stavy po popáleninách;
- ochorenia pohybového aparátu.

Medzi najčastejšie kožné ochorenia liečené u dospelých pacientov v PLK Smrdáky patrí psoriáza (lupienka). Je to chronické, zápalové kožné ochorenie s vrodenou predispozíciou. Prejavuje sa neprimeraným zmnožením kožných buniek, sprevádzané ich nedostatočným zrením. Ložiská sú drsné, začervenané pokryté jemnými, suchými, striebristými šupinami.
Psoriáza nepatrí medzi infekčné ochorenia. Je dôležité, aby si to uvedomil každý pacient už v čase stanovenia diagnózy. Život psoriatika znamená žiť v koži, ktorá svrbí, ale aj bolí.
Keďže toto ochorenie svojimi nápadnými prejavmi na koži odpudzuje okolie, sami pacienti hľadajú útočisko práve u nás.

Ekzémy a dermatitídy patria medzi najčastejšie ochorenia vyskytujúce sa v detskom veku, s ktorými sa stretávame. Je to nepríjemné ochorenie prejavujúce sa svrbením, pálením kože a vznikom zápalových ložísk s opuchmi. Stručná charakteristika nie je možná, etiológia je rôznorodá, najčastejšie sa uplatňujú alergické, genetické, imunologické faktory alebo ich kombinácie. Príčinou môžu byť rôzne látky, prítomné v našom životnom prostredí, s ktorými človek prichádza denne do kontaktu. Na prerušenie bludného kruhu je potrebná komplexná liečba.

Príčiny, ktoré sa podieľajú na vzniku kožných ochorení:

- akútne horúčkovité infekcie (najmä horných dýchacích ciest);
- poškodenie fyzikálne (mechanické, termické, radiačné);
- chemické alebo biologické užívanie niektorých liečiv (betablokátory, jód);
- stresové situácie;
- gravidita a šestonedelie;
- operačné výkony;
- nestriedma výživa;
- dlhodobé trvanie choroby s viditeľnými zmenami psychiky traumatizuje chorého, ktorý má nezriedka i sociálne problémy.

Základom liečby sú sírovodíkové minerálne kúpele, podávané formou vaňových kúpeľov alebo čiastočných kúpeľov ručných a nožných vaní. Používame tiež prísadové kúpele, napr. hypermangánový, s prísadou oleja a iné. Na celotelové kúpele používame riedenú sírovodíkovú minerálnu vodu v koncentrácii 1/20–tina (zodpovedá asi 25 mg H_2S na liter vody), 1/10-tina (asi 50 mg H_2S na liter vody), 2/10 t.j.1/5 (asi 100 mg H_2S na liter vody). U detí používame nižšie koncentrácie 1/40 (t. j. asi 12,5 mg H_2S na liter vody), 1/20 a u väčších detí 1/10. Koncentráciu stupňujeme podľa tolerovania balneácie pacientom, zvlášť u pacientov, ktorí absolvujú liečbu v Smrdákoch po prvý raz a tiež u vekovo starších pacientov. Dôležitá je doba trvania kúpeľa, ktorú určuje lekár podľa veku a zdravotného stavu pacienta. Súčasťou liečby kožných ochorení je fototerapia – UVA,UVB, SUP. Pacient sa musí opaľovať postupne a primerane fototypu jeho pokožky. Dbáme na ochranu (prekrývanie) znamienok.

Pilierom v starostlivosti o pacientov s kožnými ochoreniami patrí **lokálne ošetrovanie**.

Pri lokálnej liečbe platí zásada, čím akútnejší a prudší je výsev, tým opatrnejšie treba postupovať. Liek určený na vonkajšiu aplikáciu sa nanáša priamo na kožu. Obvykle sem patria krémy, masti, pasty, mlieka, roztoky, liečivé šampóny a ďalšie.

Tento druh ošetrenia sa označuje aj ako ošetrenie prvej voľby. Úspech lokálnej liečby spočíva v správnej ošetrovacej technike, ktorá sa týka pravidelnosti aplikácie, veľkosti vrstvy masti či krému, doby aplikácie, režimu liečby. Pri ošetrovaní je vždy lepšie častejšie ošetrovanie kože ako jednorázovo aplikovať hrubú vrstvu.

Úlohou sestry je aplikovať na postihnuté miesta ordinované prípravky, sledovať ich účinok a v prípade komplikácie upozorniť lekára. Počas aplikácie prípravkov vhodnou formou edukovať pacienta, ako sa má správne natierať, aby zvládol ošetrovanie svojej kože v domácom prostredí.

Najčastejšie lokálne používané prostriedky:

- salicylové;
- dechtové preparáty;
- ichtyolové preparáty;
- cignolínové tinktury;
- emolienciá;
- vitamínové preparáty.

Predpokladom celkovej úspešnej liečby sú aj diétne a režimové opatrenia. Alergény nachádzajúce sa v potravinách sú veľmi silným rizikovým faktorom. Univerzálna diéta neexistuje, odporúča sa nedráždivá strava s vylúčením ostrých, kyslých, korenených, aromatických potravín.

Medzi najčastejšie potravinové alergény zaraďujeme: kravské mlieko, vajcia, citrusy, orechy, čokoládu, mak, morské plody, paradajky, med a iné.

Dôležité sú aj režimové opatrenia, ktoré znižujú riziko zhoršenia kožných prejavov. Môžeme sem zaradiť: používanie bavlneného oblečenia, odporúča sa vylúčiť alkohol a cigarety, zvážiť chov domáceho zvieraťa, u detí vylúčiť hranie v piesku, vyhýbať sa pobytu v chlórových bazénoch a iné. Poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti sa v súčasnosti orientuje na pacienta ako na individualitu s jeho bio – psycho - sociálnymi potrebami. K úspechu liečby výrazne prispieva práve sestra – **edukátorka,** ktorá musí byť mimoriadne empatická, ohľaduplná a taktná, aby si získala dôveru pacienta a jeho rodiny. Pocit menejcennosti, beznádeje, bezmocnosti, s pocitmi nespokojnosti so sebou samým vedie k výraznej redukcii kvality života pacienta s kožným ochorením.

Etické, psychické a sociálne problémy pri ošetrovaní pacientov s kožnými chorobami

Ľudské zdravie je dôležitá etická hodnota, je to jedna zo základných potrieb každého človeka. Starostlivosť o ľudské zdravie vyžaduje pochopiť, čo je špecificky ľudské, čím sa ľudské zdravie líši od bezporuchovej funkcie komplikovaného stroja alebo počítača, aj od zdravia rastlín a živočíchov.

„Totus homo" (celý človek) - tak znie pripomienka, ktorá nás upozorňuje, že pri všetkej starostlivosti, ktorú venujeme fyzickému stavu chorého, nemôžeme zabudnúť ani na jeho psychický stav.

Čo však rozumieme pod pojmom psychický stav chorého a starostlivosť o jeho psychiku? Človek je nielen postihnutý chorobou, ale aj patofyziologické procesy sa odrážajú na jeho psychike. Väčšinou vníma svoju chorobu ako trest, či nespravodlivý údel osudu, s ktorým sa musí naučiť žiť.

Život v pancieri

Kožná choroba je plná paradoxov. Je to choroba ako každá iná, a predsa od nej odvraciame zrak, odťahujeme ruky. Okolie sa ľudí s červenými šupinatými, či do hĺbky popraskanými mokvajúcimi ložiskami vyrážok štíti, považuje ich za **„nečistých, prašivých",** bojí sa nákazy. Choroba, ktorá sprevádza svoju obeť do konca života - ironicky ju nazývajú **milenkou vernou až po hrob** - zasahuje človeka na najzraniteľnejšom mieste.

Málokedy si totiž uvedomujeme, že koža je kontaktným orgánom, prvým miestom, ktorým na seba človek upozorní pri zoznámení. Odzrkadľuje sa na nej stav tela, ale aj duše. Pacient je neustále v začarovanom kruhu: pri veľkej duševnej záťaži sa mu zhorší výsev, to ho znervózňuje a provokuje lavínu nových vyrážok. Pacienta „chytí" panika, z ktorej zúfalo hľadá východisko - niekedy v alkohole, drogách, prípadne až v samovražde. Kožné ochorenia majú výrazný vplyv na kvalitu života pacienta. Preňho znásobene platí **Paracelsovo „najväčším liekom je láska".**

Záver

V súčasnosti je negativita okolia veľmi silná, pacienti sami nemajú dosť síl čeliť jej. Potrebujú pomoc, energiu, na ktorú sa len treba napojiť. Cieľom je získať kontrolu nad situáciou, naučiť sa žiť s kožnou chorobou, pracovať a hlavne prijať chorobu ako súčasť

života, vlastného ja. Nebáť sa hovoriť o svojich pocitoch, trápeniach a neraz aj odmietnutiach zo strany okolia. Vlastným kľúčom k tomu, aby boli schopní rozprávať a otvoriť dvierka do svojej duše, je čistota ich myšlienok, slov a skutkov. Lebo čistota je matkou pokoja a radosti. „Ak máme čisté myšlienky, slová a skutky sme pokojní a šťastní, a teda aj zdraví**“** (Husárová, V. 1998, s. 49). Preto je dôležité podporovať ich pri vyjadrovaní svojich pocitov, myšlienok v súvislosti s ochorením a viesť ich ku kontaktu s vlastnou kožou a pomôcť im pri vytváraní pozitívneho pohľadu na seba samých. Vedieť pochopiť druhého a mať pocit, že ma iní chápu. V tom sa skrývajú najväčšie ľudské hodnoty. A preto len od nás záleží ako sa zachováme.
Veď: „Niekedy stačí aj jediný lúč slnka, milé slovo, pozdrav, pohladenie, úsmev. Tak málo treba k tomu, aby sme niekoho urobili šťastným. Prečo to teda nerobíme?“ (Ferrero, B.)

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BENÁKOVÁ , N. 2003. *Lupénka v otázkach a odpovědích- príručka pro pacienty*. Praha : Triton, 2003. 128 s. ISBN 80-7254-392-X.

BRAUN FALCO O. et al. 2001. *Dermatológia a venerológia.* Martin: Osveta, 2001. 1475s. ISBN 80-8063-080-1.

BUCHVALD, J. 2002. *Dermatovenerológia..* Bratislava : Univerzita Komenského, 2002. 218s. ISBN 8022316814.

ĎURECHOVÁ, E. 2003. *Telo človeka..* Bratislava: Fortuna print, 2003.s.
ISBN 80-88980-99-2.

FARKAŠOVÁ,D. a kol. 2009. *Ošetrovateľstvo teória.* Martin : Osveta, 2009. 244s. ISBN 978-80-8063-322-6.

FEDELEŠ, J. 2003. *Klinická patofyziológia.* In: Patofyziológia kože. , 2003. S. ISBN 80-88908-83-3.

HEGYI,V., HEGYI,E. 2003. *Aktuálne kapitoly klinickej dermatológie a venerológie.* Bratislava : September spol. s.r.o., 2003. 312s. ISBN 80-969066-0-7.

MAGUROVÁ, D.- MAJERNÍKOVÁ,Ľ. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve.* Martin: Osveta, 2009. 155s. ISBN 978-80-8063-326-4.

NOŽIČKOVÁ, M. et al.2003. *Vybrané kapitoly* ***z*** *dermatovenerologie.* Praha: Karolinium, 2003. 34s. ISBN 80-246-0583-X.

PÉČ, J. et al. 2010. *Systematická liečby psoriázy u dospelých.* Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. 154s. ISBN 978-80-223-2795-4.

Kontaktná adresa autora:
Bc. Iveta Fojtlínová
PLK Smrdáky
906 03 Smrdáky
fojtlinovai@pasmrdaky.sk

CIZINEC JAKO PACIENT I ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK

FUNTOVÁ Veronika

Abstrakt

Odhadem dnes žije mimo svou vlast, tedy zemi, kde se narodili a jejíž občanství nesou asi 150 mil. lidí. Současná Evropa prožívá změny srovnatelné s průmyslovou revolucí, přesuny obyvatelstva mají mnoho příčin a důsledků. Obecně lze tento přesun charakterizovat jako tok obyvatelstva z chudého Jihu na bohatý Sever. Tolerance Čechů vůči migrantům závisí na etnickém původu a národnosti osob, které jsou hodnoceny. Ošetřovatelský personál je stále konfrontován s novými kulturami, s nutností přehodnotit stávající hodnoty a naučit se chápat cizí představy o zdraví a nemoci. Studovat odlišné kultury je stejně důležité, jako studovat anatomii lidského těla, protože každý pacient má právo na rovnocennou péči, tak jak se uvádí v Listině základních práv a svobod, a v souladu se zákonem O péči o zdraví lidu. Pacient očekává, že budeme nejen respektovat jeho kulturu, náboženství, ale vytvoříme přijatelné podmínky pro uspokojování jeho specificky kulturních a spirituálních potřeb. Má-li být ošetřovatelská péče poskytována efektivně, musí sestry kulturní, hodnotové, etické, komunikační a náboženské rozdíly pacienta rozpoznat a porozumět jim.

Klíčová slova: Cizinec. Náboženství. Národnostní skupiny. Pacient Zdravotnický pracovník.

Úvod

Pro současný svět je charakteristická vysoká míra setkávání lidí odlišných kultur, ras a národů, kteří opouštějí své domovy, cestují za poznáním, pracovními příležitostmi, studiem nebo v horším případě utíkají před válkou, hladem, přírodními katastrofami nebo náboženským pronásledováním. Situace v ČR se nijak neliší od situace v ostatních evropských zemích. Otevřením hranic po roce 1989 a vstupem České republiky do Evropské unie se zvýšil počet cizinců, se kterými se můžeme setkat ve zdravotnických zařízeních nejen v roli pacienta, ale pokud uspějí se svou žádostí, stanou se našimi plnohodnotnými spoluobčany a často i našimi pracovními kolegy.

Migrace obyvatelstva

Migrace obyvatelstva je od nepaměti součástí dějin lidské společnosti. Mimo svou vlast, tedy zemi kde se narodili a jejíž občanství mají, žije nejméně 150 mil. lidí. Jsou rozmístěni velmi nerovnoměrně. Na svém území má sedm nejvyspělejších zemí zhruba jednu třetinu světové populace migrantů, z toho asi polovina ze světové migrační komunity je v rozvinutých zemích, druhá polovina v rozvojových zemích. Nárůst této populace je významný. Za jediný rok činí nárůst o další 2 – 4 miliony migrantů. Současné pohyby mají mnoho příčin a důsledků. Obecně můžeme tento přesun charakterizovat jako tok obyvatelstva z chudého Jihu na bohatý Sever. Za hlavní příčiny můžeme považovat nerovnováhu v bohatství jednotlivých oblastí, životní úroveň a ekonomické síle jednotlivých států. Důsledkem je stále rostoucí migrační tlak Jihu, který zatím není schopen vlastní modernizace a žene své obyvatele na bohatší Sever. Situace je ovlivňována dalšími faktory, jako je nepřiměřeně vysoký nárůst obyvatelstva (Afrika a Asie), ekologické a přírodní katastrofy, válečné konflikty, ale i touha lidstva poznávat nové a dobývat nepoznané. Současná Evropa prožívá změny srovnatelné s průmyslovou revolucí a mění se v rozmanitou mozaiku jednotlivých kultur. Kulturní různorodost je typickým znakem současné Evropy. V této souvislosti jsou většinou uváděny tři imigrační modely, které se vzájemně prolínají a některé ze zemí si postupně prošly všemi modely:

- diskriminační model, jehož podstatou je dočasný, návratný pobyt cizinců. Není jim umožněn vstup do systému sociální péče, získat občanství nebo účast ve volbách. Tento model je využíván např. v Rakousku, Německu nebo ve Švýcarsku,
- asimilační model umožňuje rychlou adaptaci do majoritní společnosti. Umožní získat občanství, práva a povinnosti občanů státu. Stává se rovnocenným občanem za cenu, že potlačuje svůj mateřský jazyk, své specifické kulturní a sociální rysy. Model je využíván hlavně ve Francii,
- multikulturální (pluralitní) model podporuje odlišnost. Majoritní i minoritní skupiny obyvatelstva se liší jazykem, sociálními vztahy i kulturou. Imigrantům jsou dána stejná práva, ale nemusejí se vzdát svých specifik. Model upřednostňuje odlišnost minorit a stát podporuje její rozvoj. Pluralitní model praktikuje např. Kanada, USA, Austrálie a Švédsko nebo Holandsko. Nejvíce dominují pracovní migrace. Migranti většinou začínají jako sezónní dělníci, později získají sociální i ekonomické vztahy, které je významně ovlivní a přispějí k trvalému pobytu v zahraničí. Migrační trend ovlivnil složení obyvatel i v České republice.

Početné skupiny přistěhovalců, které přicházejí z východní a jihovýchodní Evropy, asijských, arabských a afrických zemí, ale také ze severoamerického a jihoamerického kontinentu, vytvářejí v České republice novou mezi etnickou kontaktní situaci. Česká republika, která je středně velkým průmyslovým a vyspělým státem, se stává často cílem jednotlivců i skupin z vyspělých i velmi vzdálených zemí z různých kontinentů, kultur, náboženství a barvy pleti. Pokud hodnotíme důvody současné imigrace do České republiky, nesmíme zapomenout, že emigrace z Československa mívala také politické důvody jako německá okupace nebo komunismus.

Národnostní menšiny

Po roce 1989 se složení cizinců v České republice výrazně změnilo. Změny v zemích, dříve označovaných jako socialistické a otevřením hranic, k nám přivedlo mnoho imigrantů ze států bývalého Sovětského svazu. Přistěhovalectví z balkánských zemí zavinila válka v Jugoslávii. V České republice probíhá jednou za deset let sčítání lidu, domů a bytů, které mimo jiné eviduje cizince s trvalým pobytem. Při posledním sčítání lidu v roce 2011 žilo na území ČR 449 450 cizinců, z toho v Praze 178 177 cizinců, což je 14 % obyvatelstva Prahy. Dá se tedy říci, že každý 8 občan hl. m. Prahy je cizinec. V Brně žije asi 40 000 cizinců. Po roce 1993 se přistěhovalo do České republiky více jak 1000 krajanů z Kazachstánu, Ukrajiny a Rumunska, kteří se rozptýlili po celém území. Od roku 1990 požádalo o politický azyl mnoho cizinců ze všech kontinentů, kromě Austrálie. Převládali žadatelé z Evropy, Asie, Afriky a nejméně z Ameriky. Česká společnost je k cizincům spíše diferencovaná, záleží na národnosti a rase. V roce 2014 provedla Akademie věd České republiky společně s Ministerstvem vnitra sociologickou studii o vztahu obyvatel ČR k národnostním menšinám žijících na území ČR. Respondenti měli skupiny cizinců označit známkou jako ve škole. Nejpřijatelnější skupinou byli Slováci (1,7), Řekové (2,6), židé (2,7), Maďaři a Němci (2,8). Jako nejhorší skupinu označili Rumuny (3,6), Albánce (3,7), Arabi (3,8) a Rómy (4,2). Multikulturní orientace české společnosti není k národnostním menšinám nikterak příznivá, a jaké je ve skutečnosti etnické klima v současné české společnosti, vlivem uprchlické vlny posledních měsíců, nejsou věrohodné a vědecky fundované poznatky.

Romové

Romská historie je plná tvrdých krutostí a nepředstavitelného pronásledování. Do Evropy přicházeli Romové v době feudalismu, kdy byla zcela obsazena a nebylo v ní místo pro usazení. Protože se nechtěli stát poddanými jako jednotlivci ani jako skupiny, byli v podstatě přinuceni k životu na útěku. Romové pocházejí z indického subkontinentu, kde po staletí provozovali svá tradiční řemesla (kovářství, kotlářství, košíkářství, hudba) a žili většinou kočovným způsobem. Indii opustili v 10. století a od 13. století jsou trvale přítomni na evropském kontinentu. Zpočátku byli vítáni, přinášeli zajímavé informace o vzdálených zemích, přinesli nové metody jak zpracovávat kovy a nové informace o jiných řemeslech. Zanedlouho začali být Romové pronásledováni církví za bezvěrství, čarodějnictví a světská moc jim přisuzovala špionáž, sabotáže a loupežnictví. Vrcholem pronásledování se stala druhá světová válka a její vyhlazovací politika. Většina západoevropských Romů končila v koncentračních táborech a ti co přežili, se stali nedobrovolným objektem asimilační politiky. Romové se stali nejpočetnější minoritou v České republice. Skupinou, která se výrazně odlišuje od tzv. „standardizovaného“ průměru. Z etnické odlišnosti v první řadě vyplývá rozdílnost kulturní, jazyková, hodnotová a sociální. Nejdůležitějším prvkem minulosti v životě Rómů bylo přežít. Během staletí si vytvořili vlastní filozofii pohledu na svět, který s malými obměnami přetrvává dodnes. Mezi nejdůležitější prvky patří silná rodinná soudržnost s důrazem na silnou populaci, která umožnila zachování rodu. Drobná kriminalita byla chápána jako rovnocenný způsob zajištění obživy a přežití. Obdobný sociální systém Rómů nenajdete na celém světě. Pouze vzdáleně se mu podobá sociální systém některých kočovných i polokočovných národů, jako jsou američtí Indiáni nebo afričtí a arabští kočovníci. Charakterizuje ho rod, jehož cena se stává cenou života. Romové dodržují po staletí svá nepsaná pravidla:

- rozhodování je vždy společné,
- neschopnost být sám,
- největší trest je vyčlenění z rodu,
- mnohočetnost je podmínkou štěstí,
- čas je minulost i přítomnost, budoucnost není důležitá,
- čas se neměří podle ročních období,
- prostředí zvyšuje naději na přežití,
- setrvání na jednom místě přináší nebezpečí,
- způsob obživy je podřízené této neustálé změně,

- základní schopností je uniknout před nebezpečím,
- souhlas se projevuje vždy verbálně,
- nesouhlas se vyjadřuje uhnutím pohledu,
- dorozumívání se vyjadřuje gestem, držením těla, intonací hlasu nebo hudbou.

Romské přísloví říká a tím přesně charakterizuje romské hodnoty „Lepší vajíčko dnes, než slepice zítra“. Další charakteristické přísloví zní „Jím, piju, žiju, umřu – nač hospodařit“. Tím je vyjádřen vztah Romů k budoucnosti a ke vzdělání, které přináší plody až po mnoha letech. Sociální systém Rómů se vždy vyvíjel paralelně s neromskou civilizací, většinou kontraproduktivně k majoritnímu systému. Téměř tisíc let romské izolovanosti umožnilo zcela svébytnou tvorbu pravidel v rozhodování. Rómové mají v současnosti s Čechy mnoho nevyřešených problémů. Je jim vytýkána hlučnost, nevzdělanost, špatné sousedské vztahy a pracovní morálka, kriminalita, agresivita a prostituce. Romové nám naopak vytýkají citový chlad, nadřazené chování, rasismus a xenofobii. Obě skupiny ovlivňují předsudky z dávné i nedávné historie a nevyřešené křivdy. Pozitivní vývoj nastává v postupné emancipaci romské menšiny. Romové si vytváří vlastí občanské struktury a přejímají odpovědnost za vlastní vývoj, věnují velikou pozornost dětem, vydávají časopisy a knihy v romštině. Televize i rozhlas vysílá pro romské etnikum pravidelné pořady.

Jako pacienti ve zdravotnických zařízeních jsou specifickou skupinou a je potřeba počítat s odlišnostmi v jejich ošetřování:

- nedodržují základní hygienické zásady,
- nedůvěřují zdravotnickému personálu,
- Informace vyžadují od nejvýše postaveného představitele kliniky,
- při rozhovoru je vhodné nepoužívat odborné termíny, volit slovní výrazy, které chápou a rozumí jim,
- jsou emotivní, mají strach z bolesti a smrti,
- na návštěvy za nemocným chodí většinou celé rodiny,
- nerespektují dietní opatření,
- dodržují léčebná opatření do té doby, než ustoupí příznaky nemoci,
- mohou svévolně opustit nemocnici,
- těhotná romská žena se nesmí se dívat na postižené a mrtvé lidi, hady atp.,
- novorozencům na zápěstí vážou červené mašličky jako ochranu před zlými duchy.

Vietnamci

Vietnam byl zhruba 1000 let pod tvrdou nadvládou Číny a od 16. století pod nadvládou Francouzů. V roce 1945 byla založena Vietnamská demokratická republika. Dlouholetá válka s USA skončila v roce 1976 a od té doby provádí komunistická strana moderní hospodářské reformy. Výskyt Vietnamců má svou historickou kontinuitu. V období po 2. světové válce začali studovat první vietnamští studenti střední a vysoké školy. Řízené pracovní migrace začali asi v roce 1967. První občané, kteří po válce oficiálně přijížděli do tehdejšího Československa, byli izolováni na ubytovnách. Dalším závažným faktorem, který ovlivnil izolaci této skupiny obyvatel, byl institut tzv. zástupce. Člověka, který měl na starosti vyřizování na všech úřadech. Proto nejvýznamnějším rysem vietnamské komunity je její uzavřenost. V 80. letech přijalo Československo 30 000 Vietnamců – studentů a stážistů v továrnách Po roce 1989 začal zesilovat proud asijských běženců na západ. Jednalo se především o ekonomické uprchlíky. Stali se jednou z nejpočetnějších národnostních menšin. Soužití s Čechy můžeme počítat na desetiletí, ale vzájemné vztahy jsou většinou výjimkou. Do podvědomí se dostali stereotypy – co Vietnamec, to trhovec, negativně ovlivňují ekonomiku a zpočátku nárůst kriminality. Kulturním znakem u Vietnamců je silné rodinné pouto. Rodinu tvoří až 3 generace a spojují ji hlavně tradice (příprava jídla, uctívání předků – malé oltářiky). Vietnamci se často z ekonomických důvodů začínají přizpůsobovat našim svátkům a tradicím. Z původních, vietnamských svátku udržují hlavně příchod Nového (lunárního) roku. Pro Vietnamce je důležité vzdělání, které jim otvírá bránu k dobrému zaměstnání, proto do vzdělání svých dětí investují často veškeré finanční prostředky. Mnoho dětí se narodilo v Čechách, ve Vietnamu nikdy nebyli, příbuzné znají jen z vyprávění a neumí ani dobře řeč svých rodičů. Vietnamci velký význam připisují sebekontrole svých emocí a citovému vnímání, hlavně na veřejnosti. Hlazení po vlasech a tělesné dotyky smí pouze rodiče ke svým dětem. Smrkání do kapesníku je směšné a neslušné. Přímý očí kontakt může vyjadřovat domýšlivost. Nedávají najevo své problémy, pohyby jsou klidné, a i náročné situace řeší bez afektu. Zdravotní péče je opět specifická a je potřeba správně vnímat jednotlivé odlišnosti:

- léčení založeno na lidovém léčitelství a nauce principů jin a jang,
- informace o zdravotním stavu nejprve konzultovat s hlavou rodiny,
- při komunikaci mluvit srozumitelně, jednoduchými větami se zpětnou vazbou,
- zajistit intimitu při vyšetřování,
- o povolení k pitvě rozhoduje celá rodina,

- bolest snáší trpělivě a klidně, léky proti bolesti nevyžadují ze strachu před nežádoucími účinky,
- obávají se o cokoliv požádat, vhodné se neustále dotazovat na obtíže a aktivně nabízet pomoc,
- ženy rodí tiše, otec u porodu vítán.

Muslimové a Islámské náboženství

Islám je náboženstvím zákona a nezná dělení na záležitosti náboženské a světské, vše spadá pod Boží zákonodárství. Islámské náboženství je vývojově třetí nejmladší a vzniklo v druhé polovině 7. století po Kristu na základě proroctví, které obdržel Muhammad Ibn Abdulláh u města Mekky, kde se mu zjevila andělská postava Gabriela, která ho vyzvala k zapamatování a opakování Božích poselství. Tak jako v judaismu a křesťanství se základem stala víra v jediného Boha - Alláha. Je to stejný Bůh, k němuž se obracejí židé i křesťané. Základem islámské víry je přihlášení se k poslednímu, definitivnímu prorokovi Muhammadovi, který dal Arabům posvátnou knihu - Korán. Ten je pro muslimy jedinou, živou, posvátnou arabskou knihou, ve které je psáno, co zjevil Bůh a co si Bůh přeje. Korán je posvátná kniha, a proto je přísně zakázán dotyk špinavých rukou a čtení s nečistou duší. Každý muslim musí dodržovat pět základních povinností:

- vyznávat jediného Boha a jeho proroka Muhammada,
- vykonávat každodenní modlitby,
- rozdávat almužny,
- ve svatém měsíci ramadánu dodržovat půst,
- alespoň jednou za život vykonat pouť do svatého města Mekky.

Islámské náboženství je rozšířeno po celém světě od Blízkého a Středního Východu, po Afriku, Indonésii, Asii, Ameriku a během několika desetiletí, díky imigrační vstřícnosti, výrazně sílí i v Evropě. Vztahy mezi křesťanskou a islámskou civilizací jsou po celé dějiny poznamenány chronickou nedůvěrou až nepřátelstvím.

Na Západě přetrvává syndrom islámského nebezpečí, který poslední dobou velmi nabývá na síle v souvislosti s mezinárodním politickým vývojem. Obě strany se svou vzájemnou nenávistí netají. Historických i aktuálních politických důvodů pro nepřátelské chování je mnoho. Muslimové žijí v početných rodinách a manželství je pro ně posvátný svazek. Postavení ženy v islámském manželství je podřízené muži.

Chlapci jsou odmalička připravováni na roli „hlavy rodiny“, dívky k pokoře a úctě k mužům. Korán zakazuje požívat muslimům vepřové maso a konzumovat alkohol jakéhokoliv druhu, tedy i v lécích obsahujících alkohol. Islám říká, že život a smrt, nemoc a zdraví jsou dány z vůle Boží. Nařizuje však muslimům, aby léčili své nemocné a provedli vše k prevenci nemoci:

- možné používat všech technik a prostředků k záchraně života, nepokračovat ve výkonech prodlužujících utrpení,
- povolena transfúze, transplantace pouze od živého dárce (od mrtvého dárce se souhlasem za jeho života a rodiny),
- pitva a kremace je zakázána,
- umírající by měl mít tvář obrácenou směrem k Mekce v přítomnosti rodiny,
- parenterální výživa v období půstu je dovolena, per os po západu slunce,
- respektovat intimitu, nahotu omezit na minimum,
- péče poskytována osobou stejného pohlaví,
- potrat povolen pouze v ohrožení zdraví nebo po znásilnění,
- umožnit rituální očistu před modlitbou,
- sdělení dg. nejdříve rodině, ochrana před nepříznivými zprávami.

Každý zdravotník by měl respektovat pravidlo, že modlitební koberec a Korán jsou pro muslimy klíčové předměty a nedotýkat se jich, nemanipulovat s nimi a nic na ně nepokládat.

Judaismus

Judaismus je monoteistické světové náboženství spojené s židovským národem, potomkům Abrahama. Je důležité rozlišit judaismus jako náboženství a židovství jako kulturně-náboženssko-nacionální soubor, zahrnujícím historii, hebrejský jazyk, zemi jako státní útvar, soubor etických zásad a náboženských praktik. Judaismus přinesl světu velké množství náboženského a etického dědictví díky souboru biblických knih Starého zákona a díky desateru přikázání, které převzali křesťané a podobnost můžeme najít i v islámském náboženství. Věřící Židé dodržují Boží zákon a příkazy, tzv. Tóru. Je to základní dokument, který utváří nábožensko - právní pouto mezi lidem a jeho Bohem. Tóra je vyprávění, neboli hagada, líčící příběh lidu a je zároveň sbírkou zákonů a náboženských předpisů, neboli halacha.

Učení Tóry ovlivňuje celý jejich život, je tzv. normativním zdrojem židovského náboženského práva a řídí se jím v podstatě všechno - jídlo, osobní vztahy, práce, soukromí atd. Můžeme rozlišit čtyři hlavní proudy judaismu - ortodoxní, reformní (liberální), konzervativní a Židé bez vyznání, jejichž židovství již neurčuje víra v Boha, ale „sionistická" víra ve stát Izrael. Rozdíl je v praktickém dodržování určitých pravidel a předpisech týkajících se šabatu, rituální čistoty a stravování. Ortodoxní Židé se stávají strážci tradice, reformní židovství usiluje o smíření s moderním způsobem života, konzervativní se snaží otevřít modernímu světu, ale zároveň uchovat tradiční náboženskou praxi. Den pro tradičního Žida začíná s východem slunce modlitbou a končí se západem slunce opět modlitbou. Muži starší třinácti let jsou povinni modlit se třikrát denně. Muži i ženy jsou si před Bohem rovni, avšak při modlitbě i bohoslužbě jsou od sebe odděleni. Židovský kalendář je lunární a začíná v průběhu měsíce září Novým rokem. Po deseti dnech následuje tzv. Den smíření - Jom kipur, který je nejvýznamnějším židovským svátkem, dnem sebezpytování, strávený v modlitbách a půstu. Další významné svátky v průběhu roku se časově shodují s křesťanskými – Pesach (Velikonoce) či Chanuka (Vánoce). Tyto svátky mají však jiný historický základ i průběh.

Židovský náboženský život začíná již osmý den po narození obřízkou a je znamením smlouvy s Bohem, kterou uzavřel Abraham. Během obřadu je chlapec pojmenován hebrejským jménem. Ve třinácti letech je považován za dospělého a poprvé vyvolán k Tóře, dívka je stává dospělou ve dvanácti a jeden den. Smrt se stává mezním okamžikem jak pro zesnulého tak pro příbuzné. Truchlící mají povinnost postarat se o rituální očistu zesnulého a obléci do pohřebního rubáše. Židům, zemřelým v exilu je zvykem dát do rakve hrst hlíny z daleké vlasti. U těla zemřelého bdí „stráž" a recituje žalmy. Po pohřbu a prvním pronesením modlitby začíná další z několika stadií smutku. Pro děti je velmi důležitá povinnost ctít své rodiče, zvláště však u stolu, kdy si děti nesedají na místa svých rodičů. Hlavou rodiny je vždy otec, pokud v rodině dojde ke sporu, je možné se obrátit na rabína, kterého hlava rodiny uznává jako autoritu, a ten rozhodne, kdo měl pravdu. V běžných nehalachických (židovský zvykový kodex) záležitostech má poslední slovo žena. Tradičně Židé konzumují potraviny, které jsou tzv. košer, neboli kašrut. Jedná se o komplex pravidel pro rituální čistotu židovské kuchyně a přípravy jídla. Biblický zákon zakazuje konzumaci jakékoli krve, vepřového masa, korýšů, ryb bez ploutví a šupin, ptáky dravce a mrchožrouty, velbloudy, koně a hlodavce. Zvířata se musejí porážet zvláštním způsobem a maso se upravuje tak, aby se odstranila veškerá krev. Hlavní charakteristikou *kašrutu* a židovské kultury je zákaz směšování masitých a mléčných potravin. Reformní Židé už tyto předpisy většinou tak striktně nedodržují.

Židovský zákon vyžaduje, aby židé vyhledávali kvalifikovanou medicínskou péči. Dárcovství orgánů je pro ortodoxní židy nepřijatelné. Reformní skupiny souhlasí s pitvou za předpokladu, že nebudou odebrány žádné části těla. Těla zemřelých (i mrtvých plodů) jsou rituálně umyta v pohřebních ústavech a co nejdříve pochována. Přerušení těhotenství je povoleno za předpokladu, kdy je ohroženo zdraví ženy. Mezi další pravidla patří:

- vyhledávat kvalifikovanou medicínskou péči, zdraví je váženo a ceněno,
- možné přijímat transfúze, vakcíny, užívat léky,
- odebrané orgány odevzdat rodině (tělo celé do země),
- potrat povolen při ohrožení zdraví ženy,
- ortodoxní skupiny nesouhlasí s pitvou,
- v době hlavních židovských svátků a Šabatu mohou odmítnout hospitalizaci nebo podrobení se lékařskému zákroku,
- ortodoxní skupiny odmítají dárcovství orgánů,
- umožnit omytí rukou po probuzení a před modlitbou.

Integrace imigrantů do majoritní společnosti

Česká republika se stala vyspělou evropskou zemí s cílem vést obyvatele k toleranci a respektování jiných kultur a klade si otázku, jak využít potenciálu migrace, jak zlepšit životní podmínky migrantů a podpořit přátelské soužití mezi všemi. Postoje obyvatel k příslušníkům odlišných ras, národů, etnik či náboženství by se měly využívat především k vzájemnému obohacení. Pro co nejhladší průběh začlenění cizinců mezi majoritní společnost byla vytvořena Národní koncepce integrace migrantů, která definuje 4 hlavní priority:

- znalost českého jazyka (zaměřeno na děti i dospělé migranty),
- soběstačnost ekonomická a sociální,
- informovanost a orientace migranta ve společnosti,
- vzájemné vztahy migrantů a majoritní společnosti.

Ústředním cílem národní koncepce je docílit oboustranně přínosného společného soužití migrantů s majoritní společností a umožnit důstojný a samostatný život bez vytváření uzavřených komunit migrantů, jejich izolaci a sociální vyloučení. Migrace může být nejenom ekonomickým přínosem, ale také kulturním obohacením a představuje výzvu pro vzájemné soužití všech obyvatel. Napomáhající obecně prospěšné společnosti typu Integrační centrum Praha, Brno Expat Centre nebo Meta se snaží reagovat na vývoj migračních trendů, aby co

nejefektivněji podpořily začlenění legálně pobývajících migrantů za území České republiky do společnosti, a aby předcházely případným problémům v oblasti vztahů migrantů s majoritní společností za předpokladu, že samotní migranti se aktivně podílejí na integračním procesu. Mnoho cizinců prošlo těmito organizacemi a stali se našimi plnohodnotnými spoluobčany.

Závěr

V současnosti žije v ČR mnoho občanů, kteří nejsou původními obyvateli. Asi z 80 % se jedná o ekonomické migranty. Setkáváme se s nimi všude, na ulici, v obchodech i ve zdravotnických zařízeních v roli pacienta nebo zdravotnického pracovníka. Všichni zdravotničtí pracovníci by měli mít na paměti, že pacienti, kteří náleží k odlišným etnikům a kulturám, patří do kategorie tzv. náročných pacientů a být na tuto situaci dobře připraveni. Zároveň by měli počítat se situací, že v roli zdravotnického pracovníka je cizinec, který také musí respektovat naše kulturní a medicínská pravidla a přizpůsobit zdravotní péči našemu prostředí. Zdravotnický pracovník a zdravotnická péče by měla být vždy apolitická, přizpůsobena potřebám pacienta.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BRNO EXPAT CENTRE. [on line]. Brno. [citované 2015-08-26]. Dostupné na internetu: http://www.brnoexpatcentre.eu/czech/.

CEN. 2013. Šátek je nespolečenský, brání se ředitelka školy, z níž odešly muslimky. [on line]. Praha*: iDnes.cz*, 2013[citované 2015-08-20]. Dostupné na internetu: http://praha.idnes.cz/reditelka-kohoutova-se-brani-tvrzeni-o-vylouceni-muslimek-kvuli-hidzabu-1qt-/praha-zpravy.aspx?c=A131113_170324_praha-zpravy_cen.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2012. [on line]. Praha, 2012. [citované 2015-08-29]. Dostupné na internetu: https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-pocet-cizincu.

FUNTOVÁ, V. 2010. *Rasismus a předsudky ve zdravotnických zařízeních.* Bakalářská práce. Příbram: VŠ ZSP sv. Alžbety, 2010. 75 s.

INTEGRAČNÍ CENTRUM PRAHA, O.P.S. [on line]. Praha [citované 2015-08-20]. Dostupné na internetu: http://www.icpraha.com/o_nas.

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

KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi. Praha: Grada Publishing*, 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

RYCHMACHOVÁ, L. 2010. Transkulturní ošetřovatelský přístup sester ve zdravotnickém zařízení. Bakalářská práce. Příbram: VŠ ZSP sv. Alžbety, 2010. 81 s.

SEDLÁKOVÁ, G. 2006. Ošetrovateľstvo a Romovia. *In Sestra*, 2006, roč. V, č. 3-4, s. 24-25. ISSN 1335-9444.

SEDLÁKOVÁ, G. 2006. Rodinné ošetrovateľstvo, rodinná sestra a vietnamská komunita. *In Florence*, 2006, ročník II. č. 2, s. 50-51. ISSN 1801-464X.

Kontakt

Veronika Funtová, PhDr.
Urologická klinika
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. LF UK
Šrobárova 50
100 34 Praha 10

Kontaktní adresa:
Janovská 374
109 00 Praha 10
e-mail: funtova@seznam.cz

MULTIKULTÚRNE KÚPELE PIEŠŤANY – VČERA, DNES A ZAJTRA

HULKOVÁ Viera

Abstrakt

Piešťany patria medzi popredné kúpeľné miesta, ktoré vyhľadávajú pacienti z celého sveta. Od 15. storočia narastal v strednej Európe odborný záujem o liečenie v kúpeľoch, ktoré disponujú minerálnou vodou. Moderná balneoterapia v Piešťanoch sa datuje od roku 1822 a je spojená s MUDr. F.E. Schererom. Významná éra kúpeľov sa spája s menom rodiny Winterovcov. SLKP už vyše 200 rokov patria medzi popredné európske kúpele v liečbe reumatizmu, rehabilitácii pohybového a nervového systému. Každý klient má individuálne zostavený liečebný program zostavený z aktívnych a pasívnych procedúr, základ ktorých tvoria prírodné liečivé zdroje – termálna minerálna voda s vysokým obsahom sírovodíka a unikátne sírne bahno preslávené svojimi účinkami po celom svete. Rehabilitačné kúpeľné pobyty sú zamerané na liečbu poúrazových stavov a po operáciách pohybového aparátu, liečbu po cievnej mozgovej príhode. Ročne navštívi piešťanské kúpele vyše 30 000 klientov, najmä z Nemecka, Izraela, Ruska, Českej republiky, Arabských krajín.

Kľúčové slová: História kúpeľov Piešťany. Kúpeľná starostlivosť. Sírne bahno. Termálna minerálna voda. Winterovci.

Úvod

Unikátne prírodné liečivé zdroje sú dôvodom, prečo chorí z celého sveta prichádzajú do Kúpeľov Piešťany. Liečivé účinky termálnej minerálnej vody a sírneho bahna boli prvýkrát opísané v 14. storočí. Termálna minerálna voda má vysoký obsah minerálnych látok (1500 mg na liter), obsahuje tiež sírovodík a ďalšie plyny. Desať prameňov vyviera z hĺbky asi 2000 metrov, teplota vody prameňov je 67˚C až 69˚C. Denne vyvierajú 3 milióny litrov termálnej vody. Je to horúca voda, stredne mineralizovaná, síranovo-hydrogenuhličitanová, vápenato-sodná, sírna. Využíva sa hlavne na kúpele, ale tiež na pitnú kúru.

Sírne bahno je unikátny peloid v európskom i svetovom meradle. Ťaží sa v miestach výverov súčasných horúcich prameňov so sírnou termálnou minerálnou vodou. Pre kúpeľné procedúry sa upravuje pomocou originálnej technológie, ktorá sa skladá z množstva chemických a biologických reakcií, vďaka ktorým bahno dozrieva. Zrelé bahno má maslovú konzistenciu, je mastné, poddajné, dobre vedie teplo, chladne štyrikrát pomalšie ako voda a má vysokú viskozitu. Teplota bahna pri jeho nanášaní je približne 45˚C.

Pohľad do rokov minulých

Prvá písomná správa o kúpeľoch je z roku 1549, keď uhorský vedec, lekár a prírodovedec J. Wernher napísal na svoju dobu pozoruhodné dielo: „O podivuhodných vodách Uhorska.“ Sláva a medzinárodná povesť kúpeľov v Piešťanoch sa začala datovať od II. polovice 16. stor. Podrobný opis piešťanských liečivých prameňov a kúpeľov, hospodárskych a sociálnych pomerov zanechal v II. polovici 17. stor. český kazateľ Adam Trajan Benešovský.
SALUBERRIMAE PISTINIENSES THERMAE – NAJUZDRAVUJÚCEJŠIE PIEŠŤANSKÉ KÚPELE - takto nazval v r. 1642 svoju oslavnú báseň na Piešťany. Nápis, ktorý vypovedá o význame kúpeľov, sa nachádza na priečelí Kolonádového mosta pri soche barlolámača.
Od novembra r. 1720 patrili Piešťany starému uhorskému rodu Erdödyovcov až do zrušenia poddanstva v r. 1848. Kúpele ako súčasť práv vlastnili až do ich poštátnenia v roku 1940; celé dve storočia boli kúpele Piešťany pod erbom rodu Erdödyovcov.
Za zakladateľa a priekopníka modernej vedecky zdôvodnenej balneoterapie a súčasne aj reformy v kúpeľnej liečbe v Piešťanoch sa považuje MUDr. František Ernest Scherer. Uznávaný balneológ a chirurg si kúpele na istý čas od Erdödyovcov prenajal, aby mohol uskutočniť svoju víziu. Z jeho záznamov z roku 1822 sa môžeme dočítať o tom, ako kúpele vyzerali. Zrkadlisko bolo iba pre vznešených kúpeľných hostí, dámy a páni sa kúpali spoločne, kabíny na vaňové kúpele neboli vykurované, pobyt vo vaňových kúpeľoch nebol časovo limitovaný, mnohí pacienti za malý poplatok ostávali vo vani 2 – 3 hodiny, čím narastal počet čakajúcich hostí. V kúpeľoch chýbali toalety. I napriek tomu, že sa ubytovanie zlepšilo oproti minulým rokom, hostia si museli i naďalej privážať so sebou posteľnú bielizeň a matrace. Stravovanie predstihovalo i nároky vyhlásených labužníkov. Každý týždeň sa pre hotelových hostí konali plesy.

V 40. rokoch 19. stor. postihla monarchiu kríza, po zrušení poddanstva stratili Erdödyovci bezplatné pracovné sily a začali kúpele prenajímať. Od r. 1889 do r. 1940 vzala osud piešťanských kúpeľov do svojich rúk rodina Winterovcov – Alexander a jeho traja synovia: František, Ľudovít a Imrich. V r. 1889 bolo v kúpeľoch 2957 hostí, o ktorých sa staralo 200 zamestnancov. Od r. 1894 sa datuje štart Winterovcov na medzinárodnom trhu kúpeľného cestovného ruchu. V kúpeľoch sa liečilo 4376 hostí. V nasledujúcich rokoch počet hostí výrazne stúpal. V roku 1904 bolo v kúpeľoch zaregistrovaných 8077 hostí, v r. 1909 už 13 320 hostí, v roku 1911 16 098 hostí, v roku 1912 16 960 hostí a v roku 1929 až 23 374 hostí (Šípoš, 1992).

30.roky 20. storočia „ Zlatá éra kúpeľov Piešťany“
Králi a maharadžovia v kúpeľoch

Prvý z maharadžov, ktorí navštívili piešťanské kúpele bol maharadža z Patialy v roku 1931. Ubytovaný bol v hoteli Thermia. Nasledovala návšteva vznešeného indického hosťa navába Salar Džanga III. z Hajdarábádu, jedného z najbohatších ľudí Indie. V roku 1934 prišiel do Piešťan skutočný indický panovník - vládca Bhópálu Nawab Hamídulláh spolu s adoptívnou dcérou Rábiou a sprievodom. Naváb z Bhópálu sa do Piešťan vrátil opäť v roku 1937 s manželkou Begum Maimunou, dcérou Sajidou, adoptívnou dcérou Rábiou a služobníctvom. Indický vládca bol nesmierne spokojný s pobytom v Piešťanoch, a preto pozval riaditeľa hotela Thermia knieža Mareka Lubošinského s manželkou Vierou do Indie. Ponúkol mu prácu vo svojom paláci. M. Lubošinský pracoval na poste dvorného maršala od r. 1938 do konca II. svet. vojny. Viedol palácové hospodárstvo, vybudoval hotely a kuchyne podľa európskych štandardov. V roku 1936 absolvoval kúpeľný pobyt v Piešťanoch sultán Sir Ibrahim z malajského štátu Johor s manželkou Helenou. V auguste 1937 sa prišiel do piešťanských kúpeľov liečiť maharadža Čánd Mahtab z Burdwanu so synom Kumarom (Lubošinská, 2006-2007).
K významným osobnostiam, ktoré navštívili piešťanské kúpele patrí Dr. Edvard Beneš, ktorý bol v Piešťanoch v roku 1921 ešte ako minister zahraničia, vo funkcii prezidenta Československej republiky navštívil kúpele spolu s manželkou Hanou 30. septembra 1936.
V júli a auguste 1932 bol v kúpeľoch Dwight Davis, darca slávneho tenisového Davis Cupu spolu so svojou dcérou Helen Davis. V kúpeľoch bol aj legendárny ruský operný spevák Fjodor Ivanovič Šaljapin, kráľ českých komikov, herec Vlasta Burian.

Zabával hostí, bol výborný tenista a každoročne sa zúčastňoval piešťanského Davis Cupu, otváral exhibičný turnaj. Na sklonku svojho života navštevoval piešťanské kúpele známy český maliar a významný predstaviteľ secesie Alfons Mucha so svojou chorou dcérou.
Na znak vďaky za starostlivosť venoval kúpeľom Piešťany obraz „ Salutis Fons Benedicta ave - Buď pozdravený požehnaný prameň zdravia.“ Slávnostne bol odhalený 15. mája 1932 vo veľkej jedálni hotela Thermia Palace, kde je umiestnený dodnes (Šípoš, 1992).
Medzi ďalších významných hostí novodobej histórie patril cestovateľ Jiří Hanzelka, herečka Claudia Cardinale, prezident ČR Václav Klaus, modelka Claudia Schifer.

Winterovci

Rozvoj piešťanských kúpeľov je už neodmysliteľne spätý s rodinou Winterovcov, ktorá sa zaslúžila aj o rozvoj kultúry a spoločenského diania v Piešťanoch. Počas obdobia, v ktorom viedli kúpele, sa v meste zlepšila doprava, cesty, letisko s pravidelnými linkami do zahraničia, vybudovali sa školy, pošta, unikátne kúpalisko Eva, položili základ Balneologického múzea. Exportovali piešťanské bahno do lekární v rámci Európy, v r. 1906 zorganizovali v Piešťanoch zjazd kúpeľných lekárov z celého Uhorska. Na Kúpeľnom ostrove dali vybudovať prvé golfové ihrisko na Slovensku, a tak sa Piešťany stali centrom významných golfových turnajov, tenisových súťaží, šachových majstrovstiev, ale aj koncertných vystúpení, tanečných súťaží, automobilových pretekov. Najznámejšia postava Piešťan - bronzová socha muža, ktorý láme barlu, je tiež spojený s Winterovcami. Stojí na priečelí Kolonádového mosta od roku 1933. Winter vedel, že kúpele potrebujú jednoduchý symbol uzdravenia a keďže v tom čase šetril a nemohol si dovoliť renomovaného výtvarníka, oslovil v roku 1894 začínajúceho kresliara nemeckého pôvodu Artura Heyera. Poveril ho, aby jedinou figúrou vyjadril uzdravenie. O niekoľko dní mu predložil skicu Lámača barlí, ktorú Winter ihneď prijal a zahlásil obchodnej komore na patentovanie. Vyrobila ju firma Barták v Prahe. Lámač barlí sa stal senzáciou, mnohí sa ho snažili napodobniť. Postavičku dal Winter zaregistrovať ako ochrannú známku piešťanských kúpeľov a jej ochranu si zabezpečoval súdnou cestou. Objavovala sa na plagátoch, propagačných materiáloch a ďalších tlačovinách. Kým však bronzový barlolamač láme barlu v rukách, jeho predchodca lámal barlu cez koleno. Kolonádový most je najdlhším krytým mostom na Slovensku a tiež patrí k symbolom kúpeľov. Miestni obyvatelia ho nazývajú tiež Sklený most. S dĺžkou 141,8 metrov preklenuje rieku Váh a spája kúpele s mestom.

S myšlienkou postaviť tento most prišiel Ľudovít Winter, stavba sa realizovala v rokoch 1930 – 1933. V apríli 1945 most zničila ustupujúca nemecká armáda, avšak v roku 1956 bol opäť zrekonštruovaný (Pekárová, Krupa, 2006).

Éra socializmu

V septembri roku 1954 boli Piešťany uznesením vlády vyhlásené za kúpeľné mesto medzinárodného významu, ktorému treba venovať zvýšenú starostlivosť aj z hľadiska cudzineckého cestovného ruchu. Rok 1954 je považovaný za ďalší významný medzník v novodobej histórii a rozvoji Piešťan. Zvyšovaním dopytu po kúpeľnej liečbe sa začal zvyšovať aj záujem o Piešťany medzi zahraničnými hosťami. Okrem pacientov z NSR a Rakúska sa v Piešťanoch liečili aj klienti zo škandinávskych krajín. V roku 1964 bolo spolu v Piešťanoch 1880 cudzincov. Výstavbou ďalších kúpeľných hotelov sa koncom roka 1980 zvýšila kapacita štátnych kúpeľov na 2 620 lôžok a o rok neskôr absolvovalo kúpeľnú liečbu 37 474 pacientov, z toho 11 192 cudzincov, pričom z nesocialistických štátov ich bolo 6 376. V roku 1989 bolo z celkového počtu 33 420 pacientov až 12 437 cudzincov.

Súčasnosť Slovenských liečebných kúpeľov, a.s. Piešťany

Popri svojom liečebnom význame sú dnešné Piešťany atraktívnym, vyhľadávaným a navštevovaným miestom domáceho a zahraničného cestovného ruchu, turizmu, rekreácie, športu, kultúrneho a spoločenského diania, celoslovenských a medzinárodných kultúrnych a vedeckých podujatí. Súčasná moderná komplexná kúpeľná liečba je založená na stáročnej tradícii a empirickom využívaní liečivej sily termálnej vody a sírneho bahna na zdravie človeka a umocnená aplikáciou vedecky zdôvodnených liečebných metód.
Piešťany patria medzi popredné kúpeľné miesta, ktoré vyhľadávajú chorí z celého sveta.
V roku 2014 sa v kúpeľoch liečilo 34 173 pacientov, z toho 40,7% mužov a 59,3 % žien.
Klienti podľa krajiny pôvodu:

- 28 % Slovenská republika
- 24 % Nemecko
- 19% Izrael
- 8 % Arabské krajiny (3% Kuvajt, 2% SA, 1% Blízky a Stredný východ, 1% Egypt)
- 6 % Česká republika

- 5 % Rusko
- 1% USA
- 1% Cyprus.

Predsedníctvo v CP Holdings Ltd a Danubius Hotels Group prevzala v roku 2013 po smrti sira Bernarda Schreiera jeho dcéra pani Iris Gibbor a jeho vnuk pán Alexei Shreier, generálny riaditeľ CP Holdings Ltd.

Kúpeľná starostlivosť sa poskytuje v:
Danubius Health Spa Resort Thermia Palace *****
Danubius Health Spa Resort Esplanade ****
Spa Hotel Splendid ***
Spa Hotel Pro Patria***
Hotel Jalta **
Vila Trajan ***
Dependance Smaragd ** a Dependance Šumava**

Renovovaný secesný 5* hotel Thermia Palace postavený v roku 1912 je priamo spojený s kúpeľným domom Danubius Health Spa Irma, v ktorom sa nachádza unikátne bahnisko a zrkadlisko. Pacientom je k dispozícii vyše 60 liečebných procedúr.
Danubius Health Spa Balnea je moderné liečebné centrum, zrenovované v roku 2014. Nachádza sa v hotelom komplexe Danubius Health Spa Resort Esplanade. Centrum je vybavené najmodernejšími rehabilitačnými prístrojmi. K vybaveniu ergoterapie patrí aj kuchynka a automobil na precvičovanie úkonov bežného života.
Spa Hotel Pro Patria je historický kúpeľný hotel, postavený v roku 1916, ktorý sa nachádza v tesnej blízkosti termálnych minerálnych prameňov (Šípoš, 1992).
Hotel Jalta postavený v roku 1929 sa nachádza priamo na pešej zóne mesta.
Kúpeľné domy Napoleon tvorí komplex troch budov. Nachádza sa v nich prvé zrkadlisko na kúpeľnom ostrove. V budove Napoleon III sa nachádza soľná jaskyňa.
Zrkadlisko je bazénový kúpeľ s teplotou 38 – 40 stupňov Celzia, ktorého názov je odvodený podľa číreho odrazu vody. Bahnisko je kúpeľ s dnom z piešťanského sírneho bahna v hrúbke 10 – 30 cm, cez ktoré vyviera termálna voda. Bahno má mazľavú konzistenciu a odporúčaná dĺžka pobytu v ňom je 10 – 15 min.

Vízia pre 21. storočie

Spoločným cieľom zamestnancov SLKP a.s. je úspešne pokračovať v tradícii a patriť medzi popredné liečebné kúpeľné zariadenia v strednej Európe, ktoré sú a budú pre tisíce pacientov, ktorí do kúpeľov každoročne prídu, tým vytúženým miestom uzdravenia, oddychu a zotavenia. Sestry sa nemalou mierou podieľajú na prosperite kúpeľov, poskytovaním kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti budú sestry aj naďalej prispievať k tomu, aby sa Piešťany mohli nazývať svetoznámym kúpeľným mestom a mestom kongresov, budú pozitívne ovplyvňovať rozvoj piešťanských kúpeľov a aj vďaka sestrám sa bude napĺňať motto kúpeľov: Surge et ambula! - Vstaň a choď!

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

KOL. AUTOROV. 2015. *Slávne kúpele Slovenska*. Praha: Vyd. Foibos Books, s.r.o., v spolupráci s Balneologickým múzeom v Piešťanoch. 2015. 300 s.

LUBOŠINSKÁ,V. *Indický denník*. 1. Vydanie. Piešťany: Balneologické múzeum, 2006 – 2007. 293 s. ISBN 80-89155-07-3.

PEKÁROVÁ, M., KRUPA, V. 2006. *Spomienky na Piešťany Ľudovíta Wintera.* 2. Vydanie, Vydalo Balneologické múzeum Piešťany, 2006, 123 s., ISBN 80-968258-4-4.

ŠÍPOŠ, J. 1992. *Piešťany v premenách vekov*. Bratislava: Obzor, 1992, 200 s. ISBN 80-215-0197-9.

Kontaktná adresa autorky:
PhDr. Viera Hulková, PhD.
SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s.
Winterova 29, 921 29 Piešťany
viera.hulkova@spapiestany.sk

VŠ sv. Alžbety, n.o. Bratislava
Detašované pracovisko Příbram, ČR

SESTRY NA MISÍCH S LÉKAŘI BEZ HRANIC

HURYCHOVÁ Terezie

Abstrakt

Lékaři bez hranic / *Médecins Sans Frontières* jsou mezinárodní humanitární organizace, která poskytuje odbornou zdravotnickou pomoc obětem válečných konfliktů, přírodních katastrof a epidemií či pacientům vyloučeným ze zdravotní péče. Všeobecné sestry a porodní asistentky tvoří počtem největší skupinu dobrovolníků Lékařů bez hranic. Jsou připravené pracovat a přebírat odpovědnost v těžkých, nezvyklých a často nebezpečných zónách. Pracují v odlišném kulturním prostředí, snaží se aplikovat zásady multikulturního ošetřovatelství a jsou součástí týmu mezinárodních spolupracovníků.

Klíčová slova: Lékaři bez hranic. Humanitární mise. Všeobecné sestry. Multikulturní ošetřovatelství.

Úvod

Organizace byla založena v roce 1971 skupinou francouzských lékařů a novinářů, kteří měli přímou zkušenost s hladomorem v Biafře. Za vznikem organizace stálo přesvědčení, že na lékařskou péči má právo každý člověk bez ohledu na pohlaví, rasu, náboženství, názorové přesvědčení nebo politickou příslušnost a že potřeby lidí mají větší význam než státní hranice. V té době tvořilo organizaci 300 dobrovolníků – lékaři, všeobecné sestry a další personál včetně zakládajících lékařů a novinářů. Nyní organizace poskytuje zdravotnickou pomoc v téměř 70 zemích světa s více než 2.500 mezinárodních a 29.000 místních spolupracovníků.

Jádro

„Ošetřovatelství a sestry jsou archetypem lidské péče ve společnosti, jsou zde každý den, aby ve světě nabízely soucitnou lidskou péči“ (Payene, 2011, s. 178). „Sestry se podílí na zlepšování globálního zdraví“ (Shane, 2011). „Dokonce i ti nejetičtější a nejprogresívnější lékaři se zdají mít respekt pro práci sester. Například, skupina Lékařů bez hranic - Medécins sans frontières, kteří získali Nobelovu cenu míru r. 1999 pro jejich odvážnou mezinárodní práci. Co je však méně známé, že většina jejích členů nejsou lékaři, ale sestry.

Přesto se organizace nejmenuje Lékaři a sestry bez hranic, nebo dokonce Medicína bez hranic, což by korektněji vyjadřovalo roli, kterou ve skupině hrají sestry a pracovníci jiných nelékařských povolání“ (Gordon, 2005, s. 152).

Rozhodnutí sestry pro práci na humanitární misi, její účast na misi a návrat z mise je komplexním a složitým procesem. Sestry čelí nejistotě – jsou na misi dostatečně připraveny? Osobně, profesně, kulturně? Zvládnou roli, kterou budou muset na misi zastávat? Zvládnou psychickou zátěž a stres související se zhoršenou bezpečností na misi? Umí být dobrým týmovým hráčem v mezinárodním týmu? Má dostatečné znalosti místní kultury a multikulturního ošetřovatelství? Jaké zkušenosti si z mise přinesou? V čem je změní a jaký je bude očekávat návrat? Toto téma přináší mnoho otázek. Ze všech pracovníků z celého světa, kteří se zúčastnili mise s Lékaři bez hranic v roce 2014, tvořili 32% sestry a další paramedici (laboratorní technici, farmaceuti, psychologové a porodní asistentky). Lékaři tvořili 26%. Zbývající pracovníci byli z nelékařských profesí (logistici, HR a finanční koordinátoři, administrátoři, apod.) Od založení kanceláře organizace Lékaři bez hranic v Praze v roce 2006 odjelo z České republiky a Slovenska na humanitární mise pouze šest všeobecných sester, jedna dětská sestra, jedna instrumentářka a jedna porodní asistentka. Na mise odjely v roce 2014 tři sestry a devět lékařů.

Pracovní náplň sester na misi

Sestry na všech projektech Lékařů bez hranic pracují společně s místním zdravotnickým týmem. Krom ošetřovatelské péče o pacienty - "*hands on* ", jsou často v pozici koordinátorky a manažerky. Organizují personální management a kontakt s místními úřady. Zpracovávají měsíční reporty projektu, co se týče morbidity a mortality, které odevzdávají místnímu ministerstvu zdravotnictví a zdravotnickému koordinátorovi projektu.

Společně s týmem vyhodnocují efektivnost programu, navrhují změny a vylepšují postupy v péči o pacienty.

Primární péče - V Alma Atě byla v roce 1978 přijata První deklarace o primární zdravotní péči. Krédem a cílem této dohody bylo posílení role ošetřovatelství v primární zdravotní péči – prevenci, depistáži a podpoře zdraví.

Deklarace přinesla prohlášení, že každý člověk má právo na adekvátní zdravotní péči. Realita je však jiná – mnoho lidí na světě nemá k základní zdravotní péči vůbec přístup. Sestry se v primární péči na misi zaměřují na prevenci, osvětu a podporu zdraví. Podílí se na realizaci očkovacích programů a kampaní, programů prenatální a postnatální péče o matku a péče

o dítě. Spolupracují s psychologickým programem v péči o znásilněné a zneužívané ženy a dívky a oběti válečných konfliktů. Organizují centra pro léčbu podvýživy. Pracují v uprchlických táborech, ve slumech. Organizují mobilní kliniky na odlehlých, často těžko dostupných a méně bezpečných místech, kde lidé nemají přístup k základní zdravotní péči.

Sekundární péče - sestry pracují především na dětském, gynekologicko – porodnickém a chirurgicko - traumatologickém oddělení. Ošetřují nemocné a zraněné, zajišťují chod oddělení, starají se o personální zdroje. Vzdělávají místní zdravotnický tým, se kterým se snaží poskytovat adekvátní péči nemocným. Zavádí a monitorují hygienické standardy na odděleních. Instrumentářky pracují často v nejjednodušších technických podmínkách, proto je zapotřebí různorodá praktická zkušenost. Pracují na operačních sálech, asistují během operací, organizují a školí místní personál. Dbají o dodržování hygienických standardů na operačním sále. Na krátké záchranné mise během válečných konfliktů a přírodních katastrof (zemětřesení, záplavy, tsunami) jsou posílány zkušené sestry, které již absolvovaly misi s Lékaři bez hranic. Tyto mise bývají pro svoji náročnost kratší a odjezd na misi bývá okamžitý.

Sestra jako humanitární pracovník

Kilíková (2013) uvádí filosofické pojmy důležité pro sestru - humanismus, filantropie a holismus. Humanistický přístup pracuje se vším, co o pacientovi víme, bere v úvahu jeho myšlení, hodnoty, zkušenosti, city, chování a poznatky o jeho těle. Filantropie označuje souhrn činností a chování, které vedou k vědomé podpoře druhých osob, a to jednotlivců, skupin, nebo komunit, za účelem dosažení vyšší kvality života jednotlivce a společnosti. Je to lidumilnost, dobročinnost, pomoc sociálně slabým a potřebným. Holismus je idealistickou filosofií celistvosti. Zmiňuje další důležitou vlastnost sestry a to kritické myšlení a emoční inteligence.„Kritické myšlení představuje proces a vytrvalou práci, ne stav“ (Kilíková, 2013, s. 149).

Podle Princové (2012) charakteristické rysy humanitárního pracovníka lze shrnout do tří kategorií:

- schopnost přizpůsobit se (pozitivní přístup, flexibilita, odolnost vůči stresu, trpělivost, emoční vyzrálost apod.),
- multikulturní dovednosti (tolerance, respekt, kulturní citlivost, politická prozřetelnost),
- partnerské dovednosti (otevřenost, profesní závazky, iniciativa, budování vztahů)

Sestry po návratu z mise

Shane (2011) ve své novozélandské studii shrnula, že sestry během poskytování humanitární pomoci pociťovaly úzkost, obavy z nepochopení místním zdravotním personálem z jejich odlišné ošetřovatelské péče a obavy z přizpůsobení se novému životu po návratu z mise. Sestry se staly více kreativními díky minimálním zdrojům techniky. Zažily proces neustálého přizpůsobování se, viděly jejich silný osobní a profesní potenciál. Sestry musí být „flexibilní, přizpůsobivé, inovativní a vytrvalé“. (Shane, 2011). Bjerneld, et al. (2009) ve své švédské studii poukazuje na fakt, že přestože sestry vyjádřily osobní a profesní uspokojení z práce na humanitární misi, poukázaly na vysoký stupeň stresu, zvláště v souvislosti s ozbrojeným konfliktem, kriminalitou, znásilňováním a podmínkami, ve kterých během mise žily. Je nezbytné aby „dobrovolníci byli připraveni i psychologicky na extrémně stresující práci, pro desiluzi a frustraci". Je však také pravda, že „sestry se nemohou připravit na všechny situace a výzvy, kterým budou na misi čelit. Musí adaptovat svoje předchozí zkušenosti, učit se novým zkušenostem“ (Bjerndel, 2009). Švédští humanitární pracovníci poukázali na to, že týmová práce byla „fantastická“, nicméně byla považována za nejtěžší část mise. Týmová práce může být zdrojem jak frustrace, tak i stresu, zejména v situacích, kdy pracovníci pracovali a žili s lidmi, které si sami nevybrali (Bjerndel, 2009).Podle Shane (2011) by sestry měly být více připravovány v oblasti globálního zdraví a multikulturní komunikace.

Závěr

České sestry, které se účastnily misí s Lékaři bez hranic, mají každá svoji osobní zkušenost. Společné mají to, že se na misích v rámci poskytování ošetřovatelské péče často naučily činnosti, které přesahovaly jejich kompetence v systému zdravotnictví České republiky.
Kromě odborných zkušeností sestry získaly především organizační a manažerské dovednosti. Vrátily se obohacené o zkušenosti mezinárodní týmové práce a praktické zkušenosti s principy multikulturního ošetřovatelství. Poznaly, jak jsou schopny zvládat zátěžové a stresující situace. Naučily se větší flexibilitě, trpělivosti a toleranci. Staly se během humanitárních misí komplexnějšími a zralejšími osobnostmi.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BJERNELD, M., *Images, motives and challenges for western health workers in humanitarian action: Digital Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medecine* [online]. Uppsala: Uppsala University, Acta Universitatis Upsaliensis, 2009. 65 s. [cit.2015-17-09]. Dostupné z WWW: <http://uu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:211229>. ISBN978-91-554-7509-3.

GORDON, S., 2005, *Nursing against the Odds, How Health Care Cost Cutting, Media, Stereotypes, and Medical Hubris Undermine*, New York: Cornell University Press, 2005. 495 s. ISBN-13:978-0-8014-3976-6.

HURYCHOVÁ, *Účast všeobecných sester na misích humanitární organizace Lékaři bez hranic, Příbram, 2013,* Bakalářská práce, 81 s, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.

KILÍKOVÁ, M., 2013. *Teorie moderního ošetřovatelství I.*, Příbram: Ústav sv. J.N. Neumanna, 2013. 196 s. ISBN 978-80-260-3755-2.

LÉKAŘI BEZ HRANIC. Dostupné na: http://www.lekari-bez-hranic.cz [online 2015-17-09].

PRINCOVÁ, K., 2012. Úvod do zahraniční pomoci s důrazem na etiku jejího poskytování, Olomouc: CARITAS- Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012. 121 s. ISBN 978-80-87623-04-6.

SHANE, L., *Experience of humanitarian nursing in developing countries*, Auckland, 2011. 80 s. [online]. Dostupné na www:http://aut.researchgateway.ac.nz/bitstream/handle/10292/1224/LalS.pdf?sequence=3

Kontaktní adresa autora:
terrafrica@hotmail.com
Nerudova 33, Praha 1, 11800

VYUŽITÍ ALIANCE 3N V OBLASTI EDUKACE O KOJENÍ

CHRÁSKOVÁ Jana, BOLEDOVIČOVÁ Mária

Abstrakt

V našem příspěvku prezentujeme zjištění z realizovaných výzkumných studií v dané oblasti. Pro účely splnění cíle příspěvku byla zvolena vyhledávací strategie za období let 2004–2015 v licencovaných a volně přístupných elektronických databází (Medline, ProQuest, Google, Google Scholar, Web of Science, Springer, Science Direct, Cochrane Collaboration) včetně vybraných elektronických verzí odborných časopisů (Profese on-line, Neonatologické listy, Kontakt, Pediatrie pro praxi, e-Psychologie). Pro vyhledávání byla zvolena klíčová slova: Aliance NNN, edukace, kojení, neefektivní kojení, snaha zlepšit kojení. Pro nalezení relevantních zdrojů byly použity kombinace uvedených klíčových slov zapojením Booleovských operátorů. Posoudili jsme 35 publikací, z toho 6 článků a 2 diplomové práce, které se zabývaly problematikou edukace v oblasti kojení včetně realizace edukace s využitím klasifikačních systémů NANDA- I, NIC a NOC.

Klíčová slova

Aliance NNN. Edukace. Kojení. Neefektivní kojení. Snaha zlepšit kojení.

Úvod

Klasifikační systémy NANDA International, NIC a NOC mohou jako standardizovaný ošetřovatelský dorozumívací prostředek sloužit pro zefektivnění kojení a zkvalitnění péče o matku a novorozence po dobu hospitalizace na oddělení šestinedělí. Z dohledaných vědeckých důkazů je patrné, že problematika edukace v oblasti kojení s využíváním klasifikačních systémů NANDA-I, NIC a NOC, je předmětem zájmů výzkumníků na různé úrovni. Dohledané studie můžeme pro komplexní pohled na problematiku edukce v oblasti kojení rozdělit do třech oblastí. První oblast dohledaných studií se zaměřuje na význam kojení a problematiku laktace, druhá předkládá důkazy o významu Aliance NNN a o validaci ošetřovatelské diagnózy Neefektivní kojení. Třetí oblast ukazuje možnosti využití klasifikačních systémů NANDA-I, NIC a NOC v ošetřovatelské praxi.

Kojení a laktace

Kojení a výživa mateřským mlékem je přirozenou a nenahraditelnou stravou pro novorozence. Je stále předmětem zájmu, v oblasti tvorby různých strategií pro propagaci kojení, nadnárodních organizací jako jsou Světová zdravotnické organizace (WHO, 2014) a UNICEF (WHO; UNICEF, 2009). Kojení je nejpraktičtější výživou, protože je vždy a všude okamžitě k dispozici. Mateřské mléko je čerstvé, zdravotně nezávadné a má potřebnou teplotu. Pro matku a dítě je kojení prakticky prvním sociálním kontaktem prostřednictvím jeho základních smyslů – hmatu, čichu, chuti, sluchu a vestibulárního aparátu. Vzniká tak přirozené pouto, které může pozitivně ovlivnit jejich vzájemné vztahy v budoucnosti. Dle WHO je mateřské mléko nejvhodnější potravou pro všechny děti včetně nedonošených a nemocných dětí. Od roku 2002 WHO doporučuje výlučné kojení po dobu 6 měsíců a pokračování v kojení s odpovídající komplementární výživou po dobu 2 roků či déle podle potřeb dítěte (WHO, 2001). Toto doporučení převzala řada dalších zemí včetně České republiky, WHO je znovu potvrdilo v roce 2013 (WHO, 2013). V neposlední řadě je nutné se zmínit o tom, že je v České republice k dispozici doporučený postup České neonatologické společnosti „Kojení donošených novorozenců“. Součástí doporučeného postupu je výčet znalostí a dovedností, které by matky před propuštěním z porodnice měly znát a umět (Mydlilová, 2013). Uvedený doporučený postup lze chápat jako logické vyústění toho, že již od roku 1991 je v České republice propagována iniciativa na podporu kojení WFO/UNICEF „Baby-friendly hospital“ (BFHI) a mnohé nemocnice vlastní titul Baby-friendly hospital (WHO, 2009).

Laktace představuje společný proces mezi matkou a dítětem. Proces tvorby mateřského mléka mohou negativně ovlivnit psychické vlivy jako napětí, strach apod. Proto je potřeba kojící matce vytvořit vhodné podmínky pro výživu svého dítěte. Na psychosociální problematiku úspěšného kojení poukazuje Takacs et al. (2011). Realizovala studii, kde identifikovala hlavní psychosociální proměnné v rámci perinatální péče, které mohou představovat podpůrné či rizikové faktory pro úspěšné zahájení kojení. Na základě statistického vyhodnocení dat z dotazníkového šetření, jehož se zúčastnilo 199 respondentek, a obsahové analýzy polostrukturovaných rozhovorů s 18 rodičkami se ukázalo, že do kvality kojení se promítá především rodičkou vnímaná atmosféra porodnice a přístup zdravotníků v období po porodu (schopnost empatie, poskytování psychické podpory a kvalita komunikace)

a rovněž aktivní nabízení pomoci s kojením. Podpora kojení poskytovaná rodičkám v rámci perinatální péče by se proto měla zaměřit nejen na dodržování deseti kroků k úspěšnému kojení, které je podmínkou pro udělení statutu *Baby Friendly Hospital*, nýbrž i na psychologické potřeby rodičky v době po porodu (Takacs et al. 2011).

Mateřské mléko je díky svému složení a vlastnostem nenahraditelnou složkou výživy na počátku života. Na vědecky podložené benefity kojení poukazuje přehledová studie Mitrové a Bronského (2014). Autoři předkládají vědecké důkazy o vlivu kojení na růst. Děti, které jsou kojeny v souladu s doporučením WHO, vykazují pomalejší tempo růstu v prvním roce života, ale tyto děti mají větší procento tělesného tuku. Proto bylo nutno vypracovat nové růstové standardy WHO pro kojené děti. Prevence infekčních onemocnění je považována za nejdůležitější zdravotní přínos kojení, tak jako příznivý vliv kojení na krevní tlak dítěte. Kojení snižuje dlouhodobě riziko vzniku DM2. Dále autoři uvádí, že je prokázáno o 52% nižší riziko vzniku celiakie a o 31% se snižuje riziko vzniku idiopatických střevních zánětů. V závěru autoři apelují na nutnost výživy mateřským mlékem jako na základ zdravotní péče o kojence, kde nezastupitelnou roli sehrává v oblasti edukace a podpory kojení pediatr (Mitrová a Bronský, 2014).

Aliance NNN

V roce 1997 začali zástupci projektů NANDA, NIC a NOC spolupracovat se záměrem vypracování mezinárodně platné ošetřovatelské terminologie. Cílem tohoto spojení bylo vytvoření celistvého systému jednotného ošetřovatelského jazyka s využitím v klinické praxi.

V roce 2000 byla součinností výzkumných týmů zabývajících se klasifikacemi NANDA, NIC a NOC založena Aliance NNN. Výsledkem spolupráce byla terminologie poskytující ošetřovatelské intervence NIC, očekávané výsledky NOC připojené k ošetřovatelským diagnózám NANDA. V roce 2001 se uskutečnilo první zasedání Aliance NNN za podpory Národní lékařské knihovny USA, kde byl vypracován koncept jednotného taxonomického uspořádání NANDA, NIC a NOC. Na dalším zasedání uskutečněném v roce 2002 byla za účelem zpětné vazby prezentována nová struktura, kde byly do stejných tříd a domén zařazeny ošetřovatelské diagnózy, intervence a očekávané výsledky. Cílem propojení je vytvoření společné klasifikace obsahující ošetřovatelské diagnózy, intervence a výsledky uspořádané do jedné struktury, která je účelnější a usnadní rozšíření standardizované terminologie do klinické praxe.

Mezinárodnímu uplatnění klasifikací v praxi napomáhají validační výzkumy, které jsou prováděny za účelem zvýšení exaktnosti ošetřovatelské diagnostiky, standardizace ošetřovatelských pojmů a zvýšení účinnosti ošetřovatelských intervencí (Vörösová, 2013). O používání standardizované ošetřovatelské terminologie taxonomií NANDA-I, NIC a NOC se zmiňuje Jarošova et al. (2012, s. 5) a uvádí, že jsou využívány pro dokumentování ošetřovatelské péče ve více než 20 zemích světa. V dalších desítkách zemí jsou pak zkoumány a testovány. V české ošetřovatelské praxi se však objevují velmi výjimečně a zpravidla jsou nekomplexní a ošetřovatelské diagnózy jsou postavené na subjektivním úsudku sester.

Validizace ošetřovatelské diagnózy Neefektivní kojení

Ošetřovatelské diagnóza Neefektivní kojení ve verzi NANDA-I 2012-2014 (Herdman, 2013) je zařazena do Domény 7: Vztahy mezi rolemi, Třída 1: Role pečovatelů. Pro verzi na období 2015-2017, je tato diagnóza zařazena po revizi v taxonomie NANDA-I do Domény 2: Výživa, Třída 1: Příjem potravy (Herdman a Kamitsuru, 2014). V současné době existuje velmi málo relevantních vědeckých důkazů věnující se problematice uvedené ošetřovatelské diagnózy. Diagnóza Neefektivní kojení byla zařazena do taxonomie NANDA-I v roce 1988. V roce 1992 byla testována, pomocí dvoustupňové metodické studie Delphi, platnost definice, souvisejících faktorů a určujících znaků. Ověřování ošetřovatelské diagnózy se zúčastnilo v prvním kole 66 sester- expertek a v druhém kole 34 sester- expertek. V závěru byla definice Neefektivního kojení zjednodušena, byly přidány související faktory a objasněny definující charakteristiky (Lethbridge et al., 1993, s. 57-63). Druhá studie z roku 2009 realizována v Kolumbii, byla zaměřena na prevalenci ošetřovatelské diagnózy neefektivní kojení a na souvisejících faktory u dětí do 6 měsíců hospitalizovaných ve fakultní nemocnici. Byla použita sekční Cross studie. Autoři vybrali 108 párů (matka a dítě) hospitalizovaných ve fakultní nemocnici a ověřovali záznamové formuláře pro identifikaci diagnózy. Z výsledků je patrné, že prevalence diagnózy byla 93,5% a nejčastější definujícími charakteristikami byly neschopnost dítěte správně uchopit prs a pláč během první hodiny po kojení. Lineární regresí byla odhalena souvislost mezi faktory, jako je: ženské pohlaví, hmotnost dítěte a potřeba matky močit. V závěru studie autoři apelují na fakt, že u hospitalizovaných matek a dětí je nutný multidisciplinární přístup v podpoře kojení a včasné přiložení novorozence k prsu (Goméz et al., 2012).

Výzkum v oblasti klasifikačních systémů vztahujících se ke kojení

Nejrozsáhlejší výzkum s implementací klasifikačních systémů NANDA-I, NIC NOC zaměřených na rozvoj a podporu efektivního kojení realizovala v roce 2004 Boledovičová. Do souboru bylo zařazeno 170 těhotných žen, které navštěvovaly prenatální přípravu zaměřenou na edukaci v oblasti kojení a 445 šestinedělek a jejich děti hospitalizovaných ve FN Nitra. Další soubor byl tvořen 95 šestinedělkami s jejich dětmi hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních na oddělení šestinedělí v České republice. Výzkumná studie zahrnovala několik oblastí. První oblast byla zaměřena na porovnání délky a kvality kojení matek, které absolvovaly prenatální přípravu, s výsledky matek bez přípravy. Druhá oblast byla zaměřena na zjišťování postojů sester k nově zavedené ošetřovatelské dokumentaci. Třetí oblast byla zaměřena na přípravu a ověřování ošetřovatelské dokumentace pomocí Delfské techniky. V poslední části metodou kvaziexperimentu autorka použila klasifikační systémy NANDA-I, NIC a NOC. Všechny data byla podrobena statistickému ověřování (Boledovičová, 2008). Z výsledků je patrné, že ženy, které absolvovaly prenatální přípravu, ve 3. měsíci po porodu výlučně kojily v 84 % a v kontrolní skupině bez prenatální přípravy kojilo 17 % žen. V rámci další hypotézy autorka potvrdila efektivnější edukaci s použitím klasifikačních systémů NANDA-I, NIC a NOC. Ve třetí hypotéze ověřila tvrzení, že je potřebná systematická příprava v seznamování se s klasifikačními systémy NANDA-I, NIC a NOC, aby hodnocení procesu kojení, bylo objektivnější (Boledovičová, 2008).

Melničáková (2013) se v diplomové práci také pokusila implementovat klasifikační systémy NANDA-I, NIC a NOC do ošetřovatelské péče o nedonošené novorozence v souvislosti s kojením. Výzkum byl realizován v časovém rozmezí únor 2013 – duben 2013. Výzkumný soubor tvořilo celkem 9 matek a 11 nedonošených dětí přičemž dvě matky porodily dvojčata. Kritériem byla nutná hospitalizace, jak matky, tak i dítěte, kterou nemocnice České Budějovice a. s. umožňuje. Podstatným kritériem byla započatá laktace u nedonošených dětí. V úvodu výzkumného šetření na podkladě prostudované literatury vyhledala vhodné soubory z klasifikačních systémů NANDA International, NIC, NOC na rozvoj a podporu kojení pro nedonošené děti a vytvořila ucelenou dokumentaci na rozvoj a podporu kojení nedonošených dětí. Dokumentace byla sestavena takovým způsobem, aby obsahovala nezbytné informace, které metoda ošetřovatelského procesu vyžaduje. Podstatnou součástí dokumentace byla vstupní anamnéza dítěte a matky, která poskytla důležité informace.

Dalším atributem byly ošetřovatelské diagnózy řešící problematiku kojení nedonošených dětí, intervence, které byly realizovány během hospitalizace. U každého záznamu, který byl prováděn u nedonošených dětí, a matek bylo zapotřebí postupovat zcela individuálně na základě komplexního zhodnocení celkového stavu. Data byla podrobena statistické analýze a byl statisticky prokázán vztah matky a dítěte. Znamená to, že indikátory matek i dětí měly shodný stoupající trend, což je dokladem vzájemného souhlasného působení matky na dítě a naopak. Dále byla vyhodnocována porodní hmotnost ve vztahu k prvnímu dni přiložení k prsu. Autorka použila neparametrickou korelací s použitím korelačního koeficientu Spearmanova ró a potvrdila existující vztah mezi porodní hmotností dítěte a jeho prvním přiložením, čím byla porodní hmotnost vyšší, tím byl naopak den přiložení k prsu nižší (Melničáková, 2013). Studie je přínosná v tom, že prokazuje efektivnost ošetřovatelské dokumentace vycházející z klasifikačních systémů.

Michalová (2013) zaměřila diplomovou práci na management péče o fyziologického novorozence taktéž, jako předchozí autorky, s využitím klasifikačních systému NANDA-I, NIC a NOC. Prvním cílem výzkumného šetření bylo identifikování použitelných souborů z jednotlivých klasifikačních systémů souvisejících s ošetřovatelskou péčí o fyziologického novorozence. Z publikace české verze NANDA International Taxonomie II vybrala prostřednictvím obsahové analýzy 9 ošetřovatelských diagnóz, z publikace Nursing Interventions Clasification (NIC) 9 ošetřovatelských intervencí a z publikace Nursing Outcomes Clasification (NOC) 5 očekávaných výsledků, vztahujících se k péči o fyziologického novorozence. Publikace klasifikačních systémů NIC a NOC byly k dispozici pouze v anglickém jazyce, a proto bylo nutné je nejprve přeložit do českého jazyka.

Na překladech vybraných souborů NIC a NOC spolupracovala se dvěma ošetřovatelskými odborníky, kteří disponují aktivní znalostí anglického jazyka. Následná jazyková korekce byla realizována akademickým pracovníkem z oblasti ošetřovatelství, jenž má zkušenosti s používáním validizovaných klasifikačních systémů. Z vybraných ošetřovatelských diagnóz NANDA, intervencí NIC a očekávaných výsledků NOC vypracovala specifický dotazník, který předložila k validizaci respondentům – expertům v oblasti ošetřovatelské péče o novorozence. Druhým cílem bylo ověření využitelnosti vybraných souborů z klasifikačních systémů NANDA, NIC a NOC v klinické praxi. Výsledky validizace NANDA ošetřovatelských diagnóz jak autorka uvádí, zpracovala dle Modelu validity diagnostického obsahu (*Diagnostic Content Validity Model* – DCV) dle Fehringa. U klasifikačních systémů NIC a NOC stanovila absolutní a relativní četnosti jejich označení.

Základním soubor tvořily sestry pracující na neonatologických odděleních, ze kterých cíleným výběrem vytvořila dva výzkumné soubory rozdělené dle nejvyššího dosaženého vzdělání. První výzkumný soubor tvořilo 20 sester s vysokoškolským vzděláním a druhý výzkumný soubor představovalo 18 sester se středoškolským vzděláním. Respondentky záměrně rozdělila na základě návrhu kritérií výběru expertů pro validizaci na území České a Slovenské republiky. Základními kritérii pro zařazení do výzkumného šetření byla ošetřovatelská praxe, vykonávaná na neonatologickém oddělení, a ochota spolupracovat na výzkumu. Výzkumné šetření bylo realizováno v období od ledna do března 2013 na neonatologických odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s., Nemocnice Strakonice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s. Pro sběr dat vytvořila měřící nástroj, který obsahoval 12 ošetřovatelských diagnóz taxonomie NANDA se 128 charakteristikami, 9 ošetřovatelských intervencí taxonomie NIC se 183 aktivitami a 5 výsledků ošetřovatelské péče NOC se 72 oblastmi hodnocení. Výzkumný formulář, který byl předložen sestrám na neonatologickém oddělení s žádostí o vybrání vhodných položek, vztahujících se k péči o fyziologického novorozence v době jeho pobytu na novorozeneckém oddělení. V tomto výzkumném šetření bylo vybráno 100 charakteristik taxonomie NANDA-I, z 9 souborů NIC ošetřovatelských intervencí vyplynulo 130 aktivit použitelných v praxi. U 5 souborů očekávaných výsledků NOC bylo označeno 39 vhodných indikátorů. Pro zajímavost je vhodné ještě uvést další oblast, která byla objektem zájmu ve výzkumném šetření a to, zjistit postoje sester na neonatologickém oddělení k využívání klasifikačních systémů v denní praxi. Dotazy, položené respondentům, zaměřila na znalost a zdroj získaných vědomostí, jejich postoj a eventuální důvody bránící zavedení klasifikačních systémů do klinické praxe. Z výsledků vyplynulo, že většina oslovených respondentů znala taxonomii NANDA International, podstatně menší část, z celkového počtu respondentů, uvedla znalost klasifikačních systémů NIC a NOC. Podrobnějším zkoumáním byla zjištěna závislost mezi výší dosaženého vzdělání a znalostí těchto systémů, se stoupající úrovní vzdělání stoupala rovněž obeznámenost s těmito klasifikačními systémy. Výzkum ukázal, že sestry nejsou příliš nakloněny začlenění nových standardizovaných klasifikačních systémů do klinické praxe. Více jak polovina sester souhlasila se začleněním taxonomie NANDA International, s klasifikacemi NIC a NOC souhlasilo jen něco málo přes jednu čtvrtinu oslovených. Výsledky bohužel ukázaly, že sestry nejeví velký zájem o zavedení klasifikačních systémů do praxe.

Jejich názor je založen na domněnce, že klasifikační systémy by mohly být na úkor péče o klienta a považovaly je za časově a administrativně náročné. Tento postoj je pravděpodobně ovlivněn nedostatečnou informovaností o výhodách a využitelnosti klasifikačních systémů v klinické praxi. (Michalová, 2013).

Při vyhledávání relevantních studií, které by prokazovaly používání klasifikačních systémů NANDA-I, NIC a NOC ve vztahu ke kojení, kromě výše uvedených, jsou k dispozici hlavně studie, které se zabývají měřením efektivity laktačního poradenství bez využití klasifikačních systémů NANDA-I, NIC a NOC. Chrásková a Boledovičová (2015) uvádějí přehled 19 zahraničních studií z toho 12 randomizovaných studií, které se zabývají efektivitou laktačního poradenství.

Závěr

Po analýze dohledaných zdrojů je zřejmé, že edukce žen po porodu na oddělení šestinedělí, s využitím klasifikačních systémů NANDA International, NIC a NOC, má jasně pozitivní efekt. Dohledané studie, které se zabývají efektivitou laktačního poradenství, byly zaměřeny na ověřování nových, systematických a déle trvajících edukačních metod o kojení, vyzdvihují názorné metody, kladou důraz na komunikaci s matkami v průběhu edukace a na jejich aktivní participaci včetně podpory. V českém prostředí, ale do jisté míry přetrvává mezi ošetřovatelskými profesionály názor, že používáním jednotné ošetřovatelské terminologie a klasifikačních systémů, vzroste pouze administrativa. Implementovat jednotný ošetřovatelský jazyk v podobě vybraných komponent z Aliance NNN do běžné praxe laktačního poradenství bude nadále spočívat v předkládání důkazů poskytovatelům péče o jejich prospěšnosti pro ně ale hlavně pro matky po porodu v době hospitalizace.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BOLEDOVIČOVÁ, Mária. 2008. *Prostriedky rozvoja a podpory efektívneho dojčenia.* Martin: Osveta, 2008, 103 s. ISBN 978-80-8063-264-9.

GÓMEZ, Pinilla et al., 2012. Ineffective breastfeeding: prevalence and associated factors. *Salud UIS* 2011; 43 (3): 271-279.

HERDMAN, Heather T. [překlad P. KUDLOVÁ], 2013. *Ošetřovatelské diagnózy*: *definice a klasifikace 2012-2014*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013, 584 s. ISBN 978-80-247- 4328-8.

HERDMAN, Heather T. - KAMITSURU, Shigemi. 2014. *nursing diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017*. Oxford: Wyley Blackwell. ISBN 978-111-891-4922.

CHRÁSKOVÁ, Jana - BOLEDOVIČOVÁ, Mária. 2015. Význam edukace v oblasti kojení. *Profese on-line*. 8 (1), 39-46.

JAROŠOVÁ, Darja et al. 2012. *Využitelnost ošetřovatelských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči*. Ostrava: Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. 2012, 128 s. ISBN 978-80-7464-000-1.

LETHBRIDGE, Dona et al. 1993. Validation of the Nursing Diagnosis of Ineffective Breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 22(1), 57-63.

MELNIČÁKOVÁ, Bernardetta. 2013. *Management kojení u nedonošených dětí s aplikací klasifikačních systémů NANDA, NIC, NOC*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 108 s.

MICHALOVÁ, Veronika. 2013. *Management ošetřovatelské péče o fyziologického novorozence s využitím klasifikačních systémů NANDA, NIC a NOC*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 113 s.

MITROVÁ, Kateřina – BRONSKÝ, Jiří. 2014. Vědecké důkazy o prospěšnosti výživy mateřským mlékem. *Česko-slovenská pediatrie*. 69(1): 39-46.

MYDLILOVÁ, Anna. 2013. Kojení donošených novorozenců. *Česká gynekologie: Doporučené postupy v neonatologii*. 76(1): 95-97.

TAKÁCS, Lea et al. 2011. Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče. *E-psychologie*. 5(1), 16-32.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela. 2013. *Diagnóza v ošetrovateľstve.* 1. vyd. Nitra: UKF, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva. 2013, 268 s. ISBN 978-80-558-0233-6.

World Health Organization: Global strategy on infant and young child feeding. Geneva: WHO, 2002, 36 p.

WHO. *Essential Nutrition Actions: Improving maternal, newborn, infant and young child nutrition*. [online]. Geneva: WHO, 2013, 116 p. [cit. 8. 8. 2015]. Dostupné z http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84409/1/9789.

WHO. *Infant and Young Child Nutrition: Global Strategy on infant and young child feeding*. [online]. © 2014 [cit. 6. 8. 2015]. Dostupné z http://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/.

WHO, UNICEF. 2009. *Baby-Friendly Hospital Initiative, Revised, updated and expanded for integrated care*. [online]. ISBN 978 92 4 159495 0 (set) [cit. 18. 8. 2015.]. Dostupné z http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_section_2_2009_eng.pdf.

Kontakt

Mgr. Jana Chrásková
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
Velká Hradební 13, 400 96 Ústí nad Labem
Česká republika
jana.chraskova@ujep.cz

doc. PhDr. Mária Boledovičová, PhD.
Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
boledovicova.maria@gmail.com

MOŽNOSTI POSKYTOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V KULTÚRNE ODLIŠNÝCH PODMIENKACH AKO HODNOTA, NORMA A ARTEFAKT

KILÍKOVÁ Mária

Úvod

Otázka poznania špecifík zdravotnej starostlivosti, ktorá by mala byť poskytnutá osobe, komunite inej kultúry v podmienkach vysokoškolského vzdelávania ošetrujúcich je čiastočne vyriešená obsahom študijných programov pre vzdelávanie v regulovaných povolaniach. Z európskych akreditačných požiadaviek vyplýva potreba a cieľ, naučiť študentov iných kultúr základom poskytovania zdravotnej starostlivosti. Je diskutabilné, že do akej miery sa podarilo naplniť tieto požiadavky profilu absolventa sestry s vysokoškolským vzdelaním. Cieľom príspevku je vysvetliť základné kategórie súvisiace s ústrednou témou konferencie a prezentovať artefakty o možnostiach poskytovania základnej zdravotnej starostlivosti v kultúrne odlišných podmienkach. Vizualizujeme hodnoty, normy a poslanie študentov, absolventov a zamestnancov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave.

Pojem **kultúra** vyjadruje súbor výkonov, čŕt nejakej komunity, ktorej sa členovia určitým spôsobom správajú. Pre ich činnosť je charakteristická napr., civilizovanosť, kultivovanosť, vzdelanosť, zodpovednosť. Kultúra je spravidla definovaná ako súbor zvykov, vzťahov, inštitúcií, umenia a iných čŕt, ktoré charakterizujú spoločnosť alebo sociálnu skupinu.
Ide o komplex špecifických duchovných, materiálnych, intelektuálnych a emocionálnych čŕt spoločnosti alebo sociálnej skupiny, ktorý zahŕňa spolu s umením a literatúrou aj spoločný spôsob života, životný štýl, hodnotový systém, tradície a vieru (Jandourek, 2001). Rozlišuje sa niekoľko základných rozdelení (definícií) kultúry. Sú to: kultúra ako civilizácia, kultúra ako svetonázor, kultúra ako súbor hodnôt, noriem a artefaktov, kultúra ako model pre ustálené činnosti a ich produkty. **Pojem multikultúra** vyjadruje existenciu a interakciu viacerých kultúr v spoločenskom priestore tak, že nevzniká neznesiteľná výbušná situácia. Znakom multikultúry, tzv. multikulturalizmu je, že dochádza k pokojnej koexistencii s materskou kultúrou a k postupnej integrácii, až asimilácii osôb, ktoré rešpektujú práva, dôstojnosť tak integrujúcich sa, ako aj materskej kultúry.

Zdravotná starostlivosť ako súbor pracovných činností zahŕňa aj ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá participuje na udržaní a zvyšovaní kvality života a zdravého vývoja budúcich generácií. Syntéza vyššie vysvetlených pojmov generuje niekoľko otázok. Aké sú možnosti uplatnenia teórie multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti v praxi? Kde sú hranice uplatniteľnosti špecifík ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej v kultúrne odlišných podmienkach? Aké sú jej pozitíva, negatíva, možnosti a hrozby? Odpovede na otázky, dôkazy a artefakty nachádzame v projektových aktivitách študentov, absolventov a zamestnancov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. Vysoká škola je členom Európskej asociácie univerzít a signatárom Veľkej charty Bolonskej univerzity (Magna Charta). Vzdeláva v študijných programoch, z ktorých tri sa v stredoeurópskom regióne študujú iba na VŠZ a SP sv. Alžbety. Sú to: Misijná a charitatívna práca, Administrácia a manažment v zdravotníctve, Tropické verejné zdravotníctvo. Študenti a absolventi študijných programov ošetrovateľstvo, sociálna práca v spolupráci s tropic teamom sa aktívne podieľajú na 72 rozvojových, vedeckých a humanitárnych projektoch vysokej školy, ktoré sa realizujú v 25 krajinách sveta. Sú to krajiny: Keňa, Sudán, Rwanda, Burundi, Uganda, Etiópia, Kongo, Lesotho, Kambodža, Vietnam, Palau, Kirgistan, Kazachstan, India, Libanon, Haiti, Bolívia, Honduras, Čad, Ukrajina, Rumunsko, Arménsko, Srbsko, Nigéria, Zambia. Za posledné roky mobility s možnosťou poskytovania základnej zdravotnej starostlivosti v kultúrne odlišných podmienkach sa zúčastnilo 318 osôb, najmä študentov, zamestnancov a doktorandov vysokej školy. Tím lekárov, sestier a sociálnych pracovníkov zaznamenáva svoje rekordy v počte zachránených ľudských životov v najchudobnejších krajinách sveta.

V Keni žije tri štvrtiny obyvateľstva bez práce, jedla a vody. Neexistujú zdravotné poisťovne a zdravotná starostlivosť sa uhrádza v hotovosti. Pre chudobných chorých je poskytovaná základná zdravotná starostlivosť na Klinike Nepoškvrnenej Panny Márie v Nairobi. Okrem kliniky, podmienky na uplatnenie edukačných aktivít v komunite s kultúrne odlišnými potrebami sú v antimalnutričnom centre Mukuru v Nairobi a v antimalnutričnom centre sv. Karola Lwangu v slume Lunga Lunga v Nairobi. Multidisciplinárny tím si nájde svoje uplatnenie na Klinike sv. Rafaela v Mihangu, na Klinike bl. Ladislava Batthyányho-Strattmanna v Eldorete, v Centre sv. Kizita pre chlapcov z ulice v Mihangu a v Centre sv. Bakithy pre dievčatá z ulice v Eldorete.



Obrázok 1: Centrum sv. Kizita pre chlapcov (zdroj: https://www.google.sk/#q=centrum+sv.+Kizita+pre+chlapcov+v+keni).

Centrum sv. Kizita pre chlapcov z ulice sa nachádza v Mihangu, 20 km od centra hlavného mesta Nairobi. Autorom tejto aktivity je Občianske združenie na pomoc chorým a chudobným v Afrike v spolupráci s Fakultou zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej Univerzity a VŠZ a SP sv. Alžbety. Základom starostlivosti v kultúrne odlišných podmienkach je dobrá komunikácia s miestnou komunitou, starostom a s verbistickými kňazmi. Na Klinike sv. Rafaela majú chlapci zabezpečenú aj štandardnú zdravotnícku starostlivosť. **Centrum sv. Gianna Berreta pre chlapcov ulice** bolo otvorené v júni 2008 a prevádzkuje pokračujúci výstupový program pre chlapcov, ktorí prechádzajú 9-mesačným rehabilitačným a resocializačným programom v Centre sv. Kizita. **Centrum sv. Bakithy pre dievčatá ulice, Eldoret** bolo otvorené na jeseň v roku 2007. Centrum privítalo prvé dievčatá vo veku od 6 do 17 rokov, ktoré potrebovali rehabilitáciu, resocializáciu, a najmä uspokojovanie potreby, lásku. Centrum poskytuje dievčatám ubytovanie, výchovu a vzdelanie. Okrem swahilčiny sa učia anglicky, môžu sa vyučiť za kaderníčky, krajčírky alebo kuchárky. S dievčatami pracujú kenskí sociálni pracovníci a študenti misijnej a charitatívnej práce VŠZ a SP sv. Alžbety. **Klinika sv. Rafaela v Mihangu** bola otvorená 23. októbra 2006. Po otvorení poskytovala klinika bezplatnú starostlivosť pre chudobných miestnej komunity. Neskôr sa vedenie kliniky rozhodlo zaviesť malý poplatok za poskytovanie zdravotnej starostlivosti (registrácia, laboratórne vyšetrenia, lieky).

Klinika bl. Ladislava Batthyányho-Strattmanna, Eldoret je otvorená od 1.5.2005 a poskytuje pacientom vyšetrenia a liečebnú starostlivosť v komunite s dg. tuberkulóza, týfus, podvýživa, lepra, malária, AIDS.

Burundi je považované za krajinu detí. Poskytovanie kultúrne odlišnej zdravotnej starostlivosti je determinované nedostatkom infraštruktúry, nízkymi mzdami. Kultúrnym znakom je, že deti do piatich rokov a tehotné ženy majú bezplatnú zdravotnú starostlivosť. Medzi zdravotné problémy v tejto oblasti patrí AIDS/HIV, malária, choroby dýchacích ciest a chronická podvýživa. Táto časť obyvateľstva predstavuje osobitne zraniteľnú skupinu s osobitnými humanitárnymi potrebami. Chýbajúca zdravotná starostlivosť je poskytovaná slovenskou posádkou **v nemocnici sv. Sáry Salkáziovej v Rutovu.** Nemocnica bola vystavaná v roku 1985 a poskytovala komplexné služby do roku 1993, kedy bola jej činnosť postupne obmedzovaná. V roku 2000 bola jej činnosť úplne zastavená. Prevádzka nemocnice bola obnovená v roku 2007. Vtedy nemocnicu denne navštevovalo maximálne 30 pacientov a 150 lôžok bolo prázdnych. Nemocnica bola v zanedbanom stave, vykradnutá, špinavá. Postupne sa uviedla do prevádzky jej lôžková časť, ktorá má 4 oddelenia (chirurgické, gynekologicko-pôrodnícke, pediatrické a interné). Sprevádzkovala sa operačná sála. Posádku slovenskej misie tvorí chirurg, anestéziológ, internista a koordinátor.

Etiópia je krajina, ktorej spoločenské, sociálne a kultúrne podmienky podmieňujú najmä vznik infekčných ochorení. Sú spôsobené nevhodnými podmienkami na starostlivosť, teda nedostatkom odborne spôsobilého zdravotného personálu a zdravotníckych prístrojov. Príčinou úmrtnosti sú infekčné ochorenia čriev a žalúdka, tuberkulóza, zápal pľúc, podvýživa a anémia, hepatitída, tetanus, malária, AIDS. Deti do päť rokov sú najviac postihované infekciami horných dýchacích ciest, hnačkami, očnými infekciami, kožnými infekciami a podvýživou. V mestečku Kibre Mengist, 450 km na juh od Addis Abeba zriadili Misionárky lásky Nemocnicu bl. Matky Terezy**,** kde od januára 2007 VŠZ a SP sv. Alžbety vysiela na dobu troch mesiacov posádku, ktorá je zložená z lekára, sestry a sociálneho pracovníka. Nemocnica disponuje oddelením pre ženy. Kapacitne je približne obsadených 1/3 lôžok matkami chorých detí a deťmi chorých matiek. Dieťa je vždy hospitalizované s matkou alebo so starším súrodencom. Je to záruka toho, že si dieťa po vyliečení niekto transportuje domov. Stávalo sa, že rodičia „zabudli“ dieťa u sestier. Táto skúsenosť je problémom pre sestry.

Problém je aj v dodržiavaní hygienických zásad, kŕmenie detí, ktoré majú ťažkosti s prijímaním potravy. V roku 2008 bolo v nemocnici zriadené improvizované laboratórium, kde pomocou rýchlych diagnostických testov je možné testovať pacientov na HIV, TBC, maláriu a C-reaktívny proteín. Od roku 2008 realizujú antimalnutričný program pre podvyživené deti. Uskutočňuje sa v Dome pre umierajúcich v spolupráci s Misionárkami lásky Matky Terezy. Podvýživa je veľkým problémom priľahlých oblastí Kibre Mengist, hlavne Ganale, odkiaľ prichádza najviac podvyživených detí. Ganale leží na sever od Kibre Mengist, cca. 70 km, kde nevedie žiadna lepšia cesta a chýba infraštruktúra, školy a zdravotná starostlivosť. Obyvateľstvo je nevzdelané a život sa riadi kmeňovými tradíciami, vrátane starostlivosti.



Obrázok 2: Starostlivosť o deti v Nemocnici sv. Karola Lwangu v Ugande (zdroj: archív VŠ).

Problémom Ugandy je nedostatočná sieť nemocníc. Česko - Slovensko -Ugandská nemocnica bola postavená Arcidiecéznou charitou Praha v Ugande a otvorená bola vo februári 2007 v spolupráci **s** Diecézou Lugazi**.** Okresný úrad poskytol bezodplatne pozemok na stavbu nemocnice a vodný vrt. K hlavným cieľom projektu patrí poskytovanie zdravotnej starostlivosti deťom, sponzorovaným v rámci programu Adopcia na diaľku. Nemocnica má za cieľ vzdelávaním zdravotníckych pracovníkov prispieť k trvalému skvalitneniu zdravotnej starostlivosti. Edukačné prednášky pre obyvateľov dedín i hospitalizovaných v nemocnici zvyšujú poznanie o účinnosti prevencie detskej podvýživy, malárie a HIV/AIDS. **Nemocnica sv. Karola Lwangu, Buikwe** je v akreditačnom procese u Ugandského katolíckeho zdravotného inštitútu.

Akreditácia dáva väčšiu šancu na získanie štátneho finančného príspevku a pomáha monitorovať a porovnávať kvalitu a dostupnosť starostlivosti. Areál nemocnice tvoria jednoposchodové budovy sústredené okolo átria (vyšetrovňa, oddelenia, administratíva) s komplementami pozdĺž oplotenej hranice pozemku. Átrium je priestorom na priamu výučbu, edukáciu personálu a pacientov. Systém zdravotnej starostlivosti na oddeleniach je podobný, v ktorýchkoľvek rozvinutých krajinách. Hospitalizovaní pacienti majú k dispozícii lôžkové oddelenia: detské (21 lôžok), dospelé (24 lôžok), pôrodnícke (5 lôžok). Na **pôrodnom oddelení** sú hospitalizované ženy tesne pred pôrodom, alebo tehotné ženy s inou diagnózou (najčastejšie malária). Fyziologické pôrody vedú pôrodné asistentky, komplikované pôrody a cisárske rezy vykonáva gynekológ. Pred pôrodom sú ženy sledované na gynekologickej ambulancii a v predpôrodnej a pôrodnej klinike, ktorá je v prevádzke 2 dni v týždni. Zameriava sa na pravidelné kontroly, testovanie na HIV, prípravu na pôrod a edukáciu dojčenia a starostlivosť o dieťa. Ženy sa vzdelávajú v programe na prevenciu detskej podvýživy a prevencie prenosu HIV z matky na dieťa. Prevencia a liečba detskej podvýživy je doménou zdravotnej starostlivosti tejto kultúry. Realizuje sa formou prednášok na tému výživa detí rôznych vekových skupín, dojčenie, prevencia chorôb a uspokojovanie potreby osobnej hygieny. Prednášky sú doplnené o praktické cvičenia. Sestry demonštrujú matkám, ako uvariť jedlo z vajec, zeleniny alebo mäsa, zdôrazňujúc nutnosť prevárať vodu. Dvakrát do týždňa cestuje pôrodná asistentka a sestra do okolitých vidieckych oblastí, kde edukujú gravidné ženy o potrebe očkovania. Jedenkrát v týždni je tzv. očkovací deň. Obsahom aktivít ošetrujúcich je očkovanie detí, kontrola celkového zdravotného stavu, sledovanie váhových prírastkov a psychomotorického vývinu. Osobitná pozornosť je venovaná programu na uplatnenie metód plánovaného rodičovstva, na prevenciu pohlavne prenosných chorôb.

Na pooperačnom oddelení s 8 lôžkami sú hospitalizovaní pacienti po chirurgickom zákroku. Je snaha o dvojdennú hospitalizáciu, ktorá vedie k zníženiu rizika infekcie. Oddelenia sú vybavené kyslíkovými bombami, ultrazvukom a monitorom vitálnych funkcií.

Nemocnica má infekčnú jednotku, obsluhovanú samostatným vstupom a vlastným hygienickým zázemím. Sú tu hospitalizovaní vysoko infekční pacienti s tuberkulózou. Vzdelávanie je kľúčovou zložkou rozvojovej spolupráce. V nemocnici sa 1-2 krát týždne konajú vzdelávacie aktivity pre zdravotnícky personál a ugandské pôrodné asistentky. Ambulancie navštevujú pacienti s najrôznejšími problémami. Denne sa v ambulancii ošetrí viac ako sto pacientov. Najčastejšie diagnózy sú malária, ochorenia dýchacích ciest a zažívacieho traktu, zápaly močových ciest a pohlavných orgánov.

Kambodža. Od apríla 2008 sa Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Nadácia Daniely Hantuchovej a občianske združenie Dvojfarebný svet stali zakladateľmi a podporovateľmi detského domova pre HIV pozitívne siroty House of Family Siahnoukville (HOF). Sihanoukville je turistické mesto na juhu Kambodže s prekrásnym morom a bielym pieskom. Stoja na ňom chudobné chatrče a ľudia, ktorí nemajú čo jesť a umierajú na choroby, ktoré sa niekoľko tisíc kilometrov odtiaľ, dajú vyliečiť za veľmi nízke náklady. Keďže je Sihanoukville miestom turistov, je aj miestom prostitúcie. Vírus HIV sa medzi nevzdelaným obyvateľstvom šíri veľmi rýchlo a opäť sú to len deti, ktoré zostávajú nakazené od rodičov. V kultúrne odlišných podmienkach sa poskytuje sociálna starostlivosť: ubytovanie, oblečenie, strava, školské a predškolské aktivity, lekcie angličtiny, voľnočasové aktivity, výchovné programy a nepretržitá zdravotná starostlivosť. Starostlivosť zabezpečuje slovenský lekár a sociálny pracovník a 5 miestnych zamestnancov.

Južný Sudán - Klinika Božieho milosrdenstva v Nyamlel. Od roku 2003 sa na klinike poskytuje zdravotná starostlivosť pre pacientov trpiacich leprou, cerebrálnou maláriou, tuberkulózou, ochoreniami dýchacích ciest, parazitárnymi ochoreniami, abscesmi. Okrem kliniky, vysoká škola spolu s diecézou Rumbek prevádzkuje v Gordime nemocnicu, ktorá zabezpečuje starostlivosť o pacientov s tuberkulózou.

Poľná nemocnica AAA, Marial Lou vznikla ako ošetrovacia jednotka v čase občianskych nepokojov. Ide o poľnú nemocnicu s operačnou sálou. Chirurgická a internistická časť má 14 lôžok, pediatria má 30 lôžok. Z operačných zákrokov dominujú operácie úrazov (strelné a bodné poranenia), komplikácie po uhryznutí hadom, náhle brušné príhody. Operatíva a základná starostlivosť je v týchto kultúrnych podmienkach limitovaná nedostatkom zdravotníckeho materiálu. Operuje sa v spinálnej a v celkovej anestézii. Chirurg musí počítať aj s gynekologickými operáciami. Internistická organizačná zložka poskytuje starostlivosť deťom od 6 rokov a dospelým. Z diagnóz dominujú malária, meningitídy, besnota, AIDS, TBC, lepra. Starostlivosť zabezpečujú lekári, sestry.

Zambia - Klinika v Lusake. Od roku 1994 je v Lusake otvorená klinika pre chudobných pacientov, ktorú prevádzkuje MUDr. Stanislav Kusý. Na klinike dostanú pacienti diagnostiku, liečbu, základnú aj rozšírenú zdravotnú starostlivosť. Tí, čo si môžu zdravotnú starostlivosť zaplatiť, pomáhajú klinike aj finančne. Vďaka tomu môže klinika poskytovať služby aj pre chudobných, ktorí nemôžu platiť. Znakom multikulturalizmu je spolupráca s poľským rehoľným rádom, ktorý sa stará o viac ako sto HIV pozitívnych sirôt.

Ukrajina Domov pre deti v Seredne. Obec Seredno má približne 5 tisíc obyvateľov a leží 10 km od Užhorodu na trase do Mukačeva. Spoločnosť priateľov detí z detských domovov Úsmev ako dar, získala priestor na vybudovanie 27 rodinného detského domova na Zakarpatskej Ukrajine. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety zohrala významnú úlohu pri jeho budovaní od roku 2006. Vznik Detského domova sv. Alžbety v Serednom je výsledok spoločného úsilia Spoločnosti Úsmev ako dar, Oblastnej charity v Znojme v Českej republike, Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, partnerskej organizácie Posmiška jak darunok so sídlom v Užhorode a rehoľnej spoločnosti Congregatio Jesu. Po príprave profesionálnej rodiny - manželov Posypankovcov boli do detského domova umiestnené prvé deti 22. júla 2008. Dnes má detský domov kapacitu 10 detí. Detský domov je miestom pre výchovu a starostlivosť o tieto deti, je centrom pre prácu s pôvodnou biologickou rodinou detí s cieľom ich návratu domov, centrom pre šírenie humanitárnej pomoci rodinám s deťmi v ohrození a miestom pre odbornú prax študentov - vysokoškolákov. Aj za týmto účelom bude v priestoroch detského domova dobudované Detašované pracovisko Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práve sv. Alžbety. Terénna sociálna práca je zabezpečená misiou sestier Kongregácie Jesu v Serednom, miestnou sociálnou pracovníčkou a pediatrom.

Arménsko je miestom kultúrne odlišnej sociálnej starostlivosti. Prejavovať ľuďom lásku je dobrovoľnícka misia študentov, ktorá je uskutočňovaná v letných prázdninových mesiacoch. Hranice starostlivosti sú v arménskej dedinke Spitak, kde sa študenti venujú postihnutým deťom v Dome Misionárok lásky - sestry Matky Terezy. Znakom kompatibilnej kultúrnej sociálnej starostlivosti je starostlivosť o deti s rôznymi postihnutiami, rozvíjanie pohybu a zručností, kreslenie, spev, divadelné predstavenia, hry, prechádzky, výlety do hôr. Spolu so sestrami dobrovoľníci chodievajú na návštevy chudobných rodín, ktorých je v oblasti zemetrasenia od roku 1988 veľmi veľa. V Arménsku je nedostatok pracovných miest, preto si ľudia nemôžu zaistiť lepšie bývanie. Jedinú šancu vidia v emigrácii do Ruska, kde odchádzajú najmä arménski muži, otcovia rodín. Tam si však spravidla založia novú rodinu, pričom pôvodnú nechávajú odkázanú samu na seba. Sestry chudobným každý mesiac rozdeľujú prídely jedla a šatstva. Arménske rodiny potrebujú najmä systematickú edukáciu a výchovu v oblastiach hospodárenia s prostriedkami, osobnej hygieny či starostlivosti o deti. Ďalší dom sestier je v Jerevane, kde sa zabezpečuje starostlivosť o postihnutých novorodencov a malé deti. Sestry bývajú spolu s deťmi v dome.

Chýba im súkromie - vlastná izba. Sestry dom zamykajú večer o pol desiatej, večerný oddych a prechádzky sú nereálnou predstavou. Avšak láska a služba, ktorú sestry darujú ich vnútorne obohatí.

Záver

Je nutné poznať cudzie kultúry, ich filozofické a historické pozadie, aby sme ich mohli pochopiť a rešpektovať bez ohľadu na to, či sme alebo nie sme schopní a ochotní ich prijať a súhlasiť s nimi. Táto potreba má dominantné postavenie v podpore zdravia obyvateľstva krajín tretieho sveta. Poznaním kultúrnych noriem hodnôt, artefaktov dokážu ošetrujúci naplniť očakávania M. Leiningerovej. Kultúrne orientovaná starostlivosť je nevyhnutná pre pohodu, zdravie, ľudský rast a vývoj, prežitie, vyrovnanie sa s hendikepmi a čelenia smrti. Kultúrne orientovaná starostlivosť je nevyhnutná pre liečbu a vyliečenie. Nemôže byť vyliečenie bez starostlivosti, ale môže byť starostlivosť bez liečby. Kultúrne univerzálna a diferencovaná starostlivosť existuje v ľudských kultúrach sveta medzi profesionálnou starostlivosťou a klientovou ľudovou - laickou - tradičnou starostlivosťou (Špirudová, 2006, s. 25-27).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Centrum sv. Kizita pre chlapcov. [citované 2015-08-01] Dostupné na internete:https://www.google.sk/#q=centrum+sv.+Kizita+pre+chlapcov+v+keni.
Humanitárne projekty. [citované 2015-08-01] Dostupné na internete: http://www.vssvalzbety.sk/projekty/humanitarne-projekty/projekty/burundi.

JANDOUREK, J. 2001. *Sociologický slovník.* Praha : Portál, 2001. 285s. ISBN 80-7178-535-0.

ŠPIRUDOVÁ, L. 2006. Multikulturní ošetřovatelství. Praha : Grada, 2006. 252 s. ISBN 80-247-1213-X.

Vysoká škola zdravotníctva asociálnej práce sv. Alžbety Bratislava. [citované 2015-08-02] Dostupné na internete: https://www.vssvalzbety.sk

Kontakt na autora:

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko Bl. Sáry Salkaháziovej

Kósu Schoppera 22, 04801 Rožňava

e-mail: m.kilikova@gmail.com

MOSLIM AKO KLIENT V KÚPEĽOCH

KOŠELOVÁ Agáta, OZIMÁKOVÁ Sylvia, HULKOVÁ Viera

Abstrakt

Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť je založená na uspokojovaní individuálnych potrieb jedinca. Pre poskytnutie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti klientom z Moslimských krajín sú nevyhnutné vedomosti sestry o ich kultúrnych, komunikačných, hodnotových, náboženských a iných špecifikách. Sestra v liečebných kúpeľoch musí vedieť zhodnotiť klientov aktuálny zdravotný stav z ošetrovateľského hľadiska a najmä reakcie na neuspokojené potreby. Ošetrovanie a komunikácia s moslimskými klientmi je veľmi náročná, pretože sa navzájom odlišujú praktizovaním islamu, dodržiavaním právneho systému, spôsobom života, rozdiely pozorujeme aj podľa krajiny, z ktorej prichádzajú.

Kľúčové slová: Moslimovia. Klient. Kúpeľná starostlivosť.

Úvod

Multikultúra v zdravotníctve je realita dneška, a to nielen u príjemcov zdravotnej starostlivosti, ale i u poskytovateľov. Možnosť pracovať v zahraničí a nárast počtu cudzincov v krajine prináša so sebou široké možnosti získať cenné skúsenosti, vedomosti, zručnosti, ale aj mnoho problémov a prekvapení. Profesionálny vzťah ku klientovi musí vychádzať z rešpektovania a úcty k jeho kultúrnym, náboženským a sociálnym odlišnostiam.

Moslim je vyznávačom náboženstva - islamu. Moslimov je na svete okolo 1,3 miliardy. Najviac moslimov žije v severnej Afrike a v rôznych častiach Ázie. Najväčším moslimským štátom je prekvapivo nearabská Indonézia s okolo 250 miliónmi obyvateľov. Ďalšími nearabskými moslimskými krajinami sú: Pakistan, Irán, Afganistan, Turecko, stredoázijské krajiny ako Kazachstan.

Klienti z moslimských krajín patria už niekoľko desaťročí k pravidelným návštevníkom Piešťanských kúpeľov. V roku 2014 sa v Piešťanoch liečilo 3000 moslimských klientov prevažne z Kuvajtu, Saudskej Arábie, Spojených Arabských Emirátov, Egypta.

Kúpeľná starostlivosť u Moslimov

Kúpeľný pobyt si klienti plne hradia alebo im ho uhradí štát, napr. v prípade klientov zo SAE alebo Kuvajtu. Klienti k pobytu potrebujú víza a väčšinou využívajú služby sprostredkovateľských agentúr a cestovných kancelárií vrátane delegáta, sprievodcu a tlmočníka. Kúpeľný lekár zostaví na základe vstupného vyšetrenia každému klientovi individuálny liečebný program, ktorý pozostáva z aktívnych a pasívnych procedúr. Moslimskí klienti preferujú z ponúkaných kúpeľných pobytov najmä komplexný kúpeľný pobyt, komplexný kúpeľný pobyt LIGHT a kúpeľný pobyt na chudnutie.

Súčasťou kúpeľnej liečby je aj správna výživa. Diétny systém v kúpeľoch musí rešpektovať zaťaženie pacienta pri balneoterapeutických procedúrach alebo pri redukcii telesnej hmotnosti či osteoporóze. Liečebnú výživu zabezpečujú asistentky výživy. Obezita je u Moslimov prejavom blahobytu, dobrej finančnej situácie; kto je štíhly je pokladaný za chudobného, nemajetného. Obéznejšia žena je symbolom zdravia a zárukou rodenia detí. Dodržiavanie diétnych opatrení je u Moslimov obtiažne, sú nedisciplinovaní a iba malé percento z nich dosiahne redukciu hmotnosti.

Čas je v moslimskej kultúre flexibilným pojmom bez striktne vymedzených hraníc. Nekompromisné vyžadovanie dochvíľnosti vníma moslimský klient ako nezdvorilý a netaktný prístup. Trvalým problémom je nedodržiavanie rozpisu procedúr alebo vyšetrení. Nie sú schopní sa dostaviť napr. na odbery krvi v čase od 6.00 hod. do 7.00 hod., procedúry v ranných alebo doobedňajších hodinách. Mnohé z procedúr vynechávajú, napr. skupinový telocvik, nakoľko ich nepovažujú za dôležité, meškajú na procedúry, dostavia sa na úplne iný termín, domáhajú sa výmen procedúr a pod.

V moslimskom svete prakticky neexistujú zariadenia pre starých ľudí. Pre moslima je starostlivosť o rodičov v starobe cťou a požehnaním, preto svojho príbuzného sprevádzajú na kúpeľnom pobyte často celé rodiny. Otcov sprevádzajú výhradne synovia, matky aj dcéry, aj synovia. Do ambulancie tak niekedy k sestre alebo lekárovi vojde aj päť osôb. Pozorujeme tiež rozdiel v postavení žien podľa krajiny, z ktorej prichádzajú do kúpeľov a aj podľa ich spoločenského statusu. Stretávame sa s modernými Moslimkami, ktorým vadia tradičné zvyklosti, študujú, pracujú a väčšinou pochádzajú z intelektuálnych rodín. Prichádzajú aj ženy, ktoré sú úplne podriadené svojmu manželovi, ktorý ich sprevádza prakticky „na každom kroku“.

V rámci kúpeľnej liečby rešpektujeme v SLKP Piešťany, aby ženu Moslimku vyšetrovala žena - lekárka a procedúry poskytovala tiež žena. Všetky prevádzky balneoterapie, v ktorých sa poskytujú kúpeľné procedúry sú vymedzené na ženskú a mužskú časť. Ak moslimské klientky, ktoré absolvujú hydroterapiu, počujú na prevádzke mužský hlas, spustia hysterický krik. Vaňové procedúry a kúpeľ v tzv. zrkadlisku absolvujú Moslimky v špeciálnych celotelových plavkách, niekedy aj so zahalenými vlasmi. Zaujímavým zistením pre nás bolo „kastovanie“ Moslimov počas procedúr, napr. žena Moslimka z vyššej „kasty“ alebo inej Moslimskej krajiny odmieta spoločný kúpeľ v zrkadlisku so ženou Moslimkou z nižšej spoločenskej vrstvy alebo krajiny. Typickým je pre Moslimov, aj ženy, ale aj mužov, používanie veľmi ťažkých, orientálnych vôní, parfumov. Moslimovia sa medzi sebou „identifikujú – kastujú“ aj podľa používaného parfumu alebo kvality oblečenia, abáje.

Klienti – Moslimovia vyžadujú v kúpeľoch absolútne dodržiavanie práva na intimitu. V rámci kontaktu s moslimským klientom je nutné, aby si zdravotnícky personál uvedomil, že nesmie podávať nič ľavou rukou, ktorá je určená k nečistým účelom a považovali by to za urážajúce gesto.

Z ponúkaných procedúr Moslimskí klienti preferujú bahenné zábaly, vaňový kúpeľ s termálnou vodou, perličkový kúpeľ, podvodnú masáž, klasickú ručnú masáž alebo reflexnú masáž.

Sú veľmi hluční, stále telefonujú alebo majú v mobilných telefónoch pustenú hlasnú arabskú hudbu. Ani čistota im veľa nehovorí, všetko hádžu na zem. Niektorí Moslimovia si nosia so sebou „krhličku“ na WC, pretože nie sú zvyknutí používať toaletný papier a považujú ho za nehygienický.

Komunikácia s moslimským klientom

Prevažná väčšina moslimských klientov sa dohovorí anglicky, najmä muži. Tlmočníci sprevádzajú klientov počas vstupných vyšetrení, kontrolných a záverečných vyšetreniach. Ich prítomnosť pri odoberaní anamnézy je najmä u žien – moslimiek podmienená rešpektovaním opatrení ako napr. zabezpečenie súkromia zástenou a prítomnosťou rodinného príslušníka.

Bežná konverzácia Moslimov pripomína hádku, hlasno rozprávajú až kričia a je dopĺňaná veľkou gestikuláciou. Zdravotnícki pracovníci musia ovládať špecifiká neverbálnej komunikácie s Moslimským klientom, napr. používať gesto „poď sem“, kedy je chrbát ruky nahor a kmitať prstami, nie palcom.

Naše „tradičné“ gesto je pre nich urážajúce a v ich ponímaní znamená privolávanie psa. Taktiež nepožívame gesto „OK“, vnímajú ho ako vulgárne, moslimského klienta nemožno chytať za rameno, ukazovať na neho prstom.

U žien Moslimiek, ktoré sú negramotné, sa pomerne často stretávame s tým, že nevedia dátum narodenia, pamätajú si iba rok a pri vstupnom vyšetrení uvádzajú dátum narodenia 1.1. v príslušnom roku.

Ženy Moslimky sú veľmi hašterivé, netolerantné. Vo všeobecnosti môžeme skonštatovať, že Moslimskí klienti nie sú ochotní sa prispôsobiť našej kultúre alebo kultúrnym zvyklostiam klientov z nearabských krajín. Celkovo povaha Arabov a/ alebo Moslimov sa vyznačuje urážlivosťou, malomeštiackymi maniermi, sú nervózni, žiarliví, závistliví, otravní, hrdí, nikomu neveria. Od zdravotníckych pracovníkov požadujú rýchle alebo prednostné vyšetrenie, termíny, vybavenie a pozornosť. Pozitívne vnímajú a oceňujú ak personál ovláda a používa v komunikácii s nimi základné frázy v arabčine, napr. pozdravy, privítanie a rozlúčenie sa.

Názory Moslimov na zdravie

Orientujú sa na budúcnosť. Veria, že choroba postihuje vždy celú osobu, veria na urieknutie a že choroba môže byť spôsobená aj z nedostatku jedla. Nosia amulety najmä so symbolikou čísla päť. Moslimovia sa nezvyknú zdôverovať so svojimi zdravotnými problémami a najmä týkajúcimi sa vyprázdňovania, neradi rozprávajú pred inými o sebe. Mnohí Moslimovia chápu poskytovanie zdravotnej starostlivosti ako svoje právo a na zdravotníckych pracovníkov pozerajú ako na svojich zamestnancov, pritom ale vysoko hodnotia najmä ich odbornosť.

Prakticky neriešiteľným problémom nielen v kúpeľoch, ale vo všetkých zdravotníckych zariadeniach u moslimských klientov je fajčenie, nerešpektujú ani vážne zdravotné následky.

V zdravotníckych zariadeniach v moslimských krajinách je ošetrovateľská starostlivosť obmedzená alebo poskytovaná iba v najzákladnejšej forme, nakoľko sa predpokladá, že starostlivosť poskytne/ zabezpečí rodina.

Záver

Špecifiká starostlivosti o Moslimov v kúpeľoch sa týkajú najmä nutnosti ošetrovania pacienta zdravotníkom rovnakého pohlavia, väčších nárokov na rešpektovanie intimity, nárokov na hygienu v súvislosti s modlením, požiadaviek na stravovanie a podmienok pre vykonanie modlitieb. Pre poskytnutie kvalitnej kúpeľnej starostlivosti a edukácie Moslimského klienta je dôležitá komunikácia, profesionálny prístup a trpezlivosť.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

IVANOVÁ, K. et al. 2005. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

LIŠKOVÁ, M., NÁDASKA, I. et al. 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. Martin: Osveta, 2006. 69 s. ISBN 80-8063-216-2.

ŠPIRUDOVÁ, L. et al. 2006. *Multikulturní ošetřovatelství II.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing. a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

Kontaktná adresa autoriek:
Košelová Agáta
MC DHSB, SKLP a.s. Piešťany
Winterova 29, 921 29 Piešťany
Tel: 033/775 7361

Ozimáková Sylvia
KP IRMA, SKLP a.s. Piešťany
Winterova 29, 921 29 Piešťany
sylvia.ozimakova@spapiestany.sk
Tel: 033/775 71 03

PhDr. Viera Hulková, PhD.
SKLP a.s. Piešťany
Winterova 29, 921 29 Piešťany
viera.hulkova@spapiestany.sk

VŠ sv. Alžbety, n.o. Bratislava
Detašované pracovisko Příbram, ČR

Obr. 1 Šípka na strope v hotelovej izbe smerujúca k Mekke



Zdroj: vlastný (Hulková)

Obr. 2 Miestnosť na modlenie pre mužov



Zdroj: vlastný (Hulková)

ŠPECIFIKÁ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH

KUBRICZKÁ Beata, LAZOVÁ Adriana

Abstrakt

Slovenské liečebné kúpele Piešťany a.s., poskytujú svojim pacientom/klientom ambulantnú i ústavnú ošetrovateľskú starostlivosť. Zariadenie navštevujú hostia nielen zo Slovenska, Čiech, ale z celého sveta. Liečba je zameraná na pohybový aparát s indikáciami ochorení pohybového a nervového systému. Sestry pracujú samostatne bez indikácie lekára, aj na základe indikácie lekára a podľa diagnózy pacienta. Dôležitou súčasťou je komunikácia s pacientmi, v našom prípade aj v cudzích jazykoch.

Kľúčové slová: Ambulantná ošetrovateľská starostlivosť. Cudzí jazyk. Komunikácia. Ústavná ošetrovateľská starostlivosť.

Úvod

Kúpeľníctvo má u nás dlhú tradíciu vďaka bohatstvu prírodných liečivých minerálnych a termálnych vôd, klimatických miest a rozsiahlych ložísk kvalitných slatín, rašelín a liečivého bahna. Na Slovensku existuje 28 kúpeľných miest a klimatických lokalít s 36 liečebňami. Medzi najväčšie a najvýznamnejšie na Slovensku patria Slovenské liečebné kúpele Piešťany. Tradícia a úspechy piešťanskej kúpeľnej liečby spočívajú vo využívaní liečivých faktorov termálnej minerálnej vody, sírneho bahna a klimatických podmienok. Piešťanské kúpele sa špecializujú na liečbu chorôb pohybového aparátu, teda kostí, kĺbov, svalov a spojivových tkanív, ale aj centrálnych a periférnych nervov, bez ktorých nie je možné riadenie pohybových funkcií.

Kúpeľná liečba vo všeobecnosti

Základom kúpeľnej liečby je komplexný účinok mechanických, fyzikálnych, chemických a biologických faktorov prírodných liečivých zdrojov.

V súčasnosti sa považuje kúpeľná liečba za aktívnu, nešpecifickú a funkčnú liečbu, rehabilitáciu pre celý rad ochorení v rôznych štádiách a fázach chorôb, ktorých podstatou je porucha reflexných mechanizmov.

Kúpeľná liečba využíva predovšetkým:

- fyzikálnu liečbu;
- teploliečbu;
- vodoliečbu;
- elektroliečbu;
- liečbu svetlom a zvukom;
- liečbu pohybom.

Významnú úlohu ale taktiež v komplexnej kúpeľnej liečbe zohráva liečebný režim, liečebná výživa a medikamentózna liečba. Najmä kúpeľný režim by mal pacientovi napomôcť k vytvoreniu rovnováhy medzi organizmom a prostredím. Počas kúpeľnej liečby je potrebné pacienta naučiť pochopiť význam ochranného kúpeľného režimu ako režimu aktívneho odpočinku. V tomto smere zohráva významnú úlohu kolektív zdravotníckych pracovníkov – lekári, sestry, fyzioterapeuti, maséri, sanitári. V ostatnom ponímaní sa do novej roly dostáva teda aj sám pacient - stáva sa aktívnym účastníkom liečebno – rehabilitačného procesu, ktorý je nielen samotným liečením, ale aj modernou výučbou.

Vo všeobecnosti môžeme kúpeľnú liečbu rozdeliť na časť:

Balneo – rehabilitačnú pri stavoch s prevažne orgánovým poškodením - poškodené funkcie sa kompenzačne upravia, vývoj sa zastaví alebo čiastočne upraví.

Preventívnu - kúpeľnou liečbou sa normalizujú adaptačné mechanizmy, zvyšuje sa odolnosť, upravuje sa neurovegetatívna rovnováha a upravujú sa funkcie, kde hrozí ich poškodenie.

Kúpeľná liečba, či už z hľadiska rehabilitačného alebo preventívneho, predstavuje súbor opatrení, ktoré majú postihnutého čo najskôr uviesť do plnohodnotného života.

Organizácia práce

Slovenské liečebné kúpele Piešťany patria viac ako 100 rokov k popredným európskym kúpeľom v liečbe reumatizmu, rehabilitácii pohybového aparátu a nervového systému.

Ubytovanie poskytujú:

- Danubiaus Health Spa Resort Thermia Palace;
- Danubius Health Spa Resort Esplanade;
- Spa Hotel Splendid;
- Spa Hotel Pro Patria;
- Vila Trajan;
- Hotel Jalta;
- Depandance Smaragd, Šumava.

Lečebné procedúry sa poskytujú v Danubius Health Spa Irma a Danubius Health Spa Balnea. Oba komplexy patria k moderným kúpeľným centrám, ktoré ponúkajú kúpeľné procedúry na najvyššej úrovni.
Kúpeľnú liečbu v našich zariadeniach poskytujeme pacientom/klientom ubytovaným v našich zariadeniach a ambulantným, ktorí dochádzajú z miesta bydliska.

- Ubytovaní klienti – samoplatci, poistenci zdravotných poisťovní.
- Ambulantná kúpeľná liečba – ambulantná komplexná liečba, individuálni klienti.

Organizácia výkonu práce sestry

V zariadeniach SLK Piešťany je poskytovaná nepretržitá 24 hodinová zdravotná starostlivosť.
Sestra poskytuje:

- **ambulantnú starostlivosť**

- miestom výkonu práce sú jednotlivé ambulancie v príslušných hoteloch;
- medicínska recepcia (komplex Danubius Health Spa Balnea);
- pracovná doba je 7:00-15:00 hod.;
- práca v súčinnosti s kúpeľným lekárom.

- **celoústavnú starostlivosť**
  - centrálne ambulancie podľa hotelovej príslušnosti
  - všetky priestory SLK Piešťany
  - nepretržitá 24 hodinová prevádzka
  - popoludňajšia služba 15:00-19:00 hod. a nočná služba 19:00-7:00 hod.

Prácu sestry v kúpeľnom zariadení môžeme definovať ako:

- samostatnú prácu sestry v rozsahu odbornej spôsobilosti bez odborného dohľadu a bez indikácie lekára;
- ošetrovateľskú starostlivosť v rozsahu odbornej spôsobilosti bez odborného dohľadu na základe indikácie lekára a podľa diagnózy pacienta;
- administratívnu činnosť - vedenie zdravotnej dokumentácie s dôrazom na presnosť a jednoznačnosť dokumentácie (nevyhnutná práca s počítačom).

Profesijná požiadavka na prácu sestry - je erudovaná profesionálka, empatická a asertívna, spoľahlivo zvládajúca každodenné problémy praxe, schopná efektívnej tímovej spolupráce.

Ambulantná starostlivosť

Príjem pacienta - modul Open Spa –lekár

Príprava pacienta na vstupné vyšetrenie, zber údajov o zdravotnom stave pacienta a prekonaných ochoreniach, meranie vitálnych funkcií, informovanie o ďalšom postupe.

Odber biologického materiálu

Oboznámenie pacienta s výkonom, príprava žiadanky, samotný odber biologického materiálu, zhromažďovanie, triedenie a zápis laboratórnych výsledkov

Aplikácia injekcií

Subkutánne injekcie

Intarmuskulárne injekcie

Spolupráca pri zavedení intravenóznej terapie event. aplikácia na základe poverenia

Príjem a výdaj liekov

Evidencia liekov, kontrola exspirácie, uskladnenie

Samotný výdaj liekov pacientovi podľa ordinácie

Edukácia pacienta

Medikamentózna terapia je tiež súčasťou kúpeľnej liečby. Pacienti, ktorí dlhodobo užívajú lieky predpísané svojimi domácimi ošetrujúcimi lekármi, pokračujú v užívaní a v kúpeľoch. V mnohých prípadoch je množstvo užívaných liekov v priebehu kúpeľnej liečby zredukovať.

Ide predovšetkým o lieky na tlmenie bolesti, alebo svalového napätia. Rovnako i v prípade prechodných bolestivých reakcií alebo akútnych ochorení je pre pacientov zabezpečená medikamentózna terapia.

Meranie vitálnych funkcií

Pri vstupnom vyšetrení

Podľa indikácie lekára

Preväzy

Preväzy rán- dezinfekcia rany, aplikácia liečiv podľa ordinácie lekára

Bandáže

Aplikácia kryoterapie

Sestra vstupuje do kontaktu s pacientom ako prvá, jej správanie významne ovplyvňuje celkovú komunikáciu so zdravotníckym oddelením v rámci kúpeľnej liečby. Na základe prvých dojmov a skúseností si tak pacient môže vytvoriť obraz o fungovaní a kvalite poskytovanej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti.

Ústavná starostlivosť

Ústavná starostlivosť je poskytovaná formou celkovej starostlivosti o pacienta/ klienta. Zahŕňa ošetrovateľský proces v plnom rozsahu. Vyznačuje sa vysokou produktivitou práce sestry, potrebou rýchleho rozhodovania – akútne stavy, široké spektrum ochorení, veľké vekové rozpätie klientely, polymorbídne stavy.

Práca v rámci celoústavnej starostlivosti zahŕňa aj prácu ambulantnej starostlivosti, nakoľko prevádzka je nepretržitá a príjem klientov prebieha aj počas víkendových dní a v popoludňajších hodinách.

Komunikácia

Piešťany sa radia k popredným kúpeľným zariadeniam, ktoré vyhľadávajú klienti takmer z celého sveta. Z tohto dôvodu má práca sestry mnohé špecifiká. Nutnosťou je ovládanie cudzích jazykov, komunikácia s cudzincami s ohľadom a rešpektom multikultúrneho zloženia klientely. Špecifické zameranie a manažment medicínskeho centra i ambulancií má bezprostredný vplyv aj na výkon práce sestry. Sestry predstavujú vyhranenú profesijnú skupinu so špecifickou filozofiou práce. Musia často potláčať svoje pocity, postoje a nálady. Neraz čelia vyhroteným situáciám, stretávajú sa s provokáciami, s pocitmi priazne, ale aj nepriazne.

Komunikácia sestra – pacient

Prvý kontakt – medicínska recepcia, ambulancia

Ide o prvý kontakt s pacientom a následne o stály styk v rámci zabezpečenia kontinuálnej kúpeľnej starostlivosti, podanie základných informácií o ďalšom postupe, vstupnom vyšetrení, pláne liečebných procedúr a pod.

Manažment chodu čakárne

Sestra zohráva kľúčovú rolu v rámci dobre zabehnutej a zorganizovanej práce na oddelení.
Dobrá sestra „manažérka“ usmerňuje a informuje pacientov, diferencuje závažnosť zdravotných problémov.

Získavanie anamnézy

Úloha sestry pri získavaní a rozširovaní anamnézy je nezastupiteľná.
Je všeobecne známe, že pacient niekedy povie viac sestre ako lekárovi, čo je dané aj vlastným ľudským prístupom sestry, zdôveruje sa so svojimi pocitmi, obavami, sociálnou situáciou a pod..

Verbálna a neverbálna komunikácia

Poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti si vyžaduje popri inom aj dobré komunikačné zručnosti, pri ktorých platia určité zásady:
- pacienta počúvať, neprerušovať ho zbytočnými otázkami;
- vylúčiť rušivé momenty, telefonovanie, rozprávanie iných ľudí;
- pozerať pacientovi priamo do očí, čím prejavujeme záujem o to, čo pacient hovorí;
- komunikovať profesionálne, neprejavovať a nenechať sa ovplyvniť predsudkami, sympatiami a nesympatiami.

Úlohou sestry je pacienta si vypočuť, informovať ho, edukovať ho a poradiť mu. Ľudský prístup zvyšuje dôveru pacientov. V prípade komunikačných bariér sestry s pacientom môže dochádzať k narušeniu diagnosticko – terapeutického a ošetrovateľského postupu. Komunikačné bariéry možno rozdeliť na interné a externé.

Interné bariéry

- obavy z neúspechu, chvenie hlasu;
- problémy osobného charakteru;

- používanie slangu, nárečia, príliš odborných termínov;
- neúcta, povýšenectvo, odpor , nerešpektovanie inej kultúry;
- nepripravenosť na komunikáciu, nesústredenosť.
- Externé bariéry vytvára prostredie, tretia osoba, ktorá vstúpi do ambulancie, komunikačný šum z čakárne.

Špecifiká komunikácie

Sestra v kúpeľnom zariadení prichádza do kontaktu s rôznorodou klientelou. Vyplýva to jednak z veľkého vekového rozpätia klientely, širokého spektra poskytovaných pobytov a hlavne zo stretu rôznych kultúr. Pracuje s pacientmi, ktorí majú viacero diagnóz, neraz i veľmi závažných. Prichádzajú ľudia po ťažkých nehodách nielen s fyzickým, ale aj psychickým poškodením. Navštevujú nás však aj ľudia v rámci relaxu a prevencie. Z tohto pohľadu sú preto komunikačné schopnosti sestry v kúpeľnom zariadení veľmi dôležité a špecifické.

Komunikácia s geriatrickým pacientom

Je interferovaná činiteľmi, ktoré ovplyvňujú:

- schopnosť prijímať oznamovaný obsah – teda telesnými, psychologickými a sociálnymi zmenami,
- schopnosť dekódovať oznamovaný obsah – aktuálny fyzický a psychický stav, kognitívne schopnosti, temperament, ochota spolupracovať, vzdelanie,
- schopnosť produkovať správy či reakcie na informáciu - aktuálny fyzický a psychický stav, kognitívne schopnosti, temperament, schopnosť slovnej produkcie, zmeny pamäte, pojmový aparát a zmeny konotácie.

Komunikácia s pacientom s pohybovým postihnutím

Mylne sa domnievame, že človek s telesným postihnutím nechce hovoriť o svojich problémoch. Telesné postihnutie prináša so sebou významné zmeny v živote človeka. Rozhodujúca je miera sebestačnosti, tiež vôľa a osobnostné predpoklady vrátane reakcie okolia na handicap a schopnosti prekonávať problémy.

Ovládanie vlastných obranných mechanizmov sestry s postihnutými pacientmi je veľmi náročné. Vyžaduje to určitý čas, ovládanie a trpezlivosť.

Komunikácia s pacientom s demenciou

V našom zariadení sa stretávame aj s pacienti postihnutými demenciou. Je potrebné, aby ich počas pobytu sprevádzali príbuzní. Keďže aj oni sami potrebujú oddych, poskytujeme možnosť sprievodu pacientov na procedúry sanitárom. Je pre nás dôležité zachovať sebaúctu pacienta a pri komunikácii si overiť, či správne všetko pochopil, porozumel a zapamätal si ďalšie kroky v liečbe. Samotná komunikácia samozrejme prebieha aj s príbuznými.

Komunikácia s problémovým pacientom

Za problémového sa pokladá pacient, ktorého správanie sa do určitej miery odlišuje od normy. Odchýlky v správaní sa viažu na vlastnosti jeho osobnosti – tieto sa vyznačujú relatívnou stálosťou a situačný faktor, kde je aktuálne vnímaná črta v správaní. V našej praxi sa stretávame so všetkými typmi:

- agresívny pacient (útočné správanie so zámerným alebo nezámerným cieľom ublížiť);
- depresívny pacient (reakcia na neovplyvniteľnú skutočnosť);
- introvertný/mlčanlivý pacient (zameraný sám na seba, má svoj svet, myšlienky, zážitky a emócie);
- úzkostlivý pacient (anxieta je subjektívny fenomén, môže byť: mierna, stredná alebo intenzívna);
- narcisticky orientovaný pacient (uhladené a dôstojné vystupovanie, zameraný sám na seba);
- pacient s pedantérskymi sklonmi (prejavuje sa podrobnejším a detailnejším rozlišovaním javov než je potrebné);
- histriónsky pacient (imitácia vystupovania druhých ľudí, neuvedomovanie si hrania rolí iných).

Komunikácia s cudzincom

Nedostatočná alebo zlá komunikácia je zdrojom nespokojnosti pacientov. Nemôžeme preto zabúdať na transkultúrny kontext komunikačného procesu, pretože by mohlo dôjsť k nedorozumeniam, trápnym situáciám až konfliktom. Pre dobré nadviazanie kontaktu je vhodné základné pozdravenie a jednoduchú spoločenskú frázu v jazyku, ktorému pacient rozumie. Pokiaľ je to možné mali by sestry požiadať vždy o tlmočenie. Ak takúto možnosť nemajú, vhodné je použiť mimiku, gestikuláciu, demonštráciu, obrázky – piktogramy. Čím viac metód sa skombinuje, tým lepšie. Jednou z dôležitých a zrejme najvyužívanejších metód

je používanie slovníkov. Netreba opomenúť využívanie tlmočníkov. Táto služba je však nadštandardná. V našom zariadení využívame spoluprácu tlmočníkov z cestovných kancelárií najmä pre arabských pacientov, ale aj pacientov z Izraela. Poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti je ovplyvňované nielen komunikáciou s pacientmi, ale aj rešpektovaním odlišností v správaní sa iných minorít a národností.

Záver

Hlavným cieľom spoločnosti je sústavne zvyšovať a prehlbovať vzdelanostnú úroveň sestier. Pre prácu sestry v zdravotníckych zariadeniach sú dôležité teoretické a odborné vedomosti i zručnosti získané z jednotlivých klinických odborov. V minulosti sa ošetrovateľstvo podobne ako medicína orientovalo výlučne na choroby. V súčasnosti je potrebné okrem poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti myslieť na to, že má sestra pred sebou väčšinou človeka trpiaceho, očakávajúceho pomoc. Vplyvom vytvárania multikultúrnej spoločnosti a zvyšujúcej sa migrácie obyvateľstva je nesmierne dôležité aj rozvíjanie multikultúrnej komunikácie. Tá je potrebná pre identifikáciu zdravotných potrieb a problémov pacienta. Sestra pristupuje k pacientom nielen ako k fyzickým, ale aj emocionálnym spoločenským bytostiam. Starostlivosť je zacielená na určité zdravotné problémy a zároveň na zdravie človeka ako celku. Úlohou sestry je usilovať sa o vytvorenie dokonalého liečebno – ošetrovateľského vzťahu s pacientmi. Uspokojovať ich bio – psycho – sociálne potreby s rešpektovaním jeho názorov a duchovných princípov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

GAZDÍKOVÁ, K., ŠÚŇOVÁ, J. 2014. [online]. *Špecifiká práce sestry v ambulancii všeobecného lekára.* Ošetrovatelský obzor 1-2/2014 [cit. 2015-09-15]. Dostupné na internete: http://www.osetrovatelsky.herba.sk/osetrovatelsky-obzor-1-2-2014/specifika-prace-sestry-v-ambulancii-vseobecneho-lekara.

HARING, J., MAŠAN, J. 2008. *Úvod do balneológie a rehabilitačného ošetrovateľstva I.* 1.vydanie. Prešov: Vyd. Vaško Michal, 2008. 50 s. ISBN 978-80-8105-063-3.

KRAJČÍK, Š. 2005. *Geriatria.* SAP – Slovak Academic Press, 2005. 82 s. ISBN 80-88908-68-X.

KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve.* Martin: Vyd.Osveta, spol. s.r.o., 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.

MIKULA, J. *Almanach liečebných procedúr.* Slovenské liečebné kúpele Piešťany, a.s., Piešťany: Re Public

PEAS, A. a B. 2008. *Řeč těla.* 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2008. 359 s. ISBN 978-80-7367-449-6.

PLAŇAVA, I. 2005. *Průvodce mezilidskou komunikací. Přístupy-dovednosti-poruchy.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 148 s. ISBN 80-247-0858-2.

POKORNÁ, A. 2010. *Komunikace se seniory.* 1.vydanie. Praha: vyd.Grada Publishing, a.s., 2010. 138 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

ŠPIRUDOVÁ, L. et al. 2006. *Multikulturní ošetřovatelství II.* Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. 252 s. ISBN 80-247-1213-X.

URÍČKOVÁ, A., BOROŇOVÁ, J. 2008. Komunikačné karty – alternatívna forma komunikácie v multikultúrnom ošetrovateľstve. In *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství III. Sborník příspěvků III. Slezské vědecké konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí.* 2008. Zost. A. Archalousová et al., Frídek-Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2008. 138 s. ISBN 978-80-7248-470-6.

Kontaktná adresa autoriek:

Mgr. Kubriczká Beáta
MC DHSB
SLKP Piešťany
beata.kubriczka@spapiestany.sk

Mgr. Lazová Adriana
adriana.lazova@spapiestany.sk

KOMUNIKÁCIA V MULTIKULTÚRNOM OŠETROVATEĽSTVE A IMPLEMENTÁCIA DO PRAXE

KUŠEVOVÁ Silvia, KOSŤOVÁ Tatiana

Kľúčové slová: Multikultúrne ošetrovateľstvo. Migrácia. Žiadateľ o azyl. Utečenec. Záchytný tábor. Multikultúrne ošetrovateľstvo. Špecifická ošetrovateľská starostlivosť. Komunikačné bariéry. Piktogram.

Úvod

Migrácia je stará ako ľudstvo samo. Migrácia ovplyvňovala a naďalej výrazne ovplyvňuje náš život, aj keď si tieto vplyvy často ani neuvedomujeme. Ľudia opúšťajú miesto, kde sa narodili a hľadajú lepšie miesto pre svoj život. Rozmanitosť kultúr v Slovenskej republike je pomerne značná a od vstupu do Európskej únie je ešte rozmanitejšia. Je preto žiaduce, aby aj sestry boli pripravené ošetrovať klientov rôznych kultúr. Prezentácia je zameraná na komunikáciu v multikultúrnom ošetrovateľstve a na praktické využitie piktogramov v ošetrovateľskej starostlivosti. Približuje základné pojmy migrácie. Je zameraná na jazykovú bariéru, ktorá v ošetrovateľskej starostlivosti, predstavuje najväčší problém a vplyv prostredia, ktorý negatívne vplýva na psychiku migrantov. Prezentujeme spôsob implementácie komunikácie s cudzincami na lôžkovom oddelení a SVALZ v nemocnici Humenné. V závere prezentácie uvádzam názory slovenskej verejnosti na migrantov.

Záver

Význam celej prezentácie spočíva v zaznamenaní súvislého, uceleného obrazu o multikultúrnom ošetrovateľstve, komunikácii a získaní základných informácií špecifickej ošetrovateľskej starostlivosti u cudzincov vietnamskej a moslimskej kultúry, ktoré nám pomôžu skvalitniť multikultúrnu ošetrovateľskú starostlivosť o príslušníkov inej kultúry.

ZOZNAM BIBIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BARGEROVÁ, Z. - DIVINSKÝ. B. 2008. *Integrácia migrantov v Slovenskej republike : Výzvy a odporúčania pre tvorcov politík.* Bratislava : IOM, 2008. 154 s. ISBN 978-80-970012-4-7.

DIVINSKÝ, B. 2005. *Zahraničná migrácia v Slovenskej republike : stav, trendy, spoločenské súvislosti*. Bratislava : Výskumné centrum Slovenskej spoločnosti pre zahraničnú politiku, 2005. 216 s. ISBN 80-89149-4-9.

KRIGLEROVÁ, E. G. a kol. 2009. *Migranti – nový pohľad na staré problémy: Multikulturalizmus a kultúrna integrácia migrantov na Slovensku.* Bratislava : Centrum pre výskum etnicity a kultúry, 2009. 127 s. ISBN: 978-80-970267-8-3.

Kontakt na autora: +421907242860, silvika.kusevova@gmail.com
Kontakt na spoluautora: +421908999972, tatiana.kostova@svetzdravia.com

SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY Z POHLEDU PACIENTA

KVASNIČKOVÁ Věra

Abstrakt

Spirituální potřeby jsou nedílnou součástí lidské bytosti a tím i dimenzí, kterou musí ošetřující při poskytování péče svým pacientům, řešit. Kvalitní poskytování ošetřovatelské péče v oblasti spirituálních potřeb závisí na znalostech této tématiky. Stěžejní je znalost pojmu religiozita a spiritualita. Poněvadž stále ještě mnoho ošetřujících potřeby spirituální ne zcela správně ztotožňuje s potřebami náboženskými, tzn. religiózními. Od toho se také odvíjí specifika poskytované péče. Posuzování a následně uspokojování spirituálních potřeb pacienta závisí na osobnosti, na vědomostních a komunikačních schopnostech ošetřujících. Průzkum jsme realizovali metodou strukturovaného rozhovoru zaměřeného na posuzování spirituálních potřeb očima pacientů. K posuzování nejčastěji slouží metoda rozhovoru ovlivněná schopností naslouchání a empatie u ošetřujících. Vyhodnocením získaných dat můžeme konstatovat, že k posuzování spirituálních potřeb pacientů dochází náhodně, během rozhovorů v průběhu hospitalizace.

Klíčová slova: Ošetřující. Religiozita. Spiritualita. Spirituální potřeby.

Úvod

Spirituální potřeby jsou v moderním ošetřovatelství aktuálním tématem, neboť tato dimenze lidského bytí je pro některé ošetřující stále ještě nedostatečně pochopeným problémem. Spiritualita a vysvětlení jejího obsahu má mezi odborníky mnoho variant. Existuje mnoho názorů, kdo a za jakých podmínek by měl spirituální potřeby pacientů posuzovat a následně uspokojovat. My jsme se zaměřili na tu oblast spirituálních potřeb, která je v kompetenci ošetřujících - zdravotníků. Z pohledu některých ošetřujících je mezi spirituálními a náboženskými potřebami ne zcela správně vloženo rovnítko. Proto základem úspěšného posuzování a uspokojování těchto potřeb je znalost tématiky, znalost významu pojmu religiózní a spirituální potřeby. Nástrojem na posuzování a uspokojování spirituálních potřeb jsou komunikační schopnosti ošetřujících. Cílem našeho průzkumu bylo přiblížit ošetřujícím tuto problematiku očima pacientů.

Spirituální potřeby a religiozita jako součást ošetřovatelské péče

Pro kvalitní poskytování ošetřovatelské péče v oblasti spirituálních potřeb, je nutná znalost základních pojmů a jejich praktického obsahu. Jsou to pojmy spiritualita a religiozita. Pro vysvětlení významu těchto pojmů existuje mnoho výkladů.

Spiritualita, z latinského slova *spiritus – duch*. Zobrazuje duchovní život uvnitř člověka, který ale nemusí být nutně náboženský, spojený s Bohem nebo jinou vyšší mocí. Spiritualita je poznávání smyslu života, svého nitra a životní orientace. Spiritualita je založená na postoji k rodině, k životu, ke svému nitru, k domovu, ale i k něčemu nevysvětlitelnému, k tzv. transcendenci, která ale není spjatá s konkrétní náboženskou vírou (Mašát, 2006). Spiritualita znamená to, kam člověk směřuje, co od života očekává a pro tento cíl žije. Spiritualita je často identifikována s náboženstvím. Mohou se propojit či překrývat, ale nikdy neznamenají totéž. Osoba je spirituální, ale nemusí být nutně spojena s konkrétním náboženstvím. Svou spiritualitu vyjadřujeme např. skrze svou rodinu, komunitu, zaměstnání, hudbu, přírodu apod. Z tohoto důvodu můžeme spirituální ošetřovatelskou péči uplatňovat i u ateistů. Spiritualitou člověk identifikuje důležité věci v jeho životě, které jsou zdrojem jeho spokojenosti, klidu, naděje a radosti (Sartori, 2010). Spiritualita se dostává do popředí zejména v období emocionálního stresu v souvislosti s nemocí, smutkem a smrtí. Spiritualitu můžeme podle tvaru kříže, který je symbolem víry, rozlišit na **vertikální**, která zobrazuje vztah k Bohu nebo jiné vyšší moci a k životu. A na **horizontální**, která představuje vztah k člověku a prostředí (Jankovský, 2003). V kompetenci a moci ošetřujících je péče o horizontální spiritualitu pacienta, kam patří např. péče o jeho důstojnost, sebeúctu, respektování jeho individuality, smíření s nastalou situací, potřeba bilancování, potřeba lásky a smíření s blízkými, řešení otázek smyslu a účelu nemoci a jejich důsledků. Poněvadž tak, jako se somatické potíže projevují somatickou bolestí, tak se spirituální deficity projevují bolestí spirituální, kterou je také nutné léčit.

Religiozita, v českém překladu *zbožnost*. Pojem je užívaný v souvislosti s náboženským přesvědčením či ztotožněním se s určitou církví. Religiozita znamená kladný postoj člověka k náboženství. Představuje způsob myšlení, chování, zvyky a symboly odlišující se dle typu náboženství, které má po celá desetiletí mnoho podob. Tyto rituály jsou většinou spojeny se smrtí, narozením, svatbou a spasením. Rozlišujeme religiozitu vnější, která respektuje tradice a religiozitu vnitřní, která je čistě individuální a je vyjádřena autonomním chováním. Na objasnění pojmu „ náboženství“ existuje několik pohledů. Na druhou stranu i člověk, který se neztotožňuje s některou formou náboženství, může mít svého „boha“, svoji ikonu, která

představuje hodnoty a smysl jeho života. Současná psychologie uvádí, že náboženství a víru získává člověk v průběhu socializace (Opatrná 2006; Tomagová, Bóriková, 2008).

Shrneme-li rozdíl mezi spiritualitou a náboženstvím, tak slovy laika je spiritualita tím, co vede člověka k zamyšlení se nad sebou samým a nad něčím, co přesahuje materiálno. Náboženství je vyjádření spirituality člověka skrze duchovní víru spojenou s uctíváním Boha a duchovních tradic. Potřeby jsou nutné k lidskému přežití a vývoji. Proto i spirituálním potřebám musíme věnovat patřičnou pozornost. Potřeba spirituality a transcendence je v Maslowově pyramidě potřeb na nejvyšším místě. Spirituální potřeby souvisejí se sebou samým, s ostatními lidmi nebo s absolutnem.Nemoc skrze spiritualitu dává příležitost ke změně dosavadního života, k jeho přehodnocení. Umožní pacientovi transformovat stávající situaci v něco pozitivního, na co se pacient může zaměřit. Ošetřující mohou přispět k těmto pozitivním výsledkům skrze svoji interakci s pacienty. Mnohdy tak činí, ale neuvědomují si to (Sartori, 2010).

Zejména u pacientů se do popředí v rámci spirituálních potřeb dostává **potřeba bezpečí** – zde není myšleno jen bezpečí fyzické, ale zejména psychické, ke kterému přispívá chování, jednání, uniformovanost či označení ošetřujících, které dodává pacientovi jistotu, že se o něho stará kvalifikovaný tým, že budou respektovány jeho potřeby a bude brán ohled na jeho přání, že nebude sám se svou nemocí. **Potřeba lásky a sounáležitosti** – se potencuje s příchodem nemoci - potřeba milovat, být milován a někam patřit. Od ošetřujících, se kterými nyní tráví nejvíce času, očekává lásku v jiné podobě, a to v podobě laskavého přístupu, pochopení a empatie. Potřebu sounáležitosti, patřit někam, promítá do pocitu zařazení se k ostatním pacientům a vytvořením vztahu s personálem (Šamánková a kol. 2011). **Potřeba respektování víry**, tuto pociťují zejména religionisté, kterým umožnění naplnění jejich náboženských rituálů a zvyků dodává sílu při snášení a překonávání nemoci. **Potřeba bilancování** – hodnocení života, které probíhá ve třech časových dimenzích. Minulost se zdá být daná a neměnná, ale nemocný člověk má potřebu retrospekce, kde nalézá buď uspokojení se životem, který prožil, nebo naopak vidí nedobré věci, které prožil či způsobil, a toto vyžaduje smíření. V přítomnosti hraje roli nemoc a s ní spojené těžkosti. Pacient hledá smysl toho, co se mu děje. Snaží se o akceptování nemoci, protože ne všichni jsou schopni se s nemocí smířit. A v tomto momentě se opět objevují jeho spirituální potřeby, se kterými mu můžeme pomoci. Nikoliv tím, že ho budeme k něčemu nutit, ale naopak tím, že ho budeme doprovázet na cestě, kterou mu nadefinoval život, a umožníme mu uspokojovat jednu ze základních spirituálních potřeb, a to potřebu lásky. V budoucnosti se zrcadlí představy o tom, co by se mohlo stát, jaké je to po smrti apod.

Každý z nás má jinou představu, která vyplývá z našeho přesvědčení. Někdo věří v Boha a posmrtný život, někdo tuší, že se smrtí jeho existence nekončí, ale neumí to vysvětlit a někteří jsou přesvědčení materialisté (Opatrný, 2008).

Posuzování spirituálních potřeb ošetřujícími

K posuzování spirituálních potřeb dochází zejména na základě **rozhovoru**. Základem rozhovoru je umění navázat a rozvíjet hovor, který uskutečňujeme prostřednictvím otázek a odpovědí, ale i naslouchání. Umění vést hovor je náročná zručnost, kterou je ne každý z nás od přírody obdařen. Ale i tomuto se lze tréninkem naučit. Jde o rozhovor, jehož cílem je získání si pacientovy důvěry, zjištění jeho deficitních spirituálních potřeb a způsob, jakým tyto potřeby saturovat. Při formulaci otázek musíme mít na paměti i kulturu pacienta, jelikož každá kultura má svá specifika a témata, která jsou tabu, a o kterých bychom vůbec neměli hovořit. Erudovaný ošetřující si z pacientových odpovědí a jeho neverbálních projevů vydedukuje, které téma je citlivé a je potřeba mu věnovat větší pozornost. Mějme na paměti, že při rozhovoru neverbální projevy komunikace nesleduje pouze ošetřující u pacienta, ale myslíme si, že mnohem více je sleduje pacient u ošetřujících. K posuzování spirituálních potřeb pacienta je neméně důležitá schopnost naslouchat a schopnost empatie.
Při **naslouchání** parafrázujeme myšlenky pacienta tak, jak jsme je pochopili, a tím dáváme pacientovi najevo, že pozorně naslouchame jeho slovům, pocitům a myšlenkám, a ověřujeme si tím, že správně chápeme jeho situaci, a umožníme pacientovi přemýšlet nahlas. Díky **empatii** se snažíme vcítit do pacientovy situace a vidět ji jeho očima.
Posuzování spirituálních potřeb jako součást ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces v oblasti duchovních potřeb je velmi složitý a v dnešní praxi ještě ne zcela zavedený.
Jde o velmi citlivou oblast, tudíž i jednotlivé kroky procesu nesou svá rizika. Při posuzování spirituálních potřeb musíme postupovat velmi citlivě, nejlépe kontinuálně. Proto se nedoporučuje vytvářet nadefinované dotazníky či jiné formuláře, kde posuzování spirituálních potřeb sklouzne „k zaškrtávání políček“. Neboť zde může vzniknout mylná informace, že pacient nemá spirituální potřeby, neboť nevyplnil příslušnou kolonku.
Někdy tato kolonka ani nemůže být vyplněna, poněvadž pacient spirituální potřeby má, ale neví, že právě jeho neuspokojené potřeby spadají do této oblasti. A toto je úkolem ošetřujících, odkrýt deficitní oblast v těchto potřebách. Dalším problémem může být, že pokud budou kolonky v dotazníku vyplněné při příjmu, mohli by někteří ošetřující toto považovat i za splnění posuzování spirituálních potřeb pacientů a proto by se již k dalšímu

posuzování nevraceli. Mnoho pacientů, v důsledku nedostatečné informovanosti, má spojené duchovní potřeby s potřebami náboženskými, někdy dokonce i v kontextu s nemocí – s posledním pomazáním. Proto se v praxi ukazuje jako velmi vhodné, posuzování spirituálních potřeb během rozhovoru, kdy se citlivým přístupem snažíme získat informace o sociálních vazbách, rodinném zázemí, podpoře ze strany členů rodiny nebo naopak o konfliktech v rodině, o pacientových zvycích a rituálech, životním stylu a zájmech. Na základě těchto informací můžeme vyhodnotit potřeby, které pacient pociťuje jako neuspokojené. Upokojené spirituální potřeby pacienta se projevují pozitivním přístupem k životu, k sobě samému, ke svému okolí a smysluplnými sociálními vztahy. Pacient má smysl života, má cíl života, který se snaží dosáhnout. Miluje, je milován, žije v naději, je schopen odpouštět a má pocit že i jemu bylo odpuštěno.
V několika zdravotnických zařízeních jsou v této oblasti péče o pacienta zaměstnáváni pastorační pracovníci, kteří se specializují na tuto stránku pacientova života a jsou nápomocni jak pacientům, tak jejich rodinám, ale i ošetřujícím.

Metodika průzkumu

Průzkum jsme realizovali metodou strukturovaného rozhovoru zaměřeného na posuzování spirituálních potřeb očima pacientů. Rozhovory byly nahrávány a poté analyzovány. Získané výsledky jsme zpracovali v počítačovém programu MS Excel a archivovali v PC. Průzkumné šetření proběhlo v Nemocnici Volyně s r.o. v období listopad 2013 – leden 2014. Cílovou skupinou byli pacienti se společným znakem – hospitalizace trvající déle než jeden měsíc.

Výsledky

Průzkumný vzorek tvořilo 40 % religiózních a 60 % nereligiózních R. V oblasti posuzování spirituálních potřeb získané údaje ukazují, že při příjmu tyto potřeby byly posuzovány ve 27 % R pouze ústně, bez písemného záznamu, u 73 % R nebyly posuzovány vůbec.
K posuzování těchto potřeb došlo až během hospitalizace a to u 80 % R v rámci rozhovorů, u 20 % respondentů posuzovány nebyly. Z dotazu k ošetřujícím vyplynulo, že tyto rozhovory byly podmíněny osobním přístupem ošetřujících, nikoliv na základě posuzování v rámci ošetřovatelského procesu a na podkladě ošetřovatelské dokumentace. Můžeme konstatovat, že k posuzování spirituálních potřeb pacientů dochází náhodně, během rozhovorů v průběhu hospitalizace, což považujeme za pozitivní v tom smyslu, že pacienti nejsou nuceni takovéto

osobní informace sdělovat ihned při příjmu, kdy se ocitají pro ně v cizím prostředí, ale až po vytvoření si vztahu s ošetřujícími a aklimatizaci na nové prostředí. Současně se ale ukázalo, že plnění ošetřovatelského procesu v oblasti spirituálních potřeb má ještě své deficity.

Diskuze

Zjistili jsme, že při přijetí nebyly posuzovány spirituální potřeby u 73 % respondentů, což je podobný výsledek, který uvádí Stanislavová (2008), a to 79,6 % respondentů. Macháčková (2011) ve své práci uvádí, že pokud bude v ošetřovatelské dokumentaci ať kolonka, či jiný zápis o spirituálních potřebách pacienta, pak je pravděpodobné, že budou tyto potřeby časem uspokojeny, bohužel zde může být i druhá varianta, že tímto bude ošetřující zájem o spirituální potřeby považovat za splněný. Jako další variantu při posuzování spirituálních potřeb uvádí Macháčková (2011) spirituální dotazník. K tomuto bychom se přiklonili v případě, že by vyplňování spirituálního dotazníku probíhalo někdy v průběhu hospitalizace, a nikoliv při příjmu a byly by řešeny otázky spirituality, nikoliv pouze religiozity. Myslíme si, že kolonky dotazníku nikdy nemohou nahradit zájem a lidský přístup ze strany ošetřujících.

Závěr

Svým sdělením bychom chtěli přispět k informovanosti ošetřujících v oblasti spirituálních potřeb a ukázat, že spirituální potřeby nejsou pouze potřebou „věřících - religiózních“ pacientů, ale že tyto potřeby máme všichni bez ohledu na to, zda jsme či nejsme religiózně zaměřeni. Rádi bychom přispěli k pochopení faktu, že uspokojení spirituálních potřeb v dimenzi horizontální, je v silách ošetřujících. Empatické naslouchání a rozhovory s pacienty mohou pomoci při hledání odpovědí na témata související s nemocí, bolestí, jejím smyslem a důsledky, které plynou jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Pacienti, kteří si často kladou tyto otázky, jsou na odpovědi mnohdy sami.

Svou rodinu tím nechtějí zatěžovat, a často, když už je vysloví, rodina nemá odpovědi. Ošetřující pomáhají pacientovi už tím, že mu věnují prostor a čas na vyjádření jeho obav a stesků. I respektem k lidské individualitě, zachováváním důstojnosti pacienta mohou ošetřující přispět k uspokojení jeho spirituálních potřeb. Samozřejmě, že v oblasti spirituálních potřeb, je spolupráce s pastoračními pracovníky velkým přínosem, ale i ošetřující sám může být velmi nápomocen. Výsledky ukázaly, že k posuzování spirituálních potřeb je nejvhodnější rozhovor během hospitalizace, kdy si pacient a ošetřující vytvořili vztah

založený na důvěře a pacient je aklimatizovaný v novém prostředí. Z tohoto důvodu ošetřující získá hodnotnější informace, na kterých může postavit kvalitní ošetřovatelskou péči.Víme, že v současné době jsou ošetřující velmi vytíženi jak administrativními tak technickými aspekty souvisejícími s péčí o pacienty. Ale myslím si, že čas na to, abychom pomohli lidsky, bychom si najít měli.
Pro základní znalost problematiky a nastartování zájmu o toto téma jsme navrhli informační leták.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

JANKOVSKÝ, J. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 215 s. ISBN 80-7254-329-6.

KVASNIČKOVÁ, V. 2014. Uspokojování spirituálních potřeb z pohledu pacienta: bakalářská práce. Příbram: VŠZ a SP sv. Alžběty, Ústav sv. J N. Neumanna, 2014. 62 s.

MACHÁČKOVÁ, Š. 2011. *Uspokojování spirituálních potřeb pacientů*: bakalářská práce [online]. Příbram: VŠZ a SP sv. Alžběty, Ústav sv. J. N. Neumanna, 2011. 97 s. [citované 2014-02-27]. Dostupné na internetu: http://www.umirani.cz/res/data/015/001721.pdf.

MAŠÁT, V. 2006. Spirituální potřeby nemocného. In *Diagnóza v ošetřovatelství*. ISSN 1801-1349, 2006, roč. 2, č. 3, s. 103-104.

OPATRNÁ, M. 2006. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému?. In *Diagnóza v ošetřovatelství*. ISSN 1801-1349, 2006, roč. 2, č. 3, s. 105-108.

OPATRNÝ, A. 2008. *Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta*. [online]. [citované 2013-11-05]. Dostupné na internetu: http://www.farnostcheb.cz/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=325&Itemid=910

SARTORI, P. 2010. Spirituality 1: shouldspiritual and religiousbeliefsbe part of patientcare?.In*NursingTimes. net*[online]. [citované 2014-01-14]. Dostupné na internetu:

http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/management/spirituality-1-should-spiritual-and-religious-beliefs-be-part-of-patient-care/5017359.article.

STANISLAVOVÁ, A. 2008. *Problematika uspokojování náboženských potřeb v nemocnici:* bakalářská práce [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 127 s. [citované 2014-01-10]. Dostupné na internetu: http://is.muni.cz/th/142571/lf_b/Bc_prace_Stanislavova_Print.pdf.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: GradaPublishing, a.s., 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

TOMAGOVÁ, M. – BÓRIKOVÁ, I. a kol. 2008. *Potreby v ošetrovateĺstve*. Martin: Osveta, 2008. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

Kontaktní adresa autorky:
Bc. Věra Kvasničková
Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje
Špidrova 107
385 01 Vimperk
vekvas@seznam.cz


láska
smíření
sebeúcta
důstojnost
Spirituální potřeby
naděje
smysl života
má každý z nás
odpuštění
blízkost
respekt
bezpečí
usmát se
pohladit
porozumět
vyslechnout
promluvit
pomoci
být tu pro pacienta
Každý zdravotník to zvládne

VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI RUSKÉHO OŠETROVATEĽSTVA V OBDOBÍ KRYMSKEJ VOJNY

LACA Peter

Abstrakt

Na rozvoj ošetrovateľstva mali značný vplyv mnohé vojny vo svete. Medzi ne patrila aj krymská vojna, ktorá trvala v rokoch 1853-1856 a bojovalo v nej Turecko a jeho spojenci, Anglicko, Francúzsko a Sardínia, proti Rusku. Množstvo zranených vojakov, hromadné infekcie a zlé hygienické podmienky vyvolávali zvýšenú potrebu lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti. Chorým a raneným ju poskytovali na ruskej strane okrem mnohých iných, aj lekár Nikolaj Ivanovič Pirogov a vojvodkyňa Jelena Pavlovna. Založenie ošetrovateľstva ako civilnej profesie možno datovať práve do tohto obdobia krymskej vojny, v ktorej poskytovali ošetrovateľskú starostlivosť aj také osobnosti, ako Mary Seacolová a Florence Nightingalová.

Kľúčové slová

Krymská vojna. Ošetrovateľská starostlivosť. Rusko. Sestry. Vojvodkyňa.

Úvod

Založenie ošetrovateľstva ako civilnej profesie možno datovať do obdobia krymskej vojny. Docent Michalský (2006, s. 91) uvádza, že v uvedenom období sa nastúpilo na cestu k profesionálnemu ošetrovateľstvu. Znamená to, že 19. storočie je charakteristické vznikom profesionálneho ošetrovateľstva. Na jeho rozvoj mali predovšetkým vplyv mnohé vojny (krymská, rakúsko-talianska, prusko-rakúska, prusko-francúzska). Množstvo zranených vojakov, hromadné infekcie a nevhodné hygienické podmienky vyvolávali zvýšenú potrebu lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti. To, že stále viac vojakov umieralo skôr na choroby, než na zranenia na bojisku, bolo aj dôsledkom nedostatočných znalostí zdravotníckeho personálu. Pravdepodobne preto vznikli dva rozhodujúce impulzy pre organizovanie ošetrovateľskej starostlivosti, a to: *pre potrebu ošetrovania vojakov zranených vo vojne* a *pre rozvoj industriálnej spoločnosti.*

Ošetrovateľskú starostlivosť, ako ju poznáme dnes, začali organizovať v priebehu krymskej vojny okrem Florenc Nightingalovej a Mary Seacolovej, najmä Nikolaj Ivanovič Pirogov a vojvodkyňa Jelena Pavlovna s mnohými ruskými ženami patriacimi do Spoločenstva sestier Povýšenia svätého Kríža. Cieľom príspevku je bližšie predstaviť dve významné osobnosti ruského ošetrovateľstva v období krymskej vojny, Nikolaja Ivanoviča Pirogova, ktorý presadzoval uplatnenie žien v starostlivosti o ranených a chorých a vojvodkyňu Jelenu Pavlovnu, ktorá ošetrovala a pomáhala chorým a raneným vojakom na Kryme. V príspevku chceme zároveň charakterizovať príčiny konfliktu krymskej vojny, keď sa konkrétne zmieňujeme o bitke pri rieke Alme a uvádzame aj popis zdravotných stavov ranených vojakov na základe použitej literatúry.

Krymská vojna - príčiny konfliktu

Krymská vojna, nazývaná tiež „východná vojna“ bola vojnou v rokoch 1853-1856 medzi Ruskom na jednej strane a spojencami na druhej strane (Turecko, Francúzsko, Anglicko a Sardínia). Jednu z najpálčivejších otázok v medzinárodných vzťahoch v Európe počas 19. storočia predstavovala tzv. východná otázka, ktorá vznikla postupným úpadkom osmanskej moci na Balkáne. Spočiatku, ako to uvádza Koppan (s. 19) panovala medzi európskymi mocnosťami zhoda, že jednotlivé štáty budú podporovať vládu sultána a prípadná kríza mala byť riešená prostredníctvom medzinárodnej spolupráce. Každá z veľmocí totiž chcela zabrániť ktorejkoľvek inej, aby získala dominantné postavenie na Balkáne na úkor slabnúceho Turecka. Azda najväčší strach vyvolávalo Rusko, ktoré už počas 18. storočia začalo úspešnú expanziu na Balkán smerom ku Istanbulu. Okrem hlavného mesta Osmanskej ríše, malo Rusko záujem predovšetkým o Bospor a Dardanely. Tieto prielivy, ktoré umožňovali plavbu medzi Stredozemným a Čiernym morom, boli od roku 1841 chránené Londýnskou zmluvou o úžinách. Tento dokument ratifikovalo 6 štátov - Británia, Francúzsko, Prusko, Rusko, Rakúsko a Turecko, pričom obsahoval dôležitú klauzulu o tom, že počas mieru nemôžu cez tieto prielivy prechádzať vojnové lode. Cárska Čiernomorská flotila tak bola prakticky uväznená a Rusko sa s tým nehodlalo zmieriť. Ďalšou pálčivou otázkou, ktorá sa nakoniec stala zámienkou pre rozpútanie krymskej vojny bolo náboženstvo, resp. posvätné miesta. Pod týmto pojmom sú myslené kresťanské svätyne v Palestíne, ktoré strážila pravoslávna cirkev.

Toto privilégium získala v rámci mierovej zmluvy z Kučuk - Kajnardži z roku 1774 medzi Tureckom a Ruskom. Tieto okolnosti však boli tŕňom v oku Katolíckej cirkvi, ktorá sa snažila o nápravu. Práve túto snahu katolíkov sa rozhodol využiť francúzsky cisár Napoleon III.. Ten si po svojom nástupe potreboval posilniť svoje postavenie v domácej politike, a preto začal podporovať Katolícku cirkev v otázke posvätných miest. Keď sultán s Vysokou Portou v roku 1852 podľahol tlaku Napoleona III., oheň bol na streche a veci sa dali do pohybu. Pobúrený ruský cár poslal do Istanbulu diplomatickú misiu vedenú kniežaťom Alexandrom Menšikovom, ktorý mal s tureckým panovníkom prerokovať sporné otázky týkajúce sa posvätných miest. Keď sultán uznal niektoré ruské požiadavky, no nie všetky, znechutený Menšikov opustil Istanbul. Reakcia na neúspešnú diplomatickú misiu na seba nenechala dlho čakať. Cárska armáda obsadila 2. júla 1853, bez vyhlásenia vojny Valašsko a Moldavsko. Týmto krokom chcelo Rusko donútiť sultána na pristúpenie požiadaviek, ktoré mu boli predložené pred časom Menšikovom. Turecko však bolo povzbudené britskou a francúzskou podporou, a preto 4. októbra 1853 vyhlásilo Rusku vojnu. Vojna by pravdepodobne neprekročila charakter lokálneho konfliktu nebyť udalosti, ktorá sa odohrala o mesiac neskôr 30. novembra. V tento deň došlo ku námornej bitke pri Sinope, v ktorej ruské loďstvo uštedrilo zdrvujúcu porážku tureckej flotile. Táto udalosť donútila Francúzsko a Britániu ku rozhodnejším krokom. Začiatkom januára 1854 preplávala britsko-francúzska námorná eskadra cez Bospor a Dardanely a prevzala ochranu čiernomorského pobrežia Turecka. Vojna medzi veľmocami bola na spadnutie. Pred vypuknutím vojny došlo ešte k jednej dôležitej udalosti. Ruský cár sa rozhodol v situácii, kedy bol ozbrojený stret neodvratný, ku diplomatickým rokovaniam s Pruskom a Rakúskom. Poslal do Viedne a Berlína svojho diplomata knieža Orlova, ktorý mal v nastávajúcom konflikte dohodnúť neutralitu týchto dvoch krajín. Obe však odmietli podporiť ruské záujmy. Neúspech tejto misie znamenal zrútenie dovtedajšej spolupráce „východných“ veľmocí, ktoré po niekoľko desaťročí držali v šachu Francúzsko a ktoré zároveň tvorili pilier tzv. viedenského systému. Vo februári 1854 zaslali Francúzsko a Británia ultimátum Rusku, v ktorom požadovali stiahnutie jednotiek z Valašska a Moldavska. Cár odmietol a 12. marca uzavreli západoeurópske mocnosti spojeneckú zmluvu. Následne vyhlásilo Rusku vojnu Francúzsko - 27. marca a o deň neskôr Británia. Hlavné a najťažšie boje sa však odohrávali na krymskom polostrove. Nachádzalo sa tu totiž významné prístavne mesto Sevastopoľ - sídlo ruskej čiernomorskej flotily.

Spojenecký expedičný zbor pod vedením Angličana lorda Reglana a Francúza maršala Armanda de Saint-Arnaud sa začal vyloďovať 13. septembra 1854 približne 30 kilometrov severne od Sevastopoľa. Po piatich dňoch bola invázia úspešne ukončená pričom stav spojeneckých jednotiek dosahoval približne 60 tisíc mužov. Miesto vylodenia nebolo zvolené práve najvhodnejšie, pretože Briti a Francúzi nemali v tom momente obsadený žiaden prístav, ktorý by slúžil na zásobovanie. A tak sa expedičný zbor musel presunúť na juh, prejsť východne od Sevastopoľa, aby mohol konečne obsadiť prístavy - Balaklavu a Kemiesch. Ešte skôr než došlo k týmto udalostiam, odohrala sa bitka medzi spojenou Britsko-francúzskou a cárskou armádou. Ranených bolo mnoho. Ich zdravotný stav, ako uvádza Tarle (1951, s. 295-296) popísal lekár Henrici, keď rozpovedal: *„Našiel som dva tisícky ranených, ktorí ležali buď na slame, alebo na vojenských odevoch. Týchto dva tisícky nemocných ľudí sa mohli spoliehať na pomoc jediného lekára Smirnova. Žil v koniarni na pôde, z ktorej nebolo ľahké zliezť, avšak bolo veľmi ťažké vyšplhať sa tam. Tento jediný lekár mal k dispozícii jediný chirurgický nástroj, zlámanú lancetu, ale aj tá bola osobným vlastníctvom ránhojiča. O zásobovacej stránke je lepšie ani nehovoriť.“*

Podľa historika Tarleho (1951, s. 159-160) bližšie nešpecifikovaný anglický chirurg uviedol: *„Zúčastnil som sa bitky pri rieke Alme. Tieto dva dni som sa priamo kúpal v krvi. Žiadny opis nemôže popísať všetky hrôzy tohto bojiska, mŕtvi, umierajúci, kone, pušky, lafety, tela bez hláv, trupy bez nôh, také zranenia, že mi krv tuhne v žilách, keď si na ne spomeniem. Nemôžem popravde prirovnať bojisko v týchto dvoch dňoch k ničomu, len k jatkám. Keď som prechádzal medzi ranenými, rozrývali mi ich úpenlivé prosby srdce a zatiaľ čo som sa venoval jednému z nich, dvadsať iných ma zúfalo volalo k sebe. Lekárov sa u Angličanov a Francúzov ukázalo práve tak málo, ako v ruskej armáde. Na lodi Vulcan, ktorý odvážal Angličanov od rieky Alma do Carihradu, sa prevážali len veľmi ťažko ranení a zmrzačení. O tri sto ranených a sto sedemdesiat nemocných cholerou sa starali iba štyria lekári. Loď Colombo prevážala 553 ranených a zmrzačených. Ležali na holej palube, ktorá sa za dva dni zmenila v hnijúcu hmotu. V neumytých a neobviazaných ranách sa im vyliahli červy a tých bolo potom všade plno. Mnohí ranení boli ošetrení až v šiesty deň po bitke.“* Víťazstvo spojencov pri rieke Alme nebolo radostné. Jedna dopravná loď za druhou, všetky preplnené ťažko ranenými a zmrzačenými ľuďmi, plávali do Carihradu a Scutari, kde boli narýchlo zriadené veľké vojenské nemocnice. Zároveň sa vyhrotila i cholerová epidémia, ktorá striedavo poľavovala a hneď zasa silnela.

Prvý vojnový dopisovateľ britského denníku *The Times* (ovplyvňujúceho politické a verejné mienky) William Howard Russell uviedol: „Celé bojisko stonalo. Ranení, zmrzačení ľudia trpeli bolesťami a po dlhé hodiny, ba i dni ich nestačili obväzovať a poskytovať im pomoc. Operácie sa prevádzali bez prostriedkov na znecitlivenie, neexistovali antiseptické roztoky, operácie viedli k neľudským, novým trýzneniam, až k smrti.

V priebehu vojny, ako uvádza Coufal (1954, s. 53-83) bojovalo na strane spojencov až dvesto tisíc vojakov. V boji kvôli nedostatočnej starostlivosti ich zahynulo stodvadsať tisíc. Vojna zastihla armádne zdravotnícke zázemie nepripravené vo všetkých oblastiach (vybavenie, služba, doprava). Pomer vojakov, ktorí zomreli na črevné ochorenia (cholera, týfus), k tým, ktorí zomreli na zranenia, bol v pomere 16 : 1.24.

Parížsky mier a koniec vojny

Pomaly ale isto narastala únava z vojny predovšetkým na ruskej strane. Nápor aliančných armád vydržali ruské jednotky do 27. augusta 1855, keď po zdĺhavom obliehaní a navzdory húževnatej obrane padla čiernomorská pevnosť. Pád Sevastopoľu viedol fakticky k ukončeniu vojny. Koncom roku 1855 Francúzsko požiadalo Rakúsko, aby tlmočilo mierové podmienky Rusku. K mierovému jednaniu ochotne pristúpilo Anglicko i Francúzsko. Základným bodom tohto návrhu ako uvádza Koppan (s. 22) bola neutralizácia Čierneho mora. Viedeň naznačila Petrohradu, že ak nepristúpi na francúzsky návrh, pridá sa ku koalícii a vyhlási mu vojnu. Rusko zahnané do kúta sa rozhodlo pristúpiť na podmienky a 1. februára bolo podpísané prímerie. O 15 dní neskôr začala v Paríži mierová konferencia na ktorej sa zúčastnili všetky bojujúce krajiny a Rakúsko. Na konferencii sa ukázali rozpory medzi Francúzskom a Britániou. Britská delegácia prišla s tvrdými podmienkami voči Rusku, ktoré malo stratiť pomerne veľkú časť svojho územia. Bolo to napríklad Fínsko, ktoré malo pripadnúť Švédsku, Pobaltie malo byť pričlenené Prusku, Krym zas Turecku atď. S tým však nesúhlasili Rusi no ani Napoleon III., ktorý nechcel príliš oslabiť Rusko a posilniť pozície Británie. Rokovania preto boli dlhé a náročné. Na mierovej konferencii v Paríži, ktorá bola otvorená 18. marca 1856, sa Rusko muselo vzdať ústia Dunaja a súhlasiť so zákazom držať na Čiernom mori vojnové loďstvo a de facto stratilo svoje veľmocenské postavenie. K podpisu mierovej zmluvy došlo 30. marca 1856. Dokument ustanovil z Čierneho mora neutrálnu oblasť.

Významné osobnosti ruského ošetrovateľstva v čase krymskej vojny

Na rozvoji a skvalitňovania ošetrovateľskej starostlivosti v priebehu krymskej vojny sa na ruskej strane významne podieľali dve známe osobnosti, lekár - Nikolaj Ivanovič Pirogov a vojvodkyňa a ošetrovateľka - Jelena Pavlovna.

Nikolaj Ivanovič Pirogov (13.11.1810-15.12.1881) - bol ruskej národnosti, narodil sa v Moskve ako posledné štrnáste dieťa (Pirogov, 1911, s. 68). Pochádzal zo skromných pomerov, otec síce pracoval ako pokladník v hodnosti majora v moskovskom zásobovacom sklade, ale predčasne zomrel v roku 1824 a rodina so šiestimi deťmi zostala nezaopatrená. Väčšina jeho súrodencov zomrela, prežili iba dvaja bratia a tri sestry. Rodinný lekár, prof. anatómie a fyziológie na moskovskej univerzite Efrem Mukhin (1766–1850), zariadil, aby Pirogov v roku 1825 začal študovať na lekárskej fakulte v Moskve. Nikolaj bol veľmi nadaný, vo veku šiestich rokov poznal abecedu a v štrnástich rokoch nastúpil na lekársku fakultu moskovskej univerzity, zatiaľ čo predpokladaný vstupný vek na fakultu ako uvádza Mašková (2007, s. 74) bol šestnásť rokov. Pirogov si vybral odbor chirurgia. Behom štyroch rokov na univerzite sa zúčastnil iba dvoch operácii a žiadnu nevykonal samostatne. Získal však kvalitnú teoretickú prípravu. Potom pokračoval v štúdiách v Tarte, Berlíne a v Paríži. Napísal významné dielo o vojnovej chirurgii, ktoré vyšlo v nemčine a neskôr aj v ruštine. Po skončení krymské vojny začal písať svoj spis „*Otázky života. Denník starého lekára*“, v ktorom píše: *„Chirurgia, predmet, ktorým som sa v Moskve takmer vôbec nezaoberal, bola pre mňa v tom čase vedou nenázornou a vôbec nepochopiteľnou. O operačných cvičeniach na mŕtvom tele nebolo ani potuchy, z operácií na živých sa mi naskytlo vidieť len niekoľkokrát litotomiu u detí a iba raz som videl amputovanú nohu. Takto som skončil štúdiá, nevykonal som ani jedinú operáciu, nevynímajúc púšťanie žilou a vytrhávanie zubov. Nielenže na živom, ale ani na mŕtvom tele som nič nepreviedol, ba ani nevidel jedinú operáciu, prevedenú na mŕtvom tele“* (Pirogov, 1911, s. 284).

V dvadsiatich šiestich rokoch prijal Pirigov miesto chirurga na nemeckej univerzite v Doprate (dnes Tart, mesto v Estónsku), kde pracoval od roku 1836 do roku 1840. V roku 1840 oslovil Pirogova minister Kleinmichel a ponúkol mu miesto primára chirurgie v nemocnici s tisíc lôžkami vo vojenskej akadémii armádnej medicíny v Petrohrade, ktoré Pirogov prijal. Pred jeho príchodom boli hygienické pomery vo vojenskej nemocnici veľmi zanedbané, priam katastrofálne. Izby pre chorých mali kapacitu 60 až 100 lôžok.

Vetranie úplne nedostatočné, na chodbách neznesiteľný zápach z toaliet. Bola tam nedbalosť lekárov spojená s nedostatkom zmyslu pre čistotu a zodpovednosť. Rovnako si tam počínali pri vydávaní liekov. Vrcholom všetkého bola strava. A k tomu ešte všetci bez rozdielu kradli. Táto nemocnica bola „Augiášovým chlievom“. J. Adámek (1950, s. 36) poznamenáva, že Pirogov nahradzoval mastičky používaním zásypov. Ako antiseptika používal prášok červenej a zrazenej ortuti. Vystihol liečebný účinok chinínu u infekčných chorôb. Pracoval v nevytopenom a chudobne vybavenom suteréne. Previedol mnoho operácií a 12.000 pitiev v anatomickej patológii a v roku 1847 spracoval teóriu použitia anestézie. Pred jej aplikáciou na pacientovi ju overoval ako uvádza Mašková (2007, s.77) na zvieratách a na sebe. Svoj spôsob použitia potom publikoval v Petrohrade. Anestéziu používal aj v oblasti vojnovej chirurgie, použil anestéziu éterom. Bolo to v krymskej vojne, kde previedol približne 100 000 operácií.

Jelena Pavlovna (09.01.1807-02.02.1873) - vlastným menom Frederika Charlotta Mária sa narodila ako princezná Charlotte von Würtemberg v Stutgarte 9. januára 1807. Jej rodičmi boli knieža Pavel Würtembergský a Katarína Charlotta Saxe-Hildburghausenská. Frederika bola ich najstaršia dcéra, mala troch bratov (Frederika Karla Augusta, Pavla Fridricha a Augusta) a jednu sestru (Paulinu Frederiku Máriu). Svoje detstvo strávila v Paríži s otcom a sestrou, kde sa zoznámila s francúzskymi dejinami a francúzskou kultúrou. Dostalo sa jej veľkého vzdelania a svoje okolie udivovala mnohými znalosťami a dokonalým prehľadom. V roku 1823 pricestovala Charlotta do Ruska. Behom dlhej cesty si stihla prečítať všetkých dvanásť dielov *Dejín ruskej ríše* od Nikolaja Karamazina. Keď dorazila do Petrohradu, rozprávala takmer plynule po rusky. Po svojom príjazde do Ruska sa mladé dievča stalo pravidelnou účastníčkou prednášok na Petrohradskej univerzite. Taktiež navštevovala Akadémiu vied a Slobodnú ekonomickú spoločnosť.

Dňa 19. februára 1824 sa v Petrohrade vydala za veľkovojvodu Michaila Pavloviča. Pár sa vzal v Petrohrade a usadil sa v Michailovskom paláci. V tomto období súhlasila s prijatím pravoslávnej viery a prestúpila ruskú ortodoxnú vieru. Bolo jej vybraté meno Jelena Pavlovna (Jelena je poruštené znenie mena Helena) na počesť byzantskej cisárovny Heleny. Manželstvo s Michailom bolo šťastné, narodilo sa im päť dcér: Mária (1825), Alžbeta (1826), Katarína (1827), Alexandra (1831) a Anna (1834). Dospelosti sa však dožili iba tri. Keď sa Michail stal veliteľom cárskej gardy, na svoju manželku si veľa času nenachádzal, ale ona mu to nikdy nevyčítala, venovala sa svojím záľubám a deťom. Jej manžel Michail zomrel pri páde z koňa 9. septembra 1849 vo Varšave.

Od jeho smrti nosila Jelena výhradne čierne šaty a sama pokračovala v charitatívnej práci v Petrohrade. Založila. súkromný orchester, v ktorom hral aj známy skladateľ Franz Liszt. Podporovala pravoslávnu cirkev a zasadila sa o výstavbu mnohých kláštorov. V roku 1862 bol na jej príkaz položený základný kameň k stavbe pravoslávneho chrámu v Karlových Varoch, ktorý bol dokončený o dva roky neskôr (Jelena Pavlovna, Frederika Württemberská 1807-1873. [online]. [cit. 2015-09-25]. Dostupné na internete. http: http://www.palba.cz/viewtopic.php?t=3320).

Zvlášť záslužný bol aj jej nápad založiť Spoločnosť milosrdných sestier, z ktorého sa časom vyvinul ruský Červený kríž. V roku 1854 jej sestry mohli pomáhať v bojoch na Kryme. Nechala vylepiť letáky, na ktorých bola uvedená prosba pre všetky ženy, ktoré nie sú viazané rodinnými povinnosťami, aby sa pridali k nej a pomáhali vojakom. Pod vedením skvelého chirurga Pirogova pôsobilo vyše dvesto žien v krymskej vojne v Sevastopole. V Michailovskom paláci Jelna Pavlovna otvorila sklad liekov. Každý si mohol prísť a vziať si, čo potrebuje. Sama vojvodkyňa dohliadala na činnosť sestier a pomáhala ošetrovať ľahšie zranenia. Po vojne otvorila zdravotnícku školu, v Petrohrade dala postaviť detskú nemocnicu, niekoľko sirotincov a detských domovov. Zomrela 2. februára 1873 vo veku šesťdesiatšesť rokov (Guy, 2002, s. 116). Pochovaná je v Petropavlovskej pevnosti v Petrohrade vedľa svojho manžela Michaila a dcér Alexandry a Anny. Dňa 28. apríla 2004 jej bol postavený v Petrohrade pamätník.

Činnosť N. I. Pirogova a J. Pavlovny počas krymskej vojny

V septembri roku 1854 napísal Pirogov, uznávaný ruský lekár, vojvodkyni Jelene Pavlovne o svojom pláne založiť spoločnosť žien, ktoré by pomáhali chorým a raneným. Požiadal ju k výberu personálu, osôb. Vojvodkyňa založila z vlastných zdrojov Spoločenstvo sestier Povýšenia sv. Kríža pre pomoc raneným a chorým vojakom. V septembri 1854 zomrelo v Sevastopole tisíce ranených ľudí. Pirogov požiadal o svoje vyslanie do krymskej vojny. Vďaka pomoci vojvodkyni Jelene bola jeho žiadosť akceptovaná. Bol sprevádzaný niekoľkými ďalšími lekármi a v čele skupiny *„Krestovozdviženskoj obščiny sester Miloserdija“* vyrazil Pirogov 9. novemra 1854 na Krym. Tu pracoval 14 mesiacov. Spočiatku narážali Pirogov i ošetrovateľky na veľkú nevôľu generality. Po celý čas pracovali v lazaretoch zriadených v stanoch (nie v budovách) a zachraňovali ranených i v poli.

Hoci bol Pirogov vynikajúcim chirurgom, bol ostatnými lekármi málo obľúbený. Napriek tomuto sa zaslúžil o vznik **ženského ošetrovateľstva** a presadil myšlienku **uplatniť na bojisku ženy ako opatrovateľky**.

Je potrebné si uvedomiť, že pre vtedajšiu dobu bolo nemysliteľné, aby pacientov ošetrovali ženy, nie to ešte vo vojne. Pirogovu myšlienku, ako uvádza Gulášová (2005, s. 50) podporoval arcivojvoda Mikuláš a vojvodkyňa Jelena Pavlovna, ktorá zorganizovala 32 (t. j. jedna pešia čata) opustených žien, ktoré po zaškolení boli odoslané na front ako dobrovoľné ošetrovateľky. Ošetrovateľky pochádzali z rôznych spoločenských vrstiev. Tu ich prevzal Pirogov, ktorý ich doškolil v obväzovaní, sadrovaní, jednoduchých chirurgických výkonoch a asistencii pri zákrokoch. Potom ošetrovateľky rozdelil do rôznych bojových línií. Ruské dobrovoľné ošetrovateľky, ktorých bolo vyše 200, organizovala priamo na Kryme vojvodkyňa Jelena Pavlovna. V liste napísanom manželke Pirogov uvádza, že ako náhle prišla Jelena Pavlovna, horlivo sa dala do práce, vo dne v noci ostáva v nemocnici, pomáha pri obväzovaní, pri operáciách, nosí pacientom čaj a víno, dohliada na obsluhu, sluhov aj na lekárov. Prítomnosť žien, čistota a súcit prebudili k životu trpiacich (Mašková, 2007, s. 79). Milosrdné sestry zorganizované Jelenou Pavlovnou pracovali horlivo a obetavo a ako prvé mali spoločnú uniformu: hnedé šaty s bielymi manžetami, biely čepiec na predpísanom hladkom účese, bielu zásteru s veľkými vreckami, zlatý kríž na bledomodrej stužke a sivý plášť, ktorý značil vojenskú príslušnosť k pechote. Ošetrovateľky pred odjazdom na front zložili prísahu na jeden rok služby v poľnej nemocnici. Po sľube dostali prvý ošetrovateľský odznak v histórii, ktorým bol zlatý kríž. (Staňková, 2001, s. 68-69).

Práca ošetrovateliek na Kryme výrazne ovplyvnila postoje žien v celom Rusku. V tej dobe bola rada žien odhodlaná ísť na Krym pomáhať do nemocníc. Preto na Krym došli ešte mnohé ženy, aby pomáhali ošetrovať ranených. Ženy pracovali v mestách Bachčisaraj, Simferopol, Perekop, Nikolajev a Sevastopoľ. Neboli chránene pred všemožnými chorobami, a tak ich v Simferopoli šesť zomrelo. Po vojne boli všetky navrhnuté na vyznamenanie medailou *Za obranu Sevastopoľu*.

Záver

Dnešné ošetrovateľstvo je veľmi vzdialené od toho, ako sa praktizovalo v 19. storočí počas krymskej vojny. Aby sme mohli porozumieť ošetrovateľstvu dneška, musíme však porozumieť najskôr jeho minulosti. Krymská vojna predstavovala značnú osobnú odvahu lekárskeho a ošetrovateľského personálu. Bola príkladom toho, že vojna paradoxne mohla

prispieť k pokroku. Lekárske plánovanie a zdravotnícke zabezpečenie majú základ aj v krymskej vojne. Zdravotníckemu zabezpečeniu bolo po vojne na Kryme sa venovalo viac pozornosti, anestézia našla svoje uplatnenie. Veľkým odkazom krymskej vojny bolo i založenie profesie ošetrovateľstva ako ho poznáme dnes. Na tomto vývoji majú zásluhu N. I. Pirogov, Jelena Pavlovna, a ďalšie mnohé ošetrovateľky, nevynechajúc Florence Nightingalovú a Mary Seacolová.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ADÁMEK, J.1950. *Nikolaj Ivanovič Pirogov*. Praha : Zdravotnické nakladatelství, 1950.

COUFAL, Z. 1954. *Vojenské umění Krymské války*. In: *Historie vojenství. Sborník vojenského historického ústavu*, 1954, sv. 1.

GULÁŠOVÁ, I. 2005.Úvod do histórie ošetrovateľstva. In *Ošetrovatelství*, 1-2/2005, ISSN 1212-4117.

GUY, A. 2002. *Historical dictionary of the Crimean war*. London : The Scare Crow Press, 2002.

CHARLOTTE VON WÜRTTEMBERG. [online]. [cit. 2015-09-25]. Dostupné na internete. http://www.emecklenburg.de/Niklot/i0317.htm.

JELENA PAVLOVNA, FREDERIKA WÜRTTEMBERSKÁ (1807-1873). [online]. [cit. 2015-09-25]. Dostupné na internete. http: http://www.palba.cz/viewtopic.php?t=3320).

KOPPAN V. *Krymská vojna.* Via Historiae. Časopis študentov Katedry histórie UCM v Trnave, roč. 4, č. 7. ISSN 1339-1801. s.19-22.

MAŠKOVÁ, J.2007. *Ošetřovatelství za krymské války : Diplomová práce, 1. LF UK, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství.* 1. vydání. 2007.

MICHALSKÝ, R. 2006. Kořeny moderní chirurgie. 2. polovina 19. století. In: *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství*. Opava : Slezská univerzita, 2006.

NIKOLAI IVANOVICH PIROGOV. [online]. [cit. 2015-09-25]. Dostupné na internete. http://www.whonamedit.com/ doctor.cfm/2627.html.

OTTŮV SLOVNÍK NAUČNÝ. 15. díl. Praha : 1900.

PIROGOV, N. I.1911. *Otázky života : Deník starého lékaře.* 1. část. Praha : Dr. Ant. Hajn, 1911.

RAPPORT, M. 2011. Evropa devatenácteho století. Praha: Vyšehrad, 2011. ISBN 978-80-7429-061-9.

STAŇKOVÁ, M. 2001. *Galerie historických osobností*. Brno : IDVPZ, 2001.

TARLE, J. V. 1951. *Krymská válka.* Sv. 2. Praha : Naše vojsko, 1951.

Autor:
ThLic. Peter Laca, PhD.
VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava
Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi Rožňava
Kósu Schoppera 22, 048 01 Rožňava
e-mail: peter.laca@post.sk

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DĚTÍ S PSYCHIATRICKOU DIAGNÓZOU

STÁRKOVÁ Blanka

Abstrakt

Komplexní péče na lůžkovém oddělení dětské psychiatrie Krajské nemocnice Liberec a. s. je poskytována dětem od 6 do 18 let. Skladba diagnóz, se kterými jsou zde děti léčeny, je pestrá. Léčí se zde děti na různé intelektové úrovni s neurotickými, psychotickými obtížemi a s poruchami chování. Po dobu hospitalizace je důležitá týmová spolupráce. Ošetřující v rámci ošetřovatelské péče pomáhají zvládnout nejdůležitější deficity potřeb u dětského pacienta. Pro lepší představu si krátce představíme nejčastější psychiatrická onemocnění v dětském věku, se kterými se setkáváme na našem oddělení, způsob péče o naše pacienty a zdůrazníme důležitost pozorování, komunikace a zejména nutnost týmové spolupráce, lékař - sestra, sestra – sestra a rodič - sestra, při ošetřování dítěte s psychiatrickou diagnózou,

Klíčová slova: Děti. Ošetřovatelství. Psychiatrie. Sestra.

Úvod

Pro porozumění psychiatrickým poruchám v dětství a adolescenci potřebujeme důkladně znát fyziologický vývoj dítěte. Co je fyziologické v určitém dětském období, může být v jiném věku abnormální nebo již příznakem psychiatrické poruchy. Uspěchaná doba s sebou přináší stres, který neprospívá nikomu, přesto se v převážné většině tyto problémy týkají dospělých lidí. Málokdo by očekával, že se psychika může „porouchat“ i u dětí. Naštěstí pro ně rozvoj oboru dětské psychiatrie nezůstal pozadu. Spektrum poruch, kterými se dětská psychiatrie zabývá, je velmi široké, přesto je však někdy velmi obtížné poruchu diagnostikovat (Říčan a kol., 2006). Obor dětské psychiatrie je velmi mladý. Veškeré nové informace a poznatky, pomáhají předcházet a úspěšně léčit. Tímto vrací dětské psychiatricky nemocné pacienty do normálního života. Jako samostatný obor se vymezil na sjezdu švýcarské psychiatrické asociace v roce 1933. U nás již v roce 1913 otvírá K. Herfort první poradnu pro dětskou psychopatologii a tím pokládá vědecký základ medicínského oboru - pedopsychiatrie (Marková a kol., 2006).

Nejčastější psychiatrická onemocnění v pediatrii

Velká část problémů, se kterými se dětští psychiatři a ošetřující personál setkávají, může být výrazem narušeného vývoje.

Porucha pozornosti s hyperaktivitou – ADHD: vývojová porucha, charakterizovaná nepřiměřeným stupněm pozornosti (nesoustředí se, dělá chyby), hyperaktivity (nadměrná pohyblivost) a impulzivity (napřed jedná, potom myslí).

Schizofrenie: porucha devastující osobnostní, intelektový, emoční a sociální život dítěte. Dochází ke ztrátě smyslu pro realitu, k narušení vztahu k sobě samému i k vnějšímu světu. Čím dříve vznikne, tím více je devastující a sociálně znevýhodňující. Onemocnění má chaotický průběh, mající vliv na vývoj kognitivních funkcí a sociálního chování. Liší se od schizofrenie dospělých zvláštními rysy a specifikou klinického obrazu. Obraz se mění podle vývojového stádia dítěte.

Separační úzkostná porucha: strach z odloučení tvoří ložisko úzkosti, tato úzkost se prvně objevuje v časném dětství a přetrvává nad hranici obvyklého věkového období a je sdružena se zřetelným narušením sociálního fungování

Mentální anorexie: je charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládavá myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí.

Mentální bulimie: syndrom, charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla. Opakované zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací.

Poruchy chování: jsou charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (6 měsíců nebo déle).

Neorganická enuréza: projevuje se mimovolným odchodem moče ve dne i v noci, což je nepřiměřené mentálnímu věku postiženého.

Neorganická enkopréza: volní nebo mimovolní odchod stolice obvykle normální nebo téměř normální konzistence v situacích, které jsou v daném kulturním a sociálním prostředí k tomuto účelu nevhodné.

Pervazivní vývojové poruchy - dětský autismus: přítomnost abnormálního nebo porušeného vývoje, manifestujícího se před věkem tří let, a abnormální funkce v sociální interakci, komunikaci a opakující se omezené stereotypní chování.

Mentální retardace: stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti (Barker, 2007).

Specifika práce ošetřujících na dětské psychiatrii

Všeobecné předpoklady pro vykonávání práce sestry na lůžkovém oddělení dětské psychiatrie jsou vzdělanost, verbální i neverbální komunikační schopnosti, kladný vztah k dětem a lidem, velká schopnost empatie a dávka trpělivosti a tolerance. Dále schopnost týmové práce, dobré vyjadřovací schopnosti jak ústní, tak písemné a s tím související pozorovací schopnosti. Můžeme říci, že všemi těmito schopnostmi by měla disponovat sestra na každém oddělení. Ale přece požadavky na setru na dětské psychiatrii mají svá specifika.

Mimo role poskytovatele péče sestra zastává práva dítěte, komunikuje s lidmi, kteří dítě obklopují. Je prostředníkem a spojkou mezi lékařem, rodinou, školou, oddělením péče o dítě a dalšími subjekty. Sestra musí respektovat jednotlivá vývojová období dítěte i jeho zvláštnosti.

Základem léčby a péče o naše pacienty je **„režimová léčba“**. Režimová léčba je systém určitých pravidel, která poskytují dítěti pocit jistoty a sestře pomáhají regulovat jeho chování a jednání při každodenních běžných činnostech a situacích. Do tohoto systému se snažíme dítě aktivně zapojit.

Režim je pouze orientační, aktuálně se přizpůsobuje momentálnímu stavu pacienta i provozu na oddělení. Všechny aktivity mimo režim plánují lékař a psycholog spolu s ošetřovatelským týmem (Marková a kol., 2006).

V rámci hospitalizace probíhají nejrůznější aktivity, mezi které jednoznačně patří relaxační a dechová cvičení. Mezi nejvíce používané patří autogenní trénink. Jedná se o relaxační metodu, která v sobě spojuje principy relaxace, koncentrace, autosugestivního ovlivnění a systematického nácviku. Dále jsou to různé formy ergoterapií a nejrůznějších aktivit. Při příjmu jsou pacient i jeho doprovod seznámeni se všemi aktivitami včetně domácího řádu.

Sestra je za dítě zodpovědná 24 hodin denně, při kontaktu s ním využívá terapeutický přístup, improvizaci a všechny formy komunikace. Pokud pouze mentoruje a plní dané ošetřovatelské úkoly, nemá většinou v léčebném procesu valný úspěch. Na sestry je kladen obrovský psychický tlak, nesetkávají se pouze s pozitivními reakcemi, ale je možná i verbální a brachiální agrese, negativismus, různé formy provokace a naschvály. Zkušená sestra odhadne typy dětí a jejich chování, takže ví, kdy reagovat a kdy ne. Dokáže vytušit blížící se riziko konfliktu nebo agrese, stejně jako zvládne vhodnými prostředky adekvátně reagovat či zasáhnout. Během ošetřovatelské péče nezapomíná na specifické potřeby dítěte, které v určitém vývojovém stadiu převládají. Každé dítě by mělo mít uspokojeny základní fyziologické potřeby a potřeby jistoty a bezpečí. V mladším věku převládá potřeba bezpečí a lásky, naopak ve starším věku jsou ovládány potřebou lásky a uznání. Na začátku adolescence se poprvé setkáváme s potřebami seberealizace. Sestra musí mít stále na paměti, že všechny potřeby se vzájemně prolínají a nelze je od sebe oddělit. Jsou-li potřeby dítěte trvale frustrovány, nacházíme u něj psychopatologické projevy (Trachtová, 2010).
Sestra na oddělení je většinou první osoba, s kterou pacient přijde do kontaktu. Pro správné posouzení chování a reakcí dítěte musí sestra znát velmi dobře jeho anamnézu. Informace získává ze zdravotnické dokumentace, od doprovodu dítěte, může jít o rodiče, pěstouny nebo pracovníky z dětského domova. Snažíme se o co nejlepší, nejcitlivější a nejobjektivnější přístup při posuzování a sběru informací. Získaná data v průběhu hospitalizace průběžně aktualizujeme. Výsledkem sběru je určitá databáze složená z anamnézy, fyzikálních a laboratorních vyšetření, výsledků psychologických testů a pozorování. K získání dat využíváme **nedirektivní rozhovor**, během kterého se ptáme na základní stravovací a hygienické návyky, komunikační schopnosti, oslovení dítěte, jakou má oblíbenou hračku atd.

Pozorování sestra provádí při každém kontaktu s pacientem a jeho rodinou, je důležitou součástí péče. Zaměřujeme se na posouzení nálady pacienta, na pozorování prožívání určitých situací, jak se chová v kolektivu, k autoritám, zda má problémy se soustředěním nebo s komunikací. Pozorování i rozhovor se vzájemně prolínají celou hospitalizací pacienta. Pozorováním sledujeme, zda nemá po těle známky násilí. Pokud je pacient ve špatném psychickém stavu a nemůže nebo nechce odpovídat, snažíme se veškeré informace získat od doprovodu - matky, otce nebo jiného zákonného zástupce (Plevová, 2010).

Psychoterapie a psychoterapeutický přístup v péči o pacienta na dětské psychiatrii

Pod pojmem psychoterapie si představíme léčebnou metodu, při které se snažíme psychologickými prostředky ovlivnit duševní stav dítěte. Forma psychoterapie může být individuální, skupinová nebo rodinná. Pro práci s dětmi a mladistvými je důležitý správný psychoterapeutický přístup, který velkou měrou přispívá k dosažení cílů léčebného plánu a ustálení biopsychosociální stability dítěte. V návaznosti na přístup nabývá na významu psychoterapeutický vztah, který se vytvoří mezi dítětem a ošetřujícími, což dopřává dítěti pocit, že na problémy není samo a že se mu někdo snaží porozumět a pomoci. Při komunitním sezení se probírají problémy, situace z předešlého dne, každý má možnost se vyjádřit. Smyslem je náhled na svoje chování a pozitivní motivace a povzbuzení do další léčby. Zde je velká příležitost pro pozorování dítěte sestrou, vše je nutné zaznamenat do dokumentace (Marková, 2006).

Cílem **resocializační péče** je v pacientovi povzbudit co největší fyzickou, intelektuální, emociální dovednost, potřebnou pro jejich kvalitní zařazení do normálního života, pro možnost vzdělávání a pracovní příležitosti. Může se jednat o ergoterapii, arteterapii, canisterapii, muzikoterapii, hippoterapii, nácvik sociálních dovedností, relaxaci a v neposlední řadě o **herní terapii**. Hra je důležitou součástí života dítěte a může pozitivně ovlivnit proces léčby a pomoc při ošetřovatelské péči, je součástí péče, léčby i vyšetření. Herní terapie by v dnešní době měla být nedílnou součástí péče o dětské pacienty v každé nemocnici a na dětských psychiatrických odděleních obzvláště. Sestra pří hře pozoruje a zaznamenává reakce dítěte. Hodnotí zapojení do hry, reakce na prohru, schopnost domluvy s ostatními atd. Při hře se děti cítí uvolněně a herního terapeuta berou jako kamaráda, kterému důvěřují. Proto hra dobře funguje jako prostředník v komunikaci se zdravotnickým personálem. Pomocí hry může dítě také porozumět onemocnění a smířit se s ním. Podporuje ho, dodává mu odvahu a sílu nemoc překonat. Jednotlivé varianty jsou vzájemně propojeny a využívány dle možností pacientů v závislosti na jejich diagnóze (Strouhalová, 2010).

Závěr

Péče o dětské psychiatrické pacienty je cílená a individuální, proto podstatou úspěšné léčby je vytvoření kvalitního komunikačního kanálu mezi všemi zúčastněnými, tzn. zdravotníky i rodinnými příslušníky. Bez vzájemné spolupráce mezi těmito lidmi by bylo velice obtížné některé problémy dětí odhalit a léčit.

Bez aktivní spolupráce rodiny bychom nezískali validní informace a nemohli na jejich základě nastavit účinnou léčbu a péči. V průběhu celé ošetřovatelské péče se prolíná správná komunikace a předávání informací mezi ošetřujícími.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BARKER, P. 2007. *Základy dětské psychiatrie.* 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 241 s. ISBN 978-80-7254-955-9.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. 2006. *Psychiatrická ošetřovatelská péče.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. 2010. *Komunikace s dětským pacientem.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.

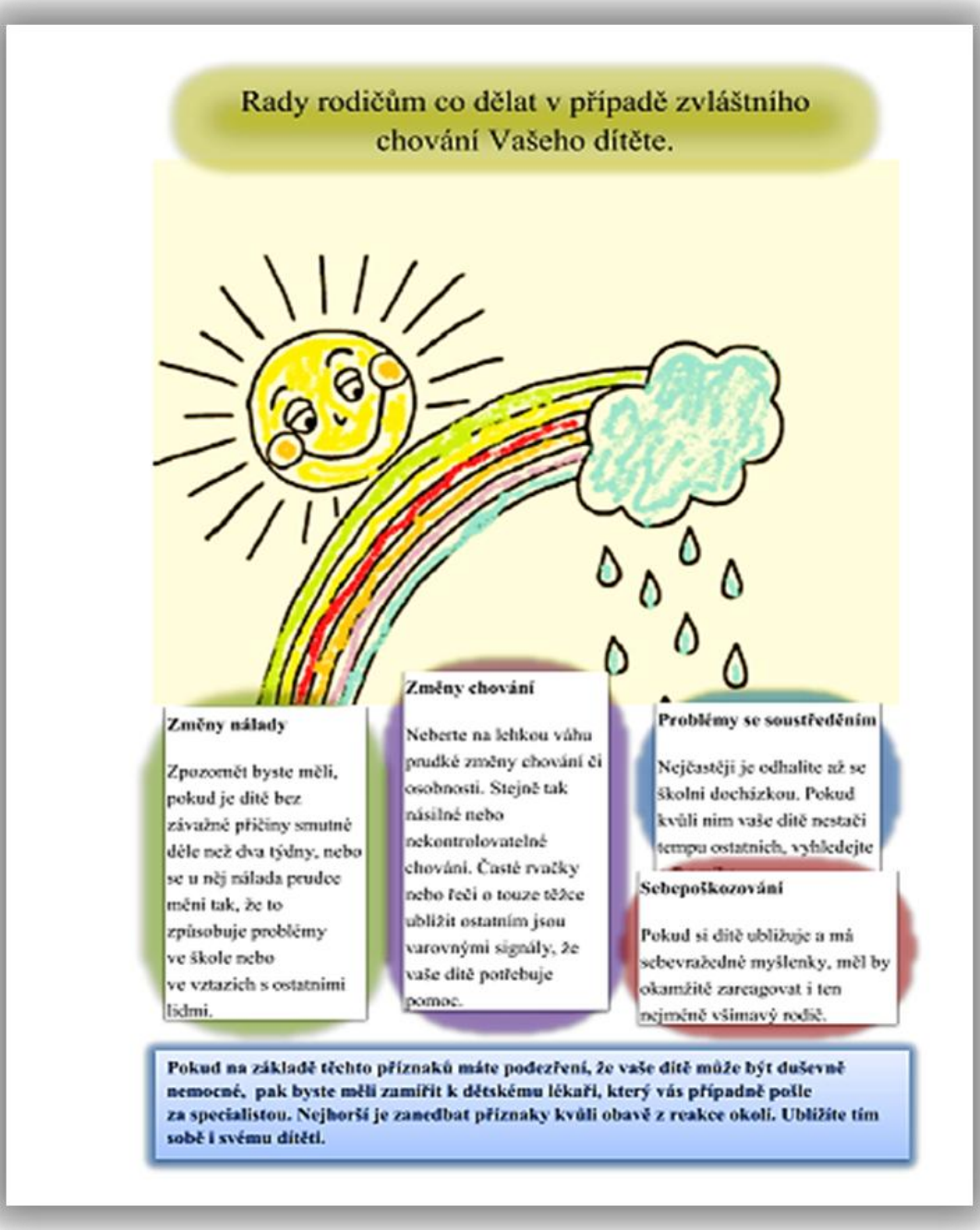
ŘÍČAN, P., KŘEJČÍŘOVÁ, D. a kol. 2006. *Dětská klinická psychologie.* 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 608 s. ISBN 978-80-247-1049-5.

STROUHALOVÁ, P.: Herní terapie v nemocnicích. In: *Sestra*. [online]. 20. roč., č. 7-8/2010. [citované 2014-01-15]. s. 43-44. Dostupné na internetu: http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/herni-terapie-v-nemocnicich-453234. ISSN 1210-0404

TRACHTOVÁ, E., a kol. 2010. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2010. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Kontakt na autorku:
Bc. Blanka Stárková
Dětské psychiatrické oddělení
Školní 430, 460 05 Liberec 5
BlankaStarkova@seznam.cz


Rady rodičům co dělat v případě zvláštního chování Vašeho dítěte.
Změny nálady
Zpozorněte byste měli, pokud je dítě bez závažné příčiny smutné déle než dva týdny, nebo se u něj nálada prudce mění tak, že to způsobuje problémy ve škole nebo ve vztazích s ostatními lidmi.
Změny chování
Neberte na lehkou váhu prudké změny chování či osobnosti. Stejně tak násilné nebo nekontrolovatelné chování. Časté rvačky nebo řeči o touze těžce ublížit ostatním jsou varovnými signály, že vaše dítě potřebuje pomoc.
Problémy se soustředěním
Nejčastěji je odhalíte až se školní docházkou. Pokud kvůli nim vaše dítě nestačí tempu ostatních, vyhledejte
Sebepoškozování
Pokud si dítě ubližuje a má sebevražedné myšlenky, měl by okamžitě zareagovat i ten nejméně všímavý rodič.
Pokud na základě těchto příznaků máte podezření, že vaše dítě může být duševně nemocné, pak byste měli zamířit k dětskému lékaři, který vás případně pošle za specialistou. Nejhorší je zanedbat příznaky kvůli obavě z reakce okolí. Ublížíte tím sobě i svému dítěti.

(Zdroj autor)

VYUŽITIE KONCEPTU MULTIKULTÚRNEHO OŠETROVATEĽSKÉHO MODELU PODĽA JOYCE NEWMAN GIGEROVEJ, RUTH DAVIDHIZAROVEJ NA PEDIATRICKOM ODDELENÍ

VATEHOVÁ Drahomíra, HIRJÁKOVÁ Jana

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá multikultúrnym ošetrovateľstvom, jeho teoretickými východiskami, etnickými skupinami a bariérami v poskytovaní multikultúrneho ošetrovateľstva na pediatrickom oddelení. Ďalej zahŕňa prieskum kvantitatívnou metódou dotazníkom, ktorý je zameraný na zistenie využívania konceptu multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti na pediatrickom oddelení u detí iného etnika. Cieľom je poukázať na to, že poskytovanie multikultúrnej starostlivosti na pediatrickom oddelení sa stáva každodennou záležitosťou. Z toho vyplýva potreba dovzdelávania sa v rámci multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti aj na pediatrickom oddelení.

Kľúčové slová: Multikultúrne ošetrovateľstvo. Pediatrický pacient. Teoretický model Joyce Newman Gigerovej, Ruth Davidhizarovej.

Úvod

Na svete je mnoho kultúr, ktoré majú svoje zvyky, tradície, obyčaje. Každá kultúra je niečím iná a zaujímavá. Aj vstupom do Európskej únie sa otvára cesta prílevu ďalších kultúr na Slovensko. Najpálčivejším v súčasnej dobe sa stáva veľký prílev utečencov a migrantov, na príchod ktorých musia byť pripravené aj zdravotnícke zariadenia a ich ošetrujúci personál. Cieľom príspevku je poskytnúť prehľad problematiky multikultúrneho ošetrovateľstva, charakterizovať model Joyce Newman Giger a Ruth Davidhizar, prehľad špecifík multikultúrneho ošetrovateľstva u pediatrického pacienta. Zameriavame sa na využitie konceptu multikultúrneho ošetrovateľského modelu podľa Joyce Newman Gigerovej, Ruth Davidhizarovej v ošetrovateľskej starostlivosti na pediatrickom oddelení. Zisťovali sme ako vplývajú vzdelanie a skúsenosti nadobudnuté praxou na poskytovanie multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti deťom iného etnika na pediatrickom oddelení.

Multikultúrne ošetrovateľstvo

Multikultúra predstavuje prítomnosť viacerých kultúr, tradícií, náboženských presvedčení a spôsobov života v určitom priestore (Lišková a kol.,2006). Cieľom multikultúrneho ošetrovateľstva je poskytnúť kultúrne zhodnú a diferencovanú ošetrovateľskú starostlivosť, alebo pomoc čeliť nepriaznivým životným podmienkam, chorobe či umieraniu kultúrne vhodným spôsobom (Špirudová a kol.,2006). Základom multikultúrneho ošetrovateľstva je rešpektovanie ľudských práv. Sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti by ich mali rešpektovať, čím zabezpečia spoluprácu a dôveru a zrušia tým nespokojnosť, strach z neznámeho a neistotu pacienta (Líšková a kol.2006).

Ošetrovateľská starostlivosť je založená na uspokojovaní individuálnych bio – psycho – sociálnych a spirituálnych potrieb pacientov. Sestry v rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti hodnotia aktuálny stav a reakcie pacienta na neuspokojené potreby, vrátane potrieb súvisiacich s odlišnou kultúrou, a podľa toho následne zabezpečujú individuálnu starostlivosť (Ivanová, 2005). Pri poskytovaní multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti by si mali sestry najprv uvedomiť svoje vlastné etnické a kultúrne hodnoty, názory a ako sa prejavujú v ošetrovateľskej praxi. Ak sa priblížia k sebe dve kultúry a to kultúra pacienta a kultúra sestry vo vzťahu pacient – sestra, vznikne prostredie, ktoré môže zlepšiť alebo naopak zhoršiť stav pacienta (Kozierová, 2004). Predpokladom aplikácie multikultúrneho prístupu je poznanie seba samého, vyvarovať sa negatívnych postojov, kultúrnych predsudkov a skresleného chápania iných kultúr. Ide o náročný proces, lebo každá sestra si do profesionálneho života prináša určité názory, postoje, skúsenosti vyplývajúce z rodiny a komunity v ktorej žije (Líšková a kol.2006). Ivanová a kol. (2005) uvádzajú tieto základné údaje, ktoré by sestra pri starostlivosti o príslušníkov iných etník, menšín a kultúr mala vedieť: etnicita - pre lepšie pochopenie potrieb pacienta; jazyk - je dôležité zistiť rodný jazyk pacienta, vplyvom stresu a ochorenia môže začať používať aj svoj rodný jazyk; náboženské a duchovné potreby - poskytovanie spirituálnej starostlivosti; jedlo a spôsob stravovania - základný predpoklad pri kultúrnych obmedzeniach pri stravovaní; názory na zdravie a zdravotné praktiky.

Teória multikultúrneho ošetrovateľstva

Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizarová vytvorili v roku 1988 ošetrovateľskú teóriu pre potreby študentov pregraduálneho ošetrovateľského študijného programu.

Mal slúžiť k uľahčeniu hodnotenia a poskytovania starostlivosti pacientom/klientom odlišnej kultúry a etnika. Model uľahčuje a urýchľuje celostné, kultúrne ohľaduplné hodnotenie problémov a potrieb pacienta/klienta. Zefektívňuje ošetrovateľskú starostlivosť a výber ošetrovateľských intervencií. Model Joyce Newman Gigerovej a Ruth Davidhizarovej vychádza a súčasne nadväzuje na prácu Leiningerovej. Rozpracúva ďalšiu rovinu multikultúrneho ošetrovateľstva, a to hodnotenie potrieb pacienta/klienta a ošetrovateľské intervencie. K základným myšlienkam tohto modelu patrí: koncepcia transkultúrneho ošetrovateľstva, kultúrne ohľaduplná starostlivosť, rešpektovanie kultúrnej svojbytnosti jedinca, vytváranie kultúrne senzitívneho prostredia, prístup k zdraviu určovaný správaním, ktoré je bežné v danej kultúre. Transkultúrne ošetrovateľstvo podľa Gigerovej a Davidhizarovej je kultúrne primeraná praktická starostlivosť, ktorá je zameraná na pacienta/klienta a zároveň má svoje výskumné úlohy. Aj keď sa zameriavame na pacienta/klienta, treba mať na pamäti, že aj poskytovatelia starostlivosti majú svoj kultúrny profil, tak ako každý jedinec (Špirudová a kol.,2006). Sestra sa pri ošetrovateľskej starostlivosti musí snažiť o to, aby sa vyhla projekcii svojich kultúrnych predstáv na pacienta/klienta. Poskytovanie kultúrne citlivej starostlivosti vyžaduje, aby sestry zohľadňovali jedinečnosť každého človeka, jeho minulé skúsenosti, jeho presvedčenie a hodnoty, ktoré si osvojil v rámci generáciami tradovaných súvislosti (Gigerová, 2004).

Možnosť uplatnenia ošetrovateľského modelu podľa Gigerovej a Davidhizarovej

Sestra môže model uplatniť všade tam, kde ošetruje pacienta s inej kultúry, etnika (Rómovia, Ukrajinci, Židia, Vietnamci, Arabi, Mongoli). Multikultúrne ošetrovateľstvo, ako aplikovaný ošetrovateľský odbor zdôrazňuje širšie chápanie komunity. Kultúrne rôznorodá ošetrovateľská starostlivosť je cieľavedomé zameraná na jednotlivca, rodinu, komunitu s odlišnými kultúrnymi špecifikami. Človeka chápe ako ľudskú bytosť, ktorá má skryté vzory správania a často veľmi často odhalí svoje kultúrne tajomstvá. Sestra pri ošetrovaní pacienta rešpektuje názory, tradície, kultúrne špecifiká jednotlivca, rodiny a komunity. Mala by mať základné vedomosti o danej kultúre, aby pri získavaní údajov mohla postupovať správne (Špirudová a kol., 2006). Ich model vychádza z toho, že každý jedinec je kultúrne jedinečný a má byť hodnotený v hraniciach šiestich kultúrnych fenoménov: komunikácia ako kultúrny fenomén, interpersonálny priestor, sociálne začlenenie, ponímanie času, indivíduom kontrolované prostredie (vplyv prostredia a výchovy) a biologické odlišnosti.

Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa

Pediatria je samostatný vedný odbor. Náplňou pediatrie je starostlivosť o človeka v najzraniteľnejšom období života - detstve a v sociálne najťažšom období puberty a dospievania (Botíková a kol.,2009). Dieťa vyžaduje špecifickú starostlivosť. Potrebuje pomoc pri uspokojovaní svojich potrieb. Často kopíruje preferovaný model správania sa a hodnotový rebríček rodiny založený na tradovaných hodnotách, ktoré môžu byť ovplyvňované náboženským, kultúrnym, či etnickým prostredím. Pobyt v nemocnici predstavuje výrazný zásah do života dieťaťa. Hospitalizácia spôsobuje narušenie normálneho života dieťaťa, jeho denných aktivít a kontaktov. Prináša so sebou nutnosť vyrovnať sa s bolesťou a strachom z neznámeho prostredia, cudzích ľudí, odlúčenia od rodiny, bolesti, vyšetrovacích a liečebných postupov. Prevaha a príznaky týchto pocitov závisia od faktorov, ako je vek a osobnosť dieťaťa. V jednotlivých vývinových obdobiach je rozhodujúce uspokojovanie špecifických vývinových potrieb (Košťalová a kol. 2005). Rodičia výrazne ovplyvňujú postoje a správanie svojich detí vlastným vzorom, spôsobom komunikácie, životným štýlom, ktorý im odovzdávajú (Hanzlíková a kol., 2004). Vhodný ľudský a odborný prístup personálu môže v nemalej miere prispieť k minimalizácii negatívneho vplyvu hospitalizácie na dieťa. Pediatrická sestra sa ocitá v svojej praxi nielen v roli ošetrovateľky, ale aj komunikátorky, manažérky, advokátky, výskumníčky, edukátorky či nositeľky zmien. Sestra pôsobí na dieťa výchovne (Botíková a kol., 2009). Dieťa je viac menej odkázané na starostlivosť dospelých. K lekárovi neprichádza samo, ale v sprievode inej dospelej osoby. Hospitalizácia matky s dieťaťom je prospešná pri adaptácii dieťaťa na nemocničné prostredie. Nepreruší sa citová väzba dieťaťa s rodičom. Matka často plní úlohu tlmočníka (Parihuzičová, 2009).

Cieľ práce

Zaujímal nás vplyv vzdelania a skúseností z praxe na poskytovanie multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti dieťaťu iného etnika na pediatrickom oddelení. Cieľom našej práce bolo zistiť, ako vplývajú vzdelanie a skúsenosti nadobudnuté praxou na poskytovanie multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti deťom iného etnika na pediatrickom oddelení.
Čiastkové ciele
Cieľ 1: Zistiť, či sestry na pediatrických oddeleniach poskytujú multikultúrnu ošetrovateľskú starostlivosť.

Cieľ 2: Zistiť, či majú sestry na pediatrických oddeleniach záujem o vzdelávacie aktivity zamerané na multikultúrnu ošetrovateľskú starostlivosť.
Cieľ 3: Zistiť, ako ovplyvňuje vzdelanie sestier na pediatrických oddeleniach vedomosti o odlišnosti vnímania intímnej zóny dieťaťa iného etnika.
Cieľ 4: Zistiť, ako ovplyvňujú skúsenosti sestier na pediatrických oddeleniach výber komunikačnej techniky.
Cieľ 5: Zistiť, ako ovplyvňuje vzdelanie spôsob podávania informácií rodičom dieťaťa iného etnika pri prepustení.
Cieľ 6: Zistiť, či vzdelanie ovplyvnilo výber smerovania ďalšieho vzdelávania, ako problematiky o multikultúrnu ošetrovateľskú starostlivosť
Cieľ 7: Zistiť, či sestry na pediatrických oddeleniach poznajú multikultúrnu ošetrovateľskú teóriu podľa Gigerovej a Davidhizarovej.

Súbor a metodika

V prípravnej fáze prieskumu prebehlo teoretické spracovanie a objasnenie danej problematiky. Ako hlavnú metódu v prieskume sme zvolili exploratívno-empirickú metódu získavania údajov – dotazník, ktorý je technikou na získanie údajov písomnou formou na formulári. Objektom dotazníkového prieskumu boli sestry Východného Slovenska pracujúce na pediatrických oddeleniach nemocníc v Humennom, Snine, Vranove nad Topľou a Michalovciach. Výberovú vzorku spolu tvorilo 50 respondentov. Žiadosti o možnosť vykonania prieskumov boli zaslané jednotlivým námestníčkam pre ošetrovateľskú starostlivosť. Jednotlivé žiadosti boli schválené. Následne boli na pediatrické oddelenia umiestnené dotazníky v počte pracujúcich sestier. Pracovníci všetkých štyroch oddelení vypĺňali dotazníky priebežne a celkový čas potrebný na vyplnenie dotazníkov bol 7 dní od ich umiestnenia na oddelenie. Návratnosť aj vďaka nadštandardným vzťahom bola 100 %. Získané údaje boli kódované a zadané do tabuľky vytvorenej v programe Excel. Potom boli údaje zanesené do tabuliek – absolútne čísla počtov odpovedí na jednotlivé možnosti jednotlivých otázok. Pre lepšiu názornosť a prehľadnosť boli hodnoty prepočítané na relatívne čísla – percentá a vykreslené do výsekových grafov. Súčet hodnôt uvedených v percentách v grafoch je vždy 100 %, a to aj v otázkach u ktorých respondenti využili možnosť označiť viac ako jednu odpoveď, takže odpovedí je viac ako 50. Pri otázke 2 je odpovedí menej ako 50, jeden dotazník nemal označenú žiadnu odpoveď. Testovanie hypotéz bolo vykonané Pearsonov chí kvadrát testom tak, že boli vytvorené frekvenčné (iný výraz kontingenčné)

tabuľky, ktorých hodnoty boli spracované v štatistickom programe MedCalcfor Windows, verzia 15.6.1.

Výsledky a diskusia

Hypotéza 1: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi dĺžkou praxe pediatrickej sestry a stretnutím sa s dieťaťom iného etnika.

Podľa výsledkov nášho prieskumu dieťa iného etnika vo svojej praxi denne stretáva až 94 % sestier pracujúcich na pediatrických oddeleniach na východnom Slovensku. Zhodne 94 % sestier zvolilo ako najčastejšie etnikum rómske. Môžeme sa domnievať, že zvyšné 4 % sestier nepovažovali rómske dieťa ako dieťa iného etnika, keďže označili ako najčastejšie Vietnamské etnikum a frekvenciu stretávania menej ako denne, čo zodpovedá frekvencii poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti deťom Vietnamcov, utečencov a detí iných etník či národov.

Z toho teda vyplýva, že sestry pracujúce na pediatrických oddeleniach sa ešte stále najčastejšie stretávajú s etnikom - kultúrou, ktorá na našom území žije veľmi dlhú dobu. Aj napriek tomu je pre nás veľmi často rovnako neznáma, ako ostatné cudzie kultúry. Starostlivosť o rómske deti sa musí, ako aj o pacientov ostatných odlišných kultúr odvíjať podľa rovnakých etických a kultúrno - spoločenských pravidiel a princípov. Tento fakt nemožno ignorovať či bagatelizovať!

Týmto sme potvrdili, že sestry pracujúce na pediatrických oddeleniach vo svojej praxi poskytujú multikultúrnu ošetrovateľskú starostlivosť denne.

Hypotéza 2: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi vzdelaním a záujmom o vzdelávacie aktivity zamerané na multikultúrne ošetrovateľstvo.

Počas praxe sa sestry pracujúce na pediatrických oddeleniach na východnom Slovensku stretávajú s rôznymi prekážkami pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti dieťaťu iného etnika. Možnosť označiť žiadnu prekážku v dotazníku nevyužila ani jedna sestra, naopak možnosť označiť viac odpovedí bola výrazne využitá. Kober (2008) vidí cieľ multikultúrneho ošetrovateľstva vo výchove úplne novej generácie sestier vybavenej patričnými znalosťami, vnímavosťou a pochopením. Aktívny prístup na základe vlastnej skúsenosti vyžaduje systematickú prácu, ktorá je založená na individuálnom vytváraní vedomostí, zručností, ale aj postojov (Hajerová – Möllerová, 2014). Môžeme konštatovať, že sestry bez ohľadu na vzdelanie majú potrebu dovzdelávania sa v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva.

Potvrdzuje to 60 % záujem o vzdelávaciu aktivitu zameranú na ošetrovanie osôb rozličných etník. Povinnosťou sestier ustanovenou zákonom je sústavne sa vzdelávať. Sestry si musia priebežne obnovovať, zvyšovať, alebo prehlbovať odbornú spôsobilosť tak, aby počas výkonu povolania udržiavali krok s rozvojom praxe a vedy v odbore (Slezáková, 2008).

Hypotéza 3: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi vzdelaním a vedomosťami o odlišnosti vnímania intímnej zóny dieťaťa iného etnika. Názor, že rešpektovanie intímnej zóny detského pacienta iného etnika pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti zlepšuje komfort dieťaťa zdieľalo 88 % sestier. Vnímavá sestra pracujúca na pediatrickom oddelení by si mala uvedomiť túto skutočnosť a zvoliť taký prístup k dieťaťu, ktorý bude zdrojom istoty a súčasne toho, že dieťa môže sestre dôverovať (Rapčíková, 2010). Rôzne vnímanie intímneho priestoru u príslušníkov iného etnika potvrdilo 94 % respondentov. Odlišnosti vnímania intímnej zóny u pacienta iného etnika pozná iba 66 % opýtaných sestier, z toho 36 % má aj vlastnú skúsenosť s týmito odlišnosťami. Kultúra má vplyv nielen na životný štýl, ale aj na ošetrovateľskú starostlivosť. Prístup, ktorý rešpektuje potreby podmienené kultúrou prospieva k poskytovaniu kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa iného etnika (Gigerová, 2004).

Hypotéza 4: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi dĺžkou praxe a spôsobom komunikácie s dieťaťom iného etnika. Podľa názoru 86 % sestier pracujúcich na pediatrických oddeleniach komunikačná bariéra narúša poskytovanie multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti. Ako najčastejší typ prekážky pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti dieťaťu iného etnika uviedli respondentky komunikačnú bariéru. Pri zisťovaní spôsobu komunikácie sme dospeli k týmto záverom: Sestry kombinujú rôzne druhy komunikácie. Najčastejšie neverbálne, ale až 55 % sestier uviedlo, že nemajú žiadne pomôcky, ktoré im pomáhajú pri komunikácii s pacientom iného etnika. Druhou najčastejšou voľbou komunikácie bolo za pomoci tlmočníka. Prítomnosť osoby rovnakého etnika na spoluprácu využíva rôznou intenzitou až 96 % respondentov. Verbálne sa s dieťaťom iného etnika dorozumievajú menej často, avšak respondentky uviedli, že ovládajú anglický, nemecký, poľský, rusky a rusínsky jazyk. Slovník využíva 11 % respondentov a 17 % piktogramy. Pri komunikácii pomocou svetového jazyka hrozí skreslenie v dôsledku malej úrovne znalosti tohto jazyka na strane dieťaťa, sprievodu, alebo zdravotníka. Pri komunikácii za pomoci rodinného príslušníka hrozí zase riziko skreslenia informácií. Môže mať tendenciu dopĺňať či subjektívne zafarbovať tieto informácie. Komunikácia za pomoci profesionálneho tlmočníka sa javí ako relatívne najvhodnejšia, avšak aj tá nie je ideálna. Zabezpečiť tlmočníka je v praxi niekedy problematické (Kai, 2003).

Ryska (2009) na základe výsledkov prieskumu konštatuje, že nezáujem sestier pracovať so špecifickými potrebami pacientov ovplyvňuje práve jazyková bariéra, z ktorej môžu vznikať nedorozumenia a nejasnosti (Ryska, 2009). Podľa Kristovej (2009) sestra v prístupe k detskému pacientovi nesmie zabúdať na uplatňovanie neverbálnych komunikačných prejavov. Tieto prejavy sa označujú ako podporné alebo pozitívne. Dôležité postavenie majú pozitívne spontánne haptické prejavy - pohladenie, objatie, držanie za ruku či pritúlenie. Pri komunikácii s dieťaťom je potrebné udržiavať očný kontakt. Je dôležité používať jednoduché slová, krátke a zrozumiteľné vety. Snažíme sa pochopiť dieťa čo nám chce povedať a dať mu dostatok času na odpoveď (Handerová, 2006).

Hypotéza 5: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi vzdelaním a spôsobom podávania informácií rodičom dieťaťa iného etnika pri prepustení. Pri zisťovaní skúseností a názorov na ponímanie času, respektíve preventívne správanie sa príslušníkov niektorých etnických skupín sme dospeli k 100 % zhode s tvrdením, že niektoré etnické skupiny si dostatočne neuvedomujú dôležitosť dodržania liečby. Až 100 % sestier pracujúcich na pediatrických oddeleniach sa stretlo s rehospitalizáciou dieťaťa iného etnika z dôvodu nedodržania odporúčanej liečby v domácom prostredí. Môžeme konštatovať, že aj táto skúsenosť viedla 82 % sestier k nadštandardnému podávaniu informácií, teda pomaly a zrozumiteľne s dôrazom na nutnosť doliečenia - podávania liekov a dodržiavanie režimu. Výchovno - vzdelávací proces, ktorý vedie k získaniu transkulturálnej kompetencie, je realizovaný v troch rovinách: sebaanalýza, vzdelávanie a skúsenosť (Špirudová a kol., 2004). Vo všeobecnosti sa stáva, že skúsenosti z praxe, ako aj etnické a kultúrne hľadiská usmerňujú myslenie o tom, aké metódy sú najúčinnejšie u rozličných minoritných skupín (Olách, 2006). V komunikácii je dôležitá spätná väzba, či bolo všetko dobre pochopené. Uplatňovanie asertivity je ďalší dôležitý prvok komunikácie (Plevová, 2011).

Hypotéza 6: Sestry s vyšším vzdelaním absolvovali viac vzdelávacích aktivít zameraných na ošetrovanie osôb rozličných etník. Napriek tomu, že význam slovného spojenia multikultúrne ošetrovateľstvo pozná správne 92 % respondentov, vzdelávaciu aktivitu na túto tému neabsolvovalo až 43 %. Na vysokej škole je súčasťou vyučovacích osnov, kde sa počas štúdia 32 % opýtaných s týmto pojmom aj stretlo. Ten, kto má záujem dozvedieť sa viac o problematike multikultúrneho ošetrovateľstva, má možnosť dovzdelávať sa na konferenciách a seminároch na túto tému. Ďalšou možnosťou je vyhľadávať informácie v časopisoch a na internete. Takúto prednášku alebo seminár absolvovalo 25 % respondentov. Vzdelávaním v oblasti kultúr ako zdravotnícki profesionáli získame väčšiu rozlišovaciu schopnosť a citlivosť k etnickým, kultúrnym a sociálnym špecifikám, schopnosť lepšie rozlišovať javy

etnicky, kultúrne determinované od sociálno-patologických javov, vyššiu profesionálnu istotu v starostlivosti o ľudí inej kultúry, etnika či sociálnej vrstvy, umenie lepšie komunikovať a byť citlivejší a obratnejší aj v oblasti neverbálnej komunikácie a paralingvistiky, vlastný osobnostný rast a rozvoj ľudstva (Špirudová a kol. 2004). Podľa Kobera (2008) je profesionálna sestra povinná zaujímať sa o aspekty kultúry, z ktorej pacient pochádza.

Hypotéza 7: Sestry, ktoré absolvovali viac vzdelávacích aktivít zameraných na ošetrovanie osôb rozličných etník napriek tomu nemajú viac vedomostí o multikultúrnej ošetrovateľskej teórii podľa Gigerovej a Davidhizarovej. Počas štúdia na škole 32 % respondentiek absolvovalo v rámci výučby aj multikultúrne ošetrovateľstvo. Konkrétnu multikultúrnu ošetrovateľskú teóriu podľa Gigerovej a Davidhizarovej má vo svojich osnovách iba niekoľko vysokých škôl zameraných na ošetrovateľstvo, prípadne sú zaradené do osnov vyššieho stupňa. Dovolíme si tvrdiť, že z týchto objektívnych dôvodov túto teóriu pozná iba 18 % respondentiek.

Záver

Každý z nás je jedinečná bytosť so svojimi kultúrnymi hodnotami. Tieto hodnoty vyjadrujeme komunikáciou, obliekaním, stolovaním, výchovou detí, starostlivosťou o svoje zdravie. Ak príslušník danej kultúry žije v prostredí, kde má svoje tradície, ideály a hodnoty, je všetko v poriadku. Problém nastáva, ak z dôvodu choroby musí toto prostredie opustiť a ocitá sa v cudzom prostredí. S touto situáciou sa musí vyrovnať nie len on sám, ale aj zdravotnícky personál. Práca s chorými deťmi kladie nároky nielen na odbornú úroveň sestry, ale predovšetkým na jej morálne kvality, ktorých úroveň vie posúdiť už aj malé dieťa. Ak sestra vo svojej práci bude rešpektovať túto skutočnosť a v neposlednom rade i práva hospitalizovaného dieťaťa, jej odmenou bude spokojné dieťa.

Počas našej práce sme sa zamerali na spôsob poskytovania multikultúrnej starostlivosti pediatrickým pacientom iného etnika. Na posudzovanie tejto starostlivosti sme použili šesť fenoménov podľa multikultúrnej teórie Gigerovej a Davidhizarovej. Dospeli sme k záveru, že poskytovanie multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti je každodennou praxou. Sestry pracujúce na pediatrických oddeleniach sú natoľko citlivé a profesionálne, že odlišné potreby dieťaťa iného etnika v podstatnej miere identifikovali. Uvedomujú si rozdiely a z toho vyplývajúcu potrebu iného prístupu. Vhodné by bolo sprístupnenie konkrétnych teoretických základov. Myslíme si, že aj napriek tomu, že majú skúsenosti a zručnosti, širšie teoretické vedomosti by im pomohli uvedomiť si ďalšie oblasti pacientových potrieb, na ktoré je v rámci

multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti dôležité sa zamerať. Povzbudivý je záujem o vzdelanie v tejto oblasti ošetrovateľstva. Náš prieskum dokázal, že nemocnice nie sú vybavené pomôckami na zlepšenie komunikácie, ktorá je hlavným problémom pri liečbe dieťaťa iného etnika. Týmito pomôckami sú napríklad slovník alebo komunikačné karty – piktogramy. V prílohe uvádzame vzorový slovník rómskeho jazyka a piktogramy, ktoré sme poskytli na pediatrické oddelenia oslovených nemocníc. Odozva na tieto ukážky bola veľmi dobrá a jednotlivé oddelenia uvažujú o vypracovaní podobných materiálov pre zvýšenie komfortu dieťaťa iného etnika.

ZOZNAM BIBIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BALVÍN, J. a kol.2008. *Multikulturalita a Rómovia*. Ústí nad Labem: Hnutí R, 2008. 565 s. ISBN 978-80-86798-03-5.

BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. 2010 *Pediatrické ošetrovateľstvo*. 3. preprac. a dopln. vyd. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2010. 214 s. ISBN 978-80-8063-331-8.

BOTÍKOVÁ, A. a kol. 2009. *Manuál pre mentorky v ošetrovateľstve.* 1. Vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2009. 178s. ISBN 978-80-8082-253-8.

FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovateľstvo-teória*. 3.doplnené vydanie. Martin: Osveta, 2009. 245 s. ISBN 978-80-8063-322-6.

GIGER, J., DAVIDHIZAR, R. 2004 *Transcultural Nursing: Assessment & Intervention*. Philadelphie: Mosby, 2004. 666 s. ISBN 0-323-02295-2.

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80-8063-155-7.

IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Multikulturní ošetřovatelství* I.,1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2007. 248 s. ISSN 1212–4117 [online]. [cit. 2014-03-24] dostupné na internete: http://casopiszsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327120355359809.pdf

KAI, J. 2003. *Ethnicity, Health, and Primary Care. Oxford*, Oxford University Press, 2003. 229 s. ISBN 0-19-851573-1.

KOBER, L. 2008 Specifika ošetřovatelské péče o cizince. In *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 10, 24 s. ISSN 1210-0404.

KOŠŤALOVÁ,Ľ. 2005. *Úvod do pediatrie. Bratislava*: Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, 2005 [online].[cit. 2014-11-15]. dostupné na internete: http://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/akademicka_kniznica/dokumenty_PDF/Elektronicke_knihy_LF/Uvod_do_pediatrie_-_nemedicinske_smery_01.pdf.

KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ. G. - OLIVIERIOVÁ. R. 2004. *Ošetrovateľstvo 1. 2*. Martin: Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

LÍŠKOVÁ, M., NÁDASKÁ, I. a kol. 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. Martin: Osveta, 2006. 69 s. ISBN 80-8063-216-2.

PARIHUZIČOVÁ, D. 2009. Skúsenosti s hospitalizáciou matiek. In *Sestra a lekár v praxi*., 2009, roč. 8, č. 11 - 12, s. 28 – 29. ISSN 1335-9444.

PLEVOVÁ I. a kol. 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd., Praha: Grada, 2010, 247 s. ISBN 978-802-4729-688.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2010. *Ošetřovatelství v pediatrii*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 288 s. ISBN 978-80-247-3286-2.

ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. 2006. *Multikulturní ošetřovatelství II.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 252 s. ISBN 80-247-1213-X.

Kontaktná adresa autorov:

PhDr. Drahomíra Vatehová, PhD.
VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, Palackého 1
810 00 Bratislava
Detašované pracovisko Rožňava

Mgr. Jana Hirjáková
Nemocnica A. Leňa, Humenné, a.s.
Nemocničná 7
066 01 Humenné

KOMPLEXNÁ KÚPEĽNÁ STAROSTLIVOSŤ

VAVROVÁ Dagmar

Abstrakt

Komplexná kúpeľná starostlivosť je neoddeliteľnou súčasťou medicíny. Má svoju históriu a súčasnosť, ktoré sa v priebehu rokov odlišujú, ale jedno zostáva spoločné, je to jej pozitívny vplyv na telesnú i duševnú stránku života. Ten ohodnotia najmä klienti s chronickými chorobami pohybového aparátu a pacienti po úrazoch, ktorí by si nevedeli ani prestaviť, ako by vyzeralo ich zdravie bez komplexnej kúpeľnej liečby. Kúpeľná liečba zabezpečuje klientom nielen liečebné procedúry a oddych od každodenných povinností, ale aj možnosti naučiť sa pod odborným dozorom vykonávať cielené fyzické aktivity, vytvoriť si správne stravovacie návyky, vybudovať a overiť si nové spôsoby zdravého životného štýlu. Hlavnou úlohou komplexnej kúpeľnej liečby je primárna prevencia - predchádzanie chorôb a v prípade chorých klientov jej úloha spočíva v liečbe chronických ochorení. Správne nastavená a dávkovaná liečba priaznivo ovplyvňuje adaptačné a regulačné procesy v tele, čoho výsledkom je výrazné zlepšenie zdravotného stavu. Kúpeľná liečba patrí k dôležitým liečebným postupom na báze prírodných liečivých zdrojov, do manažmentu liečby chronických stavov, ale aj preventívnych programov zameriavajúcich sa na civilizačné ochorenia.

Kľúčové slová: Komplexná kúpeľná liečba. Indikačný zoznam Liečivé zdroje. Fyzikálne liečebné postupy. Rehabilitácia. Balneoterapia.

Úvod

Dlhoročné skúsenosti nám dokazujú, že kúpeľné prostredie je vhodné k tomu, aby sa chorý mohol v kľude venovať všetkým ponúkaným možnostiam liečby. Dôraz je kladený hlavne na pôsobenie komplexnej kúpeľnej liečby, vrátene kúpeľného prostredia ako celku. Zmena prostredia, absolvovanie liečebných procedúr a nové sociálne kontakty prispievajú k zlepšeniu zdravotného stavu, návratu duševnej pohody narušenej dlhodobým ochorením, úrazom alebo operáciou a k skráteniu a uľahčeniu rekonvalescencie.

Jednotlivé kúpele sa špecializujú na liečbu rôznych typov ochorení, čo označujeme pojmom „indikácie“. Slovenské liečebné kúpele Piešťany majú indikačné zameranie u pacientov, ktorí dovŕšili 18. rok veku na ústavnú a ambulantnú kúpeľnú starostlivosť na nervové choroby, choroby pohybového aparátu a choroby z povolania. Indikácie u pacientov, ktorí nedovŕšili 18. roku veku len na ambulantnú kúpeľnú starostlivosť na nervové choroby a choroby pohybového ústrojenstva.

Podľa interných zdrojov - dokumentácie SLKP bolo za rok 2014 liečených 34 173 pacientov so založenou zdravotnou dokumentáciou. Z toho bolo 26 625 pacientov, ktorí absolvovali lekárske vyšetrenie a podľa pomeru pohlaví prevažovali jednoznačne ženy, čo tvorilo 59,3 % a muži 40,7%. Na základe analýzy podľa veku klientov bola najpočetnejšia skupina vo veku 60 – 69 rokov, po nej skupina klientov vo veku 70 – 79 rokov. Ako tretia veková skupina boli klienti vo veku 50 – 59 rokov. Klienti vo vekovej kategórii 40 – 49 rokov veku života podľa našej analýzy absolvujú komplexnú kúpeľnú liečbu stále pomerne v nízkom počte, čo signalizuje, že sa akosi zabúda práve na komplexnosť preventívnych postupov, ktoré prinášajú určité benefity ako pre jednotlivca, tak pre celú spoločnosť.

Cieľom komplexnej kúpeľnej liečby je pomôcť klientom, odstrániť možný počínajú zdravotný problém hneď v začiatku, aby neprerástol až do nezvratného chronického stavu.

Právny základ poskytovania kúpeľnej starostlivosti

Základným právnym predpisom v kúpeľníctve je zákon SR č. 538/2005 Z.z. o liečebných kúpeľoch, kúpeľných miestach, prírodných liečivých zdrojoch, tzv. kúpeľný zákon. Kúpeľnú starostlivosť môžu poskytovať len tie zariadenia, ktoré splnili podmienky stanovené právnymi predpismi. Z praktickej stránky ich rozdeľujeme na prírodné liečivé kúpele a kúpeľné liečebne. Kúpeľnú liečbu absolvujú samoplatitelia, ktorí si vyberajú kúpeľný pobyt aj ako miesto svojej dovolenky a hradia si všetko z vlastných zdrojov a poistenci zdravotných poisťovní ktorí majú kúpeľnú liečbu plne hradenú (typ A) alebo čiastočne uhrádzanú zo zdravotného poistenia (typ B). Schválenie kúpeľnej liečby so spôsobom úhrady A znamená pre klienta úhradu procedúr, stravovania a ubytovania v plnom rozsahu. Poisťovňa zasiela schválený návrh priamo do kúpeľného zariadenia s ktorým má uzatvorenú zmluvu na liečbu v danej indikácii. Klient dostáva Oznámenie o schválení kúpeľnej liečby, kde je uvedený názov kúpeľného zariadenia, schválený počet dní a možný nástupný termín. Presný termín nástupu si dohaduje poistenec priamo s kúpeľným zariadením.

Schválenie kúpeľnej liečby so spôsobom úhrady B znamená pre klienta plne uhradenú zdravotnú starostlivosť, ale nie služby. Poistenec si hradí ubytovanie, stravu, kúpeľný poplatok a daň z ubytovania. Klient dostane od poisťovne Oznámenie o schválení kúpeľnej liečby s uvedením počtu dní schválenej kúpeľnej liečby a zoznam kúpeľných zariadení, kde sa dané ochorenie lieči. Poistenec si sám vyberie zariadenie a telefonicky si dohovorí termín nástupu kúpeľnej liečby.

Pri oboch spôsoboch úhrady (typ A a typ B) je možnosť požiadať o ambulantnú kúpeľnú starostlivosť, keď pacient má uhradenú kúpeľnú liečbu a ubytovanie si zabezpečí v iných ubytovacích priestoroch, alebo na procedúry dochádza z miesta bydliska.

V kúpeľoch je možné liečenie viacerých ochorení, ktoré sú presne rozdelené podľa Indikačného zoznamu pre kúpeľnú starostlivosť Príloha č.6 zákona SR č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia v znení neskorších predpisov.

Okrem indikačného zoznamu existuje zoznam kontraindikácií ku kúpeľnej liečbe, kde sú popisované stavy a ochorenia pre ktoré kúpeľná liečba nie je vhodná.

Vyhláška MZ SR č.100/2006 o podmienkach uznania prírodnej vody za liečivú, limity minerálnych látok, jej možné úpravy a monitorovanie kvality.

Vyhláška MZ SR č.101/2006 o minimálnom personálnom a materiálno – technickom vybavení prírodných liečebných kúpeľov a kúpeľných liečební podľa indikačného spektra, uvedeného v licencii na základe typu prírodného liečivého zdroja.

Štátna kúpeľná inšpekcia je správnym orgánom, ktorý vydáva povolenia na prevádzkovanie liečebných kúpeľov a predkladá vláde návrhy na udeľovanie štatútov kúpeľného miesta.

Inšpektorát kúpeľov a žriediel zabezpečuje dozor pri dodržiavaní povinností a opatrení určených v kúpeľnom zákone. Organizuje a zabezpečuje činnosť štátnej kúpeľnej komisie.

Štátna kúpeľná inšpekcia a Inšpektorát kúpeľov a žriediel vykonávajú dozor nad dodržiavaním platnej legislatívy v kúpeľníctve v súlade so zákonom SR č.538/2005 Z.z. o liečebných kúpeľoch, kúpeľných miestach, prírodných liečivých zdrojoch.

Typy kúpeľných pobytov

Slovenské liečebné kúpele svojim viac ako 100 ročným pôsobením patria k popredným európskym liečebným kúpeľom v liečbe reumatizmu, pohybového aparátu a nervového systému. Spojením medicínskej odbornosti, liečebných procedúr , pohybu a správnej výživy vznikla ponuka pre samoplatiteľov vo forme liečebných typov pobytov zostavené

na jednotlivé typy diagnóz s odporúčanou dĺžkou trvania. Zdravotnícke služby v rámci komplexnej kúpeľnej starostlivosti zahŕňajú vstupné vyšetrenie realizované do 24 hodín od nástupu do zariadenia, laboratórne testy (odbery biologického na základe ordinácie lekára), po dohode s odborným pracoviskom aj sonografické a röntgenologické vyšetrenie.

Klienti sú ubytovaní v kúpeľných hoteloch Thermia Palace, Esplanade, Palace, Splendid, Grand, Pro Patria, Vila Traja a Jalta. Procedúry sú klientom podávané v 4 balneoterapiách- Balnea Medicínske centrum, Irma, Napoleon a Pro Patria. K dispozícii je 19 ambulancií, 23 lekárov a 200 ostatných zdravotníckych pracovníkov.

„Chuť Piešťan“ je často opakujúcim sa typom pobytu s odporúčanou dĺžkou 2 – 7 prenocovaní. Jedná sa o relaxačný program už predpripravenými typmi procedúr.

Pobyt určený na regeneráciu s odporúčanou dĺžkou najmenej 7 dní a zostavený pre seniorov má názov **„Aktívny týždeň senior“.** Počas pobytu klient absolvuje procedúry na základe odporučenia lekára po vstupnom vyšetrení, kedy absolvuje aj EKG test. V rámci pitného režimu dostáva počas pobytu 2x denne vitamínový nápoj.

„Prevencia a Relax“ je kúpeľný pobyt zameraný na správne návyky pod profesionálnym dozorom a na zdravý životný štýl. Počas pobytu klient absolvuje konzultáciu s lekárom s vypísaním dotazníka Zdravého životného štýlu, konzultáciu s asistentkou výživy a fitnes trénerom. Kombinácie procedúr sú zostavované po konzultácii lekár – pacient.

„Rehabilitačný pobyt I a II“ sú typy pobytov vhodné hlavne pre pacientov po úrazoch a operáciách pohybového aparátu s odporúčanou dĺžkou pobytu 2 až 3 týždne. Pri tomto type pobytu pacient absolvuje vstupné vyšetrenie, 2 krát v týždni kontrolné a v poslednom týždni aj záverečné lekárske vyšetrenie. Typ II je odporúčaný pacientom po prekonanej cievnej mozgovej príhode a tiež v predoperačnom a pooperačnom období. Procedúry sú individuálne zostavované s prihliadnutím na telesný a duševný stav pacienta.

„Komplexný kúpeľný pobyt a Komplexný kúpeľný pobyt light“ sú zamerané predovšetkým na uvoľnenie stuhnutosti chrbtice, zlepšenie pohyblivosti chrbtice i kĺbov, a tiež aj zmiernenie bolestí s individuálnym zostavení podľa aktuálneho zdravotného stavu.

Odporúčaná dĺžka pobytu je 2 až 3 týždne, keď klient absolvuje vstupné, kontrolné a výstupné vyšetrenie. Diagnostika a laboratórne testy sú zahrnuté v ponuke. Na záver klient dostáva záverečnú lekársku správu, výsledky laboratórnych vyšetrení a EKG.

V ostatnom čase je veľmi vyhľadávaným pobytom kúpeľný pobyt s názvom **„Program na chudnutie “,** ktorý je komplexne zameraný na redukciu hmotnosti prostredníctvom špeciálne pripravenej stravy a na prevenciu ochorení pohybového aparátu. Minimálna odporúčaná dĺžka pobytu sú 3 týždne.

Pacientovi je po vyšetrení lekárom vypracovaný individuálny liečebný program a po konzultácii s asistentkou výživy má klient zostavený stravovací režim. Pobyt zhŕňa konzultácie s fitnes trénerom, pravidelné kontroly hmotnosti, obvodu pása a bokov, diagnostiku a laboratórne testy. Klient je počas celého pobytu pravidelne sledovaný lekárom a asistentkou výživy.

V Slovenských liečebných kúpeľoch Piešťany je umožnená kúpeľná liečba pre deti. **„Komplexný pobyt pre deti a Fit pobyt“** sú typy pobytov využívané deťmi a len ambulantnou formou v zvlášť vyčlenených zariadeniach.

Okrem menovaný typov pobytov je možné aby si klient v prípade záujmu prikúpil aj špeciálne medicínske ponuky **„Aktívne zdravie a Osteoporóza“,** ktoré je možné kombinovať len s komplexnými kúpeľnými pobytmi.

Liečebné procedúry v Slovenských liečebných kúpeľoch Piešťany

Slovenské liečebné kúpele v Piešťanoch viac ako storočie liečia a zmierňujú dôsledky ochorení pohybového aparátu a predchádzajú ich vzniku a rozvoju. Základom pre liečbu je termálna voda vyvierajúca na povrch prirodzenými cestami z hĺbky 2000 metrov. Teplota termálnej vody pri zdroji je 67 až 69 stupňov Celzia. Voda je stredne mineralizovaná, síranovo – hydrogenouhličitanová, vápenatá, hypotonická obsahujúca disulfid sodíka.

Bahno aplikované pacientom pochádza zo sedimetu z odtokového ramena rieky Váh, z miest výverov termálnych prameňov. Saturáciou bahna v termálnych minerálnych vodách sa vytvára zmes s liečivými baktériami a sírou. Prostredníctvom síry a minerálov, ktoré sa absorbujú cez kožu do väzív, šliach a chrupaviek spomaľuje degradáciu elastínu a kolagénu.

Obsah síry a iných liečivých látok znásobuje priaznivý účinok intenzívnej liečby teplom.

Neoddeliteľnou zložkou kúpeľnej liečby v Piešťanoch je funkčná rehabilitačná pohybová liečba, ktorej metódy skupinového a špeciálneho liečebného telocviku sú dôkladne prepracované a ich efektívnosť je preverená. Klasická piešťanská kúra je okrem základných procedúr a aktívnej pohybovej liečby doplnená o fyzikálnu terapiu, ktorú pacientom predpisuje ošetrujúci lekár a prihliadnutím na charakter a štádium ochorenia i celkový zdravotný stav. Procedúry sa nesmú podávať bez oficiálneho (lege artis) predpisu fyzikálnej terapie, ktorý musí obsahovať osobné údaje pacienta, číslo diagnózy, jej názov, kompletný a presný názov procedúry, lokalizáciu, počet a frekvenciu, dátum kontroly ošetrujúceho lekára, dátum, meno a podpis predpisujúceho lekára.

Piešťanská balneoterapeutická kúra je považovaná za liečebný komplex, ktorý je založený na sumárnom účinku série jednotlivých kúpeľných procedúr.

Balneoterapia

Termálny kúpeľ (zrkadlisko)

Termálny kúpeľ, alebo ľudovo nazývané zrkadlisko je termálna minerálna voda bohatá na minerály a zohrievaná teplom vnútra zeme. Termálna voda vyviera prirodzene, alebo sa prečerpáva na zemský povrch až z hĺbky 2000 metrov. Schladzuje sa na teplotu vhodnú na kúpele, ktorej teplota sa pohybuje v rozmedzí 37 až 39 stupňov Celzia. Odporúčaná dĺžka relaxácie je 15 – 20 minút s prihliadnutím na celkový zdravotný stav. Jej účinok sa využíva pri liečbe artritídy, reumatizmu a porúch pohybového aparátu, zároveň je oddych v tejto teplej minerálnej vode prostriedkom pri úľave od stresu a záťaže súčasného moderného života. Procedúra je zakončená suchým zábalom celého tela.

Individuálny termálny minerálny kúpeľ

Individuálny termálny minerálny kúpeľ je podávaný vo vani pre jednu osobu a je veľmi obľúbený práve v Slovenských liečebných kúpeľoch v Piešťanoch. Voda má teplotu 37 až 38 stupňov Celzia,ale môže dosahovať až 40 stupňov Celzia. Procedúra trvá 20 minút a po nej nasleduje ešte suchý zábal celého tela. Teplo uvoľňujúce sa z termálnej vody napomáha k rozšíreniu ciev, poklesu krvného tlaku a celkovému uvoľneniu svalov. Je účinný pri liečbe pohybového aparátu a zároveň pôsobí relaxačne a uvoľňujúco.

Individuálny termálny aromatický kúpeľ

Podávaný je jednotlivo vo vani pre jednu osobu, je to veľmi populárna procedúra v Piešťanoch. Individuálny termálny aromatický kúpeľ je identická procedúra s termálnym minerálnym kúpeľom, ale jej výnimočnosť spočíva v pridávaní extraktov liečivých bylín do termálnej minerálnej vody. Najčastejšie využívané extrakty sú levanduľa s uvoľňujúcim účinkom, harmanček s liečivými účinkami na kožu, medovka s mierne sedatívnym účinkom a žihľava , ktorá omladzuje pokožku. Teplota vody je 36 až 38 stupňov Celzia a odporúčaná doba kúpeľa je 20 minút.

Uhličitý termálny kúpeľ

Uhličitý termálny kúpeľ je individuálny v termálnej vode s pridaním drobných bubliniek plynného oxidu uhličitého. Tieto uhličité bublinky podporujú prekrvenie a cez pokožku telo plyn absorbuje. Koža sa nasýti plynom, spomalí sa srdcová aktivita, zníži sa krvný tlak a záťaž na srdce. Tento kúpeľ je vhodný na relaxáciu, lebo bublinky oxidu uhličitého pôsobia príjemne šteklivo a upokojujúco. Uhličitý plyn v spojení s termálnou vodou má dvojitý efekt , síra a minerály z termálnej vody sa vstrebávajú do tela a zabraňujú degradácii elastínu a kolagénu. Teplota vody je 34 stupňov Celzia, procedúra trvá 15 - 20 minút a je doplnená o suchý celotelový zábal.

Individuálny termálny perličkový kúpeľ

Individuálny termálny perličkový kúpeľ má teplotu vody 36 - 37 stupňov Celzia a je sýtená malými bublinkami vzduchu. Odporúčaná dĺžka pobytu v kúpeli je 15 až 20 minút. Počas kúpeľa je pokožka postupne obaľovaná malými bublinkami vzduchu, ktoré majú výrazný upokojujúci účinok na pokožku. Zároveň teplá termálna voda pomáha rozširovať cievy, znižovať tlak krvi a prispieva k uvoľneniu svalov Táto procedúra je vhodná na relaxáciu a zakončená je suchým celotelovým zábalom.

Bahnisko

Unikátom nášho kúpeľného liečebného zariadenia v Piešťanoch sú procedúry v bahennom kúpeli. Bahnisko je umiestnené na Kúpeľnom ostrove v liečebných domoch Irma, Pro Patria a Napoleon. Dno bahniska tvorí nános sírneho bahna hrubý 10 až 30 cm, cez ktorý prenikajú na povrch horúce termálne minerálne pramene. Voda v bahnisku dosahuje teplotu 39 až 40 stupňov Celzia a v miestach nad priamo vyvierajúcimi prameňmi niekedy aj viac. Počas procedúry v bahnisku klienti stoja, pomaly sa môžu prechádzať, sedia, alebo vykonávajú ľahšie cvičenia. Vzhľadom k teplote vody je odporúčaná dĺžka trvania procedúry 5 až 10 minút. Procedúra ja zakončená sprchou a suchým celotelovým zábalom. Vhodné je spojenie bahniska s masážou, lebo síra a minerály, ktoré sa cez kožu vstrebávajú do tela pôsobia uvoľňujúco na svaly. K absolvovaniu bahniska je nutný lekársky predpis.

Vodoliečba

Hydromasáž

Procedúra prebiehajúca v kúpeli, ktorého teplota sa pohybuje medzi 35 až 37 stupňov Celzia. Počas procedúry sú využívané prúdy zvírenej vody, ktoré vytvárajú príjemnú a uvoľňujúcu masáž, počas ktorej sa uvoľňuje svalstvo , kĺby a zlepšuje sa krvný obeh. Doba trvanie je 10 až 20 minút a v prípade záujmu klienta je možné pridať do vody aromatické esencie, alebo oleje.

Podvodná masáž

Procedúra sa podáva v kúpeli s teplou vodou 36 až 38 stupňov Celzia. Pod vodou je umiestnená hadica, ktorá vystrekuje pod silným tlakom prúd vody namierený terapeutom manuálne na hlavné svalové partie vo vzdialenosti 10 až 15 cm a pod uhlom 30 až 60 stupňov. Intenzitu tlaku prúdu na telo je možné meniť vzdialenosťou od svalových partií a zmenou uhla. Výsledkom hĺbkovej podvodnej masáže je uvoľnenie stuhnutých svalov a čiastočné uvoľnenie kĺbov. Odporúčaná doba trvania procedúry je 10 až 20 minút. Táto procedúra je zo strany klientov považovaná za najefektívnejšiu relaxačnú procedúru.

Trakcie vo vode

Trakcie vo vode sú považované za pasívnu procedúru, pri ktorej je využitá mechanická sila. Trakčná sila je počas procedúry nemenná a nepretržitá. Pri tejto procedúre je využívaná váha vlastného tela. Pacient je uchytený pod krkom, alebo pod ramenami v bazéne s teplou vodou. Pre zvýšenie napínacieho efektu je možné zaťažiť nohy dodatočnými závažiami. Počas procedúry dochádza k jemnému napínanie celého tela, uvoľňujú sa svaly a spojivové tkanivá. Trvanie trakcie je 10 - 20 minút a pod dohľadom kvalifikovaného personálu. Absolvovanie tejto procedúry je možné len na odporúčanie lekára.

Škótske streky

Škótske streky sú najradikálnejším výkonom striedavých procedúr, jedná sa o silne stimulujúci typ procedúry. Zo vzdialenosti 3 až 4 metrov je na telo pacienta striekaný prúd vody pod tlakom 3 atmosféry, pri tejto procedúre pacient stojí. Prvých 30 sekúnd sa začína teplou vodou 38 až 42 stupňov Celzia, nasleduje studený strek s teplotou vody 16 až 18 stupňov Celzia s trvaním 5 až 10 sekúnd. Takéto striedanie prúdov teplej a studenej vody sa opakuje niekoľkokrát a procedúra je ukončená studeným prúdom.

Začína sa od končatín potom sa prúdom vody prechádza na trup najprv spredu a následne aj zo zozadu. Tento typ procedúry stimuluje srdcovú činnosť a zlepšuje imunitný systém procedúry, je vhodné aplikovať škótske streky u pacientov s hormonálnymi a vegetatívnymi poruchami. Procedúra nám poskytuje liečebné účinky s omladzujúcimi pocitmi a duševnú pohodu.

Striedavý nožný kúpeľ – sľapačky

Počas striedavého nožného kúpeľa pacient prešľapuje vo vaničkách naplnených studenou vodou približne 10 až 15 stupňov Celzia a teplou 40 až 50 stupňov Celzia. Procedúra začína intenzívnym prešľapovaním v teplej vode v trvaní 1 až 2 minút, potom nasleduje prestúpenie do studenej vody v trvaní 15 až 30 sekúnd. Tento cyklus striedania teplej a studenej vody sa opakuje 6 až 10 krát a zakončený je studeným kúpeľom. Účinky tohto striedavého kúpeľa sú využívané po úrazoch dolných končatín, pri počínajúcich kŕčových žilách, poruchách cirkulácie, bolestiach hlavy a migréne.

Fyzioterapia

Skupinový telocvik

Kľúčovou súčasťou liečebného procesu je terapeutické cvičenie, ktoré nevyhnutné pri každom rehabilitačnom programe. Skupinový telocvik je vedený odborným fyzioterapeutom a je určený pre skupinu ľudí, s podobnou diagnózou. V našich kúpeľoch sa jedná prevažne o terapeutické cvičenia zamerané na ochorenia chrbtice a kĺbov, osteoporózu a obezitu. Cviky sú zostavované tak, aby dochádzalo k uvoľňovaniu preťaženého svalstva, posilňovaniu ochabnutých svalových partií, zlepšovaniu mobility kĺbov a chrbtice. Doba trvania jednotlivých skupinových cvičení je 20 minút.

Individuálne terapeutické cvičenie

Vedenie individuálnych cvičení je v našom zariadení zabezpečované kvalifikovanými fyzioterapeutmi podľa lekármi predpisovanými metodikami. Terapia zahŕňa aktívne, pasívne pohyby a mobilizáciu. Cvičenia sú navrhované tak, aby pomáhali získavať telesnú pohyblivosť a vytvárať funkčné schopnosti a ich súčasťou sú dychové cvičenia spojené s tréningom rovnováhy, sily a ohybnosti. Doba trvania cvičenia je 20 až 30 minút a nevyhnutný je lekársky predpis.

Klasická masáž – čiastočná

Klasická masáž je súbor mechanických podnetov, ktoré sú vykonávané na tele pacienta s cieľom dosiahnutia liečebného účinku. Masáže sú vykonávané kvalifikovanými masérmi so zameraním na tie časti tela, kde sa vyskytujú sekundárne zmeny v dôsledku ochorenia pohybového aparátu. Masáž je najčastejšie aplikovaná na chrbát, horné a dolné končatiny, hrudník a krk. Trvanie masáže sa prispôsobuje jej cieľu a rozsahu masírovanej oblasti i závažnosti chorobných zmien jednotlivých častí. Celková masáž trvá 50 až 60 minút a čiastočná 20 minút.

Reflexná segmentová alebo väzivová masáž

Reflexná masáž je špeciálna masážna technika zameraná na nervové spojenia a ukončenia v oblasti zvolených reflexných oblúkov. Je vykonávaná fyzioterapeutom, ktorý pevne tlačí palcom a ukazovákom pozdĺž krátkych alebo dlhých, priamych alebo zaoblených línií. Takýto masážny postup je špecifický, urýchľuje hojenie v masírovanej oblasti a svojim reflexným efektom podporuje uzdravovanie v celom organizme. Okrem pozitívneho účinku na organizmu môže mať takáto masáž aj neočakávané vedľajšie účinky napríklad celkovú alebo žalúdočnú nevoľnosť, náhly pokles tlaku a celkovú únavu. Táto procedúra je vykonávaná podľa inštrukcií lekára a s maximálnou opatrnosťou v trvaní 20 minút.

Manuálna lymfodrenáž

Manuálna lymfodrenáž je považovaná za masáž vykonávanú fyzioterapeutom a jej cieľom je podpora lymfatického systému. Je aplikovaná ľahkými rytmickými pohybmi rúk, ktorými je vytváraný tlak na lymfatický systém a lymfatické uzliny. Počas tohto procesu dochádza k stimulácii činností lymfatických uzlín, očisťuje sa organizmus a zlepšuje sa tok lymfatického moku, ktorý odplavuje toxíny. Lymfodrenážna masáž je spravidla rozdelená na masáže horných aj dolných končatín a masáž jednej končatiny trvá približne 20 minút. Trvanie masáže je 20 až 50 minút na časť tela.

Okrem bližšie popisovaných masáži je možné v rámci relaxačných programov možnosť absolvovať Thajskú masáž, relaxačnú masáž, anticelulitídovú masáž, masáž horúcimi uterákmi, de lux masáž, kráľovskú masáž, masáž horúcimi kameňmi a čokoládovú masáž.

Rehabilitácia vo vode

Inak povedané hydrokinezioterapia je vykonávaná v minerálnej vode ktorej teplota je asi 33 stupňov Celzia. Vďaka vztlakovým a podporným účinkom vody je táto terapia vhodná

pre pacientov s degeneratívnymi ochoreniami váhu nosných kĺbov a pacientov v pooperačnom období. Rehabilitácia vo vode môže byť vykonávaná individuálne, alebo skupinovou formou s pacientami podobnej diagnózy. Trvanie tejto procedúry je približne 20 minút.

Ergoterapia

Ergoterapia je považovaná za špecifický druh rehabilitácie, ktorý pomáha naučiť pacienta vykonávať základné seba obslužné činnosti, hygienu, správne používanie kompenzačnej pomôcky a zabezpečenie jej vhodného výberu. Ergoterapeuti pracujú s osobami rôzneho veku a rôznym druhom postihnutia. Takéto terapeutické procedúry trvajú asi 10 až 20 minút. Niekedy si zdravotný stav pacienta vyžaduje spoluprácu ergoterapeuta, psychológa a logopéda.

Trakcie

Jednou s pasívnych terapií je aj trakčná terapia s pôsobením mechanickej sily spôsobujúcej napínanie poddajných častí pohybového systému - väzy, svaly a šľachy. Pri tejto procedúre je klient fyzioterapeutom tak umiestnený, aby bolo možné špecificky izolovať tú časť tele, ktorá si vyžaduje túto procedúru. Napínacia sila je konštantná a môže byť kontinuálna, alebo prerušovaná. Doba trvania je 20 minút a je viazaná na ordináciu lekára s presne stanoveným typom, intenzitou a umiestnením trakcie.

Ultrazvuk

Ultrazvuk je zvukové vlnenie s vysokou intenzitou a frekvenciou, ktoré sa mení na tepelnú a mechanickú energiu. Pri tejto procedúre sa hlava prístroje prikladá na kožu ktorá je potretá vodivým gélom, alebo vrstvou parafínového oleja. Hĺbka zásahu je 2 až 6 cm. Liečebný efekt je prekrvenie, zlepšenie výživy v tkanivách a úľava od bolestí. Miesto a dĺžka je určená lekárom s dobou trvania 5 až 15 minút.

Zábaly

Bahenný zábal

Bahno používané v Piešťanoch má výnimočné tepelné vodivé vlastnosti, veľmi pomaly sa ochladzuje a vďaka obsahu síry a minerálov, ktoré sa absorbujú cez kožu do celého organizmu má pozitívne liečebné účinky na celý pohybový systém a podporuje imunitné procesy v organizme.

Nanášanie bahna na telo je ručne, alebo pumpou približne v 5 cm vrstve, kde sú vynechávané partie hlavy, krku a hrudníka. Teplota bahna sa pohybuje medzi 44 až 45 stupňov Celzia. Klient je po nanesení bahna zabalený do plachiet a po 15 - 20 minútach pôsobenia sa osprchuje a splachuje si bahno z celého tela. Na záver je celá procedúra ukončená suchým zábalom. V Piešťanských kúpeľoch sú aplikované čiastočné bahenné zábaly viazané na lekársky predpis a jeho trvanie je 20 minút.

Parafango

Okrem bahenného zábalu sa v Piešťanoch aplikuje pacientom aj parafango, ktoré vzniká kombináciou suchého bahna, čistého pevného parafínu a parafínového oleja. V špeciálnych zariadenia sa zmes roztopí, zahreje a potom sa aplikuje na telo pacienta asi v 1 cm hrubej vrstve na jednotlivé časti tela. Liečivé účinky parafanga sú využívané na zmiernenie chronických bolestí chrbtice a kĺbov, uvoľnenie svalov a kŕčov. Teplota parafanga pri aplikácii sa pohybuje v rozmedzí 45 – 50 stupňov Celzia v trvaní 15 až 30 minút.

Parafínový zábal

Pri aplikácii parafínových zábaloch je využívaná teplo vodivá účinnosť parafínu , ktorý tvrdne pri teplote 55 stupňov Celzia. Je možné využitie viacerých aplikačných postupov, ale v Piešťanoch využívame predovšetkým ponorenie rúk do parafínu. Po 15 -20 minútach parafín na rukách stuhne a stiahne sa z rúk. Pomáha pri chronických bolestiach, podporuje hojenie a výživu tkanív.

Elektroliečba

TENS – transkutánna elektroneurostimulácia je metóda založená na poznatku, že vedenie bolestivých vzruchov a vnímanie bolesti je možné zmierniť, alebo až potlačiť dráždením nervov na rôznych úrovniach nervového systému. Elektrický prúd je aplikovaný v impulzoch, alebo vo vlnách prostredníctvom doštičky, cez ktorú prechádza cez kožu k nervom. Táto elektroneurostimulácia je indikovaná u pacientov, ktorí trpia na výrazné bolesti chrbta a krku a poúrazové bolestivé stavy. Doba trvania procedúry je 15 až 30 minút a pre jej absolvovanie je nevyhnutný lekársky predpis.

Interferenčný prúd

Táto liečebná metóda je založená na princípe interferencie dvoch stredne frekvenčných prúdoch priamo v tkanivách. Počas procedúry sa pacientovi prikladajú rôzne elektrické

podložky strednej frekvencie v spojení s malým vákuom. Mikromasáž poškodeného tkaniva, uvoľnenie svalového tonusu a analgetický účinok je výsledným efektom interferenčného prúdu. Odporúčaná doba trvanie procedúry je 10 až 20 minút a je potrebný lekársky predpis.

Diadynamické prúdy

Diadynamické prúdy je zmes prúdov s hyperemizačným a analgetickým účinkom. Pri klasických formách aplikácie majú tieto prúdy 2 zložky – galvanizačnú a po nej nasleduje impulzná. Výsledkom použitia týchto dvoch zložiek prúdu je úľava od bolestí a zlepšenie krvného obehu. Pred aplikáciou je nevyhnutný lekársky predpis a doba trvanie procedúry je 15 až 20 minút.

Magnetoterapia

Pri magnetoterapii ide o využitie liečebných účinkov magnetického poľa. Počas procedúry pacient leží na lôžku a jeho ošetrované telo je vystavené umelému magnetickému poľu, ktoré vyvoláva určité deje – analgetické, protizápalové, protiedémové pôsobenie a myorelaxácie. Procedúra má svoje kontraindikácie a nemôže sa podávať vtedy ak je u pacienta implantovaný kardiostimulátor, trpí na plesňové , alebo onkologické ochorenie.

Štvorkomorový galvanický kúpeľ

Hlavnými zložkami tejto procedúry je voda a elektrický prúd, ktorý prechádza do určitých častí tela. Pri tejto procedúre pacient sedí a má v nádobách s vodou ponorené ruky aj predlaktia a tiež dolnú časť nôh. Počas kúpeľa dochádza k výraznému zlepšeniu krvného obehu. Teplota vody je 36 stupňov Celzia a táto procedúre je zvlášť vhodná pre pacientov, ktorí trpia na reumatoidnú artritídu a u pacientov po hemiplégiach.

Záver

Kúpeľná liečba je v ostatnom období neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej starostlivosti a jej úloha je ťažko zastupiteľná hlavne pri liečbe množstva chronických ochorení a poúrazových stavoch. Pre svoj komplexný charakter má výrazný vplyv na kvalitu života pre pacientov každého veku. V dnešnej hektickej dobe sú na ľudí kladené vysoké nároky, ľudia sa často preceňujú, málo odpočívajú a nezdravo žijú. Dôsledkom toho dochádza k nárastu počtu úrazov a chronických ochorení, prevažne pohybového aparátu čo býva najčastejšími príčinami

práceneschopnosti a invalidizácie ľudí. Kúpeľná liečba je veľmi účinná forma prevencie vertebrogenných ťažkostí.

Naše kúpele pravidelne navštevujú hostia takmer z celého sveta, ktorí si pochvaľujú efekt po absolvovaní kúpeľnej liečby a stávajú sa pravidelne navštevujúcimi klientmi aj niekoľko krát ročne. Našou výhodou je, že my nemusíme cestovať do zahraničia a môžeme využívať možnosti liečby, ktorá sa nám ponúka.

Veľkou chybou je, že účinnú profylaxiu kúpeľnej liečby si uvedomuje veľmi málo ľudí v produktívnom veku a stáva sa, že kúpeľnú liečbu absolvujú až po výraznom zhoršení zdravotného stavu, alebo ako pooperačnú rekonvalescenciu, alebo vôbec.

Organizmus sa určitým spôsobom bráni a dáva najavo, že je potrebné začať robiť vo svojom živote nejaké zmeny. Práve kúpeľná liečba nám takýto priestor poskytuje, kde sa nám ponúkajú možnosti na liečenie, odpočinok, edukáciu a celkovú zmenu životného štýlu.

Komplexná kúpeľná liečba v sebe zahŕňa aktívnu starostlivosť o telo, odpočinok, kultúrne vyžitie, pobyt v prírode a príjemné strávené chvíle v pokojnom prostredí.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

CAPKO, J. 1998. *Základy fyziatrické léčby*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-341-3.

GUČÍK, M. 2010. *Cestovný ruch úvod do štúdia.* Vydavateľ Dali – BB, s.r.o. pre Slovak – Swiss Tourism Banská Bystrica, 2010. ISBN 978-80-89090-80-8.

GÚTH, A. et al.2011. *Liečebné metodiky v rehabilitácii.* Bratislava: Liečreh.,2011. ISBN 80-88932-16-5.

INTRENÉ MATERIÁLY SLK PIEŠŤANY. 2015.

JANDOVÁ, D. 2009. *Balneologie.* Praha: Garada Publishing, 2009.
ISBN 978-80-247-2820-9.

KOLÁŘ, P. et al. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi.* Praha5: Nakladatelství Galén,2009. ISBN 987-80-7265-657-1.

KOMAČEKOVÁ, D.et al. 2003. *Fyzikálna terapia*. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80-8063-230-8.

ORIEŠKA, J. 2011. *Služby v cestovnom ruchu 2.časť.* Redakčná rada cestovného ruchu, 2011. ISBN 978-80-89090-5.

ŠÍPOŠ, J.1992. *Piešťany v premenách vekov.* Bratislava: Vydavateľstvo Obzor, 1992. ISBN 80- 215-0197-9.

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č.100/2006 ktorou sa ustanovujú požiadavky na prírodnú liečivú vodu a prírodnú minerálnu vodu, podrobnosti o balneologickom posudku, rozdelenie, rozsah sledovania a obsah analýz prírodných minerálnych vôd a ich produktov a požiadavky pre zápis akreditovaného laboratória do zoznamu vedeného Štátnou kúpeľnou komisiou

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 101/2006 ktorou sa ustanovuje minimálne materiálno technické a personálne vybavenie prírodných liečebných kúpeľov a kúpeľných liečební a ustanovujú indikácie podľa prírodných liečivých vôd a klimatických podmienok vhodných na liečenie

Zákon SR č.538/2005 Z.z. o prírodných liečivých vodách, prírodných liečebných kúpeľoch, kúpeľných miestach a prírodných minerálnych vodách a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon SR č.577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti. Príloha č.6 k zákonu 577/2004 Z.z. v znení zákona 661/2007 Z.z.

Kontaktná adresa autorky:
Mgr. Dagmar Vavrová
SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a. s.
Winterova 29, 921 29 Piešťany
dagmar.vavrova@spapiestany.sk

MULTIKULTÚRNE ASPEKTY OŠETROVATEĽSTVA

ZAMBORIOVA Mária, SIMOČKOVÁ Viera, SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ Mária

Abstrakt

Cieľom príspevku je priblížiť oblasť multikultúrneho ošetrovateľstva, poukázať na špecifiká ošetrovania pacientov iných kultúr a zistiť, či existujú rozdiely medzi sestrami vo vybraných zdravotníckych zariadeniach na Slovensku a v Čechách v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva. Potrebné informácie sme získavali prostredníctvom neštandardizovaného dotazníka. Analýzou sa potvrdila štatisticky významná závislosť medzi úrovňou vedomostí v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva, v znalostiach špecifík pri ošetrovaní pacienta iného etnika a charakterom prekážok u sestier v Českej a v Slovenskej republike pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta iného etnika.

Kľúčové slová: Multikulúrna výchova. Multikultúra. Ošetrovateľstvo. Sestra.

Úvod

Kultúrne hodnoty, ktoré v sebe nosíme, vyjadrujeme našimi vzormi správania sa, spôsobom komunikácie, ako sa obliekame, zdravíme, stolujeme, ako sa staráme o svoje zdravie, ako reagujeme na ochorenie. Z kultúry sme zdedili aj to, ako predchádzame chorobám, ako a čím sa snažíme liečiť predtým, než navštívime lekára, akými slovami mu opisujeme subjektívne ťažkosti pri ochorení. Sú však situácie, keď sa človek ocitne uprostred inej kultúry, mimo svojho tradičného prostredia.

Jednou z hlavných úloh ošetrovateľstva je uspokojovanie potrieb jednotlivca, rodiny a komunity s cieľom udržať optimálny zdravotný stav a tým zlepšiť kvalitu života. V centre záujmu ošetrovateľstva pri uplatňovaní celostného prístupu k človeku je preto pochopenie ľudských potrieb v celej ich zložitosti a to biologickej, psychickej a sociálnej determinovanosti. Poznanie interkultúrnych charakteristík jednotlivých národov a kultúr je dôležitou súčasťou komunikačných kompetencií vo všetkých spoločenských oblastiach a teda i v zdravotníctve.

Vychádzajúc z ošetrovateľskej praxe nám vyplýva nutnosť poznať a správne pochopiť iné kultúry, aby sme mohli správne poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť.

S pojmom multikultúrne ošetrovateľstvo súvisí aj pojem transkultúrne, sú to výrazy často používané, ale niektorí autori rozlišujú ich významné špecifiká. Transkultúrne ošetrovateľstvo je oblasť teórie a praxe orientovaná na porovnávanie kultúrnej starostlivosti, významu viery, presvedčenia hodnôt a praktík jednotlivca alebo skupín rovnakých či odlišných kultúr. Jeho cieľom je poskytovať kultúrne zhodnú a diferencovanú starostlivosť zdravým alebo chorým osobám a pomáhať im zvládať nepriaznivé podmienky, chorobu či umieranie kultúrne vhodným spôsobom (Žiaková a kol., 2009).

„Cieľom transkultúrneho ošetrovateľstva je poskytovať profesionálnu ošetrovateľskú starostlivosť nielen s ohľadom na zvyky, náboženské presvedčenia a životné hodnoty ale aj s vedomosťami o biologických odlišnostiach“ (Košková, Eliášová, 2006, s. 37).

Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti musí byť v súlade s Listinou ľudských práv a Európskou chartou práv pacienta. Dodržiavanie práv pacientov si vyžaduje zapojenie zdravotníckych pracovníkov, ale aj riadiacich pracovníkov, vlád, zákonodarných a správnych orgánov. Medzikultúrna komunikácia má významnú úlohu v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. V poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa preto očakáva, že zdravotníci budú schopní používať v profesionálnom živote cudzie jazyky, ale najmä budú vedieť dešifrovať transkultúrne neverbálne prejavy svojich klientov. Pre úspešnú komunikáciu platia nasledujúce opatrenia: vnímať každého klienta ako jedinečnú individualitu, vyčleniť si dostatok času pre klienta, zopakovať informácie aj viackrát, zistiť v akom jazyku je možná komunikácia, používať jednoduché slová a vety, hovoriť zreteľne, pomaly, naučiť sa základné slová v klientovom jazyku, overiť si pochopenie podanej informácie, všímať si prejavy neverbálnej komunikácie, zistiť slová, ktorým pacient určite rozumie a adekvátne ich používať, zabezpečiť komunikáciu cez tlmočníka, každý problém riešiť s ohľadom na etiku a kultúrne zvláštnosti klienta a informácie dopĺňať obrázkami, schémami, orientačnými tabuľami (Derňárová, Andraščíková, 2008). Podstatou bytia kultúry je sebaprehlbovanie sa človeka na čo je potrebná interkultúrna komunikácia medzi jednotlivými kultúrami. Interkultúrna komunikácia sú osobitosti typické pre danú kultúru, znalosť respektíve neznalosť kultúrnych odlišností vyplývajúcich z kultúrneho prostredia. Hlavné prvky, ktoré ovplyvňujú kvalitu interpersonálnej komunikácie sú komunikačné vedomosti, kultúrne vplyvy, umenie počúvať, kriticky myslieť, moc a etika (Laca, 2012).

Ciele

Migrácia neustále stúpa a v zdravotníckych zariadeniach na celom svete sa stále viac a viac stretávame s príslušníkmi jednotlivých skupín. Preto sme sa rozhodli zaoberať týmto problémom z pohľadu sestier a zistiť aké vedomosti a skúsenosti majú sestry na Slovensku a v Čechách s danou problematikou.

Metodika

Pre získanie údajov v našom prieskume sme zvolili metódu neštandardizovaného dotazníka. Na Slovensku bolo rozdaných 100 dotazníkov (návratnosť 93 dotazníkov – 93 %-ná) a v Čechách 50 dotazníkov (návratnosť 43 dotazníkov – 86 %-ná). Prieskum sme realizovali v časovom horizonte december 2014 – január 2015 a to po získaní písomného súhlasu. Pre spracovanie údajov sme využili štatistický program Statistica. Overenie hypotéz sme realizovali pomocou Studentovho T – testu pre nezávislé výbery.

Charakteristika súboru

Prieskumný súbor tvorilo 136 respondentov a to 93 sestier z nemocnice v Krompachoch zo Slovenskej republiky a 43 sestier z nemocnice v Ostrave z Českej republiky. Sestry boli zaradené do prieskumnej vzorky na základe zámerného výberu, s rôznou dĺžkou odbornej praxe, rôzneho veku a s rôznym stupňom vzdelania. V SR 30% sestier má odbornú prax od 11-20 rokov, 29 % sestier od 21-30 rokov, 18 % sestier od 6-10 rokov, 16 % sestier viac ako 30 rokov a 6 % sestier do 5 rokov praxe. V ČR 42 % sestier pracuje v rozmedzí od 6-10 rokov, 30 % sestier do 5 rokov, 14 % sestier od 21-30 rokov, 9 % sestier pracuje viac ako 30 rokov a 5 % sestier od 11-20 rokov.

Výsledky

Pri nasledujúcom spracovaní odpovedí respondentov sme sa zamerali na overenie hypotézy, kde predpokladáme, že existuje štatisticky významná závislosť medzi úrovňou vedomostí v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva u sestier v Českej a Slovenskej republike. s využitím. České sestry disponovali širším penzom vedomostí o jednotlivých kultúrach, než slovenské sestry.

Tabuľka 1 T-test pri posudzovaní úrovne vedomosti v skupine sestier ČR a SR

Úroveň vedomosti o multikultúrnom ošetrovateľstve					
AM (1)	**AM (2)**	**SD (1)**	**SD (2)**	**t**	**p**
8,66000	8,16000	1,165324	1,098392	3,12229	**0,002063

Pri analýze výsledkov sa nám prostredníctvom t-testu potvrdila štatisticky významná závislosť medzi úrovňou vedomostí v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva u sestier v Českej a Slovenskej republike na hladine α=0,01, kde p=0,002063.

Ďalej sme predpokladali, že existuje štatisticky významná závislosť v znalostiach špecifík pri ošetrovaní pacienta iného etnika u sestier v Českej a v Slovenskej republike.

Tabuľka 2 T-test pri posudzovaní špecifík ošetrovania pacienta iného etnika z pohľadu skupiny sestier ČR a SR

Špecifiká ošetrovania pacienta iného etnika					
AM (1)	**AM (2)**	**SD (1)**	**SD (2)**	**t**	**p**
12,2	11,78	1,12815	1,14221	2,61614	**0,00958

Na základe vyhodnotenia T – testu môžeme potvrdiť štatisticky významnú závislosť medzi skupinou sestier ČR a SR, kde sestry z Čiech mali väčšie znalosti o špecifikách pri ošetrovaní pacienta iného etnika Pomocou t-testu sme taktiež overovali hypotézu, kde sme predpokladali, že existuje štatisticky významná závislosť medzi charakterom prekážok u sestier v Českej a v Slovenskej republike pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta iného etnika.

Tabuľka 3 T-test posudzovania charakteru prekážok v skupine sestier ČR a SR

Charakter prekážok pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti					
AM (1)	**AM (2)**	**SD (1)**	**SD (2)**	**t**	**p**
19,53	10,95	13,66	6,19	2,00312	*0,04801

Potvrdila sa štatisticky významná závislosť medzi charakterom prekážok u sestier v Českej a v Slovenskej republike pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta iného etnika.
Pri ošetrovaní pacienta z inej kultúry sme sa stretli s odmietavým postojom pacienta v SR 73 % sestier áno, 2 % sestier určite áno pri ošetrovaní pacienta z inej kultúry. 15 % sestier uviedlo nie a 1 % sestier určite nie. Sestry v ČR: 40 % sestier uviedlo áno, 7 % sestier uviedlo určite áno, 21 % sestier nie a 21 % sestier určite nie.
Pripravenosť sestier poskytovať starostlivosť pacientom iných kultúr deklarovalo v SR 16 % sestier určite áno, 30 % áno, 30 % nie a 3 % určite nie. V ČR 9 % sestier odpovedalo určite áno, 12 % áno, 35 % nie a 37 % sestier určite nie.
Pri zisťovaní, či je najčastejším dôvodom nerešpektovania špecifických potrieb pacientov jazyková bariéra odpovedalo v SR až 26 % sestier určite áno, 57 % sestier áno a v ČR 42 % sestier určite áno, 40 % sestier áno. Opačný názor v SR má 9 % sestier nie, 2 % sestier určite nie a v ČR 12 % nie a 5 % sestier určite nie.

Diskusia

Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti je založená na uspokojovaní individuálnych potrieb pacientov, čo vyžaduje ošetrovateľský personál, ktorý má zodpovedajúce vlastnosti a schopnosti. Skúsenosti z praxe však ukazujú, že práve v tejto oblasti ľudských potrieb sestrám chýbajú potrebné vedomosti a vzdelanie.
Cieľom vzdelávania v multikultúrnom ošetrovateľstve je výchova novej generácie, ktorá má potrebné vedomosti a holistický pohľad na človeka. Ak hovoríme o multikultúrnom vzdelávaní, doslovne ide o proces získavania vedomostí, postojov alebo správania, ktoré sú spojené s interakciou s odlišnými kultúrami. Môžeme konštatovať, že cieľom multikultúrneho vzdelávania je zvýšenie uvedomenia o prínose multikultúrnej spoločnosti, o sile rozdielov, ktoré takáto spoločnosť prináša. Začiatkom tejto cesty je poznanie vlastnej kultúry, spôsobu správania, zvykov a presvedčení, aby sme mohli bez pocitu ohrozenia spoznávať aj tých druhých a oceniť rozdiely a odlišnosti v našich kultúrach. Z výsledkov nášho prieskumu môžeme usúdiť, že 49 % sestier ČR má vedomosti v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva, kým v SR má len 23 % sestier.
Vo výskume Pitekovej a Gerlichovej (2011) s termínom multikultúrne ošetrovateľstvo sa stretlo 64 (64 %) respondentov celého súboru a 36 (36 %) respondentov sa nestretlo. Tieto výsledky svedčia o tom, že vedomosti sestier v našom prieskume v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva sú na veľmi nízkej úrovni.

Karásková (2010), zistila, že vedomosti z multikultúrneho ošetrovateľstva považuje za dôležité 30 respondentov (43 %), predovšetkým z dôvodu pochopenia odlišnej kultúry a 8 respondentov (11 %) by uvítalo materiály s touto problematikou priamo na oddelení. Vedomosti z multikultúrneho ošetrovateľstva nie sú dôležité pre 26 sestier (37 %) a 6 sestier (9 %) uviedlo, že by sa mal príslušník odlišnej kultúry prispôsobiť danej kultúre. Zábojníková (2012) sa vo výskume zamerala na multikultúrny prístup zdravotníkov. Pozornosť venuje otázke multikultúrneho prístupu k starostlivosti o zdravie, kde aktívny záujem uviedlo 121 respondentov (79 %) a nezáujem o túto problematiku 32 (21 %) respondentov.

Z výsledkov vyplynulo, že sestry v Českej republike majú viac vedomostí o multikultúrnom ošetrovateľstve ako sestry v Slovenskej republike.

Jazyk je jedným z najdôležitejších komponentov etnicity. Najčastejším dôvodom nerešpektovania špecifických potrieb pacientov, ako uvádza 83 % sestier SR a 82 % sestier ČR, patrí jazyková bariéra. Aj Uhýrková (2011) zdôrazňuje, že najväčším problémom pri ošetrovaní pacienta z inej kultúry je jazyková bariéra. V jej výskume to potvrdilo 29 % respondentov. Pri spolupráci s pacientom Scholtzová (2011) zistila, že najväčšou prekážkou je jazyková bariéra. Potvrdilo to 73 % slovenských sestier a 77 % českých sestier. Z celkového počtu 134 (100 %) respondentov vo výskume Uhýrkovej (2011), 21 (15,67 %) respondentov vidí problémy v komunikácii s cudzincom vždy, 102 (76,12 %) respondenti uviedli občasné problémy v komunikácii s cudzincom. 10 (7,46 %) respondentov uviedlo, že nemá žiadne komunikačné problémy, 1 (0,75 %) respondent nevidí žiadny rozdiel v komunikácii s cudzincom. Úlohou je poskytnúť starostlivosť cudzincom v súlade s ich zvykmi a tradíciami, pričom umožňuje sestrám disponovať vedomosťami o multikultúrach. Pretože každému pacientovi by mala byť starostlivosť poskytnutá individuálne, je dôležité prihliadať i na jeho spôsob života a zvyklosti.

Pre väčšinu sestier je podľa výskumov najväčšou prekážkou v komunikácii s pacientom jazyková bariéra. Rôznorodosť jazykov vždy spôsobovala dorozumievacie problémy. Ľudia síce môžu technicky zvládnuť iný jazyk, aj napriek tomu však nemusia porozumieť kultúre národa či etnika a tým môžu vznikať interkultúrne komunikačné bariéry. Uvedomenie si problému a bariéry v komunikácií, je prvým krokom k tomu, aby sme ju prekonali a vedeli sa s ňou vyrovnať. Na oddeleniach, kde pracujú sestry zúčastnené v našom prieskume v plnej miere sa rešpektujú špecifické potreby pacientov inej kultúry. Vyjadrilo to 73 % sestier zo SR a 70 % sestier z ČR. Ruddock a Turner (2007) v dánskej štúdii poukazujú na fakt, že napriek tomu, že sa v priebehu posledných rokov stalo veľa krajín multikultúrnymi, zdravotný systém a zdravotnícke vzdelávanie je stále zamerané tzv. monokultúrne, na potreby dominantnej

kultúry rovnako. Európske transkultúrne ošetrovateľstvo, rovnako, ako svetové transkultúrne ošetrovateľstvo vychádza z Leiningerovej teórie, má však i svojich vlastných autorov. Začiatok 90. rokov minulého storočia zaznamenal rozvoj transkultúrneho ošetrovateľstva vo Veľkej Británii, a to predovšetkým v prácach Kate Gerrish, ktorá realizovala niekoľko empirických štúdií v transkultúrnom ošetrovateľstve, Ireny Papadopoulous, ktorá vytvorila model kultúrnych kompetencií pre transkultúrnu ošetrovateľskú starostlivosť a vzdelávanie v ošetrovateľstve a Patricie McGee, ktorá poskytuje poradenstvo pre transkultúrne zdravotnícke vzdelávanie a prax (Narayanasamy, 2006). Za posledných 10 rokov vzrástol počet publikovaných výskumných štúdií európskych autorov z oblasti starostlivosti o pacientov z odlišných kultúr i v Európskom kontexte. Európskou organizáciou zastrešujúcou transkultúrne ošetrovateľstvo je ETNA (European Transcultural Nursing Association) (Zeleníková, Vrublová, 2011). Otázkou je, či ponímanie transkultúrneho ošetrovateľstva tak, ako je chápané prostredníctvom Transcultural Nursing Society (Transkultúrnou ošetrovateľskou spoločnosťou), je vhodné i pre európsku populáciu, v ktorej je historický kontext vytvárania multikultúrnych spoločností odlišný od spoločností, v ktorých tento koncept pod vedením M. M. Leiningerovej vznikal. Základný rozdiel medzi multikultúrnou spoločnosťou USA, či Austrálie a európskymi spoločnosťami je ten, že v európskych krajinách je stále jasné, kto je domácou kultúrou a kto cudzou.

Výsledky medzinárodnej delfskej štúdie (Jirwe et al., 2009), do ktorej boli zapojené švédske, britské, írske a americké univerzity dospeli k záveru, že i keď existuje podobnosť medzi britským a americkým rámcom v oblasti transkultúrneho ošetrovateľstva, európski experti kladú menší dôraz na etnohistóriu, než v Spojených štátoch amerických. Ťažiskom transkultúrneho prístupu v európskych štátoch je predovšetkým rozvoj transkultúrnych zručností ako prevencia diskrimácie a rasizmu. Ako uvádzajú fínske autorky Anita Wikberg a Kate Eriksson (2008), globálny nárast migrácie vo svete sa odráža i v ošetrovateľstve a následnej potrebe nového prístupu k vzdelávaniu, ktoré by reflektovalo i špecifiká pacientov z odlišných kultúr. Anita Berlin vo švédskej štúdii (2010) uvádza, že demografické zmeny populácie vo Švédsku za posledných 60 rokov vytvorili multikultúrnu spoločnosť zloženú z rôznych národností. Najvýraznejšia diverzita obyvateľstva je v hlavnom meste, kde imigranti prvej a druhej generácie tvoria 18% celkového počtu obyvateľov Švédska.

Každá kultúra má svoj vlastný štýl komunikácie, svoje vlastné pravidlá jednania, ktorými sa kultúra riadi. Ako uvádzajú fínske autorky Anita Wikberg a Kate Eriksson (2008), globálny nárast migrácie vo svete sa odráža i v ošetrovateľstve a následnej potrebe nového prístupu k vzdelávaniu, ktoré by reflektovalo i špecifiká pacientov z odlišných kultúr.

Nové migračné trendy v Európe a vo svete za posledné roky úplne zmenili charakter spoločnosti a vyžiadali si i nové prístupy v transkultúrnom ošetrovateľstve (Papadopoulos et al. 2006; Seeleman et al. 2009).

Nové moderné možnosti prepravy ľudí prinášajú nový fenomén, pohybu obyvateľstva a kontaktu s pre nás novými, často nezvyčajnými kultúrami. Táto skutočnosť si vyžiadala i nový prístup k vzdelávaniu v transkultúrnom ošetrovateľstve. Ustupuje sa od širokého skúmania jednotlivých kultúr a ich porovnávania. Uprednostňuje sa flexibilnejšia práca s informáciami o kultúrnej podstate človeka a vzdelávanie v oblasti kultúrnych kompetencií (Berlin et al., 2010; Berlin, Tornkvist, Hylander, 2010; Jirwe, Gerrish, Emami, 2010; Jirwe et al. 2009; Seeleman et al. 2009; Papadopoulos et al. 2006). Anita Berlin vo švédskej štúdii (2010) uvádza, že demografické zmeny populácie vo Švédsku za posledných 60 rokov vytvorili multikultúrnu spoločnosť zloženú z rôznych národností. Švédske sestry zapojené do štúdie udávali, že sa stále častejšie stretávajú i s kultúrami, ktoré sú pre nich úplne nové. Uvádzali obavy z profesionálneho pochybenia pri starostlivosti o klienta z kultúry, o ktorej nič nevedia. Ďalej popisovali pocity nedostatočnej profesionálnej satisfakcie, pretože si v tom, čo robia neboli pri ošetrovaní klienta z inej kultúry istí.

Pri stretnutí sestry a pacienta z odlišných kultúrnych pozadí, pacient nie vždy vníma starostlivosť ako skutočnú starostlivosť. Pacientove očakávania nemusia byť naplnené. Sestry sa môžu cítiť frustrované, obzvlášť ak musia prekonávať jazykové problémy a odlišné kultúrne hodnoty a názory.

Záver

Základnou úlohou pri ošetrovaní príslušníkov inej kultúry by mala byť podpora, udržanie a prinavrátenie zdravia individuálnymi, kultúrne špecifickými spôsobmi a kultúrna ohľaduplnosť.

Objektom práce sestry je človek, a preto v jej práci má veľký význam dodržiavanie žiaducich foriem jednania vo vzťahu k pacientovi, jeho rodine či komunite. Predovšetkým si musí uvedomiť okamžité potreby pacienta vyplývajúce z jeho stavu, na ktoré musí reagovať pohotovo, správne, ale aj humánne. Aspekty ošetrovania príslušníkov iných kultúr sú špecifické a vyžadujú od sestry poznanie a kultúrnu akceptáciu, vďaka ktorej je možná spolupráca. Od sestry ako nositeľa profesionálneho systému starostlivosti sa spoločensky očakáva, že práve ona vie, akceptuje a vytvára ústretové intervencie voči príslušníkom iných kultúr.

Umenie efektívnej komunikácie nespočíva len v tom, že sa dokážeme dobre vyjadriť, ale je nutné vedieť ľudí počúvať a priviesť ich k tomu, aby sa rozhovorili. Všade na svete sú ľudia, ktorí si myslia, že iba ich kultúrne normy a obyčaje sú správne a pravdivé. Zvyky, hodnoty a normy jednej kultúry by nemali byť hodnotené podľa inej kultúry. Je nanajvýš potrebné učiť sestry tolerancii, ktorá je v súčasnom, cudzím kultúram čoraz otvorenejšom svete, nevyhnutná. Mali by sme sa teda snažiť spoznať, pochopiť a tolerovať všetky kultúry, s ktorými sa stretneme a poskytovať vhodnú, účinnú a individualizovanú ošetrovateľskú starostlivosť.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BERLIN, A., et al. 2010. Cultural Competence Among Swedish Child Health Nurses After Specific Training: A Randomized Trial. In Nursing and Health Sciences. ISSN 1442-2018, 2010, Vol.12, No.3, p.381 – 391.

BERLIN, A., TORNKVIST, L, HYLANDER, I. 2010. Watchfully checking raport with the Primary Child Health Care nurses – a theoretical model from the perspective of parents of foreign origin. In BMC Nursing. ISSN 1472-6955, 2010, Vol. 9, No.14, p. 2-10.

DERŇÁROVÁ, Ľ., ANDRAŠČÍKOVÁ, Š. 2008. *Vybrané kapitoly z manažérskej komunikácie v ošetrovateľskej praxi.* Prešov: FZO, 2008. 172 s. ISBN 978-80-8068-818-9.

JIRWE, M., et al. 2009. Identifying the Core Components of cultural competence: finding from a Delphi study. In Journal of Clinical Nursing. ISSN 1365-2702, 2009, Vol.18, No 8, p.2622- 2634.

JIRWE, M. – GERRISH, K. – EMAMI, A. 2010. Student Nurses´ Experiences of Communication in Cross-cultural Care Encounters. In Scandinavian Journal of Caring Sciences. ISSN 0283-9318, 2010, Vol. 24, No. 3, p.436 – 444.

KARÁSKOVÁ, L. 2010. *Specifiká ošetřovatelské péče u pacienta jiné kultúry, etnika.* Pardubice: Fakulta zdravotníckych studií. 2011.Bakalárska práca. 52 s.

KOŠKOVÁ, J., ELIÁŠOVÁ, A. 2006. Transkultúrne ošetrvateľstvo a jeho zakladateľka Madeleine Leiningerová. In: *Molisa. Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša.* Prešov: FZO, 2006. ISBN 978-80-8068-480-8, s. 35-37.

LACA, S. 2012. Interkultúrna komunikácia ako prostriedok humanizácie vzdelávania. In: *Multikultúrny dialóg v pomáhajúcich profesiách. Zborník.* Michalovce, 2012. ISBN 978-80-89542-15-4, s. 156-162.

NARAYANASAMY, A. 2006. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. In Journal of Clinical Nursing. ISSN 0962-1067, 2006, Vol.15, No. 7, p. 840- 851.

PAPADOPOULOS, I., HELMAN, C., PURNELL, L. 2006. Transcultural Health and Social Care. Developing of Culturally Competent Practicioners. 1st. ed. London: Elsevier, 2006. 351 p. ISBN 0-443-10131-0.

PITECHOVÁ, M., GERLICHOVÁ, K. 2011. Skúsenosti sestier pri poskytovaní starostlivosti pacientom iných etník na Slovensku. In: *Biele srdce vo farebnom svetle. Zborník.* Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2011. ISBN 978-80-8082-488-4, s.120-128.

RUDDOCK, H. C., TURNER, dS. 2007. Developing Cultural Sensitivity: Nursing students´experiences of Study Abroad Programme. In Journal of Advanced Nursing. ISSN 1365-2648, 2007, Vol. 59, No. 4, p. 361-369.

SEELEMAN, C., SUURMOUND, J., STRONKS, K. 2009. Cultural Competence: a Conceptual Framework for Teaching and Learning. In Medical Education. ISSN 1365-2923, Vol. 43, p. 229-237.

SCHOLTZOVÁ, E. 2011. *Znalosti všeobecných sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti jedincom rôznych etník.* Brno: Katedra ošetrovateľstva, 2011. Diplomová práca. 80 s.

UHÝRKOVÁ, R. 2011. *Multikulturní ošetřovatelství v přednemocniční neodkladné péči očima záchranářů* Zlín: Fakulta humanitních studií. 2011. Diplomová práca. 98 s.

WIKBERG, A. – ERIKSSON, K. 2008. Intercultural caring. An abductive model. In Scandinavian Journal of Caring Sciences. ISSN 0283-9318, 2008, Vol. 22, No.3, p. 485-496. Kontakt Mgr. Jana Kačorová Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik Slezská univerzita v Opavě Hauerova 4, 746 01Opava jana.kacorova@fvp.slu.cz 104

ZÁBOJNÍKOVÁ, J. 2012. *Specifiká ošetřovatelské péče o pacienta židovského vyznání.* Plzeň: Fakulta zdravotních studií, 2012. Bakalárska práca. 55 s.

ZELENÍKOVÁ, R., VRUBLOVÁ, Y. 2011. Transkulturní ošetřovateltsví. In Ošetřovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 129-166 s. ISBN978-80-247-3558-0.

ŽIAKOVÁ, K. et al. 2009. *Ošetrovateľský slovník.* Martin: Osveta. 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

Kontaktná adresa:

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD.
Ústav ošetrovateľstva
Lekárska fakulta
Univerzita P. J. Šafárika
Tr. SNP 1
040 01 KOŠICE

doc. PhDr. PaedDr. Viera Simočková, PhD.
Katolícka univerzita
Fakulta zdravotníctva
Námestie Anrdeja Hlinku 48
034 01Ružomberok

PhDr. Mária Sováriová Soósová, PhD.
Ústav ošetrovateľstva
Lekárska fakulta
Univerzita P. J. Šafárika
Tr. SNP 1
040 01 KOŠICE

Recenzia

Dielo: Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami
Zostavovateľ: PhDr. Viera Hulková, PhD.,
Autor: Kolektív autorov
Charakter: konferenčný zborník

Teórie kultúrnej starostlivosti sú založené na rôznorodosti a jedinečnosti. Kultúrne orientovaná starostlivosť je holistická brána vo vedomostiach v objasňovaní, interpretovaní a predvídaní fenoménov ošetrovateľskej starostlivosti aj v oblasti riadenia ošetrovateľských rozhodnutí a v uplatňovaní metódy ošetrovateľského procesu. Prospešná, uzdravujúca a uspokojujúca kultúrna starostlivosť ovplyvňuje zdravie osoby, rodiny a komunít v ich environmentálnom prostredí. Kúpeľné prostredie predstavuje špecifické prostredie na poskytovanie kultúrne odlišnej starostlivosti. Obsah konferenčného zborníka má originálny charakter. Jeho zameranie je monotematické. Publikované príspevky sa vyznačujú vysokou aktuálnosťou a kvalitným spracovaním. Spracované sú výsledky základných výskumov z oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva v medzinárodnom kontexte. Pozornosť je venovaná ošetrovateľskej starostlivosti v kúpeľnej liečbe. Jazyk a štylistika textov je štandardná. Autori príspevkov sú osoby z klinickej praxe, akademici, študenti ev. absolventi vysokoškolského vzdelávania na Slovensku a v niektorých z krajín EÚ. Ich diela majú odborný charakter bez prvkov a znakov vedeckých objavov, ktorých spracovanie si vyžaduje vysokú odbornú kvalifikáciu. Spôsob spracovanie príspevkov má vyššiu kvalitatívnu úroveň. Dôraz sa kladie na multikultúrne ošetrovateľstvo ako vedu o humánnom rozmere starostlivosti, v ktorom centre stojí služba jednotlivcom, skupinám, komunitám, spoločnostiam a inštitúciám. Pozitívne hodnotím grafickú úpravu zborníka. Dielo je vhodné na publikáciu. Odporúčam jeho registráciu podľa kritérií centrálnej registrácie publikovaných diel v kategórií „BF“. Texty je možné použiť v procese sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Potreby praxe potvrdzujú nevyhnutnosť zaradiť do študijného programu ošetrovateľstvo problematiku multikultúrneho ošetrovateľstva. V ošetrovateľskej praxi to bude pre sestru a ostatných ošetrujúcich znamenať spokojnosť zo strany pacienta, zvýšenie profesionálnej prestíže a ochranu pacienta od kultúrneho šoku. Ten môžu prežívať cudzinci, emigranti, ktorí sa ťažko adaptujú na nové podmienky a majú problém v interakcii s príslušníkmi inej kultúry.

V Rožňave, 20.10.2015 prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.,
recenzent

Recenzní posudek

Recenzent: **doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD.**
Název sborníku: **Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami**
Kolektiv autorů

Název sborníku, včetně jednotlivých příspěvků plně odpovídá jejich obsahu.

Předložená témata jednotlivých příspěvků jsou vysoce aktuální, zpracovaná na velmi dobré úrovni, jak po stránce odborné, tak stylistické, grafické i jazykové.

Struktura jednotlivých příspěvků (úvod, jednotlivé časti – podkapitoly, závěr) je vhodně koncipovaná. Seznam použité literatury u jednotlivých příspěvků je přiměřený,

Jednotlivé příspěvky budou bezesporu využitelné a přínosné pro ošetřovatelskou praxi, dále pak jako studijní materiál v rámci celoživotního vzdělávání sester.

V Příbrami 29.10.2015 Kalátová v.r.



Ďakujeme všetkým, ktorí podporili realizáciu celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou - Piešťanský deň ošetrovateľstva v dňoch 12.-13. novembra 2015.

Ústredné témy: Multikultúrne ošetrovateľstvo.

Ošetrovateľská starostlivosť v kúpeľnej liečbe.

EAN 9788081321375

9788081321375