

HRINDOVÁ, T., LECZOVÁ, D. 2015. **Vplyv absolvovania špecializačného štúdia ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii na autonómny výkon špecifických intervencií sestrou v praxi.** In: Kolektív autorov. *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo III.* Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna Příbram (Česká republika), Detašované pracovisko bl. Sároly Salkaházi Rožňava, 2015, s. 78-103.

VPLYV ABSOLVOVANIA ŠPECIALIZAČNÉHO ŠTÚDIA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ V PSYCHIATRII NA AUTONÓMNY VÝKON ŠPECIFICKÝCH INTERVENCIÍ SESTROU V PRAXI

Abstrakt

V príspevku predstavujeme výsledky výskumu, ktorého hlavným cieľom bolo zistiť vplyv špecializačného štúdia Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii na samostatný výkon vybraných intervencií sestrami v praxi, pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s duševným ochorením. Súbor respondentov tvorili sestry pracujúce v piatich psychiatrických nemocniciach v Slovenskej republike. Použili sme batériu 6 dotazníkov. Z výsledkov nášho výskumu vyplýva, že na frekvenciu autonómneho výkonu špecifických intervencií sestrou má vplyv predovšetkým jej subjektívne hodnotená pripravenosť tieto intervencie vykonávať. Táto subjektívna pripravenosť však podľa našich výsledkov nesúvisí s absolvovaním špecializačného štúdia. Samotné absolvovanie špecializačného štúdia tak nevedie k zvýšeniu frekvencie autonómneho výkonu vybraných intervencií sestrou.

Kľúčové slová

Kompetencie. Kvalifikácia. Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii. Sestra. Špecializačné štúdium. Špecifické intervencie.

Abstract

In the paper we present the results of research, whose main objective was to investigate the impact of specialized study in psychiatric nursing care to independent performance of selected interventions by nurses in practice, when providing nursing care to patients with mental illness. Participants consisted of nurses working in five psychiatric hospitals in the Slovak Republic. We used a battery of 6 questionnaires. The results of our research show that the frequency of the autonomous performance of specific interventions implemented by nurse is primarily influenced by her subjectively assessed readiness to implement these interventions. This subjective readiness is not related to passing the specialized study. The completion of the specialized study itself does not lead to an increase in the frequency of autonomous performance of selected interventions by nurse.

Keywords

Competence. Qualification. Nursing care in psychiatry. Nurse. Specialized study. Specific interventions.

Úvod

Svetová zdravotnícka organizácia (In: Judinčaková, Dysková, Žemličková, 2012, s. 68) definovala povolanie sestry takto: „Sestra je osoba, ktorá je formálne uvedená do ošetrovateľského vzdelávacieho programu, náležite uznaného v krajine, v ktorej sa nachádza, úspešne ukončila predpísané štúdium ošetrovateľstva a získala požadovanú kvalifikáciu pre získanie diplomu alebo legálne oprávnenie na vykonávanie ošetrovateľskej praxe. Sestra pomáha jedincom, vrátane pacientov, rodín a skupín, pri delimitovaní a presadzovaní svojho fyzického, mentálneho a sociálneho potenciálu, v zhode s prostredím, v ktorom žijú a pracujú. Sestra potrebuje kvalifikáciu na rozvoj a vykonávanie činností, ktoré slúžia podpore a udržaniu zdravia a predchádzaniu chorobám. Sestra podporuje aktívne zapájanie sa jednotlivcov, vrátane pacientov a ich rodín, priateľov, sociálnych skupín a verejnosti do všetkých aspektov zdravotníckej starostlivosti a tak podporuje ich sebadôveru a samorozhodovanie v procese tvorby zdravého prostredia.“ Z uvedeného vyplýva, že sa od sestry očakáva, aby vykonávala činnosti a funkcie, ktoré podporujú a udržiavajú zdravie, ale aj činností vedúce k predchádzaniu ochoreniam. Aby sestra poskytovala adekvátnu ošetrovateľskú starostlivosť, musí mať odbornú spôsobilosť (Kilíková, Jakušová, 2008). Nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z. z o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania v §2 uvádza, že odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností sa získava špecializačným štúdiom v špecializačných odboroch uvedených v prílohe tohto nariadenia. Špecializované pracovné činnosti sú tie, ktoré zodpovedajú zameraniu špecializačného odboru a ktoré zdravotnícky pracovník vykonáva samostatne po získaní diplomu o špecializácii. V súvislosti s psychiatrickým ošetrovateľstvom môžu sestry absolvovať špecializačné štúdium v odbore Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii. V tomto odbore sa pripravujú špecialisti v psychiatrickom ošetrovateľstve. Sestra, špecialistka v psychiatrickom ošetrovateľstve, je kompetentná vykonávať špecializované činnosti v psychiatrickej ošetrovateľskej starostlivosti v oblasti prevencie, diagnostiky, terapie, edukácie pacientov, vzdelávania sestier, riadenia, výskumu a kontroly kvality psychiatrickej ošetrovateľskej starostlivosti. V rámci praktických skúseností, ktoré sú uvedené v Minimálnom štandarde špecializačného štúdia v odbore Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii, sú uvedené techniky so zameraním na diagnostické, terapeutické, psychoterapeutické, rehabilitačné a výchovné metódy v oblasti psychiatrického ošetrovateľstva, kontinuálne monitorovanie, validné dokumentovanie správania pacienta, nácvik techník komunikácie. Takto definované metódy neposkytujú dostatočný prehľad o konkrétnych intervenciách, ktoré sestra využíva pri poskytovaní psychiatrickej ošetrovateľskej starostlivosti. Ako uvádzajú Hreňová a Hřindová (2013), medzi konkrétnymi výkonmi, ktoré sestry realizujú pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s duševným ochorením patria biblioterapia, relaxačné techniky, edukačné programy, muzikoterapia, ergoterapia, programy pre seniorov a psychoterapia.

Cieľ práce

Primárnym cieľom nášho výskumu bolo zistiť vplyv špecializačného štúdia v odbore Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii na vybrané aspekty kvality výkonu sestry pri

poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, a zároveň zistiť vzťah vybraných premenných k autonómnemu výkonu ošetrovateľskej praxe v psychiatrii. Čiastkovými cieľmi výskumu bolo zistiť, či:

- absolvovanie špecializačného štúdia Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii má vplyv na frekvenciu využívania meracích škál sestrami, subjektívne hodnotenie pripravenosti sestier realizovať vybrané intervencie a frekvenciu vykonávaných vybraných intervencií;
- na sledované oblasti (frekvenciu využívania meracích škál, frekvenciu využívania vybraných intervencií a subjektívne hodnotenie pripravenosti na samostatný výkon) majú vplyv dĺžka praxe, miera empatie, miera syndrómu vyhorenia a miera subjektívne vnímanej sociálnej opory sestier.

Vzhľadom na stanovené ciele sme hľadali odpovede na nasledujúce otázky:

- Využívajú sestry, ktoré absolvovali špecializačné štúdium Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii meracie škály častejšie ako sestry bez špecializácie?
- Hodnotia subjektívnu pripravenosť samostatne realizovať vybrané intervencie v praxi sestry so špecializáciou vyššie ako sestry bez špecializácie?
- Existuje vzťah medzi subjektívne hodnotenou pripravenosťou využívať vybrané intervencie v praxi a frekvenciou ich využívania?
- Má absolvovanie špecializácie vplyv na frekvenciu vykonávania vybraných intervencií sestrou?
- Majú na sledované premenné (frekvenciu využívania meracích škál, frekvenciu využívania vybraných intervencií a subjektívne hodnotenie pripravenosti na samostatný výkon) vplyv dĺžka praxe, miera empatie, miera syndrómu vyhorenia a miera subjektívne vnímanej sociálnej opory sestier?

Súbor

Výskum sme realizovali v piatich zdravotníckych zariadeniach na Slovensku – Psychiatrickej nemocnici P. Pinela v Pezinku, Psychiatrickej nemocnici Veľké Zálužie, Psychiatrickej nemocnici Prof. Matulaya v Kremnici, Psychiatrickej nemocnici Hronovce a Psychiatrickej nemocnici Michalovce, n. o. Tento výber zdravotníckych zariadení bol zámerný, pretože ide o špecializované nemocnice, ktoré majú podobnú organizačnú štruktúru a dá sa predpokladať aj porovnateľná úroveň poskytovaných zdravotníckych služieb. V každej z menovaných nemocníc sme oslovili so žiadosťou o spoluprácu 50 sestier. Vstupnými kritériami pre zaradenie sestry do výskumného súboru bola predovšetkým ochota spolupracovať na výskume, ukončené vzdelanie v odbore ošetrovateľstvo a prax minimálne 1 rok na psychiatrickom oddelení.

Skupinu sestier, ktoré boli zaradené do výskumu tvorilo 242 respondentov, z čoho bolo 7,4% mužov a 92,6 % žien. Vekové rozpätie respondentov bolo 20 až 65 rokov, s vekovým priemerom

44 rokov. Priemerná dĺžka praxe na psychiatrickom oddelení u našich respondentov sa pohybovala v rozmedzí 1 až 45 rokov, s priemerom 17,8 roka. Napriek tomu, že v Slovenskej republike sa v súčasnosti sestry pregraduálne vzdelávajú na vysokých školách, najväčšie zastúpenie v našej skupine mali sestry s ukončeným stredoškolským vzdelaním na strednej zdravotníckej škole a taktiež viac ako polovica sestier zo súboru mala absolvované špecializačné štúdium v odbore Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii. Prehľad základných demografických údajov o výskumnom súbore uvádzame v tabuľke č. 1.

Tab.1 Demografické charakteristiky výskumného súboru

		N	%	
Spolu		242	100	
Pohlavie	Muži	18	7,4	
	Ženy	224	92,6	
Vzdelanie	Stredoškolské – SZŠ	168	69,4	
	Vysokoškolské I. st. (Bc.)	33	13,6	
	Vysokoškolské II. st. (Mgr.)	37	15,3	
	Vysokoškolské III. st. (PhDr., PhD.)	4	1,7	
Špecializácia	so špecializáciou	158	65,3	
	bez špecializácie	84	34,7	
Zariadenie	Michalovce	46	19,0	
	Veľké Zálužie	47	19,4	
	Kremnica	48	19,8	
	Pezinok	51	21,1	
	Hronovce	50	20,7	
		Rozpätie	Priemer	SD
Vek		20 – 65	44	9,0
Dĺžka praxe na psychiatrickom oddelení v rokoch		1 – 45	17,8	10,3

Metodika

Vzhľadom na vymedzené ciele a charakter výskumného zámeru sme sa vo výskume rozhodli použiť batériu šiestich metodík, ktoré nám poskytli komplexný pohľad na skúmanú problematiku. Demografický dotazník a Dotazník autonómneho výkonu psychiatrickej ošetrovateľskej praxe sme vytvorili za účelom zistenia nami sledovaných otázok a na overenie našich hypotéz. V prvom dotazníku sme siedmimi položkami zisťovali vstupné identifikačné informácie o respondentoch, vrátane pohlavia, veku, dĺžky psychiatrickej praxe, najvyššieho dosiahnutého vzdelania, ako aj absolvovanie špecializačného štúdia v odbore Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii. V prípade neabsolvovania takéhoto štúdia nás zaujímal tiež dôvod.

Zároveň sme sa respondentov pýtali, či absolvovali zážitkové vzdelávanie v oblasti vybraných špecializovaných intervencií, ako sú napr. muzikoterapia, arteterapia či autogénny tréning.

Dotazník autonómneho výkonu psychiatrickej ošetrovateľskej praxe obsahovo sledoval tri oblasti – frekvenciu využívania vybraných meracích škál a hodnotiacich techník pri posudzovaní pacienta, frekvenciu vykonávania vybraných špecializovaných intervencií a subjektívne hodnotenú schopnosť sestier vykonávať vybrané špecializované intervencie. Opäť sme pracovali so škálami, pričom častot' využívania meracích škál a hodnotiacich techník posudzovali respondenti na štvorstupňovej škále (v rozmedzí od 1 – často, po 4 – nevyžívam a ani nepoznám túto techniku). Pre zistenie frekvencie vykonávania vybraných špecializovaných intervencií sestrami sme zvolili trojstupňovú škálu (v rozmedzí často – občas – nikdy), rovnako ako pri subjektívne hodnotenej schopnosti sestier vykonávať vybrané špecializované intervencie, kde respondenti volili z možností „viem alebo by som vedel/a vykonávať samostatne“, „viem alebo by som vedel/a vykonávať pod vedením skúsenejšieho odborníka“ a „neviem alebo by som si netrúfol/la vykonávať“.

Index interpersonálnej reaktivity (Bánovčinová, Bubeníková, 2011) je škála, ktorú tvorí 28 položiek roztriedených do 4 subškál. Každá zo subškál obsahuje sedem položiek a meria špecifický komponent empatického procesu alebo jeho dôsledkov skôr v zmysle tendencie než v zmysle čistej schopnosti. Subškály sú označené ako: prijímanie perspektívy (PT), empatický záujem (EC), osobný distress (PD) a fantázia (FS).

Dotazník vyhorenia **Burnout Measure (BM)** autoriek Pines a Aronson (In: Křivohlavý, 2012) je metodika zameraná na zisťovanie miery vyhorenia. Obsahuje 21 otázok a je zameraný na tri rôzne aspekty celkového vyčerpania – pocity fyzického vyčerpania, pocity emocionálneho vyčerpania, pocity psychického vyčerpania. Pri každej otázke respondent odpovedá na sedembodovej škále (v rozmedzí od 1 – nikdy do 7 – vždy). Dotazník má dobrú vnútornú konzistenciu a vysokú mieru zhody s výsledkami iných psychologických vyšetrení so spokojnosťou v zamestnaní, vlastným životom a so sebou samým, s fluktuáciou so snahou odísť zo zamestnania, s fyzickými zdravotnými problémami a s pocitmi beznádeje.

Multidimenzionálna škála vnímanej sociálnej opory (The multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) (Zimet, Dahlem, Zimet, Farley, 1988, In: Leczová, 2010) je sebaopisovací inventár, ktorý na 7-bodovej Likertovej škále (1 – vôbec nesúhlasím až 7 – úplne súhlasím) meria vnímanú sociálnu oporu poskytovanú špecifickými zdrojmi – rodina, priatelia a signifikantní druhí (osoby z okolia, ktoré sú pre respondenta významné). Škála pozostáva z 12 položiek, ktoré hodnotia úroveň spokojnosti so sociálnou oporou a umožňuje rozpätie možného skóre od 12 do 84, pričom vyššie skóre indikuje vyššiu úroveň vnímanej sociálnej opory. Škála MSPSS je sebaexploračná, časovo nenáročná a má jednoduché použitie, čím predstavuje ideálny výskumný merací nástroj najmä v prípade limitovaného času a/alebo väčšieho počtu meracích nástrojov administrovaných v rovnakom čase (Zimet a kol., In: Leczová, 2010). V tabuľke č. 2 uvádzame prehľad premenných, ktoré sme sledovali jednotlivými metodikami.

Tab. 2 Zoznam použitých metodík a príslušné skúmané konštrukty

Názov metodiky	Skúmaný konštrukt
Demografický dotazník	základné demografické údaje o respondentoch
Dotazník autonómneho výkonu psychiatrickej ošetrovateľskej praxe	frekvencia využívania vybraných meracích škál a hodnotiacich techník pri posudzovaní pacienta
	frekvencia vykonávania vybraných špecializovaných intervencií
	subjektívne hodnotená schopnosť vykonávať vybrané špecializované intervencie
Index interpersonálnej reaktivity (IRI)	úroveň empatie
Štandardizovaný dotazník vyhorenia – Burnout Measure (BM)	miera syndrómu vyhorenia
Multidimenzionálna škála vnímanej sociálnej opory (MSPSS)	úroveň vnímanej sociálnej opory, poskytovanej špecifickými zdrojmi – rodina, priatelia a signifikantní druhí

Výsledky a diskusia

Za účelom štatistického spracovania získaných údajov sme použili viaceré matematicko-štatistické metódy. Pri štatistickom opise dát sme uplatnili základnú štatistickú deskripciu. Na overenie štatisticky významných rozdielov skúmaných premenných vo výskumnom výbere sme v závislosti od symetrickosti distribúcie použili parametrické testy (t-test pre dva závislé výbery a t-test pre dva nezávislé výbery), resp. Mann-Whitneyho U-test pre dva nezávislé výbery.

V rámci analýzy dát najskôr priblížime výsledky získané z prvej časti nášho dotazníka, v ktorom sme okrem iného zisťovali **dôvody sestier, pre ktoré neabsolvovali špecializačné štúdium v odbore Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii**. Špecializáciu v uvedenom odbore nemá 84 z celkového počtu 242 našich respondentov. Sestry bez špecializácie si v dotazníku volili jednu alebo viac ponúknutých možností, prípadne mohli uviesť iný dôvod. Najvýznamnejším dôvodom, pre ktorý sa sestry rozhodli špecializáciu neabsolvovať boli finančné náklady (36,9 % sestier bez špecializácie), nezanedbateľným dôvodom však bolo aj neumožnenie štúdia zo strany zamestnávateľa (25 % sestier bez špecializácie), ako aj skutočnosť, že štúdium podľa respondentov nemá vplyv na ich pracovné zaradenie (23,8 % sestier bez špecializácie). Najmenej často respondenti uviedli, že špecializačné štúdium neabsolvovali kvôli nezáujmu (7,1 % sestier bez špecializácie) a preto, že takéto štúdium by nemalo vplyv na výkon samostatných ošetrovateľských intervencií (7,1 % sestier bez špecializácie). 18 sestier bez špecializácie (21,4 %) uviedlo, že špecializačné štúdium neabsolvovali z iného dôvodu, pričom najčastejšie uvádzali krátku prax v psychiatrickom ošetrovatelstve v zmysle časového hľadiska pre poradie sestier, ktoré zamestnávateľ vyšle na špecializáciu, absolvovanie špecializačného štúdia v inom odbore v súvislosti predchádzajúcim výkonom ošetrovateľskej praxe, ale aj časovú zaneprázdnenosť a rodinné dôvody.

U respondentov sme tiež zisťovali, **aký druh zážitkového vzdelávania absolvovali**, pričom respondenti mohli uviesť aj viacero možností. Až polovica všetkých respondentov uviedla, že neabsolvovala žiadne zážitkové vzdelávanie. Zo skupiny respondentov so špecializáciou nemá so zážitkovým vzdelávaním žiadne skúsenosti 44,3 % respondentov, pričom zo skupiny respondentov bez špecializácie dokonca až 61,9 % respondentov. Analýza celého súboru ukázala, že najčastejšie majú respondenti skúsenosti so vzdelávaním v oblasti autogénneho tréningu (26,4 % respondentov) a komunikácie (24,4 % respondentov). Najmenej respondentov, len 14 %, absolvovalo zážitkové vzdelávanie v oblasti neverbálnych techník. V rámci možnosti „iné“ respondenti uvádzali najmä zážitkové vzdelávanie v oblasti bazálnej stimulácie, dvaja respondenti absolvovali dlhodobý psychoterapeutický výcvik.

V našom výskume sme zistili, že sestry, ktoré mali absolvované špecializačné štúdium v odbore Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii, vykazovali štatisticky signifikantne viac skúseností so zážitkovým vzdelávaním ako sestry, ktoré toto špecializačné štúdium neabsolvovali ($U = 4777,5$; $p < 0,001$) (tabuľka č. 3).

Tab. 3 Rozdiel v absolvovaní zážitkového vzdelávania respondentov

	so špecializáciou (N = 158)		bez špecializácie (N = 84)		U	sig.
	M	SD	M	SD		
absolvovanie zážitkového vzdelávania	1,55	1,94	0,61	1,18	4777,5***	0,000

***sig. $p < 0,001$

Absolvovaním špecializačného štúdia získava zdravotnícky pracovník odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných činností. Význam sebazážitkového vzdelávania pri príprave terapeutov na realizáciu alternatívnych techník, ktoré sestra môže uplatniť pri starostlivosti o pacienta s duševným ochorením (muzikoterapia, arteterapia, ergoterapia, podporná psychoterapia), vyjadrujú aj autori Šicková-Fabrici (2002), Kantor a Grochalová (2009), Grohol (2008), Praško, Buliková a Sigmundová (2009). Títo autori uvádzajú, že terapeut má byť schopný empatického vcítania sa do situácie pacienta a mal by rozumieť pocitom, ktoré pacient počas terapie prežíva. Terapeut má byť schopný porozumieť prežívaniu pacienta, prostredníctvom vlastnej skúsenosti s technikami, ktoré uplatňuje v terapeutickom procese. Špecializačná príprava sestry má obsahovať také teoretické vedomosti a praktické skúsenosti, ktoré sestru pripraví na samostatné vykonávanie intervencií v súvislosti s vykonávaním ošetrovateľskej starostlivosti v psychiatrii, na ktoré sestra absolvovaním špecializačného štúdia získala kompetenciu výkonu.

V ďalšom texte približujeme výsledky našich zistení v poradí podľa stanovených výskumných otázok. V rámci prvej sme zisťovali, **či sestry, ktoré absolvovali špecializačné štúdium Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii využívajú meracie škály častejšie ako sestry bez**

špecializácie. Náš predpoklad, že sestry so špecializáciou využívajú signifikantne častejšie meracie škály ako sestry bez špecializácie, sme postavili na Vyhláške MZ SR 364/2005, kde je stanovené, že sestra samostatne používa posudzovacie stupnice v ošetrovatelstve. Táto činnosť patrí k intervenciám, ktoré má sestra autonómne využívať pre objektivizáciu údajov pri posudzovaní. V profile kompetencií pre kanadské registrované psychiatrické sestry je použitie škál uvedené medzi postupmi, ktoré registrovaná sestra má využívať. Explicitne je uvedené, že sestra má ovládať škálu Minimental test, Geriatrickú škálu depresie, posudzovaciu škálu funkčnosti, Beckovu škálu depresie a GAF (Register Psychiatric Nurses, 2001). V našom výskume sme sa zamerali na využívanie konkrétne desiatich meracích nástrojov sestrami – Minimental test, Beckov dotazník úzkosti, Test hodín, Bartelov test, Geriatrická škála depresie, Glaskow dotazník na posúdenie vedomia, Škála posúdenia spánku, Škály na posúdenie rizika vzniku dekubitov, Škála bolesti a Test inštrumentálnych denných činností.

Po zhodnotení výsledkov sme konštatovali, že sestry so špecializáciou a bez špecializácie sa nelíšia v celkovej frekvencii využívania meracích škál a hodnotiacich techník. Jediným meracím nástrojom, pri ktorom sa rozdiel signifikantne potvrdil je Minimental test ($t(238) = 2,239$; $p < 0,05$), ktorý však využívali častejšie sestry bez špecializácie. Zaujímavým zistením však je, že aj keď daný nástroj sestry nevyužívajú, vyššie percento respondentov, ktorí poznajú Minimental test, je taktiež v skupine sestier bez špecializácie. Uvedené výsledky naznačujú, že rozdiel v celkovej frekvencii využívania meracích škál a hodnotiacich techník u sestier so špecializáciou a bez špecializácie nie je štatisticky významný (tabuľka č. 4).

Tab. 4 Porovnanie frekvencie využívania meracích škál u sestier so špecializáciou a bez špecializácie

meracie škály	sestry so špecializáciou (N=157)		sestry bez špecializácie (N=82)		t(df)	sig.
	M	SD	M	SD		
Minimental test	3,04	0,97	2,75	1,00	2,239(238)	0,026*
Beckov dotazník úzkosti	3,16	0,93	2,96	0,91	1,463(238)	0,145
Test hodín	3,15	0,88	3,13	0,81	,175(238)	0,861
Bartelov test	2,47	1,19	2,43	1,14	,197(238)	0,844
Geriatrická škála depresie	3,06	1,00	3,14	0,93	-,662(238)	0,509
Glaskow dotazník na posúdenie vedomia	3,38	0,68	3,41	0,64	-,372(238)	0,710
Škála posúdenia spánku	3,15	0,83	3,14	1,01	,064(238)	0,949
Škály na posúdenie rizika vzniku dekubitov	2,75	0,90	2,70	0,95	,424(238)	0,672
Škála bolesti	2,66	0,91	2,70	1,04	-,251(237)	0,802
Test inštrumentálnych denných činností	3,31	0,81	3,39	0,82	-,724(238)	0,470
frekvencia využívania meracích škál spolu	30,13	5,74	29,78	5,58	0,448(237)	0,655

*sig. $p < 0,05$

Ako uvádzajú Drobná a Pečeňák (2008), využívanie štandardizovaných posudzovacích stupníc by prispelo k priznaniu a obhájeniu primeraného statusu sestier podľa modernej koncepcie ošetrovateľstva a významne by prispelo k vzdelávaniu prostredníctvom praxe i k lepšej komunikácii medzi sestrou a lekárom. Vstup Slovenskej republiky do Európskej únie podmienil zmenu vo vzdelávaní sestier. Vzdelávanie sestier sa presunulo zo stredných zdravotníckych škôl na vysoké školy. V roku 2004 vstúpili do platnosti zákony, ktoré stanovili povinnosť poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu. Sestry bez špecializácie v našom súbore boli vekovo mladšie a vykazovali kratšiu priemernú dĺžku praxe na psychiatrickom oddelení. Práve tomuto faktoru pripisujeme ich častejšie využívanie Minimal Mental testu v praxi.

Špecializačné štúdium by malo u jeho absolventov viesť k subjektívnemu pocitu pripravenosti samostatne vykonávať špecifické intervencie v praxi. Preto nás zaujímalo, **či sestry so špecializáciou skutočne hodnotia svoju subjektívnu pripravenosť samostatne realizovať vybrané intervencie v praxi vyššie ako sestry bez špecializácie**. Pre preskúmanie tejto otázky sme použili výsledky z nami zostaveného Dotazníka autonómneho výkonu psychiatrickej ošetrovateľskej praxe. Pri porovnaní priemerov oboch skupín sestier sme zistili, že sestry so špecializáciou subjektívne hodnotia svoju pripravenosť na samostatný výkon špecifických intervencií o niečo vyššie ako sestry bez špecializácie, tento rozdiel však nie je štatisticky významný.

Na túto problematiku sme sa pozreli aj z iného uhla a zistovali sme, **či existuje vzťah medzi subjektívne hodnotenou pripravenosťou využívať vybrané intervencie v praxi a frekvenciou ich využívania**. Predpokladali sme, že čím sa bude sestra subjektívne cítiť lepšie pripravená na využívanie vybraných intervencií, tým častejšie ich aj bude využívať. Tento predpoklad sa potvrdil signifikantnou koreláciou ($r = 0,540$; $p < 0,01$) (tabuľka č. 5).

Tab. 5 Tesnosť lineárnych vzťahov medzi úrovňou subjektívneho hodnotenia pripravenosti na samostatný výkon a frekvenciou vykonávania vybraných intervencií

	frekvencia vykonávania vybraných intervencií
subjektívna pripravenosť na samostatný výkon špecifických intervencií	,540**

Pearsonov korelačný koeficient $r > 0,5$

** sig. (2-stranná) $p < 0,01$

Presadzovanie autonómie výkonu sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v praxi vyžaduje, aby sestry svoju profesionalitu deklarovali nielen formálnym kvalifikačným osvedčením, ale aj skutočnou profesionalitou vykonávaných intervencií (Bártlová, 2005). Jednou zo základných otázok nášho výskumu bolo zistiť, **či absolvovanie špecializácie má vplyv na frekvenciu vykonávania vybraných intervencií sestrou**. Vychádzali sme z predpokladu, že ak je sestra motivovaná získavať nové vedomosti vzdelávaním sa, bude viac

motivovaná aj k vyššej frekvencii samostatného vykonávania špecifických intervencií. Zamerali sme sa na intervencie, ktoré uvádzajú Hreňová a Hrindová (2013) ako konkrétne výkony, ktoré sestry realizujú pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s duševným ochorením – biblioterapia, relaxačné techniky, edukačné programy, muzikoterapia, ergoterapia, programy pre seniorov a psychoterapia. Túto skupinu konkrétnych výkonov sme rozšírili ešte o vedenie komunity, arteterapiu a prvky bazálnej stimulácie. Pri všetkých uvedených intervenciách respondenti na trojstupňovej škále (v rozmedzí často – občas – nikdy) uvádzali frekvenciu ich vykonávania.

Tab. 6 Porovnanie frekvencie vykonávania vybraných špecializovaných intervencií u sestier so špecializáciou a bez špecializácie

vybrané špecializované intervencie	sestry so špecializáciou (N=154)		sestry bez špecializácie (N=76)		U	sig.
	M	SD	M	SD		
vedenie komunity	1,69	0,75	1,77	0,77	5723	0,423
relaxačné techniky	2,19	0,78	2,32	0,83	5326	0,174
biblioterapia	2,30	0,73	2,22	0,74	5522	0,451
muzikoterapia	2,32	0,75	2,32	0,75	5929	1,000
arteterapia	2,36	0,76	2,36	0,81	5845	0,846
edukácia	1,56	0,70	1,62	0,76	5763	0,635
terapeutická komunita	1,70	0,80	1,73	0,83	5969	0,864
tréning kognitívnych funkcií	2,38	0,69	2,35	0,82	5863	0,879
účasť na psychoterapii v úlohe ko-terapeuta	2,57	0,66	2,78	0,53	4992	0,008**
prvky bazálnej stimulácie	2,84	2,52	2,60	0,65	5801	0,596
spolu	21,94	5,06	22,20	3,96	5613	0,32

****sig. p < 0,01**

Porovnali sme skupinu respondentov so špecializáciou a bez špecializácie, a to samostatne pre všetky intervencie i spolu (tabuľka č. 6). Obe skupiny sestier sa signifikantne líšili len vo frekvencii účasti na psychoterapii v úlohe ko-terapeuta (U = 4992; p < 0,01), pričom sestry so špecializáciou takúto intervenciu vykonávajú častejšie. Pri porovnaní celkovej frekvencie vykonávania vybraných špecializovaných intervencií dosiahli sestry so špecializáciou

priemerné skóre 21,94 (SD = 5,06), kým sestry bez špecializácie priemerné skóre 22,20 (SD = 3,96). Tento rozdiel priemerov sa pri hladine významnosti $p < 0,05$ ukázal ako štatisticky nevýznamný. Konštatujeme preto, že vo frekvencii vykonávania vybraných špecializovaných intervencií sa sestry bez špecializácie a sestry so špecializáciou v našom súbore nelíšia.

Na základe vyššie uvedených zistení možno vyvodit' záver, že v tom, či sestra bude samostatne vykonávať konkrétnu intervenciu, zohráva dôležitú úlohu najmä jej subjektívny pocit, že túto intervenciu dokáže vykonávať. Táto subjektívna pripravenosť však podľa našich výsledkov nesúvisí s absolvovaním špecializačného štúdia. Samotné absolvovanie špecializačného štúdia tiež nevedie k zvýšeniu frekvencie autonómneho výkonu vybraných intervencií sestrou.

Tieto prekvapujúce zistenia nás viedli k hľadaniu ďalších možných faktorov, ktoré by mohli mať vplyv na autonómny výkon sestier v praxi. Zisťovali sme, či na tri sledované oblasti (frekvenciu využívania meracích škál, frekvenciu využívania vybraných intervencií a subjektívne hodnotenie pripravenosti na samostatný výkon) majú vplyv:

- dĺžka praxe,
- miera empatie,
- miera syndrómu vyhorenia a
- miera subjektívne vnímanej sociálnej opory sestier.

Náš predpoklad znel, že dĺžka praxe sestier má významný vplyv na frekvenciu využívania meracích škál, na frekvenciu využívania vybraných intervencií a na subjektívne hodnotenie pripravenosti na samostatný výkon intervencií. Našu vzorku sme rozdelili na tri početne rovnocenné skupiny podľa dĺžky praxe v psychiatrickom ošetrovatel'stve (tabuľka č. 7). Prvú skupinu tvorili sestry s praxou do 13 rokov, a to v počte 86 (35,5 %), do druhej skupiny s počtom 80 sestier (33,1 %) sme zaradili sestry s dĺžkou praxe 14 – 22 rokov, napokon tretiu skupinu tvorili sestry s dĺžkou praxe 23 a viac rokov v počte 76 (31,4 %). Do štatistickej analýzy sme zaradili 1. a 3. skupinu sestier.

Tab. 7 Rozdelenie sestier podľa dĺžky praxe v psychiatrickom ošetrovatel'stve

skupina sestier	dĺžka praxe	počet	%
1. skupina	do 13 rokov	86	35,5
2. skupina	14 – 22 rokov	80	33,1
3. skupina	23 a viac rokov	76	31,4

V tabuľke č. 8 uvádzame porovnanie frekvencie využívania meracích škál, frekvencie vykonávania vybraných špecializovaných intervencií a subjektívne hodnotenej pripravenosti na samostatný výkon u sestier s dĺžkou praxe do 13 rokov a sestier s praxou dlhšou ako 23 rokov. Z výsledkov vyplýva, že sestry s kratšou praxou častejšie využívajú meracie škály v porovnaní so sestrami s dlhšou praxou. Tento rozdiel sa ukázal ako štatisticky významný ($U = 2435$; $p <$

0,01). Rovnako sme zistili, že sestry s dlhšou praxou subjektívne hodnotia svoju pripravenosť na samostatný výkon vyššie ako sestry s kratšou praxou ($U = 2344,5$; $p < 0,05$). Rozdiel vo frekvencii využívania vybraných špecializovaných intervencií medzi sestrami s kratšou a dlhšou praxou sa nepotvrdil. Vyššiu mieru subjektívne hodnotenej pripravenosti sestier s dlhšou praxou je možné podporiť konštatovaním Harokovej a Gurkovej (2012), že s vekom a rokmi praxe sa zvyšuje spokojnosť sestier v oblastiach, kde sa prejavia výsledky ich skúseností, zručností v kontrole a zodpovednosti v práci, pochvale a uznani a plánovaní na pracovisku.

Tab. 8 Porovnanie frekvencie využívania meracích škál, subjektívne hodnotenej pripravenosti na samostatný výkon a frekvencie vykonávania vybraných špecializovaných intervencií u sestier podľa dĺžky praxe

sledovaná premenná	dĺžka praxe do 13 rokov (N=86)		dĺžka praxe 23 a viac rokov (N=76)		U	sig.
	M	SD	M	SD		
frekvencia využívania meracích škál	29,11	5,56	31,24	5,96	2435	0,007**
frekvenciu využívania vybraných intervencií	22,28	4,16	22,20	5,85	2763,5	0,32
subjektívne hodnotená pripravenosť na samostatný výkon	17,25	4,16	15,96	3,94	2344,5	0,033*

*sig. $p < 0,05$; **sig. $p < 0,01$

Aby sestra mohla efektívne realizovať ošetrovateľský proces, je nevyhnutné, aby s pacientom a jeho rodinou dokázala vytvoriť dobrý vzťah, založený na vzájomnej dôvere, spolupráci a rešpekte. Pre dosiahnutie tohto cieľa sú veľmi dôležité osobnostné predpoklady sestry, napríklad empatia, úprimnosť, pravdivosť, schopnosť konkrétne a zrozumiteľne sa vyjadrovať, rešpektovanie pacienta ako jedinečnej bytosti (Bánovčinová, Bubeníková, 2011). Výsledky výskumov (napr. Kopřiva, In: Bánovčinová, Bubeníková, 2011) potvrdzujú, že pacienti u pomáhajúcich profesií hodnotia komunikačné, interakčné a osobnostné vlastnosti. Z tohto pohľadu má empatia sestry významný vplyv na vytváranie terapeutického vzťahu s pacientom.

V našom výskume sme preto skúmali, či existuje vzťah medzi mierou empatie sestier a frekvenciou využívania meracích škál, frekvenciou vykonávania vybraných intervencií a subjektívnym hodnotením ich pripravenosti realizovať vybrané intervencie. Úroveň empatie sme zisťovali metodikou Index interpersonálnej reaktivity. Pre overenie tesnosti lineárnych vzťahov medzi uvedenými premennými sme použili Pearsonovu súčinnú koreláciu. Ako je zrejme z tabuľky č. 9, medzi úrovňou empatie a sledovanými premennými je len veľmi slabý vzťah. Môžeme preto konštatovať, že úroveň empatie sestier neovplyvňuje frekvenciu, s akou využívajú pri práci s pacientmi meracie škály alebo špecifické intervencie. Empatia rovnako

nesúvisí ani so subjektívnym pocitom pripravenosti sestier na samostatný výkon intervencií.

Tab. 9 Tesnosť lineárnych vzťahov medzi úrovňou empatie a vybranými premennými (Pearsonov korelačný koeficient)

	frekvencia využívania meracích škál	frekvencia vykonávania vybraných intervencií	subjektívna pripravenosť na samostatný výkon intervencií
úroveň empatie	0,025	-0,034	0,031

Ďalším zo sledovaných konštruktov v našom výskume bola prítomnosť syndrómu vyhorenia u sestier. Ako uvádzajú Dimunová a Nagyová (2012), sestry patria medzi profesie s možnosťou výskytu syndrómu vyhorenia. Medzi rizikové faktory, ktoré majú vplyv na rozvoj syndrómu vyhorenia patrí nedostatok sestier, pomocného personálu, časová tieseň, nedostatočné materiálne a technické vybavenie, zlé medziľudské vzťahy na pracovisku, ako aj málo podpory od nariadeného. Tieto faktory môžu viesť k postupnej strate motivácie, fyzickému a psychickému vyčerpaniu. Toto zistenie potvrdzujú aj ďalší autori (napr. Křivohlavý alebo Maslachová, In: Mlčák, 2003), ktorí uvádzajú, že syndróm vyhorenia je chápaný ako predĺžená reakcia na chronické emočné a interpersonálne stresory v zamestnaní, ktorá má tri dimenzie, súvisiace s pocitmi exhauscie, depersonalizácie a zníženie osobnej výkonnosti, vedúce k zníženému pracovnému výkonu. Syndrómom vyhorenia sú postihnutí ľudia, ktorí vstupujú do zamestnania so značnou mierou nadšenia. Ak sa predstavy sestier, ako ich práca bude hodnotená a uznaná, ako si ich ľudia budú vážiť, nenaplnia, môže u nich postupne dôjsť k výskytu syndrómu vyhorenia (Macková, Zeleníková, 2012). Ako ďalej uvádzajú Dimunová a Nagyová (2012) vo svojom výskume zameranom na vzťah medzi dĺžkou praxe a mierou syndrómu vyhorenia, sestry pracujúce medzi 3 – 5 rokom majú štatisticky významnejšie skóre výskytu syndrómu vyhorenia v porovnaní s inými kategóriami rokov praxe. Gurková a Macejková (2012) konkretizujú, že s rokmi klinickej praxe klesá psychická záťaž sestier.

V našom výskume sme predpokladali, že **sestry bez prítomnosti syndrómu vyhorenia častejšie využívajú meracie škály, častejšie vykonávajú vybrané intervencie a subjektívne lepšie hodnotia svoju pripravenosť realizovať vybrané intervencie**. Za účelom realizácie analýzy sme výskumnú vzorku rozdelili na sestry bez prítomnosti syndrómu vyhorenia a sestry, u ktorých sa preukázala prítomnosť syndrómu vyhorenia (tabuľka č. 10). Zistili sme, že u 84,9 % sestier je stav vyhorenia dobrý, uspokojivý, prípadne sa odporúča ujasniť si rebríček hodnôt. Tieto sestry tvorili skupinu bez prítomnosti syndrómu vyhorenia. Naopak, u 13 % sestier bola preukázaná prítomnosť syndrómu vyhorenia a u 2,1 % ide dokonca o havarijný stav pokiaľ ide o syndróm vyhorenia. 15,1 % sestier sme tak zaradili do skupiny s prítomným syndrómom vyhorenia.

Tab. 10 Rozdelenie sestier podľa prítomnosti syndrómu vyhorenia (N = 239)

Stav vyhorenia	Počet sestier	%	Skupiny sestier	Počet sestier	%
Dobrý stav – nevyskytujú sa vážne problémy	15	6,3	bez prítomnosti syndrómu vyhorenia	203	84,9
Uspokojivý stav	99	41,4			
Odporúča sa ujasniť si rebríček hodnôt	89	37,2			
Preukázaná prítomnosť syndrómu vyhorenia	31	13,0	prítomný syndróm vyhorenia	36	15,1
Havarijný signál	5	2,1			

Pri porovnaní oboch skupín sestier (tabuľka č. 11) sme zistili, že sa nelíšia vo frekvencii využívání meračích škál ($t(234) = 0,069$; sig. = 0,473), ani v subjektívnom hodnotení pripravenosti realizovať vybrané intervencie ($t(223) = -1,090$; sig. = 0,139). Rozdiel sa však preukázal v poslednej sledovanej premennej. Výsledky poukazujú, že sestry bez prítomnosti syndrómu vyhorenia signifikantne častejšie vykonávajú vybrané špecializované intervencie v porovnaní so sestrami, u ktorých sa prítomnosť syndrómu vyhorenia preukázala ($t(65) = -2,326$; sig. = 0,012; $p < 0,05$).

Tab. 11 Porovnanie vybraných premenných u respondentov bez prítomnosti syndrómu vyhorenia a respondentov s prítomným syndrómom vyhorenia

meraný konštrukt	bez syndrómu vyhorenia (N=203)		prítomný syndróm vyhorenia (N=36)		t(df)	sig.
	M	SD	M	SD		
frekvencia využívání meracích škál	30,02	5,79	29,94	4,95	0,069(234)	0,473
frekvencia vykonávania vybraných intervencií	21,76	4,92	23,29	3,28	-2,326(65)*	0,012
subjektívna pripravenosť na samostatný výkon intervencií	16,38	4,20	17,24	4,03	-1,090(223)	0,139

* sig. (1-stranná) $p < 0,05$

Výkon ošetrovateľskej praxe vyžaduje od sestry emocionálne podmienenú prácu. Ako uvádza Mlčák (2003), pre emocionálne podmienenú prácu sa od pracovníkov vyžaduje, aby vo vysokej miere dobre ovládali svoje pozitívne aj negatívne emócie, vykazovali vysokú senzitivitu voči klientom, podržali si svoj rozhodujúci vplyv nad kontrolou sociálnej interakcie a dokázali tolerovať vyššiu mieru emočnej záťaže medzi pociťovanými a vyjadrovanými emóciami. Mimoriadne významnú úlohu pre znižovanie tejto záťaže, a tiež ako prevencia výskytu syndrómu vyhorenia, má vnímanie sociálnej opory sestrou. Sociálna opora je faktorom, ktorý vplýva na znižovanie úrovne prežívaného stresu, výskytu syndrómu vyhorenia a úrovne pracovnej spokojnosti. Z tohto dôvodu sme sa rozhodli zistiť mieru subjektívneho vnímania sociálnej opory u sestier a overiť, **či existuje vzťah medzi mierou subjektívne vnímanej sociálnej u sestier a frekvenciou využívania meracích škál, frekvenciou vykonávania vybraných intervencií a ich subjektívne hodnotenou pripravenosťou realizovať vybrané intervencie.** Pre analýzu tesnosti lineárnych vzťahov sme použili Spearmanov korelačný koeficient. Výsledky našich zistení ukazujú, že ani jedna z korelácií nebola štatisticky významná. Môžeme preto konštatovať, že medzi mierou subjektívne vnímanej opory a vybranými premennými neexistuje štatisticky významný vzťah.

Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistiť vplyv špecializačného štúdia v odbore Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii na vybrané aspekty kvality výkonu sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, a zároveň zistiť vzťah vybraných premenných k autonómnemu výkonu ošetrovateľskej praxe v psychiatrii. Na základe analýzy dát sme dospeli k týmto zisteniam:

- polovica sestier, ktoré absolvovali špecializačné štúdium, absolvovala aj zážitkové vzdelávanie, čo vnímame ako pozitívne zistenie;
- sestry so špecializáciou a bez špecializácie sa nelíšia v celkovej frekvencii využívania meracích škál a hodnotia ich tehotnosť;
- vo frekvencii vykonávania vybraných špecializovaných intervencií sa sestry bez špecializácie a sestry so špecializáciou v našom súbore taktiež nelíšia;
- sestry so špecializáciou subjektívne hodnotia svoju pripravenosť na samostatný výkon špecifických intervencií o niečo vyššie ako sestry bez špecializácie, tento rozdiel však nie je štatisticky významný;
- sestry s kratšou praxou častejšie využívajú meracie škály v porovnaní so sestrami s dlhšou praxou; sestry s dlhšou praxou subjektívne hodnotia svoju pripravenosť na samostatný výkon vyššie ako sestry s kratšou praxou; rozdiel vo frekvencii využívania vybraných špecializovaných intervencií medzi sestrami s kratšou a dlhšou praxou sa nepotvrdil;
- úroveň empatie ani miera vnímanej sociálnej opory u sestier neovplyvňuje frekvenciu, s akou využívajú pri práci s pacientmi meracie škály alebo špecifické intervencie; empatia a sociálna opora rovnako nesúvisia ani so subjektívnym pocitom pripravenosti sestier na samostatný výkon intervencií;
- prítomnosť alebo neprítomnosť syndrómu vyhorenia u sestier nemá vplyv na frekvenciu využívania meracích škál, ani na subjektívne hodnotenie pripravenosti realizovať vybrané intervencie; sestry bez prítomnosti syndrómu vyhorenia však významne

častejšie vykonávajú vybrané špecializované intervencie v porovnaní so sestrami, u ktorých sa prítomnosť syndrómu vyhorenia preukázala.

Naše výsledky podnecujú k zamysleniu sa nad významom špecializačného štúdia Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii pre autonómny výkon jej absolventov v praxi. Domnievame sa, že je dôležité prehodnotiť odbornú prípravu sestier v rámci tohto vzdelávania tak, aby sa odrazilo v praktickej práci sestier a bolo tak prínosné pre všetky zúčastnené strany – sestry, pacientov i multidisciplinárny zdravotnícky personál. Považujeme zároveň za opodstatnené venovať sa tejto problematike naďalej a hľadať tie faktory súvisiace so sestrami, ich výkonmi a pracovnými podmienkami, ktoré zvyšujú samostatné a iniciatívne poskytovanie kvalitných intervencií pacientovi.

Záver

Psychiatrické ošetrovateľstvo sa zakladá na intervenciách, ktorými sestra napomáha pacientovi uplatňovať zdravé vzorce správania, riešiť jeho ťažkosti a problémové správanie. To vyžaduje od sestry uplatňovanie holistického prístupu, tvorbu terapeutického vzťahu s pacientom, ale aj schopnosť neustáleho monitorovania vlastného správania a vlastných reakcií (Janosiková, Daviesová, 1999). Pridelenie autonómnych kompetencií psychiatrickým sestram so sebou prináša prevzatie zodpovednosti za vykonávanie týchto kompetencií s pacientom, prípadne aj s jeho rodinou. Sestra pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientovi s duševným ochorením sa opiera o poznatky z psychiatrie, psychológie, sociológie a v neposlednom rade o výsledky výskumov v oblasti duševného zdravia. Všetky tieto skutočnosti potvrdzujú nutnosť vytvárať pre vzdelávanie psychiatrických sestier kvalitné programy, ktoré pripraví sestru pre poskytovanie flexibilnej, odbornej a zodpovednej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s duševným ochorením nielen po odbornej, ale aj osobnostnej stránke.

Autonómny výkon psychiatrickej ošetrovateľskej praxe vyžaduje od sestry odbornú a osobnostnú pripravenosť. Pripravenosť nielen v zmysle teoretických vedomostí, ako napr. orientácia v psychopatológii a formách terapie, ale aj praktickú pripravenosť zvládať náročné situácie, ktoré sestra pri poskytovaní starostlivosti pacientom s duševným ochorením musí riešiť. Naše výsledky potvrdzujú, že napriek zmene pregraduálneho vzdelávania sestier v Slovenskej republike, možnostiam špecializačnej prípravy sestier a povinnosti sústavného vzdelávania, nedochádza k výraznému presadzovaniu autonómneho výkonu ošetrovateľskej praxe sestry. Vzdelávanie sestier má byť smerované tak, aby pripravilo sestru na samostatný profesionálny výkon a plnenie odborných intervencií v rámci multidisciplinárneho tímu. Preto je nevyhnutné integrovať teoretické poznatky do ošetrovateľskej praxe, zabezpečiť interakciu štúdia z literárnych zdrojov s praktickými skúsenosťami. Syntéza vedeckých poznatkov s faktickými poznatkami z praxe, ktoré sú založené na výsledkoch výskumu, vedie k racionálnym a podloženým rozhodnutiam v procese starostlivosti o pacienta (Matulníková, 2011). Rozvíjanie autonómneho výkonu kompetencií sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej praxe je jedným z krokov, ktoré môžu výrazne ovplyvniť kvalitu zdravotnej starostlivosti. Odborný potenciál, ktorého nositeľkami sú sestry, nie je v súčasnosti dostatočne využitý. K realizácii

zmeny sú potrebné argumenty, ktoré potvrdia opodstatnenosť požiadaviek sestier na šírku kompetencií, zohľadňujúcu ich odbornosť a pripravenosť prevziať zodpovednosť za vlastný profesionálny vklad.

Použitá literatúra

- BÁNOVIČOVÁ, Ľ., BUBENÍKOVÁ, M. 2011. Empatia v ošetrovatelstve. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2011, roč. 2, č. 1, s. 165 – 170. ISSN 1804-2740.
- BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictva*. 6. vyd. Praha : Grada, 2005. 188s. ISBN 80-247-1197-4.
- DIMUNOVÁ, L., NAGYOVÁ, I. 2012. Vzťah medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe u sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku. In *PROFESE on-line*, 2012, roč. V/1, s. 1-4.
- DROBNÁ, J., PEČEŇÁK, J. 2008. Použitie štandardizovaných posudzovacích stupníc v ošetrovateľskom procese v psychiatrii. In *Česká a slovenská psychiatrie*. 2008, č. 8., s. 398-404, ISSN 1212-0383.
- GROHOL, M. 2008. *Arteterapia v psychiatrii*. Atestačná práca. Lundbeck.147 s. ISBN 978-80-89434-00-8.
- GURKOVÁ, E., MACEJKOVÁ, S. 2012. Psychická záťaž a depresívna symptomatológia u sestier. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2012, roč. 3, č. 1, s. 326 – 334. ISSN 1804-2740.
- HAROKOVÁ, S., GURKOVÁ, E. 2012. Faktory pracovnej spokojnosti českých sestier. In *KONTAKT – odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. Dostupné online:<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2012/970-faktory-pracovnej-spokojnosti-ceskych-sestier>. ISSN 1804-7122
- HREŇOVÁ, S., HRINDOVÁ, T. 2013. Špecifické intervencie sestier v psychiatrickej ošetrovateľskej praxi. In *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia – Supplementum*. 2013, č. 2, ISSN 1336-183X.
- JANOSIKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. L. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1. vyd. Martin : Osveta,1999. 551s. ISBN 80-8063- 017-8.
- JUDIČÁKOVÁ, M., DYSKOVÁ, T., ŽEMLIČKOVÁ, T. 2012. Jedinečná úloha sestry v ošetrovateľskej starostlivosti. In JUDIČÁKOVÁ, M., IŠTOŇOVÁ, M., BUJŇÁK, J. *Preklenutím rozdielov zvyšujeme dostupnosť a rovnosť v starostlivosti pacienta/klienta. Zborník referátov z V. Slovenského chirurgického dňa v Prešove*. Dostupné online: <http://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Judicakova1/.../Dyskova.pd> ISBN 978-80-555-0736-1
- KANTOR, J., GROCHALOVÁ, K. 2009. Muzikoterapeut. In *Základy muzikoterapie*. 1. vyd., Praha : Grada Publishing, 2009, s. 159-163. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V. 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008. 148s. ISBN 978- 80- 8063- 290-8.

- KŘIVOHLAVÝ, J. 2012. Horieť, ale nevyhorieť. Bratislava : Karmelitánske nakladateľstvo, 2012. 214 s. ISBN 978-80-8132-003-0.
- LECZOVÁ, D. 2010. Pilotná implementácia a overenie efektivity programu „Manažment choroby a zotavenia“ u pacientov s psychotickou poruchou. Dizertačná práca. Katedra psychológie Filozofickej fakulty Trnavskej univerzity.
- MACKOVÁ, H., ZELENÍKOVÁ, R. 2012. Faktory ovplyvňujúci používaní ošetrovateľských diagnóz v praxi. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2012, roč. 3, č. 2. s. 390-401. ISSN 1804-2740.
- MATULNÍKOVÁ, Ľ. 2011. Ošetrovateľstvo ako veda. In BOTÍKOVÁ, A. (ed.). *Manuál pre mentorky v ošetrovatelstve*. Trnava : Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2011, s. 16-28. ISBN 978- 80-8082- 501-0.
- MLČÁK, Z. 2003. Temperament, syndrom vyhaslosti a sociálna opora u vybraných skupín sociálnych pracovníku. In *Sborník příspěvků 6. ročníku konference na téma Sociální procesy a osobnost*. 11. a 12. září 2003, Brno : Psychologický ústav FF MU v Brně MSD, spol. s r. o., Brno, 2003. s.199-209. ISBN 80-86633-09-8.
- NARIADENIE VLÁDY SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon Zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.
- PRAŠKO, J., BULÍKOVÁ, B., SIGMUNDOVÁ, Z. 2009. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 1.vyd.Praha : Galén, 2009. 91 s. ISBN 978-80-7262-656-4.
- REGISTER PSYCHIATRIC NURSES 2001. *Competency Profile for the Profession in Canada Alberta Health and Wellness*, 2001, 263 s. ISBN 0-9689811-0-0.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2002. *Základy arteterapie*, 1.vyd. Praha : Portál, 2002, 176 s., ISBN 80-7178-616-0.
- VYHLÁŠKA MS SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom z 2. júna 2005.

Kontaktná adresa:

PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety, n. o. v Bratislave

Detašované pracovisko bl. Metoda D. Trčku v Michalovciach

e-mail: hrindova.tatiana@gmail.com