



KATOLÍCKA UNIVERZITA V RUŽOMBERKU

formujúca myseľ i srdce

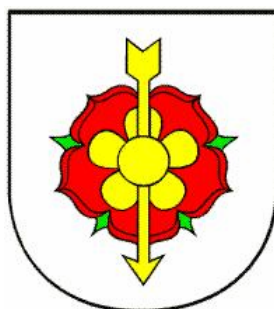
Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Ústredná vojenská nemocnica SNP - Fakultná nemocnica v Ružomberku

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek



NOVÉ TRENDY VO VZDELÁVANÍ A PRAXI OŠETROVATEĽSTVA A PÔRODNEJ ASISTENCIE



ZBORNÍK Z KONFERENCIE KONANEJ DŇA: 25. – 26. MARCA 2010

Editori:

Veronika Tisoňová
Vladimír Littva
Soňa Hlinková

2010

Recenzenti:

doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.

doc. PhDr. Mgr. Vladimír Littva, PhD. MPH

ISBN 978-80-8084-548-3

EAN 9788080845483

Publikované: v elektronickej forme Pdf na CD

©

VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, Slovensko

OBSAH

OBSAH	3
POZVÁNKA	5
PROGRAM KONFERENCIE	7
PREDHOVOR	12
ZNENIE CELÝCH PRÍSPEVKOV	13
HLAVNÉ ZÁSADY MERANIA TEPELNOVLHKOSTNEJ MIKROKLÍMY Z HĽADISKA OCHRANY ZDRAVIA PRI PRÁCI.....	14
EDUKÁCIA SENIORA A RODINNÝCH PRÍSLUŠNÍKOV V DOMÁCOM PROSTREDÍ	20
ETICKÉ ZÁSADY VEDECKEJ PRÁCE V OŠETROVATEĽSTVE	30
NOVÉ KOMUNIKAČNÉ TRENDY V OŠETROVATEĽSTVE	34
ŠPECIFIKÁ KOMUNIKÁCIE S PACIENTOM SO ZRAKOVÝM POSTIHNUTÍM	46
POSUDZOVANIE A OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNOSTIKA LIEČENÉHO ALKOHOLIKA	51
SEBAREFLEXIA SESTRY EDUKÁTKY	58
METÓDY ZÍSKAVANIA EMPIRICKÝCH INFORMÁCIÍ V OŠETROVATEĽSTVE	64
POTREBA SURVEILLANCE NOZOKOMIÁLNYCH INFEKCIÍ	68
POSUDZOVANIE IMOBILNÉHO PACIENTA VYBRANÝMI ŠKÁLAMI	73
„PRAXISANLEITUNG“ – PROFESIONÁLNE VEDENIE V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI	82
SESTRA A JEJ PROFESIONÁLNA PRÍPRAVA	87
EFEKTÍVNOSŤ KOMUNIKÁCIE PRI OŠETROVANÍ SENIORA	94
IMPLANTABILNÉ PODKOŽNÉ PORTY U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV	103
AKTÍVNY PRÍSTUP K NÁDOROVEJ BOLESTI U SENIOROV.....	110
POTRANSFÚZNE REAKCIE.....	113
SPELEOTERAPIA NA SLOVENSKU	124
NIEKTORÉ ETICKÉ PROBLÉMY V STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV S CIRHÓZOU PEČENE	129
PROBLÉMY VO VÝUČBE LEKÁRSKEJ BIOFYZIKY V OŠETROVATEĽSTVE A MOŽNOSTI ICH RIEŠENIA ..	133
OBEZITA V DETSKOM VEKU – EPIDÉMIA 21. STOROČIA.....	137
IMPLEMENTÁCIA PRVKOV KONCEPTU BAZÁLNEJ STIMULÁCIE DO KLINICKEJ PRAXE.....	143
VYUŽITIE MAERACÍCH A HODNOTIACICH NÁSTROJOV V OŠETROVATEĽSKOM ASSESMENTE PRI PERINATÁLNEJ STRATE.....	148
ÚLOHA SESTRY V KOMUNITE ADOLESCENTOV	154
AGEIZMUS - ETICKÝ PROBLÉM V STAROSTLIVOSTI O SENIOROV.....	160
STRES V PRÁCI SESTRY	164
VÝZNAM PRIMÁRNEJ PREVENIE OSTEOPORÓZY V DETSKOM VEKU	174
VZDELÁVANIE SESTIER NA SLOVENSKU OD ROKU 1948 PO SÚČASNOSŤ.....	183
PSYCHICKÁ PRIPRAVENOSŤ ZDRAVOTNÍCKEHO ZÁCHRANÁRA NA POVOLANIE	186
KVALITA OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI A OŠETROVATEĽSKÁ DOKUMENTÁCIA	189
INOVÁCIE V SPINÁLEJ CHIRURGII	193
EDUKÁCIA U IMOBILNÉHO GERIATRICKÉHO PACIENTA.....	198

ETIKA V PSYCHIATRICKEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI	205
ZÁSADY PRI FIXOVANÍ PACIENTOV:.....	212
ABSTRAKTY Z PRÍSPEVKOV NA KONFERENCII	215
EDUKÁCIA PACIENTA S TUBERKULÓZOU CHRBTICE	216
OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT MALNUTRÍCIE SENIOROV S POUŽITÍM KLASIFIKAČNÝCH SYSTÉMOV OŠETROVATEĽSTVA	216
ENTERÁLNA VÝŽIVA	217
VYUŽITIE INFORMAČNÝCH ZDROJOV PRI PODPORE VÝUČBY V OŠETROVATEĽSTVE ZALOŽENEJ NA DÔKAZOCH.....	218
PODPORA VÝUČBY V OŠETROVATEĽSTVE POMOCOU ELEKTRONICKEJ KNIŽNICE	219
VYUŽITIE SOCIÁLNEHO PORADENSTVA V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI.....	219
SESTRA A JEJ PRACOVNÉ PROSTREDIE.....	220
ÚLOHA SESTRY V EDUKÁCII RODINY ONKOLOGICKY CHORÉHO PACIENTA	220
ETIKA V OŠETROVATEĽSKÉM PROCESU.....	221
ROLA SESTRY V ZOBRAZOVACÍCH VYŠETROVACÍCH METÓDACH: DENZITOMETRIA	222
VEDENIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE V ÚVN SNP RUŽOMBEROK-FN	222
CELKOVÁ ANESTÉZA U PACIENTOV S OCHORENÍM DIABETES MELLITUS.....	223
CERTIFIKOVANÝ KURZ BAZÁLNEJ STIMULÁCIE V OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI	223
METÓDA E-LEARNINGU VO VÝUČBE SESTIER.....	225
ETICKÉ ASPEKTY INKONTINENCIE ŽIEN	225
INTERFERÓNY – MÝTY A POVERY	226
DÔLEŽITOSŤ EDUKÁCIE PRI ENDOKRINNÝCH CHOROBÁCH V GRAVIDITE	226
SESTRA JAKO ČLENKA MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÍMU.....	227
OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O ADOLESCENTNÉ MATKY V KOMUNITNÝCH CENTRÁCH	227
VÝZNAM PRIMÁRNEJ PREVENČIE OSTEOPORÓZY V DETSKOM VEKU	228
ZDRAVOTNÉ UVEDOMENIE ŽIEN S INKONTINENCIOU MOČU	229
ETIKA PRÍSTUPU SESTRY K HOSPITALIZOVANÝM DEŤOM	229
PRÍPRAVA DIEŤAŤA SO ZÁVAŽNÝMI POPÁLENINAMI NA LETECKÝ TRANSPORT	230
ÚLOHA SESTRY PRI SLEDOVANÍ SRDCOVÉHO VÝDAJA PRÍSTROJOM VIGILEO.....	230
ETIKA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI.....	231
VÝZNAM EDUKÁCIE V PREVENČII TUBERKULÓZY	231
VZDELÁVANIE, AKO PRINCÍP REGULAČNÉHO MECHANIZMU V PROCESSE PODPORY OŠETROVATEĽSKEJ PROFESIE	232
INDEX AUTOROV.....	234

POZVÁNKA

Ústredná vojenská nemocnica SNP - Fakultná nemocnica v Ružomberku

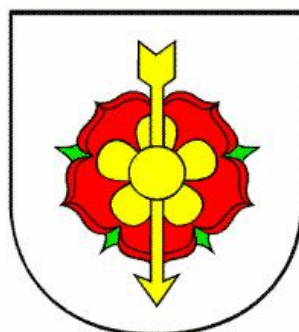
Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek



Vás pozývajú na 1. celoslovenskú konferenciu s medzinárodnou účasťou

pod záštitou primátora mesta Ružomberok



**NOVÉ TRENDY VO VZDELÁVANÍ A PRAXI
OŠETROVATEĽSTVA A PÔRODNEJ ASISTENCIE**

25.- 26. marec 2010

**v Ústrednej vojenskej nemocnici SNP- fakultnej nemocnici
v Ružomberku**

MIESTO KONANIA

kongresová sála Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok-FN

TEMATICKÉ OKRUHY

- Výskum, vzdelávanie a manažment v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii
- Najnovšie trendy v ošetrovateľskej praxi a praxi pôrodnej asistencie
- Edukačný proces v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii
- Etika v profesii sestry a pôrodná asistentka
- Úlohy sestry a pôrodnej asistentky pri zobrazovacích a laboratórnych vyšetrovacích Metódach

ČESTNÉ PREDSEDNÍCTVO

MUDr. Igor Čombor - riaditeľ ÚVN SNP- FN v Ružomberku
prof. MUDr. Anton Lacko, CSc. - dekan Fakulty zdravotníctva KU v Ružomberku
MUDr. Róbert Rusnák - zástupca riaditeľa a námestník pre LPZS ÚVN SNP- FN
v Ružomberku

Marta Hejzlárová - hlavná sestra ÚVN SNP- FN v Ružomberku
PhDr. Mária Lévyová - prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek
Ing. Viera Mazúrová - poslankyňa NR SR SMER-SD
Ing. Michal Slašťan - primátor mesta Ružomberok
Jana Halušková - zástupkyňa primátora mesta Ružomberok

VEDECKÝ VÝBOR

prof. MUDr. Daniel Bartko, DrSc., FAAN, FRSM.
doc. PhDr. Vladimír Littva, PhD., MPH.
doc. MUDr. Jozef Domenik, PhD., MPH
doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.
doc. PhDr. Helena Kuberová, PhD.
PhDr. Mariana Magerčiaková, PhD.
Mgr. Renáta Darmošová

ORGANIZAČNÝ VÝBOR

Predseda: PhDr. Veronika Tisoňová

Členovia: PhDr. Silvia Fričová
PhDr. Katarína Fúrová
PhDr. Marcela Ižová, PhD.
PhDr. Eva Moraučíková
Mgr. Jana Moravčíková

Mgr. Silvia Vozárová
Mgr. Viera Priesolová
Bc. Ivana Ondrejková
Dana Baštigálová
Anna Bírošová
Miriam Tupá

SEKRETARIÁT KONFERENCIE

PhDr. Veronika Tisoňová
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok-Fakultná nemocnica
ul. gen. M. Vesela 21, 034 01 Ružomberok
Tel: 00421/44/4382780, 0907 831 461
e-mail: tisonovav@uvn.sk

PROGRAM KONFERENCIE

Štvrtok 25. marec 2010 9:00-17:00

7:30-9:00 PREZENTÁCIA ÚČASTNÍKOV

9:00 – 9:30 ZAHÁJENIE KONFERENCIE – PRIVÍTANIE

BLOK I. 9:30-11.10

MODERÁTORI: TISOŇOVÁ V., FRIČOVÁ S.

LEGISLATÍVA V PRAXI ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA

M. HEJZLÁROVÁ, R. DARMOŠOVÁ

SESTRA AKO ČLENKA MULTIDISCIPLINÁRNEHO TÝMU

M. STRUHAŘOVÁ, H. BOHÁTKOVÁ

**VZDELÁVANIE AKO PRINCÍP REGULAČNÉHO MECHANIZMU V PROCESSE PODPORY
OŠETROVATEĽSKEJ PROFESIE**

L. MATULNÍKOVÁ, A. URÍČKOVÁ

SESTRA A JEJ PRACOVNÉ PROSTREDIE

J. BANČEJOVÁ, M. JANIČKOVÁ

ETICKÉ ZÁSADY VEDECKEJ PRÁCE V OŠETROVATEĽSTVE

J. JAKUBEKOVÁ, L. ILIEVOVÁ

EDUKÁCIA PACIENTA S TUBERKÚLÓZOU CHRBTICE

I. HARVANOVÁ

**PROBLÉMY VO VÝUČBE LEKÁRSKEJ BIOFYZIKY V OŠETROVATEĽSTVE A MOŽNOSTI
NÁPRAVY,**

BALAZSIOVÁ ZUZANA

METÓDY ZÍSKAVANIA EMPIRICKÝCH INFORMÁCIÍ V OŠETROVATEĽSTVE

K. MAJERČÍKOVÁ, D. WICZMÁNDYOVÁ

ETIKA V PSYCHIATRICKEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

D. ŠIMOVCOVÁ, I. MATIŠÁKOVÁ

IMPLEMENTÁCIA PRVKOV KONCEPTU BAZÁLNEJ STIMULÁCIE DO KLINICKEJ PRAXE

L. PAVELOVÁ

11:10 – 11:30 DISKUSIA

11:30 – 12:00 OBED

POSTERY

1. Speleoterapia na Slovensku

Hudáková Zuzana

2. Nové komunikačné trendy v ošetrovatel'stve

Hudáková Zuzana

3. Postoje žien k inkontencii moču

Novyzedláková Mária

4. Špecifiká komunikácie s pacientom so zdravotným postihnutím,

Ižová Marcela

5. Posudzovanie a ošetrovateľská diagnostika liečeného alkoholika,

Vicáňová Michaela

6. Edukácia u Imobilného pacienta,

Matišáková Iveta, Šimovcová Darina

7. Úloha sestry pri sledovaní srdcového výdaja monitorom Vigileo cez FloTrac senzor,

Helena Gondárová-Vyhničková, Marián Berešík, Marcela Macková

8. Stres v práci sestry

Eva Moraučíková, Adriana Chrústová

9. Edukácia seniora a rodinných príslušníkov v domácom prostredí

Katarína Zrubáková

10. Niektoré etické problémy v starostlivosti o pacientov s cirhózou pečene

Gabriela Kuriplachová Mária Kaščáková

11. Aktívny prístup k nádorovej bolesti u seniorov

Zuzana Novotná, Silvia Cibříková

12. Vzdelávanie sestier na Slovensku od roku 1948 po súčasnosť

Jana Luljáková

13. Význam primárnej prevencie osteoporózy v detskom veku.

Mrošková Slávka

14. Ošetrovateľská starostlivosť o adolescentné matky v komunitných centrách

Magdaléna Mašlejová, Dagmar Magurová, Helena Galdunová

15. Metóda e-learningu vo výučbe sestier

Silvia Cibříková, Dagmar Magurová, Iveta Ondriová

16. Etika prístupu sestry k hospitalizovaným deťom

Tatiana Rapčíková

17. Certifikovaný kurz bazálnej stimulácie v ošetrovateľskej starostlivosti

Ľuboslava Pavelová

18. Náročnosť zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s demenciou

Zuzana Bačíková, Pavol Beňo, Ivan Reidl,

19. Riziká spojené s negatívnym vplyvom prachu na zdravotníckych pracovníkova pacientov v pracovnom procese

Ivica Gulášová, Zuzana Bačíková, Pavol Beňo,

20. Hlavné zásady merania tepelnovlhkostnej mikroklímy z hľadiska ochrany zdravia pri práci.

Ivica Gulášová, Zuzana Bačíková, Pavol Beňo

21. Niekoľko pohľadov na ochorenie AIDS-ochorenie 20-21 storočia

Ivica Gulášová, Zuzana Bačíková, Pavol Beňo, Ivan Reidl

22. Obezita v detskom veku - epidemia 21. storočia

Zuzana Šimová, Zuzana Novotná

BLOK II. 12:30-14:00

MODERÁTORI: DARMOŠOVÁ R., MAGERČIAKOVÁ M.

ETIKA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

A. BUJDOŠOVÁ

SEBAREFLEXIA SESTRY EDUKÁTORKY

M. MAGERČIAKOVÁ

VÝZNAM EDUKÁCIE V PREVENCIÍ TUBERKULÓZY

L. KOBER

CELKOVÁ ANESTÉZA U PACIENTOV S OCHORENÍM DIABETES MELLITUS

Z. JASENČÁROVÁ, J. BUJNOVSKÁ, S. FÚRIKOVÁ

ETIKA V OŠETROVATEĽSKOM PROCESSE,

H. BOHÁTKOVÁ, M. STRUHAŘOVÁ

PRÍPRAVA DIEŤAŤA SO ZÁVAŽNÝMI POPÁLENINAMI NA LETECKÝ TRANSPORT

Z. STOPIAKOVÁ, Z. DROPOVÁ, V. HALIČKOVÁ

ÚLOHA SESTRY V EDUKÁCIÍ RODINY ONKOLOGICKY CHORÉHO PACIENTA

K. KOVALČÍKOVÁ

PREHĽAD VYŠETRENÍ NA ODD. NUKLEÁRNEJ MEDICÍNY

J. MORAVČÍKOVÁ

TRIADICKÉ POSTAVENIE: PACIENT V BEZVEDOMÍ-SESTRA-PRÍBUZNÍ

H. GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, J. JACKOVÁ, M. POBIJAKOVÁ,

14:00 – 14:30 PRESTÁVKA – OBČERSTVENIE

BLOK III. 14:40-16:20

MODERÁTORI: MORAUČÍKOVÁ E., FÚROVÁ K.

EDUKÁCIA PACIENTA INDIKOVANÉHO NA AORTO-BIFEMORÁLNY BYPASS

E. LAŠÁKOVÁ, K. KAMENSKÁ

KVALITA OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI A OŠETROVATEĽSKÁ DOKUMENTÁCIA

R. DARMOŠOVÁ, M. HEJZLÁROVÁ

OŠETROVATEĽSKÝ PROCES, PLÁNOVANIE ČINNOSTÍ A OŠETROVATEĽSKÁ DOKUMENTÁCIA V RÁMCI KNIS, JEJ PREVIAZANOSŤ S KOMPLEXNOU PACIENTSKOU DOKUMENTÁCIU

M. GRENDELOVÁ

OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT MALNUTRÍCIE SENIOROV S POUŽITÍM KLASIFIKAČNÝCH SYSTÉMOV OŠETROVATEĽSTVA

L. POLEDNÍKOVÁ

POTRANSFÚZNE REAKCIE

M. TUPÁ

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA PO OPERÁCIÍ HRUDNÍKA

S. VOZÁROVÁ, A. BÍROŠOVÁ, R. RINDOŠ

**VYUŽITIE MERACÍCH A HODNOTIACICH NÁSTROJOV V OŠETROVATEĽSKOM ASSESMENTE
PRI PERINATÁLNEJ STRATE,**

M. LEHOTSKÁ

DÔLEŽITOSŤ EDUKÁCIE PRI ENDOKRINNÝCH CHOROBÁCH V GRAVIDITE

V. SIMOČKOVÁ

ZDVÍHANIE, MANIPULÁCIA, HYGIENA A REHABILITÁCIA IMOBILNÝCH OSÔB

J. HUDÁK

16:20 – 17:00 DISKUSIA

19:00 – 24:00 SPOLOČENSKÝ VEČER REŠTAURÁCIA KOLOSEUM

Piatok 26. marec 2010 9:00-12:40

7:30-9:00 PREZENTÁCIA ÚČASTNÍKOV

BLOK IV. 9:00-10:00

MODERÁTORI: PRIESOLOVÁ, TUPÁ M.,,

AGEIZMUS-ETICKÝ PROBLÉM V STAROSTLIVOSTI O SENIOROV

J. MARTINKOVÁ, A. LAJDOVÁ

STÓMIA-KOMPLIKÁCIE A ICH OŠETROVANIE

A. SIMOVÁ, J. STEHLÍKOVÁ

OČKOVANIE-VÝHODA ALEBO RIZIKO?

I. GULÁŠOVÁ, Z. BAČÍKOVÁ, J. BREZA, P. BEŇO

SESTRA A JEJ PROFESIONÁLNA PRÍPRAVA

Z. HUDÁKOVÁ, M. NOVYSEDLÁKOVÁ

ROLA SESTRY V ZOBRAZOVACÍCH VYŠETROVACÍCH METÓDACH-DENZITOMETRIA

K. LIPTÁKOVÁ

METÓDY ZÍSKAVANIA EMPIRICKÝCH INFORMÁCIÍ V OŠETROVATEĽSTVE

K. MAJERČÍKOVÁ, D. WICZMÁNDYOVÁ

10:00 – 10:30 PRESTÁVKA – OBČERSTVENIE

BLOK V. 11:00-12:30

MODERÁTORI: VOZÁROVÁ S., ONDREJKOVÁ I.

PRAXISANLEITUNG – PROFESIONÁLNE VEDENIE V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

M. GALKOVÁ

INTERFERÓNY-MÝTY A LEGENDY

V. PRIESLOVÁ

POSUDZOVANIE IMOBILNÉHO PACIENTA VYBRANÝMI ŠKÁLAMI

M. NOVYSEDLÁKOVÁ

IMPLANTABILNÉ PODKOŽNÉ PORTY U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV

A. HERINKOVÁ

PSYCHICKÁ PRIPRAVENOSŤ ZDRAVOTNÍCKEHO ZÁCHRANÁRA NA POVOLANIE

A. BRATOVÁ

MANAŽMENT PRI OHLASOVANÍ RZP

D. BAŠTIGÁLOVÁ

VEKOM PODMIENENÁ MAKULÁRNA DEGENERÁCIA

A. CAMBEROVÁ, V. ĎUREJ, M. KLUBICOVÁ

ETICKÉ ASPEKTY INKONTINENCIE ŽIEN

H. NÉMETHOVÁ, J. DOBŠINSKÁ

ENTERÁLNA VÝŽIVA

Z. PRIESLOVÁ

12:30 – 12:40 DISKUSIA

12:40 – 12:50 UKONČENIE KONFERENCIE

14:00 - OBED

Žiadame prednášajúcich o dodržanie stanoveného limitu prednášky 10 minút. Po uplynutí stanoveného času bude prednáška prerušená moderátorom.

PREDHOVOR

Vážení účastníci konferencie,

dovoľujeme si Vás privítať v Ružomberku na 1. celoslovenskej konferencii s medzinárodnou účasťou „NOVÉ TRENDY VO VZDELÁVANÍ A PRAXI OŠETROVATEĽSTVA A PÔRODNEJ ASISTENCIE“, organizovaná Ústrednou vojenskou nemocnicou SNP - Fakultnou nemocnicou v Ružomberku. Spoluorganizátorom je Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, pod záštitou mesta Ružomberok. Cieľom konferencie je rozvíjanie nových poznatkov v ošetrovatel'stve, pôrodnej asistencii a laboratórnych vyšetrovacích metódach. Pokúsili sme sa pripraviť formou prednášok prehľad problematiky vybranej oblasti a súčasne prenechať dostatok priestoru na diskusiu.

Organizačný výbor ďakuje všetkým účastníkom konferencie za záujem o túto aktuálnu tému, usporiadateľom za podporu konferencie a sponzorom za finančnú účasť. Tešíme sa na stretnutie na neformálnom spoločenskom večeri.

Za organizačný výbor PhDr. Veronika Tisoňová

**ZNENIE CELÝCH PRÍSPEVKOV
(IN EXTENZO)**

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

HLAVNÉ ZÁSADY MERANIA TEPELNOVLHKOSTNEJ MIKROKLÍMY Z HĽADISKA OCHRANY ZDRAVIA PRI PRÁCI.

Gulášová Ivica, Bačíková Zuzana, Beňo Pavol

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv Alžbety, n.o., Bratislava

Regionálny úrad verejného zdravotníctva Považská Bystrica

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavská univerzita, Trnava

Súhrn

Tepelno – vlhkostné podmienky sú charakterizované teplotou, vlhkosťou a rýchlosťou prúdenia vzduchu. Základnými kritériami pri objektivizácii je vhodná voľba meracích miest a intervalu merania. Nevyhnutné je poznať aj charakter samotnej vykonávanej činnosti a prislúchajúci energetický výdaj, polohu a pohyb pracovníkov pri ich činnosti, prítomnosť zdrojov tepla alebo chladu, miestne a časové zmeny teploty, vlhkosti a prúdenia vzduchu na pracovisku. Optimalizáciu tepelno-vlhkostnej mikroklímy možno dosiahnuť tromi základnými spôsobmi: zásahom do zdroja, do prostredia, do subjektu t.j. užívateľa.

Kľúčové slová: Tepelno-vlhkostné podmienky. Mikroklimatické podmienky. Tepelno-vlhkostná pohoda. Prúdenie vzduchu.

Úvod

Rizikové práce predstavujú pre zamestnancov zvýšené riziko poškodenia zdravia pri práci a ich vyhlásenie je pre zamestnávateľa spojené s povinnosťami na úseku ochrany zdravia pri práci, medzi ktoré patrí najmä vykonávanie preventívnych opatrení na zníženie alebo odstránenie rizika poškodenia zdravia pri práci a zabezpečenie cielených lekárskech preventívnych prehliadok zamestnancov pracovnou zdravotnou službou.

Výskyt rizikových prác v SR mal počas celého sledovaného obdobia za roky 1999-2008 klesajúcu tendenciu. Od r. 1999 do súčasnosti došlo k poklesu počtu zamestnancov vykonávajúcich rizikové práce o 20 794 zamestnancov, t. j. o 15,2 %.

Celkový počet zamestnancov exponovaných jednému alebo viacerým rizikovým faktorom v SR vykazuje postupný mierny pokles. Výnimku tvorí r. 2001, kedy v dôsledku prijatia novej legislatívy došlo k miernemu nárastu počtu zamestnancov v riziku.

Jednou z oblastí rizikových kritérií sú podmienky tepelno – vlhkostnej pohody na pracovisku.

Dôležité pojmy tepelno-vlhkostnej mikroklímy

Tepelno – vlhkostné podmienky majú oveľa väčší vplyv na subjektívny pocit pohody človeka, kvalitu odpočinku i skutočnú produktivitu práce ako iné špecifické škodliviny, napr. obťažujúci hluk.

Sú charakterizované teplotou, vlhkosťou a rýchlosťou prúdenia vzduchu.

Výsledným vzájomným pôsobením všetkých mikroklimatických faktorov je tepelný stav človeka, pričom dôležitá je najmä tzv. tepelná pohoda. Práca v chlade je nebezpečná

z dôvodov vzniku miestnych a celkových poškodení zdravia zamestnancov (omrzliny, ochorenia dýchacích ciest)

Medzi dôležité úlohy štátneho zdravotného dozoru patrí kontrola stavu prostredia, v ktorom žijú a pracujú ľudia. Súčasťou takejto kontroly je objektivizácia podmienok tepelno-vlhkostnej mikroklímy vo vnútornom prostredí budov meraním a hodnotením charakteristických fyzikálnych ukazovateľov.

Požiadavky na tepelno-vlhkostnú mikroklímu sa nachádzajú v dvoch vykonávacích predpisoch zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a to:

- Vyhláška MZ SR č. 544/2007 Z. z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred záťažou teplom a chladom pri práci
- Vyhlášky MZ SR č. 259/2008 Z. z. o podrobnostiach o požiadavkách na vnútorné prostredie budov

Obidva predpisy majú spoločné fyzikálne základy a klasifikáciu tried činností, líšia sa však v oblasti použitia; prvý predpis obsahuje požiadavky na pracovné prostredie, druhý predpis na miesta pobytu ľudí v komunálnom prostredí vrátane bytov.

Podľa dosiahnutej kvality prostredia sa v spomenutých predpisoch rozlišujú optimálne, prípustné a únosné mikroklimatické podmienky, ktoré sú z hľadiska ochrany zdravia a prevencie ťažiskové.

Postup pri meraní jednotlivých faktorov tepelnovlhkostnej mikroklímy, spracovanie výsledkov nameraných veličín a prístrojového vybavenia sú určené vyhláškou MZ SR č.544/2007 Z.z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred teplom a chladom pri práci a EN ISO 7726/2002 Ergonómia tepelného prostredia - Prístroje pre meranie fyzikálnych veličín Z.z.

Hodnotenie tepelnovlhkostnej mikroklímy sa vykonáva podľa vyhlášky MZ SR č. 544/2007 Z.z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred záťažou teplom a chladom pri práci

Definícia pojmov na hodnotenie záťaže teplom a chladom je uvedená v § 2 vyhlášky MZ SR č.544/2007 Z.z.

Veličiny a jednotky na hodnotenie záťaže teplom a chladom sú uvedené § 2 vyhlášky MZ SR č.544/2007 Z.z.

Fyzikálne veličiny charakterizujúce prostredie

Fyzikálne veličiny, ktoré sú nutné pre vyhodnotenie vplyvu mikroklimatických parametrov vnútorného prostredia na človeka:

- operatívna teplota vzduchu
- výsledná teplota guľového teplomeru
- teplota vzduchu
- stredná radiačná teplota
- asymetria radiačnej teploty
- povrchová teplota
- teplota mokrého teplomeru
- teplota prirodzene vetraného mokrého teplomeru
- teplota rosného bodu

- relatívna vlhkosť vzduchu
- parciálny tlak vodných pár
- rýchlosť prúdenia vzduchu
- intenzita turbulencie prúdiaceho vzduchu

Pre celkové hodnotenie

- treba poznať fyziologickú veličinu metabolický výdaj M (w.m^{-2}) sledovanej osoby
- celkový tepelný odpor odevu alebo medznej vrstvy vzduchu

Základné parametre popisujúce tepelné prostredie

- teplota vzduchu t_a ($^{\circ}\text{C}$)
- stredná radičná teplota t_r ($^{\circ}\text{C}$)
- relatívna vlhkosť vzduchu rh (%)
- rýchlosť prúdenia vzduchu v_a (m.s^{-1})
- izolačné vlastnosti odevu R (clo)
- tepelná produkcia organizmu M (w.m^{-2})

Miesto merania (určenia)

1. Vertikálne rozloženie miest merania (vzhľadom k pracovníkovi) **fyzikálnych veličín prostredia**

Umiestnenie čidla

úroveň hlavy

úroveň brucha

úroveň členku

2. Horizontálne rozloženie miest merania fyzikálnych veličín závisí to, kde a akú dobu sa pracovník v rámci svojej profesia zdržuje alebo pohybuje. To znamená že je nutné poznať prevádzku, technológiu a časový snímok pracovnej doby pracovníka.

Pri hodnotení mikroklimatických podmienok sa vychádza z týchto zásad:

1. Tepelná produkcia organizmu sa pokladá pre účely v zmysle vyhlášky MZ SR č. 544/2007 Z. z. za rovnakú energetickému výdaju.
2. Stanovenie energetického výdaja pre tieto účely je prípustné z tabelovaných hodnôt, keď nie sú známe hodnoty energetického výdaja, je možné zaradiť posudzovanú prácu podľa činností v tabuľke č.1. Prílohy k vyhláške MZ SR č. 544/2007 Z.z.
3. Celkový energetický výdaj (M) sa vyjadruje v brutto hodnotách t.j. v hodnotách zahrňujúcich i bazálny metabolizmus (BM). Jednotkou je (W) resp. v prepočte na 1m^2 telesného povrchu ($W.m^2$)
4. Činnosti sa zaraďujú do tried podľa tabuľky č.1, Prílohy k vyhláške MZ SR č. 544/2007 Z.z. podľa celkového energetického výdaja vynakladaného na efektívnu dobu práce. Počas práce sa celkový výdaj vypočíta ako časove vážený priemer z hodnôt energetického výdaja vynaloženého na pracovnú činnosť hlavnú a vedľajšiu. V prípade, že čas trvania vedľajšej pracovnej činnosti presiahne 30 % efektívnej doby práce, hodnotia sa obidve činnosti samostatne.

5. Na uzavretých pracoviskách musia byť hodnoty tepelno–vlhkostnej mikroklimy uvedené v tabuľke č.2 a 3 Prílohy k vyhláške MZ SR č. 544/2007 Z. z. Na pracoviskách triedy 1a.1b,1c musia byť ešte navyše splnené tieto požiadavky:
- rozdiel teplôt vzduchu medzi úrovňou hlavy a členkov nesmie byť väčší ako 3 K
 - asymetria teploty sálania od okien alebo iných chladných zvislých povrchov nie je väčšia ako 10K
 - asymetrie teploty sálania od teplého stropu alebo od iných vodorovných povrchov nie je väčšia ako 5 K
 - ožiarenosť hlavy sálavým teplom nesmie byť väčšia ako 200 W.m².

Norma komfortu a norma záťaže.

Údaje a metódy boli rozdelené do dvoch tried podľa stupňa pociťovania diskomfortu, ktoré sa majú hodnotiť.

Údaje a metódy typu C sa vzťahujú k meraniam prevádzaným v mierne teplom prostredí, približujúcim sa k podmienkam komfortu (**norma komfortu**).

Údaje a metódy typu S sa vzťahujú k meraniam prevádzaným v prostredí s väčšou tepelnou záťažou alebo i v prostredí s extrémnou záťažou (**norma tepelnej záťaže**).

Hlavné zásady merania tepelnovlhkostnej mikroklimy :

Základnou zásadou merania a hodnotenia tepelno-vlhkostnej mikroklimy je, aby reakcia osôb na vplyv tepelného prostredia, bola určená najmenej šiestimi základnými parametrami.

Sú to:

- teplota vnútorného vzduchu
- stredná radiačná teplota (účinná teplota okolitých plôch)
- rýchlosť prúdenia vzduchu
- relatívna vlhkosť vzduchu
- celkový tepelný odpor odevu (izolačné vlastnosti odevu)
- tepelná produkcia organizmu (metabolický výdaj tepla osoby)

Poznanie 6 základných parametrov je požadované v aplikácii medzinárodných či slovenských noriem pre stanovenie prostredia.

Základnými kritériami pri objektivizácii je vhodná voľba meracích miest a intervalu merania. Zásadné kritériá pre voľbu počtu a rozmiestnenie meracích miest ako aj počtu a druhu meraní, ktoré sa na nich uskutočnia sú:

rozmiestnenie pracovných miest, vykonávaná činnosť a prislúchajúci energetický výdaj, poloha pracovníkov pri ich činnosti, pohyb pracovníkov počas pracovnej zmeny, prítomnosť zdrojov tepla alebo chladu, miestne a časové zmeny teploty, vlhkosti a prúdenia vzduchu na pracovisku.

Meracie miesta sa volia tak, aby sa zistili:

- **charakteristické podmienky** pre dané pracovisko, ktoré možno reprezentovať miestnymi a časovými priemerami z nameraných ukazovateľov
- **extrémne podmienky** na najhorších pracovných miestach meraného pracoviska, ak sa vyskytujú znateľné rozdiely oproti charakteristickým hodnotám, treba ich zisťovať

a hodnotiť samostatne resp. ako lokálny priemer alebo v exponovanom časovom úseku, aby bolo možné z výsledkov merania stanoviť úpravy prostredia, organizačné a iné náhradné opatrenia

- **interval merania** sa určuje podľa rozdielov, ktoré sa v danom priestore vyskytujú v priebehu času. Interval merania by nemal presiahnuť jednu hodinu.

Zásadný rozdiel je v meraní prípustných aj únosných podmienok v teplom a v studenom období roka, ak chceme zistiť, či je dané prostredie vyhovujúce alebo nie, treba merať v čase, keď sa výrazne líšia vonkajšie a vnútorné mikroklimatické podmienky.

V chladnom období sa odporúča merať pri vonkajšej teplote v rozmedzí 0 °C až -15 °C (nemá sa merať pri teplote nižšej ako výpočtová vonkajšia teplota pre danú oblasť), v teplom období roka pri vonkajšej teplote 25 °C až 30 °C.

Prípustné podmienky tepelno-vlhkostnej mikroklímy.

Na pracoviskách s trvalým výkonom práce musia byť dodržané prípustné mikroklimatické podmienky v závislosti na tepelnej produkcii organizmu zamestnanca. Prípustné podmienky tepelno-vlhkostnej mikroklímy presahujú rámec optimálnych podmienok, sú teda mimo štatistiky vymedzenej oblasti tepelnej pohody.

Na pracoviskách s trvalým výkonom práce musia byť dodržané prípustné mikroklimatické podmienky v závislosti na tepelnej produkcii organizmu zamestnanca, ale z hľadiska hygienických požiadaviek na ochranu zdravia a prevencie chorôb nepredstavujú riziko. Povoľujú sa tam, kde z rozličných príčin nemožno zabezpečiť optimálne podmienky.

Únosné podmienky tepelno-vlhkostnej mikroklímy.

V prostredí, kde z technologických a iných dôvodov nie je možné dodržať prípustné mikroklimatické podmienky, treba dodržať dlhodobu alebo krátkodobu únosné podmienky TVM podľa normy pre záťaž teplom a chladom pri práci.

Limity pre únosné podmienky sú stanovené len pre záťaž teplom. Norma súčasne určuje požiadavky na pitný režim zamestnancov. V prípade, kde nemožno vylúčiť prekročenie únosných podmienok musí zamestnávateľ zabezpečiť náhradné opatrenia.

Dlhodobu únosné podmienky TVM sú fyzikálne podmienky, pri ktorých je organizmus ešte schopný udržať tepelnú rovnováhu fyziologickými mechanizmami (termoreguláciou).

Dlhodobu únosná záťaž teplom je limitovaná množstvom vody vylúčenej z organizmu potením a dýchaním v súlade s STN EN ISO 7933.

Krátkodobu únosné podmienky TVM sú fyzikálne podmienky, pri ktorých organizmus už nedokáže udržať tepelnú rovnováhu, avšak teplota telesa jadra v stanovenom čase neprekročí limitnú hodnotu, po ktorej by mohol nastať kolaps.

Záver

Tepelne vlhkosťnú pohodu prostredia vytvárajú tepelné a vlhkosťné toky interiéru, ktoré pôsobia na človeka a spoluvytvárajú tak jeho celkový stav.

Optimalizácia tepelno-vlhkosťného mikroklímatu sa dosiahne tromi základnými spôsobmi:

- zásahom do zdroja (tepla, chladu a vodných pár – stavba, zariadenia)

- do prostredia (klimatizácia, vetranie, vykurovanie)
- do subjektu t.j. užívateľa budovy (oblečenie, OOPP)

Zoznam bibliografických odkazov:

Jednotná metodika merania a hodnotenia tepelno-vlhkostnej mikroklímy, č.HE-5102/77-B/3-06.

Vyhláška MZ SR č.544/2007 Z.z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred záťažou teplom a chladom pri práci.

Vyhláška MZ SR č.259/2008 Z.z. o podrobnostiach o požiadavkách na vnútorné prostredie budov a o minimálnych požiadavkách na byty nižšieho štandardu a na ubytovacie zariadenia.

STN EN ISO 7726: 2002 Ergonómie tepelného prostredia. Prístroje pre meranie fyzikálnych veličín.

STN ISO 7730: 1997 Mierne tepelné prostredie – Stanovenie ukazovateľov ú PMV PPD a popis podmienok tepelné pohody.

STN ISO 7933- Horúce prostredie, analytické stanovenie a interpretácia tepelnej záťaže s použitím výpočtu požadovanej intenzity potenia.

STN ISO 9886 – Hodnotenie tepelnej záťaže podľa fyziologických meraní

STN ISO 10551 – Ergonómia tepelného prostredia – stanovenie vplyvov tepelného prostredia použitím subjektívne určených stupníc.

STN ISO 11399 –Ergonómia tepelného prostredia – Zásady a používanie príslušných medzinárodných noriem.

STN ISO 8996 – Ergonómia tepelného prostredia- odhad produkcie metabolického tepla.

STN ISO 9920 – Ergonómia tepelného prostredia - odhad tepelnej izolácie a odparovacieho odporu odevov.

Adresa autorky:

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.

Narcisová 40

821 01 Bratislava

e-mail: ivica.gulasova@post.sk

EDUKÁCIA SENIORA A RODINNÝCH PRÍSLUŠNÍKOV V DOMÁCOM PROSTREDÍ

Zrubáková Katarína

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita Ružomberok

Kľúčové slová: Edukácia, senior. Rodinný príslušník. Edukačný proces v geriatrickom ošetrovatelstve. Domáce prostredie.

Úvod

Pacienti v seniorskom veku predstavujú špecifickú skupinu. Je to skupina, ktorá podlieha ochoreniam, viac ako iné vekové kategórie, uvedomuje si konečnosť života a má bohatšie životné skúsenosti. V krajinách s rozvinutou geriatrickou starostlivosťou je teraz väčšina zdravotných a takmer všetky otázky sociálnej starostlivosti o seniora spojená s úsilím riešiť ich na úrovni komunity. Komunitná starostlivosť je spojená so starostlivosťou v domácom prostredí. Starostlivosť v domácom prostredí je komplexná starostlivosť v byte chorého. *Najčastejšie ide o postakútnu starostlivosť po prepustení z nemocnice, dlhodobú, prípadne terminálnu starostlivosť, menej často starostlivosť o akútne chorých* (Topinková, 1994, s.488). Komunitná sestra v starostlivosti o geriatrického pacienta plánuje, realizuje aktivity zamerané na prevenciu ochorení, ich komplikácií, podporu a udržiavanie zdravia. Realizuje **edukáciu, poradenstvo**, advokáciu, organizáciu starostlivosti, vykonáva ošetrovateľské techniky v spolupráci s rodinnými príslušníkmi (Kyčinová, 2001). A práve spomínanej edukácii seniorov a ich rodinných príslušníkov je venovaný príspevok.

Edukácia seniora v domácom prostredí

Problematika vzdelávania starších ľudí sa zaraďuje medzi aktuálne otázky súčasnosti. Podľa najnovších poznatkov z odbornej literatúry (Hegyí, Krajčík, 2004, Krajčík, 2008) rast očakávanej dĺžky života naďalej pokračuje a tak sa počet starých ľudí stále zvyšuje a najviac sa bude zvyšovať počet ľudí v najstarších vekových skupinách. *Práve z týchto dôvodov má edukácia seniorov svoje poslanie, celkové zameranie, ako aj všeobecné i individuálne výchovné zacielenie* (Čornaničová, 2005, s.7).

Edukácia vo vzťahu k senu ako etape ľudského života má širší záber ako len vlastné edukačné aktivity určené seniorom. Vzdelávacie potreby seniorov sú veľmi rôznorodé, ale jednoznačne ich napĺňanie vždy vedie k osobnostného rastu seniora. Poznatky získané štúdiom a individuálnou edukáciou, pomáhajú starším ľuďom riešiť existenčné otázky, nachádzať nové hodnotové systémy, novú filozofiu života, zvyšujú ich sociálnu aktivitu a zároveň majú i preventívny charakter- zdravotne uvedomelý senior spolupracuje pri liečbe, aktívne sa stará o svoje zdravie, čo má pozitívny dopad na jeho sebaopateru a nezávislosť.

Význam edukácie v senu

Edukácia predstavuje pre seniora:

- možnosť uspokojovať vzdelávacie potreby podľa osobných záujmov,
- nájsť nový životný program,

- jednu z možností navodzovania, stimulácie a udržiavania vývinového potenciálu človeka seniorského veku,
- možnosť získanými poznatkami, rozvíjaním nových schopností podporovať žiadané zmeny osobnosti,
- spoznanie svojich možností, a tým aj väčšiu slobodu voľby v medziach svojej životnej cesty, sociálnych a ekonomických podmienok života,
- podporu plnenia etapových úloh staršieho vekového obdobia,
- spoznanie možnosti pozitívneho ovplyvňovania priebehu starnutia,
- priestor na získavanie a realizáciu sociálnych kontaktov,
- zdroj pocitov životného optimizmu,
- obohacovanie života v senu.

(Čornaničová, 2005, s.4)

Typy edukácie:

- úvodná- má význam pre dosiahnutie compliance seniora,
- hĺbková- môže byť realizovaná v odbornej ambulancii, alebo vyhradenej miestnosti v ADOS ale aj v domácnosti seniora ak sú vytvorené podmienky,
- pokračujúca- realizovaná v domácom prostredí (Hlinková, 2007),
- reedukácia.

Edukácia rodinných príslušníkov seniora

Dôležitým členom tímu starajúceho sa o seniora v domácom prostredí sú rodinní príslušníci. Aj oni však môžu spôsobiť problémy z dôvodu nedostatočnej, nesprávnej starostlivosti o chorého seniora. Preto je aj v ich prípade je veľmi dôležitá edukácia. Edukácia môže byť základná, pokračujúca, ale aj reedukácia.

Najčastejší obsah edukácie u rodinných príslušníkov:

- prirodzené zmeny v procese starnutia,
- farmakologická a nefarmakologická liečba vo vyššom veku,
- ošetrovanie chronických rán,
- základná starostlivosť o seniora- podávanie stravy, kúpeľ, polohovanie a pod.,
- starostlivosť o seniora s geriatrickými syndrómami- (veľké geriatrické syndrómy),
- starostlivosť o seniora s akútnym, chronickým ochorením,
- starostlivosť o terminálne chorého seniora,
- preventívna starostlivosť- prevencia pádov, úrazov, prevencia dehydratácie, malnutricie, obezity, prehriatia a podchladenia...,
- možnosti sociálnej pomoci- sociálne služby, pomoc pre rodinných príslušníkov vyčerpaných dlhodobou starostlivosťou o seniora

Úloha sestry pri edukácii seniorov

Edukácia sa považuje za dôležitú súčasť profesionálnej činnosti sestry. *„Realizované ošetrovateľské činnosti môžu sestry využívať aj ako prostriedok na individuálne výchovné pôsobenie na informovanie a vzdelávanie pacienta, čím povzbudzujú aktivitu jednotlivcov, skupín a komunit, posilňujú ich samostatnosť a zodpovednosť pri zachovávaní zdravia a zdravého spôsobu života“* (Magerčiaková, 2005, s. 16).

Sestra, ktorá realizuje edukačný proces musí mať teoretické i praktické vedomosti o edukácii a jej osobitostiach pri výchove a vzdelávaní seniorov, patria sem zásady edukačného procesu, zmeny v starobe ovplyvňujúce kognitívne funkcie a osvojovanie si nových informácií, podávanie informácií seniorom, faktory ovplyvňujúce edukáciu, faktory podporujúce edukáciu a kroky edukačného procesu.

Zásady edukačného procesu

- oboznamovanie s novými poznatkami by sa malo uskutočňovať postupne a pomaly,
- seniorovi sa musí dať možnosť, aby si sám mohol zvoliť, alebo ovplyvniť tempo svojho vzdelávania,
- množstvo informácií poskytnutých na jednom sústredení by malo byť menšie ako u mladších účastníkov,
- informácie by mali byť prehľadné, dopĺňované názorným príkladom. Je vhodné dať k dispozícii písomné podklady,
- rôzne chyby a nedostatky, ktoré má senior osvojené z rôznych predchádzajúcich informácií, treba okamžite opraviť, aby sa neupevnil nesprávny návyk, nesprávne poznatky,
- aktivizovať seniora rôznymi podnetmi a otázkami, aby sa zapájal do výkladu nových informácií.

(Rovný, Fižová, Skalová, 2004, s. 159)

Faktory ovplyvňujúce edukáciu:

- vek, pohlavie,
- socio- ekonomické faktory, znižovanie ekonomickej úrovne,
- motivácia (vnútorná, stotožnenie sa pacienta),
- uspokojenie potrieb, spiritualita,
- typ osobnosti, psychický stav, úzkosť, strach, depresia, zmeny nálady,
- sociokultúrna bariéra,
- osamelosť, rizikovní senior, abúzus,
- rýchly vývoj spoločnosti- nová terminológia, komunikačné prostriedky,
- znížená kvalita života spôsobená užívaním liekov, prítomnosťou viacerých ochorení a obmedzení, bolesť,
- maladaptácia,
- nedostatočné stravovanie, neprimeraná teplota prostredia, nedostatočne vetrateľná miestnosť,
- manipulovanie- strata rozhodovacích schopností.

(Magerčiaková, 2007, Malíková, 2008).

Faktory podporujúce učenie

- typy ľudí- vizuálny, akustický a motorický typ,
- miesto na učenie- izba, kreslo, posteľ,
- fáza vysokého výkonu,
- vnútorný rytmus,
- harmonogram dňa,
- časový kapitál- edukátor, edukant,

- deštruktívne pocity- strach, hnev, závišť.
(Kafka, 2004)

Sestra pri realizácii edukácie musí:

- pozorne vypočuť všetky informácie od pacienta(rodinných príslušníkov),
- rešpektovať sebaúctu pacienta, pristupovať k pacientovi ako k partnerovi,
- rešpektovať zmeny vzniknuté procesom starnutia,
- zozbierať a analyzovať informácie od pacienta pre identifikáciu problému a stanovenie edukačnej diagnózy,
- na základe záverov zostaviť a realizovať edukačný plán,
- ak je potrebná permanentná ošetrovateľská starostlivosť zabezpečiť ju, prípadne pomôcť pacientovi nepriamo- telefonickou konzultáciou,
- opakovane fixovať podané informácie ,
- rešpektovať pacientove právo na omyl, priamo neodsudzovať pacienta, znovu konzultovať danú problematiku,
- zaistiť pokračujúcu edukáciu,
- zaistiť primerané prostredie a pomôcky (Malíková, 2006).

Edukačný proces realizovaný v komunitnej starostlivosti

Edukačný proces podobne ako metóda ošetrovateľského procesu má 5 fáz, ktoré na seba nadväzujú a vzájomne súvisia. Edukačný proces pozostáva z posudzovania, diagnostiky, plánovania, realizácie a vyhodnotenia edukácie.

I Posudzovanie

Posudzovanie alebo zber údajov je najdôležitejším prvkom edukácie, nerealizuje sa len na začiatku edukácie, ale má význam počas celej edukácie.

Systematickosť posúdenia v edukácii je požiadavkou vytvorenia a zachovania kvality edukačných programov.

Vstupné determinanty edukačného procesu:

- fyzické- diagnóza, telesné poškodenie, obmedzenie, schopnosť sebaopatery,
- poznávacie procesy,
- aktivizačné psychické procesy,
- vlastnosti osobnosti,
- podpora rodiny.

Metódy na získanie informácií

Výber metódy závisí od zdravotného a psychického stavu seniora a od miesta, kde sa edukácia realizuje.

Medzi najčastejšie využívané metódy patria:

- pozorovanie, (klienta, rodinných príslušníkov, pozorovanie vzťahov a situácie v rodine, funkčnosť rodiny, úprava prostredia),
- rozhovor (štruktúrovaný, neštruktúrovaný), rozhovor s príbuzným/zákonným zástupcom, rozhovor s opatrovateľom, zdravotníckymi pracovníkmi,
- analýza zdravotnej dokumentácie (ošetrovateľské záznamy, zdravotná dokumentácia).

Sestra sa zameriava hlavne na údaje ako:

- zdravotný stav pacienta- akútne, chronické ochorenia,
- zmeny v motorike- hrubá, jemná,
- údaje o špecifických potrebách klienta,
- mieru funkčnej poruchy spôsobujúcej obmedzenie alebo stratu sebestačnosti, funkčný stav hodnotíme individuálne vzhľadom ku konkrétnemu jedincovi a komplexne vo všetkých aspektoch života,
- vedomosti o liečbe, a starostlivosti o seba,
- základné aktivity denného života- Barthelov test, inštrumentálne aktivity denného života- IADL test,
- kognitívne funkcie- MMSE, test verbálnej plynulosti, skúška zapamätania troch slov, Krátka škála kognitívnych funkcií, skúška kresby hodín,
- hodnotenie duševného stavu- Dotazník geriatrickej depresie, stupnica hodnotenia psychického zdravia,
- údaje o rodine, domácnosti, o finančnom zabezpečení klienta, kvalita sociálneho prostredia.

Chyby pri posudzovaní:

- nedostatočná anamnéza,
- nedostatočné množstvo informácií, jednostranný zber informácií,
- precenenie, podcenenie edukanta,
- nedostatočné vedomosti sestry,
- nedostatočné informácie o ochorení a pridružených ochoreniach.

II Diagnostika

Po dôslednom posúdení stanovujeme edukačné diagnózy, diagnózy sa týkajú nedostatočných vedomostí a zručností v určitej oblasti, prípadne wellness diagnózy zamerané na zlepšenie zdravia.

Podľa vyhlášky MZ ich označujeme pod kódom **E 100-119 Edukácia a vedomosti**, pri dokumentovaní edukácie uvedieme názvy a kódy diagnóz:

- E 100 Nedostatok informácií
- E 102 Nezáujem o informácie
- E 103 Nedostatok vedomostí

Podľa **NANDA International** môžeme uvádzať tieto kódy diagnóz:

- 00162 Ochota k zlepšeniu liečebného režimu
- 00084 Hľadanie zdravého životného štýlu
- 00161 Ochota doplniť deficit vedomostí

III Plánovanie

Pri plánovaní je dôležité:

- stanoviť ciele → formy → metódy → obsah → plán edukácie.

Cieľ edukácie:

- pripraviť verejnosť, seniora na aktívny, spokojný a čo najkvalitnejší život v starobe, postproduktívnom veku.
- rešpektovať aktuálne potreby seniora.

Forma edukácie:

- individuálna, skupinová a kolektívna.

Metódy edukácie:

- metódy hovoreného slova (rozhovor, vysvetľovanie, presvedčanie, diskusia, prednáška),
- metódy písaného slova (leták, brožúra, článok a i),
- metódy priamej skúsenosti, cvičenie, demonštrácia,
- kombinované metódy.

Obsah edukácie:

Obsah edukácie sestru určí na základe posúdenia, môže ísť o poskytnutie nových informácií, preopakovanie, rozšírenie informácií, reedukáciu.

Obsah tvoria informácie ako:

- zmeny v procese starnutia,
- zdravý životný štýl, správny spôsob života, výživa, diétny režim, fajčenie, alkohol, spánok, pohybová aktivita, voľno časové aktivity,
- postupy k podpore nezávislosti a sebestačnosti,
- využitie kompenzačných pomôcok,
- farmakologická a nefarmakologická liečba,
- možnosti ďalšieho vzdelávania,
- možnosti zapojenia do aktivít regiónu,
- sociálna pomoc a výhody pre seniorov,
- sieť sociálnych služieb pre seniorov (Kozoň, Hanzlíková, 2003).

Plán edukácie

- rozsah teoretických a praktických vedomostí, ktoré si starý človek osvojuje,
- pri písaní plánu je dôležité rešpektovať osobitosti veku a individualitu pacienta.

IV Realizácia

- realizácia spočíva v schopnosti motivovať klienta k účinnej spolupráci pri učení sa nového,
- expozícia, fixácia a aplikácia zahŕňujú praktické využitie slovných, názorných, praktických metód pre individuálnu resp. skupinovú formu edukácie.

Pri realizácii je dôležité rešpektovať vek a zdravotný stav pacienta, pripraviť prostredie, zvoliť si optimálny čas a dĺžku trvania edukácie, zapojiť podporné osoby, aktivizovať a zaujať pacienta počas celej edukácie.

V Vyhodnotenie

Na konci edukačného stretnutia zhodnotíme jeho efekt. Hodnotíme ako sme naplnili ciele edukácie, posúdime vhodnosť použitých metód a spätnou väzbou i informácie, ktoré sa pacient naučil.

Dôležité je hodnotiť priebežne, ale i s časovým odstupom. Starí ľudia si ťažšie zapamätajú nové informácie a niekedy je potrebné ich oživenie pri opätovnom stretnutí.

Hodnotíme zároveň zdravotný stav, úlohou edukácie je poskytnúť adekvátne informácie, zvýšiť motiváciu a compliance pacienta.

Dokumentovanie edukácie

Dôležitou súčasťou edukačného procesu je aj jeho dokumentovanie, ktoré tvorí posudzovací hárok a záznam o prebehnutnej edukácii (pozri prílohy).

Záver

Starostlivosť o seniora v komunite a v domácom prostredí je veľmi osobitá, pretože zahŕňa širokú paletu služieb a výkonov- medicínskych, ošetrovateľských. Výsostné postavenie tu však má edukácia seniora, ale aj rodinných príslušníkov. Správne informovaný, edukovaný senior/rodinný príslušník či opatrovateľ viac spolupracuje pri profesionálnej starostlivosti, dopúšťa sa menej chýb pri liečbe (farmakologickej, nefarmakologickej) čo má za následok výrazné zlepšenie kvality jeho života.

Príloha 1

Posudzovací hárok seniora

Meno a priezvisko pacienta:

Vzdelanie

Vek

Pohlavie

Údaje o zdravotnom stave seniora:

Sebaopatera:

sebestačný, čiastočne závislý,
deficit sebaopatery

telesné poškodenie

zmyslové poškodenie

Aktuálny psychický stav

úzkostný- napätý- nahnevaný- smutný- pokojný- veselý- otvorený- citovo labilný

Komunikácia:

Bariéry v komunikácii:

Vlastnosti osobnosti:

introvert, extrovert
sangvinik, choleric, flegmatik, melancholik

Hodnota zdravia

Faktory brzdiace proces učenia

Faktory napomáhajúce učeniu

Skúsenosť s danou problematikou

Predchádzajúci zdroj informácií

Aktivita počas rozhovoru

Poznámky

Posúdenie seniora a rodiny

Posúdenie seniora:

pohlavie: vek: etnická príslušnosť:
vzdelanie:

Posúdenie fyzického stavu seniora:

Aktuálne zdravotné problémy, obmedzenia:

funkčné a zmyslové schopnosti:

Edukačné potreby seniora:

Profil rodiny

typ bývania: počet členov v domácnosti:
základné údaje o členoch domácnosti:
vzťahy v rodine

Zdroje pomoci a podpory zo strany rodiny

adekvátnosť/neadekvátnosť rodinných funkcií

Sociálno- ekonomická situácia rodiny

Životný štýl rodiny, hodnoty, náboženstvo

Porozumenie súčasnej situácie rodinou

Spracované podľa Rankin, 2001 (In Hlinková, 2007)

Príloha 2

Záznam o edukácii geriatrického pacienta

Edukačná diagnóza:		
Miesto konania:		
Dátum, čas a dĺžka edukačnej jednotky:		
Plánovaný počet stretnutí:		
Zameranie edukácie:		
Vstupné informácie	Reedukácia	
Jednorazové vzdelávanie	Rozširujúca edukácia	
Priebežné vzdelávanie	Iné	
Organizačná forma: individuálna, skupinová, skupinová s podpornými osobami		
Prostriedky edukácie: učebné pomôcky a didaktická technika		
Téma edukácie:		
Cieľ:		
Cieľ edukátora:		
Výsledné kritéria: pacient:		
Afektívne		
Kognitívne		
Psychomotorické		
Fázy edukácie		
Motivačná fáza:		
Expozičná fáza:		
Fixačná fáza:		
Diagnostická fáza:		
Podpis sestry	Dátum	Zdroj informácií

Zoznam bibliografických odkazov:

- ČORNANIČOVÁ, R. 2005. Vzdelávanie v treťom veku ako podpora kvality života. [online]. s.1-8. [cit. 2005-10-10] . Dostupné na internete <http://www.fns.uniba.sk/zp/2000/zp6/cornanic.htm>
- ČORNANIČOVÁ, R. Edukácia seniorov. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. 163 s. ISBN 978-80-223-2282-9
- HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. 1.vyd. Martin : Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80-6315-57
- HATÁR, C. 2005. *Inštitucionálna edukatívna starostlivosť o seniorov v Slovenskej republike*. Nitra: UKF, 2005. 104 s. ISBN 80-8050-821-6
- HATÁR, C. 2008. Edukácia seniorov v sociálnych zariadeniach. Nitra: Effeta, 2008. 125 s. ISBN 978-80-89245-08-6
- HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2004. *Geriatría pre praktického lekára*. Bratislava : Herba, 2004. 298 s. ISBN 80-89171-06-0
- HLINKOVÁ, E., NEMČEKOVÁ, M. 2007. Nové prístupy k systematickému posúdeniu v edukačnom procese. In *Ošetrovateľstvo teória, výskum a vzdelávanie*. Ed. Čáp, J. Žiaková, K. Martin : Jeseniova lekárska fakulta v Martine, 2007, s. 146-160 . ISBN 978-80-88866-43-5
- KAFKA, J. a kol. 2004. *Mentálne zdravie, psychiatria a ošetrovateľstvo*. Košice : Mercury, 2004, 286 s. ISBN 80-89203-01-9
- KOZOŇ, V., HANZLÍKOVÁ, A. 2003. Ošetrovateľské poradenstvo v gerontológii. In *Revue medicíny v praxi*. roč. 1, č. 4, 2003, s.19-22, ISSN 1336-202X
- KRAJČÍK, Š. 2008. *Princípy diagnostiky a terapie v geriatrii*. Bratislava: Charis, 2008. 192 s. ISBN 978-80-88743-72-9
- MAGERČIAKOVÁ, M. 2005. Využitie internetu pri edukácii. In: *Sestra*. Júl- august 2005, č.7-8, s. 16, ISSN 1335-9444
- MAGERČIAKOVÁ, M. 2007. *Edukácia v ošetrovateľstve*. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva KU, 2007. 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5
- MALÍKOVÁ, K. 2006. Edukácia pri farmakoterapii seniorov. In: *Sestra a lekár v praxi*, 11-12, 2006. s. 29-31. ISSN 1335-9444
- RANKIN, S., H., STALLINGS, K., D. 2001. Patient education: Principles and Practice. Philadelphia: Lippincott Company, 2001. 432 s. ISBN 0-7817-2022-2
- ROVNÝ, I., FIŽOVÁ, L., SKALOVÁ, J.2004. K metodike vzdelávania seniorov v problematike zdravého starnutia. In *Geriatría*, 2004, č.4, s. 159- 162. ISSN 1335-1850
- RYBÁROVÁ, L. Uplatnenie metódy ošetrovateľského procesu v komunitnej ošetrovateľskej praxi. [cit. 2007-09-10] dostupné na internete old.unipo.sk/FZ/molisa2/25.pdf
- TOPINKOVÁ, E. 1995. Funkční stav osob ošetrovaných doma rodinnými príslušníkmi. In. *Eurorehab*, roč. 5, č. 2, 1995. s. 79-85. ISSN 1210-0366

Kontaktná adresa:

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
Papiernická 19, 034 01 Ružomberok
zrubakova@ku.sk

ETICKÉ ZÁSADY VEDECKEJ PRÁCE V OŠETROVATEĽSTVE

Jakubeková Jarmila, Ilievová Ľubica

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Poznatky získané prostredníctvom výskumu a vedeckej práce sú pre napredovanie odboru ošetrovateľstva nevyhnutné. Vedecko-výskumná činnosť umožňuje získavanie nových vedomostí, ich distribúciu profesionálom i laickej verejnosti a v neposlednom rade ich uplatňovanie v praxi. Vedie k zvyšovaniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti a profesionálnemu rastu sestier. Na úspešnú realizáciu vedecko-výskumnej činnosti v ošetrovateľstve sú potrebné znalosti o odbore, teórii, oblasti a smerovaní výskumu a vedeckej práce. Pre elimináciu problémov súvisiacich s ľudskými i autorskými právami je dôležité poznanie etických princípov súvisiacich s vedeckou činnosťou. V príspevku informujeme o všeobecných etických zásadách vedeckej práce, neprípustnom správaní výskumníka a venujeme sa špecifikám vedeckej činnosti v ošetrovateľstve. Stručne charakterizujeme činnosť a náplň práce etických komisií.

Kľúčové slová: Vedecká práca. Výskum. Ošetrovateľstvo. Etické princípy. Autorské práva.

Po roku 1989 nastali v rámci ošetrovateľstva a ošetrovateľského vzdelávania zmeny, ktoré boli orientované na ošetrovateľstvo ako vedný odbor, rolu sestry a jej postavenie v spoločnosti, systém a obsah vzdelávania sestier, ošetrovateľskú prax a v neposlednom rade na výskum v ošetrovateľstve (Botíková, 2009, s. 68). V procese vedeckého bádania by malo byť pre každého vedca a výskumníka samozrejmosťou dodržiavanie etických a legislatívnych noriem vedeckej práce. Správanie vedca a jeho prístup k práci svedčí o jeho profesionálnych ale aj ľudských kvalitách. Ignorovanie etických aspektov znehodnocuje výsledky práce a celú vedecko – výskumnú činnosť.

Etické zásady vedeckej práce, neprípustné správanie výskumníka

Každý vedecko – výskumný proces si vyžaduje dodržiavanie určitých zásad a princípov. Podľa Redhammera a kol., 1983 patrí medzi všeobecné etické zásady vedeckej práce akceptácia priority objavov a autorov, uvádzanie skutočných výsledkov, nezamlčovanie negatívnych faktov, objektívna interpretácia faktov, priznanie prípadných chýb a omylov a nevydávanie myšlienok iných za svoje.

Akceptácia priority objavov znamená uvádzanie už zistených skutočností prvotne, a až následné včlenenie vlastných výsledkov, ktoré boli objavené neskôr. *Akceptácia priority autorov* je priznanie prvenstva inému výskumníkovi, ak sa k rovnakému výsledku dopracoval pred nami (Farkašová, 2006, s. 27).

Za neospravedliteľné sa považuje zdržiavanie posudkov diel alebo projektov iných autorov kvôli zachovaniu prvenstva výskumu. Vo vzťahu k iným výskumom a poznatkom, ku ktorým dospeli iní autori, je potrebné vysvetliť termíny plagiát a myšlienková krádež. *Plagiát* je

používanie a prisvojovanie si cudzích hypotéz, teórií, alebo výsledkov výskumov, ktorých výskumník vo svojej práci necituje, nemá na ne referencie a pripisuje si ich za vlastné. Pokiaľ výskumník využíva idey, výskumné zámery a prístupy k výskumom iných autorov, hovoríme o *myšlienkovvej alebo ideovej krádeži*. Prisvojovanie si domnelého autorstva alebo spoluautorstva a „pripisovanie sa“ k autorstvu diel bez vedomia a súhlasu ich autorov by malo byť pre každého vedca tabu. Obsah a myšlienky citovaných autorov nesmú byť menené, ani vytrhnuté z kontextu.

Pri spracovávaní, vyhodnocovaní a prezentovaní výsledkov výskumu je neprípustné vymýšľanie, menenie, zamlčanie, falšovanie zistených skutočností a manipulácia s nimi. Výskumník tiež nesmie vyberať len určitý počet dát, alebo ich v prípade neželaných výsledkov obchádzať. Rovnako neprípustné je odstraňovanie pôvodných dát výskumu a zabraňovanie konfrontácie zverejnených výsledkov s pôvodnými dátami. Výskumník nesmie sabotovať výskumné aktivity, napr. nedodržiavaním výskumných postupov a zásad pri získavaní a spracúvaní dát. Nesmie sa podieľať ani na neprípustnom správaní iných vedcov a výskumníkov. Spoluautorstvo na dielach, ktoré vznikli v rozpore s etickými zásadami vedeckej práce sa považuje za neospravedliteľné. Neprípustné je aj sprístupňovanie výsledkov práce spolupracovníkov pred ich oficiálnym zverejnením. Osoby zodpovedné za výskum majú povinnosť dohliadať na správnosť postupov jednotlivých členov výskumného tímu a túto povinnosť nesmú zanedbať (Ondrejko, 2006, s. 173).

Pokiaľ chce autor publikovať výsledky svojho výskumu, musí sa riadiť niekoľkými etickými pravidlami. Ak prezentuje výsledky experimentov na ľuďoch, musí uviesť, či postupy, ktoré použil, zodpovedali národným a medzinárodným štandardom a pravidlám príslušných etických komisií. Autor vedeckého článku zodpovedá za originalitu, jasnosť a reprodukovateľnosť príspevku. Výsledky výskumu musia byť čestne prezentované. Vážnym porušením etiky publikovania zo strany autorov je predloženie informácií, ktoré už boli v rovnakej forme publikované alebo predložené na súbežné publikovanie v iných časopisoch. Povinnosťou autora je presné spracovanie dát a v prípade potreby poskytnutie detailov nevyhnutných na overenie výsledkov iným vedeckovýskumným pracovníkom. Musí predložiť aj údaje, ktoré nepodporujú stanovené hypotézy, uviesť zdroje materiálov, ktoré boli použité v štúdiu, citovať všetky relevantné údaje, zistenia a príspevky iných výskumníkov a referencií a sprístupniť všetky vytvorené produkty (Meško, Katuščák, Findra, 2005, s. 290).

Špecifické aspekty vedeckej práce v ošetrovatel'stve

Objektom vedeckého záujmu v ošetrovatel'stve je človek. Osobám a skupinám, ktoré sú predmetom vedeckého bádania musia byť zabezpečené práva ktoré im poskytnú ochranu. V ošetrovatel'skom výskume je dôležité dodržiavať princíp prospešnosti, princíp rešpektovania ľudskej dôstojnosti, princíp spravodlivosti a princíp ochrany zraniteľných jedincov. *Princíp prospešnosti* ochraňuje osoby a skupiny pred fyzickým a psychickým poškodením, pred zneužívaním a ohrozením. Snaží sa im poskytnúť niečo, čo bude pre nich prospešné. *Princíp rešpektovania ľudskej dôstojnosti* zahŕňa práva jedincov na slobodné rozhodovanie a dobrovoľnú účasť na výskumnom procese. *Princíp spravodlivosti* zabezpečuje šetrné zaobchádzanie s ľuďmi a právo na súkromie, ktoré je dodržiavané

prostredníctvom anonymity alebo informovaného súhlasu. Informácia o tom, že bol získaný informovaný súhlas pacienta má byť uvedená aj v publikovanej práci výskumníka. *Princíp ochrany zraniteľných jedincov* poskytuje špeciálnu ochranu tým objektom výskumu, ktoré nemajú kompetencie na právoplatné rozhodovanie o svojej účasti na výskume. Do tejto skupiny patria najmä deti, mentálne retardovaní pacienti, psychiatrickí a geriatrickí pacienti, prípadne inak zraniteľní jedinci (Farkašová, 2006, s. 28).

Výskumu sa môžu zúčastniť len osoby, ktoré poskytnú *informovaný súhlas*. Mal by mať písomnú formu a musí byť z neho zjavné, že účastník výskumu rozumie podstate výskumu, uvedomuje si jeho riziká, výhody, nevýhody a dôsledky, ktoré pre neho vyplývajú. Účasť na výskume musí byť dobrovoľná, žiaden účastník nemôže byť k účasti nútený a nemôže byť na neho vyvíjaný nátlak. Pri realizácii výskumu je nevyhnutné dodržiavať aj zásady *ochrany osobných údajov*. Účastníci výskumu by mali byť už pred zahájením informovaní o tom, kto a za akým účelom bude mať prístup k získaným informáciám. Účasť na výskume býva často spojená s *odmeňovaním účastníkov*. Žiadna forma odmeny však nemôže mať vplyv na dodržiavanie platných etických zásad. Odmena účastníkov výskumu by nemala byť v rozpore s terapeutickými alebo výchovnými princípmi a jej forma sa musí vopred dobre premyslieť. Výskumný proces nesmie jeho účastníkov psychicky ani fyzicky poškodiť. Je neprípustné vystavovať ich akémukoľvek neprimeranému riziku alebo situáciám, ktoré by mohli viesť k porušeniu etických zásad. Za dodržiavanie etických zásad zodpovedá výskumník, ktorý na ne musí dbať aj vtedy, ak si samotní účastníci výskumu riziká neuvedomujú alebo ich podceňujú.

Etické aspekty sa nevzťahujú iba na účastníkov výskumu, ale aj na samotného výskumníka. Má právo na ochranu súkromia a osobných údajov, nesmie dôjsť k jeho fyzickému ani psychickému poškodeniu (Miovský, 2006, s. 280).

Kontrolu dodržiavania etických princípov v ošetrovateľskom výskume zabezpečujú etické komisie. Pracujú na národnej a lokálnej úrovni. Podľa zákona NR SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení ich môže zriadiť ministerstvo zdravotníctva, samosprávny kraj, alebo poskytovateľ ústavnej starostlivosti. Etická komisia by mala mať najmenej päť členov, ktorých tvoria zdravotnícki pracovníci, pracovníci iných profesií, ktorých odbornosť sa vyžaduje pre činnosť etickej komisie a osoby bez odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania alebo v oblasti výskumu.

Počet členov etickej komisie bez odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania alebo v oblasti výskumu nesmie presiahnuť nadpolovičnú väčšinu všetkých členov etickej komisie. Členovia etickej komisie sú povinní oznámiť zriaďovateľovi etickej komisie skutočnosti, ktoré predstavujú alebo by mohli predstavovať konflikt záujmov v prípade konkrétneho posudzovaného projektu, zachovávať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli pri výkone svojej funkcie. Etická komisia je povinná viesť záznamy o činnosti, zápisnice z rokovaní, závery, stanoviská a odporúčania. Zriaďovateľ príslušnej etickej komisie je povinný zabezpečiť ich uchovávanie počas 20 rokov. Etická komisia vydáva svoje stanoviská v písomnej forme a je povinná uviesť odôvodnenie záveru každého stanoviska.

Pokiaľ chce ošetrovateľstvo ako samostatná vedná disciplína napredovať, je preň nevyhnutná realizácia vedecko – výskumnej činnosti. V procese vedeckého bádania musí sestra poznať aj dodržiavať etické princípy a vyhýbať sa neprípustnému správaniu výskumníka. Aplikácia nových poznatkov v praxi a distribúcia získaných informácií v rámci odboru, ale aj širokej verejnosti, vedie k zvyšovaniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti a odbornému rastu sestier.

Zoznam bibliografických odkazov:

BOTÍKOVÁ, A. a kol. *Manuál pre mentorky v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis: 2009. 178 s. ISBN 978-80-8022-253-8.

FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výskum v ošetrovateľstve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 88 s. ISBN: 80-8063-228-6.

MEŠKO, D. – KATUŠČÁK, D. – FINDRA, J. a kol. *Akademická príručka*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 496 s. ISBN: 80-8063-200-6.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitatívny prístup a metódy v psychologickom výskume*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 332 s. ISBN: 80-247-1362-4.

ONDREJKOVIČ, P. *Úvod do metodológie sociálnych vied*. 2. vyd. Bratislava: Regent, 2005. 174 s. ISBN 80-88904-35-8.

Zákon NR SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení

Kontaktná adresa autorov:

Mgr. Jarmila Jakubeková
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU
Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava
jakubekovaj@gmail.com

PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU
Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava
ilievova.lubica@truni.sk

NOVÉ KOMUNIKAČNÉ TRENDY V OŠETROVATEĽSTVE

Hudáková Zuzana

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Abstrakt

Pojem komunikácie dôležitý i v ošetrovateľstve. Komunikačný štýl pacienta sa v zásade nelíši od toho, ktorý si osvojil a používal pred chorobou, preto spravidla nemá problémy s komunikáciou. Sestra však v prístupe k pacientovi nevystačí s komunikačnými spôsobmi používanými vo vlastnom osobnom živote. Je nevyhnutné, aby si profesionálne komunikačné praktiky cielene osvojila. Komunikačná spôsobilosť predpokladá dobre zvládnutie teoretických východísk sociálnej komunikácie, osvojenie teoretickej základne sesterskej profesionálnej komunikácie, tréning v efektívnych komunikačných stratégiách. Sestra by mala v kontakte s pacientom zvoliť komunikáciu, ktorá je pre neho zrozumiteľná, presná a jasná.

Kľúčové slová: Komunikácia. Nové trendy v komunikácií. Informatika a zdravotníctvo. eHealth – služby elektronického zdravotníctva.

Abstract

The concept of communication and in nursing major. Patient communication style is essentially different from those who had mastered and used before the disease typically has problems with communication. But the nurse access to patient communication requires not the means used in their own personal lives. It is essential to professional communication practices specifically adopts. Communicative competence presupposes good deal of theoretical assumptions of social communication, acquisition of professional nursing theory base, communication, training in effective communication strategies. Nurse should be in contact with the patient to choose the communication, which for him is clear, precise and clear.

Keywords: Communication. New trends in communications. Informatics and Health. eHealth - eHealth services.

Vlastný text

V ošetrovateľstve je komunikácia neodmysliteľnou súčasťou procesu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Realizácia ošetrovateľského procesu ani pristupovanie k pacientovi nie sú možné bez produktívnej komunikácie. Komunikácia je základom uzatvárania vzťahu. Bez nej nemôže vzniknúť nijaký vzťah a ani sa nemôže rozvíjať. Pri každodennom kontakte s pacientom by si sestra mala uvedomiť skutočnosť, že choroba je rušivým momentom, ktorý negatívne ovplyvňuje každého. Pri komunikácii s pacientom je potrebné navodiť ovzdušie dôvery, ktoré by pacienta uspokojovalo, zbavovalo ho obáv a strachu. V profesionálnom správaní zdravotníckych pracovníkov má významné miesto

schopnosť nadväzovať a udržiavať slovný kontakt. Slová predstavujú značnú časť sociálnej komunikácie. Majú veľkú silu a informačnú hodnotu vo vzťahu pacient – zdravotnícky pracovník. V kontakte s pacientom majú iný význam ako slová laikov. Prostredníctvom slov vysvetľujeme, získavame, presvedčame alebo informujeme pacienta o účelnosť odborných postupov v záujme jeho zdravia. Musíme nimi narábať obratne, uvedomene a cieľavedome, pretože povedané už nemôžeme preškrtnúť ani vymazať. Slová majú výchovnú a ovplyvňujúcu silu, no môžu človeka aj zraniť.

Komunikácia je vo vzťahu medzi sestrou a pacientom veľmi dôležitá. Nedostatočná komunikácia môže poškodiť osobnosť pacienta. Kvalitná a efektívna komunikácia je dôležitou súčasťou mnohých povolání, ale charakter ich práce si nevyžaduje až také dôverné vstupovanie do osobných vzťahov, ako povolanie sestry. Od zdravotníckeho profesionála očakávajú oveľa viac, ako iba slušný postoj alebo bravúrne komunikačnú zručnosť. Očakávajú akceptáciu a pochopenie svojich ťažkostí. Chcú mať pocit, že v zdravotníckom zariadení sa dočkajú pomoci vo svojom trápení a zdravotnom probléme, že im zdravotník poskytne bezpečný prístav v ich ťažkostiach. Zdravotníci si nie vždy dostatočne uvedomujú, čo všetko pacient hospitalizáciou zrazu stráca. Nepripravený zdravotník reaguje na takéto prejavy negatívne, čím prípadnú agresivitu, alebo iné nežiaduce postoje pacienta prehľbuje, a tak vzniká bludný kruh.

Informatika a zdravotníctvo. Pomocou internetu sa bežne obchoduje s akciami, podávajú sa daňové priznania, prihlášky do škôl alebo sa predlžuje platnosť vodičských preukazov. Aj v informaticky najrozvinutejších krajinách sa však hranice digitálneho sveta končia tam, kde sa začína zdravotníctvo. Info-komunikačné technológie si do tejto oblasti hľadajú cestu ťažko a pomaly. Pritom neschopnosť a neochota zdravotníkov efektívne nasadiť a používať technológie zabíjajú každý rok celosvetovo desiatky tisíc ľudí.

Takže lekár informáciu, ktorá môže byť životne dôležitá, od pacienta nedostane. A k jeho záznamom zvyčajne prístup nemá. Zdravotnícke informácie sú vo väčšine krajín vrátane Slovenska roztrúsené po rôznych databázach, prípadne v papierových šanónoch. Nie sú konsolidované a nemajú k nim prístup ani lekári, ktorí ich potrebujú, ani pacienti, ktorí ich vlastnia.



Obrázok 1 Informatika v zdravotníctve

Zdroj: Valášek, M., 2005

Informatizácia zdravotníctva však nie je iba o elektronických zdravotných záznamoch. Z hľadiska efektivity a kvality poskytovanej starostlivosti je najväčšou výzvou vzájomná komunikácia poskytovateľov, lekární, poisťovní, zdravotníckych inštitúcií a napokon aj pacientov. Napr. elektronické objednávanie liekov môže zredukovať chyby až o 86 percent. Navyše, neochota a neschopnosť zdravotníctva prijať IT má nielen ekonomické, ale aj tragické dôsledky. Zdravotníctvo má napriek všetkých štúdiám o pozitívnom vplyve technológií a prísľubom dodávateľov s prijatím IT očividný problém. Niektorí hovoria dokonca o technofóbii zdravotníkov. Ide o narážku výhradne na info-komunikačné technológie, pretože napríklad nemocnice neváhajú, pokiaľ nemajú problém s financovaním, nakúpiť najmodernejšie zariadenia na liečbu. Informačné systémy však často odsúvajú na vedľajšiu koľaj. Aké sú teda potenciálne prínosy elektronickej komunikácie poskytovateľov starostlivosti, poisťovní, laboratórií, lekární a inštitúcií, ktoré patria pod správu rezortu zdravotníctva? Napríklad efektívnejšia komunikácia, menej zdržaní pri objednávke rôznych testov a vyšetrení, menej chýb v ústnych alebo písomných inštrukciách a zredukovanie nadbytočných testov. Alebo lepšie štatistiky, ktoré umožnia napríklad rýchlo identifikovať epidémie, ale aj vyhodnotiť efektívnosť liečby v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach. Elektronická komunikácia môže ušetriť zdravotníctvu peniaze. Najlepšie je začať zbierať dáta elektronickým spôsobom a staré digitalizovať neskôr (Valášek, M., 2005).

Digitálna transformácia v zdravotníctve

Infraštruktúra digitálnej nemocnice je budúcnosť informačných technológií (IT) v zdravotníctve, v ktorej elektronické zdravotné záznamy prispievajú k zlepšeniu starostlivosti a zefektívneniu práce zdravotných pracovníkov. Digitálne obrázky nahradia drahé a ťažko zdieľateľné snímky (napríklad röntgenové), ktoré sa navyše môžu ľahko stratiť. Načmárané poznámky a iné papierové dokumenty sa nahradia sieťovým softvérom, ktorý presne registruje a rýchlo odosiela záznamy pacientov. Lekári a zdravotné sestry sa po niekoľkých kliknutiach okamžite dostanú k digitálnym obrázkom s vysokým rozlíšením, výsledkom laboratórnych testov a k záznamom o predchádzajúcich chorobách a liečbe pacienta. Ak lekári budú mať okamžitý prístup k zdravotným záznamom, budú môcť prijímať fundovanejšie rozhodnutia o diagnóze a liečbe. Ušetrí sa tým čas, peniaze a najmä ľudské životy.

Nadchádzajúca revolúcia v zdravotníctve sa netýka len medicíny, ale aj využívania technológií na poskytovanie informácií, vďaka ktorým je zdravotná starostlivosť bezpečná, účinná a orientovaná na pacienta.

Nové riešenia starostlivosti o pacientov. V dnešnej dobe je možné vybaviť lôžko pacienta moderným terminálom, ktoré umožní celý rad možností osobnej zábavy, simulácií a priamu komunikáciu s pacientom. Dostupné služby môžu zahŕňať televíziu, video-on-demand, telefón a prístup na Internet. Zdravotnícky personál môže tieto terminály využívať po zadaní bezpečnostného hesla napríklad pre prístup k lekánskym záznamom. Služby v podobe televízie, video-on-demand, telefónu a prístupu na Internet pomáhajú pacientom spestriť dni, čím sa udržujú v pozitívnejšej nálade. Riešenia pre oblasť starostlivosti o pacientov prinášajú

okrem uvoľnených nemocničných lôžok, ešte celý rad výhod. Väčšina zdravotníckych zariadení ponúkajúcich tieto služby sa rozhodli pre zavedenie poplatkov za tento druh nadštandardu.

Nové trendy v ošetrovateľskej komunikácii

Diagnóza pacienta na diaľku, on-line objednávka do ambulancie, elektronické predpísanie a objednanie, prístup cez web k elektronickým zdravotným záznamom pre všetkých lekárov v krajine. Alebo dokonca na diaľku riadená chirurgická operácia s využitím robotiky. Nejde o science-fiction, je to iba niekoľko príkladov o reálne fungujúcom prieniku info-komunikačných technológií (IT) do zdravotníctva (Valášek, M. 2004).



Obrázok 2 Pôvodná a nová komunikácia

Zdroj:Valášek,M.2004

Medicínska informatika

Aktuálne a relevantné informácie boli, sú a budú pre medicínu mimoriadne dôležité. Pod termínom medicínska informatika si však môžeme predstaviť veľké množstvo oblastí, od informácií vedeckých po informácie lekárske, od štatistického spracovania údajov po biokybernetiku. Využívanie informačných systémov v medicíne má stále väčší význam. Prestavuje nástroj na zlepšenie, zrýchlenie kvality a efektívnosti zdravotníckych služieb. Medicínska informatika sa stáva v zahraničí samostatným medicínskym odborom.

Oblasti využívajúce informačných systémov:

Elektronické dekurzy urýchľujú, zjednodušujú prácu lekára a sestry, poskytujú podklady pre kompletne štandardné údaje. Okrem toho znižujú pravdepodobnosť chýb spôsobených nečitateľným rukopisom. Urýchľuje sa komunikácia medzi lekármi, kompletizácia lekárskeho záznamu. Postupne sa papierové zdravotné karty premenia na elektronické.

Ďalšiu kapitolu v elektronickom sprístupňovaní medicínskych zdrojov tvoria aj **online časopisy**, ktoré nemajú žiadnu tlačenu podobu. Z hľadiska špecializácie môžeme medicínske informačné zdroje rozdeliť do dvoch skupín. Prvú skupinu tvoria základné databázy, v druhej skupine figurujú databázy špecializované, medzi ktoré môžeme zahrnúť zdroje so zameraním na určitú oblasť medicíny, ale aj bázy registrujúce len niektoré druhy dokumentov.

Vyhľadávanie medicínskych informácií pomocou medicínskych databáz predstavuje systém získavania podkladov pre uplatňovanie medicíny založenej na dôkazoch.

Výučba na diaľku a tele medicína uplatňuje technológie prenosu informácií (text, obraz, zvuk a pod.) v procese výučby a v diagnosticko-liečebnom procese.

Telemedicína predstavuje použitie medicínskych informácií vymieňaných medzi dvomi miestami pomocou prostriedkov elektronickej komunikácie pre zdravie a edukáciu pacientov, alebo pre poskytovateľov na zlepšenie starostlivosti o pacienta. Zahrňujú mnoho oblastí počítačom asistovanej „diaľkovej“ medicíny. Jej súčasťou je teleprezenčná technológia, ktorá vytvára ilúziu, že jej používateľ je úplne ponorený do iného prostredia, buď reálneho, alebo syntetického.

Takto sa postupne vytvorili oblasti telemedicíny: telezdravie, telestomatológia, telepatológia, telerádiológia, telesonografia, telefarmácia, telekardiológia, teledermatológia, telediabetológia ...

Napriek jej začiatkom využívania už koncom 60-tych rokov minulého storočia, telemedicína sa stále nachádza ešte v embryonálnom štádiu. Určite to nebude technológia, ktorú budú chcieť mať/používať všetci, ale budú oblasti, kde táto technológia bude mať jednoznačný prínos. Skoro „ideálnym“ príkladom je telerádiológia, keď skúsený telerádiológ môže z jediného miesta slúžiť niekoľkým zosieťovaným zdravotníckym zariadeniam, klasický rádiodiagnostik by musel tieto zariadenia obchádzať fyzicky.

Telepočítačové stetoskopy, mikroskopy, tlakomery v kratšej budúcnosti môžu mať prijateľnú cenu, ale masové vysokorýchlostné prepojenie lekár-sestra-pacient, bude aj do budúcnosti finančne, technicky a organizačne veľmi náročná investícia s otáznou návratnosťou.

Jednoduché telekonzultačné/telekonferenčné systémy, ktoré nevyžadujú vysokú kvalitu (konzultácie s pacientom), postupne lacnejú, počítačové digitálne kamery so softvérom zmenia aj jednoduchší počítač na video fonický systém umožňujúci konzultáciu tvárou v tvár v reálnom čase.

Prídavné zariadenia k video konferenčnému systému umožňujú aj interaktívne vyšetrenie. Dnes sa efektívne využíva aj mobilná telefónna sieť v zdravotnej starostlivosti napríklad astmatikov, alebo kardiakov (ekg monitoring).

Elegantné je tiež využitie týchto systémov v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti, či hospicioch, kedy sesterský personál môže konzultovať s lekármi. Oveľa drahšie budú systémy simulujúce propriocepciu (prostredníctvom joysticku, alebo myši) počas fyzikálneho vyšetrenia, ktoré imitujú vibračný rozmer vyšetrenia. Napriek tomu je to sľubná perspektíva, ktorá môže napríklad skrátiť až zrušiť čakacie listiny pacientov (waiting listy) a urýchliť prístup k špecialistovi.

K výhodám telemedicíny patrí špecializovaná starostlivosť, ktorá je inak menej dostupná predmestským a vidieckym komunitám. Žiaľ, vždy do toho bude vstupovať možnosť technického problému s počítačom/sieťou/prenosom, ktorý sa bude dať ľahšie riešiť (Schniderová, Z., 2008).

Informatika, respektíve zdravotnícke informačné systémy sú už samozrejmosťou súčasťou učebných osnov a študijných programov pre sestry a pôrodné asistentky. Sestry tak získavajú vedomosti a zručnosti v oblasti využitia výpočtovej techniky pri poskytovaní

ošetrovateľskej starostlivosti alebo pri riadení a pri organizácii práce. Sestry môžu informačné systémy a internet využiť na vyhľadávanie informácií použiteľných pri edukácii pacienta/klienta vrátane samostatnej prípravy písomných edukačných materiálov pre pacienta/klienta. Elektronická pošta medzi sestrou a pacientom/klientom sa môže využívať aj pri edukácii, resp. pri zdravotnej výchove najmä u detí a mladých ľudí. Niektoré informácie im môže sestra ponúknuť priamo, prípadne im odporučiť vhodné internetové stránky, na ktorých si vyhľadajú podrobnosti o téme, ktorá ich zaujíma (Magerčiaková, M., 2005, s. 16).

Nemocničný informačný systém (NIS), telefonické zariadenia vrátane mobilných koncových zariadení, volanie sestry, TV – a rádio programy, domáca technika, prístup pacientov k internetu a intranetu, účtovné systémy a mnoho iných funkcií na jednej základni tak tomu hovoríme „Zosieťovaná komunikácia vo svete zdravotníctva“. Pacienti, lekári a ošetrovateľský personál ako aj správcovia, sa komplexne integrujú do systému, ktorý vie ponúknuť úplne nové a inovatívne služby.

Internet v ošetrovateľskej komunikácii

Internet je sieť počítačových sietí, ktorá obopína celú zemeguľu. V súčasnosti prepája viac ako 40 miliónov používateľov a 10 miliónov počítačov pri 100% ročnom náraste. Ak máme prístup do Internetu môžeme komunikovať s ktorýmkoľvek počítačom pripojeným do tejto medzinárodnej počítačovej siete. Internet predstavuje nevyčerpatelný zdroj informácií všetkého druhu (textov, zvukov, videoukážiek...). Prostredníctvom Internetu je možné prijímať a odosielať celosvetovú elektronickú poštu, prezerať elektronické časopisy, katalógy knižníc, kopírovať súbory z jedného počítača na druhý, ak máme na ňom účet a mnoho ďalších zaujímavých vecí.

Ako najdôležitejšiu a najrýchlejšiu zložku medziľudskej komunikácie možno uviesť v procese výmeny informácií Internet, ktorý predstavuje najrýchlejší zdroj informácií. Prostredníctvom Internetu je možno rýchlo a efektívne získať najnovšie informácie z novín, časopisov, informačných textov i odbornej literatúry. Vďaka Internetu je možno zdokonaľovať a precvičovať si všetky zručnosti. Spolu s prídavnými zariadeniami Internet ponúka aj možnosti pre rozvoj počúvania s porozumením. Písomný prejav sa môže realizovať pomocou tzv. chatov a e-mailovaním.

eHealth – zdravie na internete – je jednou z desiatich priorít akčného plánu e – Europe, predstaveného v máji 2000. Plán zdôrazňuje strategický význam informačných technológií v správe verejného zdravotníctva „pre blaho občanov ako spotrebiteľov zdravotníckych služieb i informácií o zdraví“. Jeho cieľom je vytvoriť užívateľsky nenáročné informačné systémy pre pacientov a zdravotníckych profesionálov v rámci Európy. V apríli 2004 bol zverejnený Akčný plán. Zdôrazňuje prioritné opatrenia pre zvýšenie kvality a poskytovania zdravotníckych služieb na internete. Akčný plán je zameraný na tri prioritné oblasti:

- riešenie spoločných problémov a vytváranie vhodného rámca pre podporu eHealth
- urýchlenie užitočnej implementácie (informácie o informovanosti v oblasti zdravia a prevencie chorôb, podpora používania kariet v zdravotnej starostlivosti, atď.)

- spolupráca a monitoring (šírenie osvedčenej praxe, benchmarking, medzinárodná spolupráca)

Organizácia európskych spotrebiteľov (BEUC) upozorňuje na skutočnosť, že je často nemožné zabezpečiť spoľahlivosť a kredibilitu informácií na internete. Zároveň navrhuje, že pacienti by mali mať možnosť prístupu do svojej osobnej databázy zdravotných informácií, aby mohli upravovať alebo vymazať svoje osobné údaje.

Združenie lekárníkov EÚ (PGEU) vyzýva národné a európske authority, aby pomohli lekárnikom a ďalším poskytovateľom zdravotnej starostlivosti rozvíjať výhody a príležitosti, ktoré ponúka intenzívnejšie využívanie internetu a rozvoj aplikácií e-health. Základom je, aby mali lekárne prístup k všetkým relevantným informáciám."

Na Slovensku sa hlavným zriaďovateľom eHealth stalo Ministerstvo zdravotníctva, ktoré iniciovalo nový program pod hlavičkou Nové zdravotníctvo.

„Informatizácia zdravotníctva je v súčasnosti základným trendom, ktorý nielenže determinuje spôsob rozvoja informačnej sústavy zdravotníctva, ale výrazne ovplyvní zdravotníctvo ako celok."

Zoznam zdravotníckych zariadení - zzz.sk. Táto webstránka je vytvorená za účelom informovať návštevníkov o ordinačných hodinách zaregistrovaných lekárov, celých zdravotníckych zariadení, ich službách a novinkách. Súčasťou portálu sú aj dôležité informácie o ordinačných hodinách pohotovostných ambulancií (tzv. ambulancií lekárskej služby prvej pomoci). V budúcnosti bude portál obsahovať celoslovenskú databázu lekárov, lekární a zdravotníckych zariadení, ktoré tu budú informovať pacientov o novinkách, službách alebo o cenách svojich zákrokov. Za spomenutie stojí aj databáza článkov, ktorými sa zúčastnení lekári prezentujú a informujú pacientov o nových alebo zaujímavých postupoch pri lekárskejších zákrokoch, o novinkách v oblasti zdravotníctva a najdôležitejších správach z diania v zdravotníctve. Návštevníci sa môžu zapojiť do diskusie, v ktorej je možné hľadať odpovede na niektoré dôležité otázky ohľadom kvality lekárov, problematiky poplatkov v zdravotníctve a podobne (Rajzini, 2008).

eHealth – služby elektronického zdravotníctva

eHealth sa rozvíja ťažko, ak poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nemajú počítače a softvér. Základné IT vybavenie vlastní iba tri pätiny ambulantných lekárov. Vyplýva to z vlaňajšej Štúdie uskutočniteľnosti elektronickej preskripcie na Slovensku, ktorú zverejnilo Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI) poverené budovaním elektronického zdravotníctva

Problémom sú chýbajúce štandardy, ktoré by určili, aké informácie majú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti uchovávať a ako si ich navzájom vymieňať. Výnimkou sú štatistické informácie pre štátne orgány a obsah a forma dát, ktoré vykazujú poskytovatelia do poisťovní.



Obrázok 3 Počítače v zdravotníctve

Zdroj: Jarošová, G., 2007

V praxi to teda vyzerá tak, že niektoré nemocnice prepájajú svoj informačný systém so súkromnými vyšetrovacími pracoviskami, napríklad laboratóriami, aby dostali výsledky v elektronickej forme. Neprepájajú sa však s ambulatnými lekármi ani navzájom.

Tak sa môže stať, že súkromný lekár odošle pacienta s podozrením na závažne ochorenie do nemocnice, ktorá mu urobí to isté vyšetrenie ako doktor na začiatku. Lebo výsledky sa v karte stratili alebo z nej vypadli. Navyše, pri zmene bydliska všetky elektronické záznamy ostanú u starého poskytovateľa a nový musí znovu listovať v papierových dokumentoch.

V nedohľadne je aj vytvorenie systému, ktorý by zaznamenával najdôležitejšie základné dáta o všetkých pacientoch – napríklad krvnú skupinu, alergie a chronické choroby. Tie môžu pomôcť pri správnom určení liečby, hlavne ak je pacient v bezvedomí alebo ak sa nachádza v inom meste.

Najväčšiu úsporu by prinieslo zavedenie elektronického zdravotného záznamu a nasadenie elektronickej preskripcie.

V roku 2001 zaviedla jedna poisťovňa papierovú liekovú knižku pre vybraný okruh poistencov, ktorí pravidelne užívali viac druhov liekov súčasne. Knižka poskytovala prehľad o predpísaných liekoch, čo umožnilo lepšie sledovať množstvo predpísaných medikamentov a zvážiť ich interakcie a kontraindikácie.

Obyčajný papierový dokument znížil náklady poisťovne na predpisované lieky vybraných chronicky chorých pacientov o štrnásť percent. Elektronická preskripcia by bola pritom oveľa sofistikovanejším riešením s jednoduchšou kontrolou. Lekár by nahral predpis do elektronickej zdravotnej karty pacienta v informačnom systéme. Poistenec by zašiel do ktorejkoľvek lekárne, kde by na základe autorizácie prostredníctvom čipovej karty poistenca získal lekárnik prístup k jeho elektronickým záznamom o predpísaných liekoch a potom by ich vydal.

Súčasťou systému by mal byť aj softvér, ktorý by automaticky vyhodnotil interakcie liekov. Zamedzilo by sa tak nesprávnemu užívaniu liekov, vytváraniu nadmerných zásob liečiv, aj zneužívaniu poistencov na vystavovanie falošných receptov.

Celoplošná elektronizácia zdravotníctva – napriek očividným výhodám – v blízkej budúcnosti nehrozí. Na vytvorenie eHealth treba legislatívnu a celospoločenskú podporu, aby mohli byť projekty ako zavedenie a používanie čipových kariet či vykonávanie záznamov do elektronickej zdravotnej karty pacienta zadefinované zo zákona ako povinnosť.

Nemocnice investujú do informačných technológií desiatky miliónov korún, no prínosy informatizácie pacient zatiaľ zvyčajne priamo necíti. Systémy pomáhajú hlavne personálu a manažérom nemocníc.

Vedeniu nemocníc softvér pomáha pri výkazníctve a sledovaní objemu poskytnutých výkonov. Tým predchádzajú poskytovaniu starostlivosti nad rámec dohodnutý s poisťovňami, pri ktorej nastáva problém s preplácaním. Čo všetko môžu nemocnice sledovať, závisí len od komplexnosti nemocničných systémov a ich prepojenia s ekonomickým softvérom.

Softvér zaznamenáva množstvo identifikačných, štatistických a medicínskych údajov, čím uľahčuje prácu celému personálu – od zdravotných sestier, cez lekárov až po vedenie. Pomáha znižovať chybovosť, pretože základné údaje ako meno pacienta, rodné číslo, bydlisko či kód poisťovne sa zapisujú do systému len raz. Nestane sa, že sa papier stratí z dokumentácie. Väčší rozsah predchádzajúcich údajov takisto uľahčuje určenie liečby (Jarošová, G., 2007).

Systémy pacient – sestra

V nemocniciach na oddeleniach, v domovoch sociálnych služieb sú systémy pacient – sestra tým vhodným komunikačným prostriedkom pre personál i pacientov. Pacientom dávajú istotu dostupnosti rýchlej pomoci v prípade potreby, personál vie okamžite lokalizovať odkiaľ požiadavka prichádza a zasiahnuť alebo poskytnúť pacientovi informáciu. Umožňujú poskytnúť nadštandardnú starostlivosť pre pacientov v spojení s efektívnym využívaním personálu.

Systém rozoznáva tri druhy volaní – bežné, asistenčné a tiesňové. Sestra podľa typu volania vie poskytnúť informáciu, pomôcť pacientovi alebo vyrozumieť lekársku odbornú pomoc. V prípade, že hovor pacienta nie je prijatý, je automaticky presmerovaný na ďalší pagerový terminál alebo dispečing (ComNet).



Obrázok 4 Systém pacient – sestra

Zdroj: ComNet

Nemocničný informačný systém lôžko – sestra

Umožňuje rozčleniť činnosti súvisiace s lôžkovou starostlivosťou o pacienta – vedenie sesterskej dokumentácie pacienta, zápis ošetrovateľskej činnosti, zápis ošetrovateľskej starostlivosti, objednávanie vyšetrení na iných oddeleniach a v laboratóriách, prístup k ich výsledkom, vedenie aplikácií liekov, infúzií, chemoterapie, meranie fyziologických funkcií, zostavenie denných objednávok pre výdaj stravy, žiadanky na prepravu, odovzdávanie si služieb vedením Knihy hlásení, vedenie dokladov pre vyúčtovanie lôžkovej starostlivosti zdravotným poisťovňami, uloženie pacienta na posteľ, preloženie, premiestnenie pacienta, atď. Sestra má zabezpečený prístup k dokumentácii pacienta, ktorá je súčasťou komplexného chorobopisu (Kompauerová, 2009).

Zdravotnícky pomocník

Zdravotnícky pomocník je nástroj na správu zdravotnej starostlivosti navrhnutý pre profesionálov, ktorí sa starajú o pacientov s chronickými chorobami, umožňuje doktorom monitorovanie pacientov v domácnosti a vzdialené poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Health Guide (zdravotnícky pomocník) integruje rôzne modely zdravotníckej správy v domácnostiach. Sú zamerané na schopnosť zlepšenia zdravotníckych výstupov pri situáciách ako napríklad zástava srdca, cukrovka, vysoký tlak a chronické pľúcne ochorenia. Zámerom je pomoc profesionálnym poskytovateľom zdravotnej starostlivosti monitorovať pacientov a vzdialene riadiť ich liečbu a taktiež ponúknuť pacientom prístup ku spoľahlivým a dôležitým vzdelávacím materiálom (PC.server.sk, 2009).



Obrázok 5 Systém pacient – sestra

Zdroj: PC.server.sk, 2009

ICE program

ICE kontakt (In case of emergency - ICE) je program, ktorý umožňuje ľuďom prvého kontaktu v prípade nehody – záchranárom, požiarnikom, policajtom – identifikovať postihnutých, kontaktovať ich najbližších a získať dôležité informácie o ich zdraví.

Na základe označenia ICE nemusí záchranár prechádzať všetky položky v telefónnom zozname a tipovať, ktorý kontakt je ten správny. Záchranári a zdravotníci si totiž všimli, že pri dopravných a iných nehodách majú zranení pri sebe zvyčajne mobilný telefón. Pri záchranných akciách však cudzie osoby nevedia, koho z dlhého telefónneho zoznamu kontaktovať. Kontakt ICE by preto mal mať v telefóne každý pre prípad núdze. Pod

písmenom „I“ s označením ICE pred menom bude možné nájsť kontakt, ktorý sám majiteľ mobilu na základe svojho slobodného rozhodnutia určí ako oprávnenú osobu pre potreby kontaktu v prípade núdze. Takýchto kontaktov môže byť uvedených v zozname aj viac pod označením ICE1, ICE2, ICE3...

Napríklad: ICE – otec, ICE1 – sestra, ICE2 – manželka atď.

Informácie od „núdzového“ kontaktu môžu pomôcť:

- zabrániť komplikáciám
- urýchliť a uľahčiť liečbu
- zabrániť zbytočnej liečbe

ICE kontakt záchranári môžu, ale nemusia použiť. V prvom rade musia totiž zachrániť váš život (Vičko, A., 2009).

Záver

V súčasnosti pacient vníma komunikáciu na oddeleniach a zaujíma aj určitý postoj k novým trendom v komunikácií. Pacienta pri komunikácií trápi v zdravotníctve v dnešnej novej technologickej dobe potrebuje poradiť a zorientovať sa. Spoločným krédom všetkých nás zdravotníckych pracovníkov by malo byť dosiahnutie "blaha pacienta" a to nielen v oblasti organických pochodov, ale i v oblasti psychického a sociálneho života. Preto k rozšíreniu poznatkov pacientov v oblasti nových trendov komunikácie v ošetrovateľstve je potrebné poukázať na potrebu neustálej modernizácie oddelení a využívania internetu pri komunikácii. Sestry ako medzičlánok medzi lekármi a pacientmi sa v budúcnosti budú musieť viac zintegrovat' s prácou lekárov i s utrpením pacientov. Mali by dokázať pomôcť pacientovi aj na diaľku tak, aby pacient nemusel fyzicky navštíviť oddelenie. Nie všetci ľudia sú ale schopní a ochotní prijať tieto nové trendy, aj keď počet ľudí, ktorí ich prijímajú sa v budúcnosti bude určite zvyšovať.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. ComNet, *Systémy pacient–sestra*, [online] dňa 2009-02-28, <http://www.comnetslovakia.sk/solution/special/patient.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
2. Čižmáriková, I., 2005, Účinné využitie pravidiel komunikácie. In: *Sestra č.6*, 2005, vydavateľ: Sanoma Magazines Slovakia s.r.o., s.14, ISSN 1335-9444
3. Džumelová, M., Malíková, K., Hudáková, Z., 2008. *Základy ošetrovateľskej komunikácie* Ružomberok: Fakulta zdravotníctva, február 2008, s.4, 60-61 ISBN 978-80-8084-281-9
4. Evaldik, 2003. *Pravidlá komunikácie pre lekárov a zdravotné sestry*, cit. [online] dňa 2009-02-21. <http://referaty.atlas.sk/odborne-humanitne/psychologia/10534/?page=3>
5. Jarošová, G., 2007, *Informatizácia pacientom nepomáha*, [online] dňa 2009-02-22, <http://www.etrend.sk/technologie/it-firmy/informatizacia-pacientom-nepomaha/105953.html>

6. Kompauerová, 2009, *Nemocničný informačný systém lôžko–sestra*, príručka PCS CARE pre Nemocničný informačný systém lôžko–sestra, 1.s,
7. Kristová, J., 2004, *Komunikácia v ošetrovateľstve*, Martin, vydavateľstvo: Osveta, 2004, s.50, ISBN 80-8063-160-3
8. Magerčiaková, M.,2005 *Využitie internetu pri edukácií*, In: *Sestra č.7-8*, 2005, vydavateľ: Sanoma Magazines Slovakia s.r.o., s.16, ISSN 1335-9444
9. NextiraOne, 2007, *Služby starostlivosti o pacientov*, [online] dňa 2009-02-18, http://www.nextiraone.sk/market_segments/healthcare/patient_hospitality_services
10. PC.server.sk, 2009, *Intel predstavuje svoje prvé domáce zdravotnícke zariadenie pre lepšiu komunikáciu doktorov s pacientmi*, [online] dňa 2009-02-22, <http://pc.server.sk/aktuality/detail/16723-intel-predstavuje-svoje-prve-domace-zdravotnicke-zaria/>
11. Počítače a internet, 2006, *Revolúcia v zdravotníctve a úžitok pre pacientov*, [online] dňa 2009-02-18, <http://www.senior.sk/view.php?cislocianku=2006080303>
12. Rajzini, 2008, *Spoločnosti zaoberajúce sa dodávaním zdravotníckeho softvéru*, [online] dňa 2009-02-12, <http://referaty.atlas.sk/ostatne/informatika/31959/>
13. Sperandio, S., 2008. *Účinná komunikace v zaměstnání*. Praha 2008, 8.s, ISBN 978-80-7367-360-4
14. Valášek, M., 2004 *Dvere k informatizácii zdravotníctva sa otvárajú*, [online] dňa 2009-02-22, <http://www.etrend.sk/ekonomika/slovensko/dvere-k-informatizacii-zdravotnictva-sa-otvaraju/36988.html>
15. Valášek, M., 2005, *Zdravotníctvo a informatika sa zblížujú ťažko a pomaly*, [online] dňa 2009-02-22, <http://www.etrend.sk/ekonomika/slovensko/zdravotnictvo-a-informatika-sa-zblizuju-tazko-a-pomaly/51750.html>
16. Vlčko, A., 2009, *Kampane, v ktorých ide o život: Číslo ICE a linka 112*, [online] dňa 2009-02-28, <http://www.mobilmania.sk/Dalsierubriky/Ar.asp?ARI=10868>
17. Schniderová, Z., 2008 *Medicínska informatika ako súčasť modernej medicíny*, [online] dňa 2009-02-20, <http://s.ics.upjs.sk/~schniderova/MedicInfo.doc>

Kontaktná adresa:

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

ŠPECIFIKÁ KOMUNIKÁCIE S PACIENTOM SO ZRAKOVÝM POSTIHNUTÍM

Ižová Marcela

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok

Abstrakt

Sestra používa svoje vedomosti, skúsenosti komunikovať s pacientom ako súčasť profesionálneho vybavenia. Schopnosť komunikovať slúži sestre a ostatným zdravotníckym pracovníkom k naviazaniu kontaktu s pacientom. Komunikácia je schopnosť, ktorú je možné rozvíjať kedykoľvek v živote jedinca. Ochorenie, odlúčenie od rodiny, zmena prostredia, nemožnosť pracovať, to všetko môže mať za následok zhoršenie komunikačných schopností pacienta. Zmyslové postihnutie ľudí je častým problémom v nadväzovaní a v udržiavaní kontaktu s okolím a predstavuje pre človeka so zmyslovým postihnutím určité obmedzenie. Vážnym problémom pacienta so zrakovým postihnutím je samotný pohyb v priestore. Oveľa dôležitejšie je to v nemocničnom prostredí, ktoré pacient nepozná.

Kľúčové slová: Zrakové postihnutie. Pacient. Sestra. Verbálna komunikácia. Neverbálna komunikácia

Abstract

Nurse uses his knowledge, experience communicating with patients as part of professional equipment. The ability to communicate is a nurse and other healthcare professionals to binding contact with the patient. Communication is a skill you can develop any time in the life of an individual. Illness, separation from family, change of environment, inability to work, can all lead to deterioration of patient communication skills. Sensory disabilities is a common problem by establishing and maintaining contact with its surroundings and is the man with sensory disabilities, some limitation. Serious problem of the patient with visual disabilities itself is movement in space. More importantly it's in the hospital setting, the patient knows.

Keywords: Visually impaired. Patient. Nurse. Verbal communication. Nonverbal communication

Zrakové vnímanie sa podieľa na našej predstave o okolitom svete. Zrakové postihnutie sa prejaví v oblastiach zrakového vnímania ako sú:

- a) zrková ostrosť zohráva veľkú rolu u ľudí s poruchami zraku, nie u nevidiacich,
- b) schopnosť vnímať osvetlenie – niektorí slabozrakí jedinci lepšie vidia pri dostatočnom osvetlení (pri svetloplachosti – nosia tmavé okuliare),
- c) zorné pole – porucha je charakteristická pre degeneratívne ochorenie oka,
- d) porucha farbocitu.

Ak človek prestáva svet vnímať zrakom, musí sa naučiť vnímať ho iným spôsobom. Prakticky ide o nadobudnutie takých zručností a metód, pri ktorých sa osoba začne opierať o ďalšie zmysly akými sú hmat, čuch a sluch. Hóková hovorí: „K základným činnostiam, ktoré sa človek naučí zvládnuť, patrí orientácia v priestore a bezpečný samostatný pohyb nielen doma, ale aj vo vonkajšom prostredí, vykonávanie bežných každodenných činností ako napríklad starostlivosť o hygienu, o svoj zovňajšok, o domácnosť, čítanie a písanie Braillovho bodového písma, klávesnicové zručnosti, podpisovanie sa, rozpoznávanie peňazí a zároveň narábanie s kompenzačnými a optickými pomôckami. Pacienti so zrakovým postihnutím si kompenzujú svoj handicap sluchovým a hmatovým vnímaním. Sluchové vnímanie sa na základe aktívneho používania stáva presnejšie. Využitie hmatu je zložitejšie. Priestor, ktorý môžeme poznávať hmatom je obmedzený. Hmat využíva zrakovo postihnutý najmä v Braillovom písme.

Pre pacienta so zrakovým postihnutím sa schopnosť komunikácie stáva hlavným problémom najmä preto, lebo sa ocitol v neznámom prostredí, v ktorom sa nevedia orientovať. Jedinec so zrakovým postihnutím očakáva od zdravotníckych pracovníkov erudovanosť, podporu a schopnosť ovládať spôsob ako s ním komunikovať.

„Spôsob komunikácie s pacientom so zrakovým postihnutím závisí aj od času trvania postihnutia t.j od toho, či sa s poruchou zraku narodil, alebo ju získal“ (Kristová, 2009, s. 119).

V správaní pacienta môže sestra sledovať podozrievavosť, nedôveru, ktoré vyplývajú z toho, že zrakom nemôže sledovať, kontrolovať situáciu. Nedostatok očného kontaktu je významným faktorom v komunikácii s nevidiacim. Vplyvom komunikačných šumov nie je zabezpečená spätná väzba medzi komunikujúcimi. Aj keď asi 90% reality zachytávame zrakom, dokážu nevidomí spracovať okolitý svet a orientovať sa v ňom na základe akustických podnetov. Pri komunikácii s nimi je nutné vysvetliť, čo budeme robiť a jednať s nimi ako s jedincami bez postihnutia.

Pred tým, ako ideme komunikovať s pacientom so zrakovým postihnutím je nevyhnutné si pripraviť **prostredie, podmienky** – správne osvetlené (napr. u slabozrakých), bez komunikačných šumov, oboznámiť pacienta s novým prostredím, o zmenách v prostredí, nekonzumovať jedlo, nežuť žuvačku (nezrozumiteľné slová, ktorým nebude rozumieť). Nevyhnutné je **komentovať jednotlivé činnosti**, ktoré realizujeme, kde čo dáme, položíme (podávanie obedu – hodinkový systém). Pacienti so zrakovým postihnutím majú svoj systém, svoj poriadok, v ktorom mu nesmieme robiť zmeny (možnosť ublíženia).

Pri kontakte s nevidiacim musíme použiť **verbálny pozdrav** (nie sa usmievať alebo kývnuť hlavou) a jednať tak, aby sa necítil poníženy. Vhodné je predstaviť sa. Tým, že sa nevidiaci často spoliehajú na sluch, majú dobrú sluchovú pamäť a dokážu identifikovať ľudské hlasy. Po verbálnom oslovení, je vhodné jemne sa pacienta dotknúť, podať mu ruku (haptika) s **verbálnym doprovodom**. Ak prerokovávame záležitosti, ktoré sa týkajú nevidiaceho, je nevyhnutné rozprávať sa s pacientom, byť k nemu otočený tvárou (aj keď nás nevidí) a nie s jeho sprievodcom. Pri odchode z miestnosti je vhodné nevidiaceho upozorniť na to, že dotyčná osoba opúšťa miestnosť.

V rámci komunikácie sa obávame používať pojem **vidieť, pozrieť**. Spomínané slová môžeme používať vo vzájomnej komunikácii, pre zdravotne postihnutých to znamená dotknúť sa, ohmatať a pod. Nepoužívať pojmy „tu“ a „tam“. Pri ukončení rozhovoru s nevidiacim pacientom ho musíme upozorniť, že odchádzame. Pri komunikácii je dôležitá aj vokálna dimenzia reči – paralingvistické aspekty komunikácie, podľa ktorých sa dá posúdiť emocionálny stav hovoriaceho. Pri rozhovore s nevidiacim sa vyjadrujeme jasne a priamo, bez akýchkoľvek podtextov. Treba si však uvedomiť, že nevidiaci nevnímajú našu mimiku, gestá a pod. Aj mlčanie je istou formou komunikácie. To že mlčíme my alebo pacient znamená, že nevieme, nerozumieme alebo nechceme komunikovať. Mlčanie má mnoho významov ako sú napríklad vyjadrenie vzdoru, ľahostajnosti, úzkosť a pod. Pri komunikácii je netaktné šepkať, používať posunky, nakoľko veľmi pozorne pacient vníma, čo sa okolo neho deje, nepohybovať sa po miestnosti ticho.

Aktívne počúvanie zohráva dôležitú úlohu pri komunikácii s pacientom so zrakovým postihnutím. Pri aktívnom počúvaní vnímame spôsob, akým je informácia podaná a súčasne aj obsah vypovedaného. Ľudia viac rešpektujú toho, kto ich počúva a rozumie im. Aby bola komunikácia efektívna musí byť prítomná spätná väzba, ktorá je pri komunikácii s pacientmi so zrakovým postihnutím verbálna.

V ambulatnej starostlivosti by mal byť pacient objednaný na presnú hodinu. Tu je vhodné danú hodinu dodržať, aby sa predišlo nervozite v neznámom prostredí, upozorniť že o ňom vieme. **Pri vyšetrení** je dôležité pacientovi vysvetliť, čo sa bude robiť, prípadne aké prístroje budú použité. Pri usadzovaní nevidiaceho je vhodné položiť ruku pacienta na operadlo stoličky (upozorniť o tom, o akú stoličku sa jedná – kreslo, stolička, lavica). Informácie typu „teraz to pichne, teraz to bude tlačiť, páliť, ako dlho bude daný výkon približne trvať, akú polohu musí zaujať a pod sú nevyhnutné.

Písomná komunikácia – ak je možné preferuje sa komunikácia telefonicky resp. emailom. Pokiaľ je optimálna veľkosť písma, môžu si slabozrakí čitatelia informácie prečítať sami. Medzi laikmi panuje predstava, že slabozrakí potrebujú zväčšiť písmo na maximálnu možnú veľkosť. Nie je to pravda. Nevhodná veľkosť písma môže byť príčinou ťažkostí pri čítaní. Väčšine slabozrakých vyhovuje stredne veľké písmo, ktoré je väčšie ako bežná čierno tlač. Niektorí používajú pri čítaní lupu.

„Ak je naopak písmo príliš malé nedá sa rozlíšiť od ostatných čísel. Ak je písmo príliš veľké, čitateľ obsiahne zrakom malý počet písmen a má problémy pri syntéze. Dôležitý je aj tvar písma. Atypické tvary, ozdobne písmo má príliš veľa, alebo naopak, málo znakov, podľa ktorých je možné písmena identifikovať. Ďalej robí problémy nedostatočný kontrast písma a pozadia. Tlač by mala byť hrubá a sýtočierna. Problémy spôsobuje aj nekvalitný papier“ (http://www.snk.sk/swift_data/source/casopis_kniznica/2006/november-december/14.pdf).

Prostriedky komunikácie pacientov so zrakovým postihnutím - kancelársky písací stroj, magnetofón, telefón, slepecký písací stroj, televízna lupa pre slabozraké čítacie zariadenie pre nevidiacich (hmatové - černo-tlačený text sa nazýva OPTACON), Pichtov písací stroj, osobný počítač.

Komunikácia a doprovod

Nevidiaci človek s **vodiacim psom** má prístup do zdravotníckeho zariadenia. Na vodiaceho psa nie je vhodné mŕaskať, písať, hladiť ho, kŕmiť bez vedomia majiteľa. Vodiaci pes dokáže nahradiť „ľudského“ sprievodcu, dokáže bezpečne viesť svojho majiteľa v rôznorodom exteriéri i interiéri, nachádza a označuje schody, dvere, miesto k sadnutiu, prekážky a pod. podáva padnuté veci, predmety a pod. Zásady **komunikácie pri doprovoze pacientov so zrakovým postihnutím**:

- Sestra sa s nevidiacim vždy pred tým stručne dohodnú o spôsobe doprevádzania.
 - a) Najvhodnejší spôsob vedenia pacienta – pacient sa pridržiava ramena sestry a kráča jeden resp. dva kroky za ňou. Sestra vidí pred seba, voľnou rukou môže včas odstrániť prekážky.
 - b) Menej vhodný spôsob vedenia pacienta – sestra stojí tvárou k pacientovi, drží ho za obidve ruky a kráča pospiatky, príp. sestra drží pacienta jednou rukou okolo pliec a druhou rukou jeho bližšiu ruku.
 - c) Nevhodný spôsob vedenia pacienta – ťahanie pacienta za ruku, strkanie.
- Pri vstupe do miestnosti sprievodca dvere otvára a nevidiaci dvere zatvára. Preto je výhodné, aby pacient bol na strane závesu (pántov) dverí.
- Pred vstupom na schody sprievodca spomalí alebo zastaví a upozorní pacienta na smer schodišťa: „schody sú smerom hore“ apod. a oboznámi ho o prvom a poslednom schode.
- O nástupe do auta (sanitky) sa sprievodca a pacient pred tým dohodnú. Praktické je, aby sprievodca položil ruku zrakovo postihnutého na hornú hranu otvorených dverí automobilu. Vlastný nástup potom nechá na nevidiaceho jedinca. Je vhodné dohodnúť sa kto zatvorí dvere.
- Pri prechádzaní úzkym priechodom ide sprievodca vždy prvý.
- Ak si chce jedinec s postihnutím sadnúť, položí sprievodca ruku nevidiaceho na operadlo.
- Sprievodca vždy oboznámi zrakovo postihnutého o miestnosti, zariadení, v ktorej sa budú zdržiavať.
- Sprievodca upozorní nevidiaceho na netradičnú zábranu na chodníku.

Pre zlepšenie kvality života pacientov so zrakovým postihnutím existuje Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska. Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska poskytuje vhodné optické a iné pomôcky, poradenstvo. Snaží sa urobiť všetko, aby človek napriek zhoršenému zraku mohol naďalej žiť normálnym spôsobom. Život nám prináša mnoho príkladov, že mnohí zdravotne postihnutí žijú oveľa plnohodnotnejším životom ako zdraví jedinci. Strata zraku alebo jeho vážne poškodenie zaiste život človeka ovplyvní. Zrakovo postihnutí viac než ľútosť potrebujú pomoc, a najmä príležitosť, aby sa mohli prejavíť. Nepriaznivé dôsledky možno zmierniť, alebo prekonať výcvikom špeciálnych zručností, používaním pomôcok, poskytovaním služieb, odstránením bariér a pod. Dôležitá je socializácia zrakovo postihnutých, aby našli svoje sociálne postavenie.

Zoznam bibliografických odkazov:

- BOKNÍKOVÁ, Ľ. 2006. *Interpersonálna komunikácia knihovníka so zrakovo postihnutými používateľmi*. On line: 2006 [cit. 2010-01-12]. Dostupné na internete: http://www.snk.sk/swift_data/source/casopis_kniznica/2006/november-december/14.pdf
- HELPPES – Centrum výcviku psů pro postižené o.s. – propagačný materiál. Bulletin INTERNETOVÉ INFORMAČNÉ CENTRUM PRO KLIENTY SE ZDRAVOTNÍM OMEZENÍM. *Desatera pro lepší komunikaci s pacienty se zdravotním postižením*. On line: 11.04.2008 [cit. 2010-01-10]. Dostupné na internete: <http://www.prvnikrok.cz/detail-clanek.php?clanek=1116>
- KORGOVÁ, Ľ. 2005. *Komunikácia s telesne a duševne postihnutými používateľmi knižničných služieb*. Lekárska knižnica FN v Nitre. On line: 2005 [cit. 2010-01-10]. Dostupné na internete: http://www.slk.gov.sk/iml12005/iml051_55.htm
- KRISTOVÁ, J. 2009. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta. 3. Vydanie. 2009. 183 s. ISBN 80-8063-160-3
- PLUHAŘOVÁ, P. 2001. *Komunikační principy v procesu integrace těžce zrakově postižených (Od komunikačních bariér k možnostem porozumění si mezi lidmi těžce zrakově postiženými a intaktními)*. 2001. Online [2010-01-15] Dostupné na internete: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl99/08.html>
- ÚNIA NEVIDIACICH A SLABOZRÁKÝCH SLOVENSKA. 2004. *Problémy spojené so zrakovým postihnutím*. In *Revue medicíny v praxi* 1. Február/marec. 2004. s. 15. ISSN 1336-202X
- ÚNIA NEVIDIACICH A SLABOZRÁKÝCH SLOVENSKA. 2006. *Ako postupovať pri komunikácii so zrakovo postihnutým človekom?* In *Medical practice*. november. č. 11., I. roč. 2006. s. 14. ISSN 1336-8109
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHOVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

Kontakt:

PhDr. Ižová Marcela, PHD.

Papiernícka 1

034 01 Ružomberok

Email: izova@ku.sk

T.č. 0918 722 195

POSUDZOVANIE A OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNOSTIKA LIEČENÉHO ALKOHOLIKA

Vicáňová Michaela¹, Rovná Silvia²

¹Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok

²Stredná zdravotnícka škola Dolný Kubín

Abstrakt

Len málokto považuje alkoholizmus za chorobu. Veľká časť populácie zastáva názor, že všetci, čo majú problém s pitím alkoholu, prestanú, keď budú chcieť. Ani samí pacienti si neuvedomujú, že ide o ochorenie, ktoré poškodzuje ich telesné, psychické i sociálne zdravie. Neuvedomujú si, že ide o stav, ktorý možno liečiť. Autorky sa v príspevku zaoberajú posudzovaním a stanovením ošetrovateľských diagnóz u pacienta na začiatku protialkoholického liečby. Výsledkom posudzovania pacienta je založenie databázy. Pri jej spracovaní má sestra preukázať zručnosť v pozorovaní a komunikácii, schopnosť fyzikálneho vyšetrenia s použitím meracích techník. V rámci diagnostiky sa stanovujú ošetrovateľské diagnózy z klasifikačného systému ošetrovateľských diagnóz NANDA International Taxonómia II. U tejto skupiny pacientov sa zameriavame na oblasť podpory zdravia.

Kľúčové slová: Alkoholická závislosť. Posudzovanie pacienta. Ošetrovateľská diagnostika. Podpora zdravia.

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti v rámci duševného zdravia je poskytnutie psychiatrickej ošetrovateľskej starostlivosti pacientom so psychickými problémami a závislosťami.

Ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná pacientom s alkoholickou závislosťou je individualizovaná podľa toho, v akom štádiu sa jedinec nachádza. V akútnej fáze ide o detoxifikáciu pacienta, ktorá je zameraná na zvládnutie odvykacieho stavu, vznikajúceho po prerušení alebo znížení konzumu látky, od ktorej je pacient závislý. V liečbe nasleduje fáza protialkoholického liečby, počas ktorej musí mať pacient jasný cieľ – abstinenciu. (Marková et al., 2006, Janosiková, Daviesová, 1999). Protialkoholická liečba je charakteristická tým, že v nej sú ošetrovateľské intervencie zamerané na podporu zdravia, konkrétne podporu abstinencie, zdravého spôsobu života a zdravého životného štýlu. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti má sestra využívať svoje vedomosti a zručnosti na posúdenie zdravotného stavu pacienta, na diagnostiku jeho problémov, plánovanie, realizáciu a vyhodnotenie účinku naplánovaných intervencií. Intervencie v podpore zdravia začínajúceho abstinujúceho alkoholika majú smerovať na pomoc pacientovi k jeho aktívnemu podielu na starostlivosti o vlastné zdravie (Žiaková, Bašková, 2000).

Sestra počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti so zameraním na podporu zdravia usmerňuje pacienta vhodnou stratégiou, ktorá zahŕňa výučbu, poučenie, rady, podporu (Kozierová, et al. 1995).

Používanie metódy ošetrovateľského procesu pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti začínajúcemu abstinujúcemu alkoholikovi so zameraním na podporu zdravia predpokladá, že pacient má dostatočnú motiváciu a je dostatočne zodpovedný za svoje zdravie a správanie.

Posúdenie zdravia abstinujúceho alkoholika

Posudzovanie ako prvá fáza ošetrovateľského procesu zahŕňa zber a validizáciu dát, založenie databázy. Sestra má preukázať zručnosť v pozorovaní, komunikácii, schopnosť fyzikálneho vyšetrenia a použitia meracích techník, škál. Základom zistenia podpory a upevňovania zdravia je potrebné celkové posúdenie zdravotného stavu, ktorého súčasťou je celková anamnéza, posúdenie systémov tela, stavu výživy, stravovacích návykov, posúdenie zdravotného rizika a životného štýlu. V rámci posúdenia zdravia a životného štýlu môžeme zisťovať aj anamnézu stresu a spôsob vyrovnávania sa s ním (Kozierová et al., 1995, Bóriková, Fúrová, 2003).

Pre posudzovanie zdravotného stavu začínajúceho abstinujúceho alkoholika na začiatku protialkoholickéj liečby môžu byť prínosné dimenzie zdravia. Iný prístup k posudzovaniu môže byť zameraný na štyri domény kvality života - biologickú, psychologickú, sociálnu a duchovnú. V rámci týchto štyroch dimenzií sa údaje o pacientovi môžu sústrediť do niekoľkých kategórií: posúdenie biologického, psychického, sociálneho i spirituálneho stavu (Nemcová, 2008).

Posudzovanie abstinujúceho alkoholika je zamerané na to, aby sme u neho zistili, čo podporuje alebo bráni dosiahnuť kvalitu života a podporiť vlastné zdravie.

Pri posúdení biologického stavu pacienta zisťujeme v anamnéze údaje týkajúce sa stravovania, pacientových stravovacích návykov a jeho preferenciu jedál. Pozornosť venujeme aj posúdeniu pacientovej pohybovej aktivity, prípadnej fyzickej inaktivity, tráveniu voľného času, oddychu, venovanie sa športovaniu, schopnosti udržiavať osobnú hygienu. Pri posudzovaní motoriky abstinujúceho alkoholika môže byť prítomný tremor tela. Zisťujeme, ako pacient opisuje spánok, kvalitu a kvantitu spánku počas 24 hodín, využívanie farmakologickej alebo nefarmakologickej podpory spánku, spôsob relaxácie a odpočinku. Posudzujeme vylučovaciu funkciu čriev, močového mechúra a kože, prípadné ťažkosti pri vylučovaní, zaznamenávame údaje o množstve výlučkov, kvalite vylučovania (možná častá prítomnosť hnačiek). Pri fyzikálnom vyšetrení meriame telesnú hmotnosť a výšku, vitálne funkcie, hodnotíme stav kože, vlasov, nechtov (prítomnosť alkoholicky podmienených kožných zmien). Posudzujeme oblasť reprodukcie – sexuality, pričom sa zameriavame na zistenie zmien v sexuálnej oblasti, sexuálnych vzťahoch, reprodukciu. Zisťujeme problémy v reprodukčnej oblasti u žien a mužov, pričom zároveň zisťujeme vplyv alkoholu na sexuálnu aktivitu. Databázu dopĺňame aj údajmi o farmakoterapii prípadného základného a pridružených ochorení. Posudzujeme zdravotné riziko alebo zdravotné ohrozenie. Stanovujeme riziko vzniku, respektíve prítomnosť iných ochorení vzhľadom na alkoholickú závislosť. U pacientov s alkoholickou závislosťou býva zvýšená náchylnosť ku vzniku infekcií, najmä respiračných.

Pri posudzovaní vnímania vlastného zdravia pacientom, zisťujeme spôsob, ako sa oň stará. Skúmame postoj k starostlivosti o zdravie objektivizované použitím vhodných

nástrojov. Zameriavame sa na úroveň jeho vedomostí o životospráve (stravovanie, odpočinok, spánok). Posudzujeme najmä nadmernú konzumáciu alkoholu, prítomnosť iných abúзов, ako fajčenie, nadmerné pitie kávy, respektíve zneužívanie nelegálnych drog. Zisťujeme podporu vlastného zdravia (ochota liečiť a riešiť abúzus), aktivity, ktoré pacient vykonáva s cieľom udržania si zdravia, a rizikové faktory ovplyvňujúce zdravie. Posudzujeme bariéry pre správanie podporujúce zdravie, úroveň vedomostí o zdravom správaní, o zdravom životnom štýle. Zároveň venujeme pozornosť poznatku, aký význam má zdravie pre jedinca, na akom mieste uvádza zdravie v rebríčku hodnôt. Zisťujeme pacientovo pozitívne ovplyvňovanie vlastného zdravia, jeho individuálnu definíciu zdravia, vlastné vnímanie zdravotného stavu. Zaujíma sa o to, či riešenie pacientovho zdravotného stavu ovplyvňuje špecifická situácia, prítomnosť faktorov, ktoré brzdia zdravé správanie sa pacienta. Hodnotíme pozitívny a prípadný negatívny dopad liečby na sociálnu oblasť pacienta – zamestnanie, rodinu, vzťahy. Hodnotíme predchádzajúcu skúsenosť pacienta s riešením jeho zdravotného stavu, zisťujeme predchádzajúce aktivity zamerané na podporu zdravia, vzory zdravia a podporu v pacientovej rodine (predchádzajúce ambulantné, ústavné liečenie, vplyv rodiny a prostredia). Pri skúmaní údajov posudzujeme životný štýl pacienta. Ide o zistenie údajov zameraných na spôsob života pacienta, jeho návyky, ktoré majú vplyv na zdravie – telesná aktivita, výživa, spôsob vyrovnávania sa so stresom, zisťuje sa anamnéza abúзов (alkohol, fajčenie, lieky, drogy).

Postihnutie psychiky pacientov s alkoholickou závislosťou je charakteristické najmä povahovými zmenami, oslabením vôle a pocitu zodpovednosti, hrubnutím morálnych a estetických citov. Otupuje sa intelekt, objavuje sa ťažkopádnosť, klesá súdnosť. V oblasti duševného zdravia posudzujeme poškodenie kognitívnych schopností pacientovej osobnosti alkoholom. Posudzujeme vedomie, orientáciu pacienta v osobe, čase, prostredí. Našu pozornosť venujeme aj vnímaniu pacienta, stavu zmyslových orgánov, či pacient používa v prípade potreby kompenzačné pomôcky, vnímaniu bolesti a jej tlmenie. Sledujeme a znamenávame vnímanie seba samého, akú má pacient predstavu o sebe samom, aký má postoj k sebe samému, ako vníma vlastné schopnosti. Všimame si pozornosť pacienta a faktory, ktoré ju ovplyvňujú, pretože u danej skupiny pacientov je zhoršená koncentrácia pozornosti. Hodnotíme myslenie, reč, pamäť, pre ktorú je u pacientov s alkoholickou závislosťou typická strata vštepiivosti a porucha krátkodobej pamäti. V súvislosti s tým posudzujeme aj ochotu pacienta učiť sa a získavať nové vedomosti na podporu svojho zdravia. Posudzujeme úroveň vedomostí pacienta vo vzťahu k ochoreniu a starostlivosti, momentálnu schopnosť učiť sa. Osobnostné faktory ovplyvňujúce edukáciu ako vek, životné skúsenosti, úroveň vzdelania. Ďalej posudzujeme bariéry v edukácii – jazykové, obťažnosť materiálu, úroveň kognitívnych funkcií, motiváciu pacienta, jeho priority. Hodnotíme aj motiváciu pacienta k liečbe, náladu (možná prítomnosť depresie, úzkosti, vnútornej tenzie). U pacienta môžeme tiež pozorovať podráždenosť, nedôveru a najmä racionalizáciu jeho stavu.

Sociálne zdravie u pacienta s alkoholickou závislosťou je porovnateľne poznačené s poškodením telesného a psychického zdravia. Nevyhnutné je posúdenie sociálneho prostredia pacienta, či v ňom pacient nájde pomoc v rozhodnutí podporiť svoje zdravie.

V posúdení sa zameriavame na zisťovanie informácií o priateľoch, podporných osobách a podporných systémoch pacienta. Posudzujeme rolu a vzťahy pacienta v bežnom, pracovnom živote, spokojnosť alebo nespokojnosť s nimi. Zaujímame sa o názory pacientovho okolia na zmenu jeho správania. Posudzujeme pacientovo sebavedomie, sebadôveru a sebaúctu. Schopnosť pacienta odolávať stresu, schopnosť prispôbiť sa mu a zachovať integritu organizmu. Zameriavame sa aj na zisťovanie úrovne komunikácie pacienta s okolím, na úroveň sociálnych kontaktov. V anamnéze zisťujeme aj rodinný stav pacienta, vzdelanie, zamestnanie.

Ku komplexnej kvalite zdravia je dôležité priradiť aj posúdenie spirituálneho stavu pacienta. V ňom sa zameriavame na hodnotenie duchovných potrieb, zisťujeme hodnotovú orientáciu pacienta, jeho náboženské presvedčenie, informácie o hodnotách, čo pacient vo svojom živote považuje za dôležité. Na získanie potrebných údajov možno použiť otázky „Zmenili sa chorobou vaše priority – napr. miesta, veci, životné otázky, ktoré sú pre vás dôležité? Zmenila choroba váš pohľad na vás samého, na život? Aké je vaše najväčšie pranie alebo túžba v tejto fáze života?“ Chceme zistiť, aké sú vzťahy pacienta k sebe samému, k životným otázkam, miestam. Ďalšie otázky môžu byť zamerané na náboženstvo, ako napr. na potrebu komunikácie s duchovným, praktizovanie viery, modlenie a i.

Z tejto línie tvrdení vychádzajú aj autori Raboch et al., 2001, Heller et al., 1996, Kozierová et al., 1995, Kelčíková, Maskálová, 2009, Farkašová, 2005, Maskálová, Kelčíková, 2009, Tomagová, Bóriková, 2008, Bašková, 2009, Vymětal, 2003, Vágnerová, 2000, Kozier et al., 2008, O'Connor, Ardana, 2005 In Nemcová, 2008.

S cieľom objektivizácie údajov pri posudzovaní možno použiť meracie nástroje. Na odhad zdravotného rizika môžeme použiť dotazník Posúdenia zdravotného rizika (Health Hazard Appraisal). Penderová a Walker vypracovali nástroj na posúdenie životného štýlu, a to Profil životného štýlu (Health-Promoting Lifestyle Profile) (Kozierová et al., 1995). Kelčíková, Maskálová (2009) uvádzajú niektoré nástroje v rámci objektivizácie postoja k vlastnému zdraviu. Ide o Model zdravotného uvedomenia (Health Belief Model), v ktorom sa posudzuje individuálne vnímanie zdravia, modifikujúce faktory a premenné. Ďalším meracím nástrojom je Index posúdenia vlastného zdravia (Health Self-Determination Index), ktorý obsahuje základné štyri položky s vzájomne súvisiacimi faktormi, ako vlastné posúdenie zdravia, vlastný postoj zdraviu a zdravotným návykom, vedomie vlastnej kompetentnosti v otázkach vlastného zdravia a schopnosť reagovať na vonkajšie a vnútorné podnety. Pri posúdení postoja k vlastnému zdraviu a na posúdenie životného štýlu vytvorili Ryan a Travis (1981, In Kozierová et al., 1995) nástroj, ktorý nazvali Index pohody (Wellness Index). Je zameraný na zistenie vplyvu spôsobu života na zdravie a poskytnutie motívu pre rozhodnutie pacienta zmeniť životný štýl a návyky. Balážová (2009) používa škálu FAST (Fast Alcohol Screening Test) na zistenie novej existencie popierania alkoholického závislosti. Škála obsahuje štyri základné otázky, týkajúce sa prijímania alkoholu a správania ovplyvňovaného alkoholom. Ďalšia škála je zameraná na posúdenie rodiny, The Family Environment Scale. Schopnosť vyrovnať sa so stresom môžeme hodnotiť Testom na ohodnotenie veľkosti stresu (Bóriková, Fúrová, 2003).

Penderová (1987 In Kozierová et al., 1995) tvrdí, že pri zbieraní posudzovacích údajov je potrebné, aby sestra s pacientom zhrnula získané informácie. Sestra jasne sformuluje konanie a postoje pacienta, ktorý ich môže potvrdiť a uvedomiť si potrebu zmeniť svoje konanie. Sestra má zvážiť informácie, či pacient má zdravotné problémy a aký je stupeň pacientovej zodpovednosti za svoje zdravie.

Diagnostika zdravia abstinujúceho alkoholika

Sestrám k efektívnej ošetrovateľskej práci môže významne pomôcť používanie spoločného jazyka, termíny pre ošetrovateľské diagnózy, ošetrovateľské činnosti a ošetrovateľské výsledky (Boledovičová et al., 2005).

Bartek et al. (1999) vo svojej štúdií tvrdí, že poskytnutie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s alkoholickou závislosťou závisí od odbornej spôsobilosti sestier, ich schopnosti posúdiť a diagnostikovať zdravotné problémy a vytvoriť účinné a efektívne ošetrovateľské zásahy a priebežne prehodnocovať stav pacienta smerom k optimálnemu zdraviu. Podľa Marečkovej (2006) je potrebné pri ošetrovateľskej diagnostike na začiatku nájsť určujúce znaky a súvisiace faktory jednotlivých ošetrovateľských diagnóz, potom nasleduje overenie diagnózy podľa jej definície.

V rámci diagnostiky v oblasti podpory a upevňovania zdravia sa stanovujú ošetrovateľské diagnózy, ktoré sú v klasifikačnom systéme NANDA Taxonómia II International zahrnuté v týchto diagnostických doménach :

1. Doména: Podpora zdravia, Trieda - manažment zdravia.
5. Doména: Vnímanie – poznávanie, Trieda - poznávanie.
7. Doména: Vzťahy, Trieda - rodinné vzťahy.

Na základe tematického zamerania nášho príspevku prezentujeme najčastejšie sa vyskytujúce ošetrovateľské diagnózy u pacienta na začiatku protialkoholického liečby.

U začínajúceho abstinujúceho alkoholika môžeme stanoviť tieto aktuálne i potenciálne ošetrovateľské diagnózy:

- Neefektívny liečebný režim - 00078
- Neefektívna podpora zdravia – 00099
- Deficit vedomostí o liečbe alkoholického závislosti - 00126
- Dysfunkčný život rodiny s alkoholizmom - 00063
- Nedostatok záujmových aktivít - 00097
- Narušená pamäť - 00131
- Riziko osamelosti - 00054
- Zhoršená rodičovská rola - 00056
- Nedodržanie liečebného režimu - 00079
- Riziko násillia voči iným - 00138, Riziko násillia voči sebe - 00140
- Sociálna izolácia – 00053 (Marečková, 2006).

Niektorí autori (Houldin et al., 1987 In Žiaková, Bašková, 2000, Kozierová et al., 1995) zistili, že používanie ošetrovateľských diagnóz orientovaných na problém je pre zdravú populáciu nevhodné. Navrhli používať ošetrovateľské diagnózy orientované na zdravie – wellness, keď je potrebné u pacientov podporiť zdravie, zdravý životný štýl. Tieto

ošetrovateľské diagnózy umožňujú poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť zameranú na podporu zdravia.

U začínajúceho abstinujúceho alkoholika môžeme stanoviť tieto ošetrovateľské diagnózy na podporu zdravia:

Efektívny liečebný režim - 00082

Ochota k zlepšeniu liečebného režimu - 00162

Hľadanie zdravého životného štýlu – abstinencie – 00084

Ochota doplniť deficitné vedomosti – 00161 (Marečková, 2006).

V rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti sa môžu u pacienta, abstinujúceho alkoholika, vyskytnúť mnohé iné somatické, psychické, sociálne či duchovné problémy. Preto sa v ošetrovateľskej diagnostike môže u takéhoto pacienta stanoviť akákoľvek ošetrovateľská diagnóza z klasifikačného rámca NANDA.

Zoznam bibliografických odkazov

BALÁŽOVÁ, L. 2009. Dysfunkčný život rodiny: Alkoholizmus. In GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. et al. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin : Osveta, 2009, s. 125 – 130. ISBN 978-80-8063-308-0.

BARTEK, J. et al. 1999. Clinical Validation of Characteristics of the Alcoholic Family. In: *Nursing Diagnosis*, [on line], 1. október 1999 [cit. 2008-11-18]. Dostupné na internete: http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-9337959_ITM.

BAŠKOVÁ, M. 2009. Deficit vedomostí. In GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. et al. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin : Osveta, 2009, s. 85 – 88. ISBN 978-80-8063-308-0.

BOLEDOVIČOVÁ, M., KRIŠTOFOVÁ, E., HORVÁTHOVÁ, K., ZAŤKOVÁ, M. 2005. Očakávané výsledky noc pri edukácii dojčenia. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Eds. J. Čáp, K. Žiaková, M. Nemčeková, E. Holmanová. Martin : Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav ošetrovateľstva, 2005, s. 230 – 242. ISBN 80-88866-32-4.

BÓRIKOVÁ, I., FÚROVÁ, A. 2003. Posudzovacie, hodnotiace a meracie škály a techniky v ošetrovateľskej praxi. In ŽIAKOVÁ, K., GALAJDA, P., ŠUTARÍK, Ľ. et al. *Ošetrovateľstvo vo vnútornom lekárstve*. Martin : Jesseniova lekárska fakulta UK, 2003. s. 31 – 32. ISBN 80-88866-28-6.

FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin : Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.

GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. 2009b. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin : Osveta, 2009. 243 s. ISBN 978-80-8063-308-0.

HELLER, J. et. al. 1996. *Závislosť známa neznáma*. Praha : Grada Publishing, spol. s r. o., 1996. 168 s. ISBN 80-7169-277-8.

HOULDIN, A., SALTSTEIN, S., GANLEY, K. 1987. *Nursing Diagnosis for Wellness*. Philadelphia : J.B.Lippincott Co., 1987. Podľa: ŽIAKOVÁ, K., BAŠKOVÁ, M. 2000. Podpora zdravia a prevencie ako jedna z možností zlepšenia kvality života. In *Moderný medicínsky manažment*. Martin, 2000, roč. 7, č. 3, s. 2-7. ISSN 1335-2326.

JANOSIKOVÁ, E., DAVIESOVÁ, J. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.

KELČÍKOVÁ, S., MASKÁLOVÁ, E. 2009. Neefektívna podpora zdravia. In GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. et al. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin : Osveta, 2009, s. 11 – 15. ISBN 978-80-8063-308-0.

- KOZIER, B., ERB, G., BERMAN, A., SNYDER, S. J. 2008. *Fundamentals of nursing. Concepts, process, and practice*. 8th Edition. New Jersey : Pearson Prentice Hall, 2008. 1631 pp. ISBN 0-13-171468-6.
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1, 2*. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MARKOVÁ, E. et al. 2006. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- MASKÁLOVÁ, E., KELČIKOVÁ, S. 2009. Hľadanie zdravého životného štýlu. In GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. et al. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin : Osveta, 2009, s. 11 – 15. ISBN 978-80-8063-308-0.
- NEMCOVÁ, J. 2008. Posudzovanie v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Diagnóza v ošetrovateľstve*. Praha, 2008, roč. 4, č. 5, 6. ISSN 1801-1349.
- O`CONNOR, M., ARANDA, S. 2005. *Paliatívni péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing,s.r.o., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4. Podľa: NEMCOVÁ, J. 2008. Posudzovanie v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Diagnóza v ošetrovateľstve*. Praha, 2008, roč. 4, č. 5, 6. ISSN 1801-1349.
- PENDER, J., N. 1987. *Health promotion in nursing practice*. Conn. : Appleton and Lange. 2ed. Norwalk. Podľa: KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1*. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- RABOCH, J., ZVOLENSKÝ, P. et al. 2001. *Psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2001. 622 s. ISBN 80-246-0390-X.
- RYAN, S., R., TRAVIS, W., J. 1981. *Wellness workbook for health professionals*. Berkley. Calif. : Ten Speed Press, 1981. Podľa: KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1*. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. et al. 2008. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2008. 198 s. ISBN 80-8063-270-0.
- VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie. Dětství, dospelost, stáří*. Praha : Portál, s. r. o., 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
- VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha : Portál s. r. o., 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
- ŽIAKOVÁ, K., BAŠKOVÁ, M. 2000. Podpora zdravia a prevencie ako jedna z možností zlepšenia kvality života. In *Moderný medicínsky manažment*. Martin, 2000, roč. 7, č. 3, s. 2-7. ISSN 1335-2326.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Michaela Vicáňová

Fakulta zdravotníctva KU,Ružomberok

vicanova@ku.sk

SEBAREFLEXIA SESTRY EDUKÁTORKY

Magerčiaková Mariana

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Rola edukátorky je jednou zo základných rolí sestry. Efektívna edukačná činnosť nie je možná bez vyhodnotenia výstupov edukácie, ako aj hodnotenia vlastnej edukačnej činnosti samotnou sestrou. Sestra v roli edukátorky si musí uvedomiť svoje konanie, myslenie, názory a postoje v rámci vnútorného procesu, ktorý sa nazýva sebareflexia. Jej cieľom je hodnotenie samého seba a na základe neho rozhodnutie, čo a ako zmeniť, zvoliť stratégie pre ďalšiu edukačnú činnosť. Sebareflexia pomáha pri zdokonaľovaní edukácie realizovanej sestrou. Príspevok obsahuje charakteristiku a funkcie sebareflexie, postupy a metódy využívané pri sebareflexii, ako aj praktické návrhy na zefektívnenie edukačnej činnosti.

Kľúčové slová: Sebareflexia. Sestra edukátorka. Edukácia. Edukant. Ošetrovateľstvo .

Úvod

Rola edukátorky je jednou zo základných rolí sestry. Efektívna edukačná činnosť nie je možná bez vyhodnotenia výstupov edukácie, ako aj hodnotenia vlastnej edukačnej činnosti samotnou sestrou. Sestra v roli edukátorky si musí uvedomiť svoje konanie, myslenie, názory a postoje v rámci vnútorného procesu, ktorý sa nazýva sebareflexia. Jej cieľom je hodnotenie samého seba a na základe neho rozhodnutie, čo a ako zmeniť, zvoliť stratégie pre ďalšiu edukačnú činnosť. Sebareflexia pomáha pri zdokonaľovaní edukácie realizovanej sestrou. Príspevok obsahuje charakteristiku a funkcie sebareflexie, postupy a metódy využívané pri sebareflexii, ako aj praktické návrhy na zefektívnenie edukačnej činnosti.

Efektívna edukácia v ošetrovateľstve ako súčasť profesie sestry v podobe roly edukátorky nie je možná bez vyhodnotenia výstupov edukácie. Hodnotenie je priebežný aj záverečný proces, v ktorom sestra aj pacient/ klient, ako aj osoby, ktoré sú mu oporou, hodnotia, čo sa naučil. Musia sa zhodnotiť krátkodobé ciele spolu s dlhodobými zámermi. Výstupy edukácie, t. j. vedomosti, zručnosti alebo postoje edukanta, sa hodnotia podľa vopred stanovených cieľov, ktoré neslúžia len na zostavenie edukačného plánu, ale sú zároveň kritériom jeho hodnotenia. Sestry musia vyhodnotiť aj seba ako vyučujúcich (edukátorov). Musia pritom zvážiť všetky faktory- časový faktor, stratégie výučby, množstvo informácií a podobne. Sestry by mali pri **hodnotiacom procese** myslieť na nasledovné skutočnosti:

- zabúdanie je normálne a treba s ním rátať, preto edukátor môže navrhnúť edukantovi, aby si informácie zapísal, prípadne mu poskytnúť inštrukcie v písomnej podobe,
- edukant hodnotí výučbu spolu s edukátorom; dobrou pomôckou sú dotazníky a videozáznamy lekcií,

- zmena v správaní sa nie vždy prejaví hneď po skončení edukácie; jedinci často akceptujú zmenu najprv vo svojich myšlienkach a len postupne ju zavádzajú do svojho správania (Kozierová a kol., 1995).

Výber najlepšej metódy hodnotenia závisí od typu učenia a cieľov stanovených vo fáze plánovania. Splnenie kognitívnych cieľov je možné hodnotiť kladením otázok. Praktické zručnosti a schopnosti (psychomotorické, resp. behaviorálne ciele) sa najlepšie hodnotia pozorovaním edukanta pri uskutočňovaní daného postupu, resp. konkrétnej činnosti. Postoje a systém hodnôt (afektívne ciele) možno posúdiť na základe výpovedí na ciele otázky, výpočtím názorov alebo cieleným pozorovaním správania a postojov edukanta.

Najčastejšie **príčiny nedosiahnutia cieľov** edukácie:

- nedostatočný alebo nevhodne uskutočnený odhad potrieb,
- nesprávne stanovenie edukačnej diagnózy,
- stanovenie nereálnych cieľov,
- voľba nevhodnej stratégie (metódy) edukácie,
- nedostatočná alebo žiadna motivácia,
- neprimerané časové rozplánovanie,
- preťaženie množstvom informácií,
- chyby v komunikácii (Závodná, 2002).

Po vyhodnotení cieľov edukácie je nevyhnutné pozmeniť alebo zopakovať edukačný plán, ak neboli niektoré ciele splnené alebo sa splnili len čiastočne. U hospitalizovaných pacientov je niekedy potrebné pokračovať v edukácii aj doma (Kozierová a kol., 1995).

Fáza vyhodnotenia v rámci edukačného procesu tvorí základ sebareflexie sestry edukátorky. „**Sebareflexia je vnútorný proces, ktorý umožňuje človeku porozumieť nevedomým obsahom našej mysle, nevedomým pohnútkam, ako aj pomáha jednotlivcovi uvedomiť si svoje konanie, myslenie, názory, postoje**“ (Hupková, Petlák, 2004, s. 46). Sebareflexia je označovaná ako schopnosť vidieť seba samého očami druhého. Používa sa tiež vo význame introspekcia, ktorá je vymedzená ako „*činnosť, pri ktorej človek skúma seba samého, svoj vnútorný svet, svoje prežitky, myšlienky, spôsob uvažovania, témy, o ktorých uvažuje*“ (Průcha a kol., 1995 in Hupková, Petlák, 2004, s. 46). V procese sebareflexie sa uplatňuje opis prežitej alebo prežíwanej výchovno- vzdelávacej situácie, jej kritická analýza (berie do úvahy obsahovú dimenziu situácie, ale aj jednanie edukátora a edukanta), a tiež interpretácia výsledkov tejto analýzy (Švec, 2005).

Sebareflexia poskytuje sestre edukátorke možnosť uvedomiť si svoje pedagogické myslenie, úspechy aj nedostatky v edukačnej činnosti. Sebareflexia je významný prostriedok vedúci ku zdokonaľovaniu vlastnej práce. V rámci sebareflexie si sestra musí uvedomiť:

- Čo si myslí o cieľoch a obsahu edukácie,
- Čo si myslí o účastníkoch edukácie (edukantoch),
- Čo si myslí o dialógu s účastníkmi edukácie,
- Čo si myslí o sebe samej.

Cieľavedomá a systematická sebareflexia pomáha sestre edukátorke skvalitniť prácu v oblasti edukačných aktivít, umožňuje jej hlbšie preniknúť do rôznych situácií v rámci

edukácie, chápať vzťahy a súvislosti medzi viacerými javmi a činnosťami. Metódy použité v edukácii nie sú náhodné, ale korigované analýzou a hodnotením (Hupková, Petlák, 2004).

Sebareflexia sestry edukátorky plní tieto základné funkcie:

- **Poznávacia**- sestra edukátorka si uvedomuje, aká je, aké má problémy, ako ich obyčajne rieši a s akým úspechom, poznáva vlastné emócie, svoje prežívanie, do akej miery je senzitívna voči emóciám, postojom a potrebám edukantov.
- **Spätnoväzbová**- sestra edukátorka si na základe analýzy a hodnotenia vlastnej práce uvedomuje, ako na jej zásahy v určitých situáciách reagujú edukanti a ich podporné osoby, a tiež kolegovia.
- **Rozvíjajúca**- sebareflexia poskytuje sestre námety pre ďalšie sebazdokonaľovanie.
- **Preventívna**- sestra môže na základe sebareflexie premýšľať o svojich budúcich reakciách v určitých situáciách, poučiť sa na vlastných skúsenostiach a vyhnúť sa tak prípadným konfliktom.
- **Relaxačná**- sestra edukátorka opisuje, analyzuje a hodnotí nielen menej úspešné, konfliktné a problémové situácie, ale aj tie, kedy sa jej v práci darilo, čo jej urobilo radosť, kedy získala pozitívnu spätnú väzbu. Takéto spomienky na príjemné zážitky v edukácii prinášajú sestre pocit uspokojenia a uvoľnenia, a zároveň sú pre ňu „hnacou silou“ do jej ďalšej práce (Hupková, Petlák, 2004).

Proces sebareflexie má 4 základné fázy (Smyth, 1989 in Švec, 2005, Hupková, Petlák, 2004):

1. **Opisná fáza**- sestra edukátorka opisuje svoje edukačné aktivity, postupy a riešenie rôznych situácií počas edukácie. Táto fáza je založená na otázkach typu: Čo robím?, Čo sa prihodilo?, Ako som v danej situácii reagovala?, Aká bola odozva edukantov?.
2. **Informačná fáza**- sestra edukátorka sa snaží vysvetliť, prečo robila to, čo robila, z čoho vychádzala, o ktoré edukačné princípy sa opierala a podobne. Pre túto fázu sú typické otázky: O čo v danej situácii išlo? V akom kontexte situácia vznikla? Čím bolo v danej situácii ovplyvnené moje správanie? O akého edukanta (edukantov) išlo? O aké princípy sa opieram?.
3. **Konfrontačná (interpretačná) fáza**- sestra edukátorka sa pokúša odhaliť príčiny vzniku reflektovanej situácie a voľby spôsobu jej riešenia; skúma genézu tejto situácie. Táto fáza sa opiera o otázky typu: Prečo k danej situácii došlo? Kto ju vyvolal? O čo som sa pri riešení situácie opierala? Som na riešenie podobných situácií pripravená?.
4. **Rekonštrukčná fáza**- sestra edukátorka sa venuje „rekonštrukcii“ riešenej situácie, aby hľadala efektívnejšie riešenie podobných situácií v budúcnosti. Pomocným impulzom v tejto fáze sú otázky: Ako by som mohla realizovať edukáciu inak? Aké prístupy mám k dispozícii? Za akých podmienok by som mohla tieto prístupy uplatniť? Čo potrebujem k ich praktickej realizácii? Budem kontaktovať skúsenejšieho kolegu a spýtam sa na jeho názor? Naštudujem si dostupnú pedagogickú alebo psychologickú literatúru?

Vzhľadom na multidisciplinárny charakter ošetrovateľstva ako vednej disciplíny sú mnohé poznatky týkajúce sa pedagogiky (a teda aj edukácie v ošetrovateľstve) prevzaté z iných vedných disciplín. V rámci sebareflexie sestry edukátorky je možné využiť niektoré z metód a postupov, ktoré sú platné pre sebareflexiu učiteľa v školských podmienkach. Sestry však edukáciu realizujú predovšetkým v zdravotníckych zariadeniach alebo v prirodzenom domácom prostredí, preto je nevyhnutné tieto metódy a postupy modifikovať, aby mohli byť efektívne využité pre potreby ošetrovateľstva. Medzi **metódy sebareflexie** sestry edukátorky je možné zaradiť nasledovné (Hupková, Petlák, 2004):

- **Pozorovanie**- ide o plánovité a systematické vnímanie javov v prirodzených podmienkach, ktoré majú odhaliť pedagogické zákonitosti. Sestru môže pri príprave, realizácii a vyhodnotení edukácie pozorovať námesník pre ošetrovateľstvo, vedúca sestra, kolegovia, ale tiež auditori a podobne.
- **Sebareflexívny rozhovor** alebo **beseda**- môže ísť o individuálne rozhovory alebo skupinové besedy s edukantmi, ale tiež rozhovory a besedy s kolegami alebo podpornými osobami edukantov, v ktorých vyjadrujú svoje názory, postoje, pocity, problémy a zážitky počas edukácie. Osobitné postavenie v sebareflexii sestry edukátorky má rozhovor, ktorý vedie sama so sebou o sebe. V tomto prípade ide predovšetkým o úvahy pred plánovaním edukácie (využitie efektívnejších postupov, zohľadňovanie predchádzajúcich skúseností, atď.), ale aj po skončení edukácie. Sestra edukátorka si môže viesť aj tzv. pedagogický denník, kde eviduje svoje skúsenosti, postrehy, ale tiež návrhy a myšlienky pre realizáciu efektívnejšej edukácie.
- **Sebareflexívny dotazník**- umožňuje zistiť názory edukantov, ich podporných osôb a tiež svojich kolegov na metódy a formy práce sestry edukátorky. Poskytuje jej spätný pohľad na realizované edukačné aktivity a ich výsledky. Správne zostavený dotazník je ako „nastavené zrkadlo“, ktoré upozorní na to, čo si sestra pri rutinnej realizácii edukácie neuvedomuje.
- **Sebareflexívne písomné prípravy** na edukáciu, resp. napísaný **edukačný plán**- zodpovedne vypracovaný edukačný plán poskytuje sestre „vodítko“ pri príprave, realizácii a vyhodnotení edukácie. Sestra porovnáva predpokladané výsledky so skutočnými, vyhodnocuje, či sa podarilo splniť stanovené ciele, analyzuje svoju činnosť, zamýšľa sa nad tým, čo môže v nasledujúcej edukačnej činnosti skvalitniť. Okrem sebareflexívnej funkcie edukačný plán môže výraznou mierou prispieť aj ku právnej ochrane sestier v prípade sťažností či iných podnetov zo strany edukantov alebo ich blízkych.

Pri sebareflexii je možné využiť zoznam typických výrokov:

1. Edukáciu dôsledne plánujem, stanovujem jasné ciele, vhodné obsahové zameranie a štruktúru edukačných stretnutí.
2. Včas si pripravujem materiál a pomôcky potrebné na edukáciu (napr. pomôcky, prístroje, informačný materiál a podobne).
3. Moje inštrukcie sú jasné a zrozumiteľné.

4. Vhodne kladiem otvorené aj uzavreté otázky.
5. Využívam široké spektrum edukačných činností.
6. Moju edukačnú činnosť prispôbujem edukantom podľa individuálnych charakteristík (vek, zdravotný stav, kognitívne funkcie, atď.).
7. Snažím sa počas edukácie udržiavať zameranie na jej ciele (neodbočovať od stanovených cieľov edukácie) a podmienky, ktoré napomáhajú procesu učenia.
8. Pozorne sledujem učenie edukantov v priebehu edukácií a poskytujem pomoc tým, ktorí majú ťažkosti.
9. Dôsledne a konštruktívne hodnotím výstupy edukácie (vedomosti, zručnosti a postoje edukanta).
10. Moje vzťahy k edukantom sú založené na vzájomnej úcte a dobrom vzťahu.
11. Vo vzťahu k požiadavkám na moju prácu dôkladne ovládam problematiku prezentovanú edukantom v rámci edukácie (Kyriacou, 2004).

Záver

Sestry edukátorky sa potrebujú neustále zoznamovať s novými metódami a prístupmi, ktoré by podporili efektívnosť a kvalitu edukácie (Škrla, Škrlová, 2003). Edukačné vedomosti a zručnosti je nutné neustále zdokonaľovať, a to rôznymi spôsobmi:

- štúdiom aktuálnej knižnej a časopiseckej literatúry so zameraním na edukáciu v ošetrovatelstve (domácej aj zahraničnej),
- vyhľadávaním informácií na internete, využívaním informačných technológií,
- vytváraním, resp. zdokonaľovaním ošetrovateľskej- edukačnej dokumentácie pacienta, starostlivé zaznamenávanie edukačných aktivít u každého edukanta,
- vypracovávaním štandardov edukácie,
- vytváranie edukačných listov,
- prezentáciou skúseností s edukáciou pacientov prostredníctvom publikovania článkov v odborných periodikách, na seminároch a konferenciách, na internete a podobne,
- tvorbou edukačných materiálov pre edukantov (napr. letáky, brožúry, nástenky, plagáty a podobne) so zameraním na podporu zdravia, prevenciu ochorení, ošetrovanie a rehabilitáciu,
- účasťou na výskume v ošetrovatelstve; využitím výsledkov výskumu pre zvýšenie kvality a efektívnosti edukácie,
- hľadaním nových spôsobov a prístupov v edukácii, využívaním alternatívnych edukačných metód,
- využívaním spätnej väzby na svoju edukačnú činnosť v podobe dotazníkov, prostredníctvom ktorých edukanti hodnotia edukáciu, videozáznamy edukačných stretnutí a podobne.

Zoznam bibliografických odkazov:

- HUPKOVÁ, M., PETLÁK, E.: *Sebareflexia a kompetencie v práci učiteľa*. Bratislava: IRIS, 2004, 135 s., ISBN 80-89018-77-7.
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R.: *Ošetrovateľstvo 1, 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- KYRIACOU, CH.: *Kľúčové dovednosti učiteľa. Cesty k lepšiemu vyučovaniu*. Praha: Portál, 2004, 155 s., ISBN 80-7178-965-8.
- MAGERČIAKOVÁ, M.: *Edukácia v ošetrovateľstve 1*. 1. vyd. Ružomberok: Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2007, 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: *Kreativní ošetrovateľský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- ŠVEC, V.: *Pedagogické znalosti učiteľa: teórie a praxe*. Praha: ASPI, 2005, 136 s., ISBN 80-7357-072-6.
- ZÁVODNÁ, V.: *Pedagogika v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002, 96 s. ISBN 80-8063-108-5.

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Mariana Magerčiaková, PhD.
Katolícka univerzita
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Ul. gen. M. Vesela 21
034 01 Ružomberok
e-mail: magerciakova@ku.sk

METÓDY ZÍSKAVANIA EMPIRICKÝCH INFORMÁCIÍ V OŠETROVATEĽSTVE

Majerčíková Katarína, Wiczmándyová Darina

Poľná nemocnica Ružomberok, Trnavská univerzita Trnava

Prednáška predkladá najčastejšie metódy získavania empirických informácií v ošetrovatelstve.

Rozdeľujú sa na metódy teoretického výskumu a metódy empirického výskumu. K najdôležitejším metódam pre potreby výskumu v ošetrovatelstve sú pozorovanie, dotazník, rozhovor, kazuistika, analýza dokumentu a experiment. Najčastejšie používanými metódami sú dotazník, rozhovor a pozorovanie. Metódou dotazníka možno získať subjektívne informácie od väčšieho počtu respondentov za relatívne krátky čas. Je založený na otázkach a príbuzný metóde priameho ústneho rozhovoru. Rozhovor je interpersonálna sociálna interakcia, kde je zhromažďovanie údajov založené na priamom opytovaní. Pozorovanie je všeobecným základom empirického skúmania. Pozorovať môžeme vlastnosti, stav jedincov, prejavy komunikácie, aktivity, prostredie. Každá z uvedených metód má svoju vlastnú štruktúru, ale navzájom veľmi úzko súvisia.

Cieľom pozorovania, rozhovoru a dotazníka je zhromaždiť dostatok údajov na formuláciu výsledkov a tvorbu hodnotení vzhľadom na stanovené ciele a hypotézy výskumu.

Kľúčové slová :

Výskum v ošetrovatelstve. Metódy empirického výskumu. Dotazník. Rozhovor. Pozorovanie.

Ošetrovatelstvo ako odbor musí byť vedecky podložené a ošetrovateľské povolanie sa musí formovať na vedeckých základoch (2). Cieľom ošetrovateľského výskumu je zlepšiť zdravotnícku starostlivosť so zreteľom na tradičné poňatie ošetrovatelstva. V tomto poňatí sa pacient chápe ako celistvá osobnosť s fyziologickými, psychologickými, sociálnymi, kultúrnymi a ekonomickými zložkami (4).

Ošetrovatelstvo má svoje vlastné metódy poznania a špecifickú metodiku výskumu. Analogicky ako ostatné vedné disciplíny preberá niektoré metódy z iných príbuzných odborov, napríklad z medicíny, pedagogiky, psychológie, sociológie a pod. (2).

Metóda je vopred premyslený, systematicky zdôvodnený a naplánovaný spôsob ako z istého východiska prostredníctvom konečného počtu krokov (operácií) dosiahnuť zamýšľaný cieľ. Najpoužívanejšie kritérium klasifikácie metód je založené na rozdelení foriem vedeckého poznania na dve základné – empirickú a teoretickú formu. V tejto súvislosti sa korelatívne hovorí o metódach empirických a teoretických (5).

K metódam teoretického výskumu patrí napr. analýza a syntéza, indukcia a dedukcia, historická metóda a porovnávací metóda. K metódam empirického výskumu patrí napr. pozorovanie, dotazník, rozhovor, kazuistika, analýza dokumentu a experiment (1).

Pozorovanie ako vedeckú techniku treba odlišiť od bežného pozorovania. Jedná sa o zámerné, cieľavedomé a systematické sledovanie určitých javov spojené s registráciou charakteristických údajov (3).

Medzi pozorovateľné javy patria vlastnosti a stav jedincov, prejavy verbálnej a prejavy neverbálnej komunikácie. Ďalej môžeme pozorovať aktivity, a to najmä tie, ktoré sú ukazovateľmi zdravotného stavu a prostredie, ktoré má na jedinca vplyv, čo sa prejavuje na jeho správaní, a preto treba skúmať vzťah medzi pozorovateľnými prvkami prostredia a ľudskou činnosťou a potrebami (1).

Pozorovanie má svoje etapy, ktoré predstavujú prípravu, čiže stanovenie cieľa a situácie, ako aj časovú organizáciu a spôsob sledovania, vlastné pozorovanie, ktoré tvorí sledovanie, zápis alebo registrácia pozorovaného prostredníctvom výrokov, údajov a javov, ako aj zápis čísel, čiarok a iných znakov. Poslednou etapou je analýza o objektoch pozorovania prostredníctvom vedených záznamov, ktoré sa musia usporiadať, kategorizovať, vyhodnotiť a interpretovať (1).

Pri delení pozorovania možno vychádzať z rozličných hľadísk a z charakteristík tejto metódy. Podľa štruktúry procesu pozorovanie kolíše od vysoko štruktúrovaného po neštruktúrované. Na základe zúčastnenosti, pozície pozorovateľa v skúmanej skupine rozlišujeme vnútorné a vonkajšie pozorovanie. Z hľadiska situácie pozorovania rozoznávame terénne a laboratórne pozorovanie. Podľa informovanosti pozorovaných objektov rozlišujeme skryté a otvorené pozorovanie. Na základe aktuálnosti možno rozdeliť pozorovanie na priame a nepriame. Podľa počtu objektov rozlišujeme individuálne a skupinové pozorovanie, podľa trvania krátkotrvajúce a dlhotrvajúce a na základe častosti jednorazové a opakované pozorovanie (5).

Metóda pozorovania musí brať do úvahy aj chyby aj omyly. Všeobecne možno rátať s tým, že pozorovateľ poskytne údaje v smere svojich očakávaní, ak je podrobnejšie informovaný o tom, čo je cieľom výskumu. Ďalší druh chyby súvisí s predchádzajúcimi skúsenosťami pozorovateľa. Najbežnejšou chybou môže byť strata určitých informácií, chýbanie istých detailov, ktoré sú dôležité. Ak si pozorovateľ uvedomí, že nezachytil postupnosť deja alebo nie je schopný presne reprodukovať uplynulý detail, často dopĺňa, dopracúva záznam pridaním reprodukovateľného materiálu. Bežnou tendenciou pri neštruktúrovanom pozorovaní je spájanie správania a okolitého diania do koherentných jednotiek, epizód. Pri pozorovacích schémach s kategóriami správania a činnosti sa môže vyskytnúť fluktuácia pozornosti pozorovateľa, ktorý nepostrehne výskyt určitého správania alebo ho nestačí zaznamenať (5).

Rozhovor je priama interpersonálna interakčná situácia sociálnych rolí, v ktorej jedna osoba (výskumník) kladie druhej osobe (respondentovi) otázky určené na získanie odpovedí vhodných na riešenie výskumného problému (1).

Rozhovor zostavujeme v niekoľkých fázach, ktoré predstavujú oboznámenie sa s témou rozhovoru, stanovenie jeho cieľa, príprava štruktúry rozhovoru a premyslenie jeho podmienok, čiže zapisovanie odpovedí, nahrávanie na magnetofón a pod. (1). Súčasťou prípravy na rozhovor je aj výber výskumníka a nácvik zručností, ktoré sú potrebné na vytvorenie raportu, sledovanie obsahovej línie a pružné reakcie na odpovede respondenta (5).

Štruktúra rozhovoru môže mať tieto fázy – úvod, v ktorom sa po zoznámení s respondentom vysvetlí, prečo a s akým cieľom sa rozhovor robí a či sa jeho výsledky

uverejnia spolu s menami odpovedajúcich alebo bude anonymný, ďalej stredná časť, ktorá sa venuje podstate výskumného problému a záverečná fáza, v ktorej si okrem poďakovania respondentovi výskumník vnútorne inventarizuje, či dostal vyčerpávajúce odpovede na všetky otázky (1).

Výskumník musí venovať pozornosť formulácii otázok. Na jeden problém sa formuluje viac otázok, aby sa získaná informácia potvrdila viacnásobnými odpoveďami alebo aby sa zistilo, že subjekt neodpovedá na podobné otázky rovnakým spôsobom (1). V schéme rozhovoru môžeme použiť všetky typy otázok – zatvorené, otvorené, škálové (5).

Rozoznávame niekoľko druhov rozhovoru. V začiatkovej fáze výskumu sa častejšie používa neštruktúrovaný rozhovor, pri sondáži určitého, dosiaľ málo známeho problému. Čiastočne štruktúrovaný rozhovor má časť otázok zostavených „napevno“ a časť len ako okruhy problémov, pričom sa v závere necháva priestor na voľné vyjadrenie respondenta. Štruktúrovaný rozhovor má otázky vopred pripravené, ich formulácia je presne stanovená s jednoznačným poradím. Rozoznávame aj ďalšie druhy rozhovorov, ako sú zjavný a tajný, mäkký, neutrálny a tvrdý, hĺbkový, súhlasný a nesúhlasný, diagnostický a terapeutický, racionálno-psychologický, etnografický, telefonický a počítačový (5).

Metóda, s ktorou sa rozhovor najčastejšie a najprirodzenejšie porovnáva, je dotazník. Štruktúrovaný rozhovor je v spojení so schémou, ktorá zahŕňa všetky typy položiek, najlepším nástrojom na sondovanie ľudského správania, pocitov, postojov a dôvodov pre správanie. Počas rozhovoru možno s veľkou presnosťou určiť stupeň úprimnosti odpovede. Pri osobnej integrácii je vysoké percento zodpovedaných odpovedí. Podrobne navrhnutý a vhodne vedený rozhovor dosahuje 80-90 % zodpovedanosť. Veľa jednotlivcov nemôže písomnú podobu schémy samostatne vyplniť, preto je rozhovor dostupný pre väčšinu ľudí. Použitie metódy rozhovoru umožňuje väčšiu kontrolu nad vzorkou v tom zmysle, že výskumník vie, čo osoba, s ktorou sa rozpráva, je pôvodný respondent. Pri dotazníku sa môže stať, že vybraný člen skúmanej vzorky prenechá vyplnenie formulára inej osobe, čo mení charakteristiku súboru. Metóda si však vyžaduje kvalifikovanosť výskumníka nielen pri formulácii položiek, ale aj v oblasti psychológie osobnosti a interpersonálne i komunikačné zručnosti. Metóda rozhovoru je náročná z časového hľadiska, lebo je vždy nevyhnutná osobná prítomnosť výskumníka. Okrem toho musí rozhovor a jeho okolnosti zapísať, preto sa pri veľkých súboroch táto metóda používa len veľmi výnimočne (5).

Dotazník je metóda získavania empirických informácií, založená na nepriamom opytovaní respondentov, s použitím vopred formulovaných písomných otázok/položiek (5).

Štruktúru dotazníka tvoria predovšetkým vstupné identifikačné informácie, vecné položky, populačné (cenzové, demografické) položky a záverečné informácie (1). Vecné položky sú základnými štruktúrnymi zložkami dotazníka, tvoria jeho najväčšiu a ústrednú časť (5). Majú niekoľko foriem – otvorené, poloopené, zatvorené, priame, nepriame, filtračné, kontrolné a úvodné položky. Na konci dotazníka sa spravidla umiestňujú kategorizačné (demografické) položky (5). K charakteristikám najtypickejších požiadaviek kladených na vlastnosti položiek, ktoré sú späté s ich znením, zaraďujeme jasnosť a zrozumiteľnosť, stručnosť, jednoznačnosť, kladnú a nie zápornú formu, nesugestívnosť

(neutrálnosť), nenáročnosť na pamäť a iné požiadavky, ako napríklad nepoužívať intímne, provokačné či urážlivé otázky (5).

Pri konštruovaní dotazníka treba dodržiavať tieto pravidlá – dotazník nemá unavovať, má byť stručný a vecný, počet položiek by nemal presahovať 30, na začiatku by malo byť uvedené oslovenie respondenta a žiadosť o vyplnenie dotazníka, jeho účel a inštrukcie, ako postupovať pri jeho vyplňaní, ako prvé sú položky, ktoré môžu prebudiť záujem, položka by nemala obsahovať viac ako jednu myšlienku, má byť formulovaná jasne a jednoznačne, treba sa vyhýbať viacmyselným slovám. V zatvorených položkách sa majú vyčerpať všetky alternatívy odpovedí, pri dôležitých problémoch treba klásť kontrolné otázky, ktoré majú byť formulované inak a umiestnené na inom mieste ako otázka, ktorú majú kontrolovať. Pred vyplňaním dotazníka treba respondentov motivovať, vysvetliť im jeho cieľ a na čo a ako sa budú používať informácie ním získané. V prípade, že u respondentov vzniknú obavy z dôsledkov ich odpovedí, má byť dotazník anonymný (1).

Výskumník si musí dobre premyslieť výber metód, procedúr a techník, ktoré sú potrebné k výskumu určitého problému a musí ovládať príslušnú metodologickú argumentáciu. Existuje mnoho metód získavania informácií. Zberom výskumných údajov výskumný proces nekončí. Údaje sa potom analyzujú, aby sa mohlo odpovedať na otázky, ktoré nás zaujímajú (3).

Zoznam bibliografických odkazov:

1. FARKAŠOVÁ, D., a kol. Výskum v ošetrovatel'stve. Martin: Osveta, 2002, 87 s. ISBN 80-8063-111-5.
2. FARKAŠOVÁ, D., a kol. Ošetrovatel'stvo teória. Martin: Osveta, 2005, 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
3. KUTNOHORSKÁ, J.: Výzkum v ošetrovatel'ství, Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4
4. KOZIEROVÁ, B., a kol.: Ošetrovatel'stvo I, Martin, Vydavatel'stvo Osveta. 2004, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
5. ŽIAKOVÁ, K. et.al. Ošetrovatel'stvo teória a vedecký výskum. 2.vyd. Martin: Osveta, 2009, 322s. ISBN 978-80-8063-304-2.

PhDr. Katarína Majerčíková
Štúrova 727/13
Liptovský Hrádok

POTREBA SURVEILLANCE NOZOKOMIÁLNYCH INFEKCIÍ

Hlinková Soňa

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Nozokomiálne infekcie postihujú každoročne odhadom jedného pacienta z desiatich a vedú ku zvýšeniu morbidity, mortality a ku zvýšeným nákladom na zdravotnú starostlivosť. Sú jedným z najzávažnejších dôvodov zlyhávania modernej liečby. Preto je nevyhnutné, aby sa zdravotnícke zariadenia zamerali na vytvorenie efektívneho programu na kontrolu nozokomiálnych infekcií. Európske krajiny vytvorili medzinárodnú sieť HELICS (Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance), ktorej úlohou je zbierať, analyzovať a šíriť validné údaje o rizikách nozokomiálnych infekcií v európskych nemocniciach. Je potrebné, aby sa do tejto siete zapájalo čoraz viac zdravotníckych zariadení, a tak sme získali reprezentatívne údaje o situácii v Európe, ktoré budú slúžiť na zdokonalenie kontroly a prevencie nozokomiálnych infekcií.

Kľúčové slová: Nozokomiálne infekcie. Epidemiológia nozokomiálnych infekcií. Surveillance. HELICS.

Abstract

Healthcare associated infection (HCAI) affects an estimated one in ten hospital patients each year and lead to increased morbidity, mortality and the increased costs of health care. HCAI in a certain way, is a price we pay for advances in medical technology and treatment. Hence, it is essential to focus on developing an effective program to control nosocomial infections in the health care facilities. HELICS is an international network aiming at the collection, analysis and dissemination of valid data on the risks of nosocomial infections in European hospitals. To obtain representative data is necessary to involve more health care facilities in the HELICS. This will serve to improve the control and prevention of nosocomial infection.

Key words: Nosocomial infections, Epidemiology of nosocomial infections. Surveillance. HELICS.

Výskyt nozokomiálnych infekcií

Aj na začiatku 21. storočia napriek pokroku vo verejnom zdravotníctve, sú nozokomiálne nákazy (NN) sprievodným javom ústavnej zdravotnej starostlivosti. Zvyšujúci sa priemerný vek pacienta, vyšší počet invazívnych zákrokov, polytraumatických a kriticky chorých pacientov, zlepšené prežívanie nedonosených detí, pokroky v liečbe onkologických ochorení, transplantácií, zvýšené používanie diagnostických a terapeutických procedúr a iné

faktory charakteristické pre modernú medicínu vedú k zvýšenému počtu hospitalizovaných rizikových pacientov, u ktorých je pravdepodobnosť vzniku nozokomiálnych nákaz vyššia a jej prognóza je závažnejšia. Z hľadiska organizačných faktorov a faktorov ľudského správania je to napr. chýbajúci vstupný screening, príliš veľa lôžok na izbe, narastajúci počet prekladov pacientov, nedostatočný počet personálu, nízka úroveň dodržiavania hygieny rúk a iných hygienických postupov a opatrení, nevhodné používanie antibiotickej terapie (aj mimo zdravotníckeho zariadenia)(1).

Nozokomiálne infekcie sa vyskytujú celosvetovo od rozvinutých až po rozvojové krajiny. Patria do skupiny ochorení, ktoré najčastejšie spôsobujú smrť a tak zvyšujú mortalitu u hospitalizovaných pacientov. Sú významnou záťažou pre pacienta aj pre verejné zdravie. Prevalenčná štúdia NN v rôznych vyspelých európskych krajinách vykonaná v posledných rokoch ukázala, že v ktorýkoľvek daný deň je výskyt NN priemerne 7,1 %, od 3,5% - 10,5%. Najčastejšie išlo o infekcie močového traktu (27%), infekcie dolných dýchacích ciest vrátane pneumónií (24%), infekcie chirurgických rán (17%) a krvné infekcie (10,5%). Zvyšné infekcie predstavujú 19,3% zo všetkých NN a medzi ne hlavne patria gastrointestinálne infekcie (hlavne *C. difficile* infekcie), infekcie kože a mäkkých tkanív, infekcie centrálného nervového systému atď. (2) Podobné výsledky prináša aj prevalenčná štúdia pod záštitou WHO vykonaná v 55 nemocniciach v 14 krajinách v 4 WHO oblastiach (Európa, Východné stredomorie, Juho-východná Ázia a Západný Pacifik) ukázala, že 8,6% z hospitalizovaných pacientov malo nozokomiálnu infekciu. Celosvetovo trpí na komplikácie spôsobené NN približne 1,4 milióna pacientov. Najfrekvencovanejšie boli infekcie chirurgických rán, močového traktu, infekcie dolných dýchacích ciest (3). Viaceré štúdie tiež ukázali, že najväčšia prevalencia NN je na oddeleniach intenzívnej starostlivosti, na chirurgických a ortopedických oddeleniach. Vyšší výskyt je u pacientov so zvýšenou vnímavosťou.

Dopad nozokomiálnych infekcií

Nozokomiálne infekcie okrem infekčným komplikáciám a emocionálnemu stresu pacienta, môžu viesť k takému zdravotnému stavu, ktorý vedie k zhoršeniu kvality života pacienta. Tiež môžu spôsobiť úmrtie. Ani ekonomický dopad nie je zanedbateľný (4,5). Na zvýšení ekonomických nákladov má najväčší vplyv predĺžená hospitalizácia (6,7). Na lepšie porozumenie uvediem príklad zo štúdie, ktorá bola zameraná na predĺženú hospitalizáciu spôsobenú ranovou infekciou po chirurgickom zákroku. Štúdia ukázala, že celkové predĺženie hospitalizácie bolo 8,2 dní, od 3 dní po gynekologických zákrokoch, cez 9,9 dní vo všeobecnej chirurgii, až po 19,8 dní po ortopedických zákrokoch (8). Predĺžená hospitalizácia zvyšuje nielen priame náklady spojené z hospitalizáciou, ale aj nepriame náklady pre predĺženú práceneschopnosť pacienta. Na zvýšených nákladoch sa ďalej podieľa zvýšená spotreba liekov, potreba izolácie, potreba ďalších diagnostických postupov a laboratórnej diagnostiky.

Poznatky rôznych štúdií ukazujú, že je ekonomickejšie investovať do vytvorenia efektívneho tímu a systému na kontrolu NN a zaviesť opatrenia, ktoré by zabránili vzniku preventabilných NN. Neznížili by sa len ekonomické náklady, ale zvýšila by sa aj kvalita

poskytovanej zdravotníckej starostlivosti a zvýšila by sa bezpečnosť pacienta (2). Vzhľadom na uvedené skutočnosti je nevyhnutné v zdravotníckych zariadeniach zaviesť účinnú stratégiu prevencie a kontroly NN.

Nozokomiálne prostredie je špecifické a výrazne sa líši od prostredia mimo zdravotníckeho zariadenia. Odlišný preto musí byť aj prístup a chovanie zdravotníckych pracovníkov, dôrazom na hygienu rúk počínajúc a manipuláciou s biologickým materiálom a zdravotníckym odpadom končiac. Prevencie NN však môže byť efektívna len vtedy, keď sú na to vytvorené optimálne podmienky zo strany nadriadených a manažmentov nemocníc. Je ťažké dodržiavať preventívne opatrenia, keď nie je dostatok jednorazového zdravotníckeho materiálu, keď sa šetrí na dezinfekcii alebo na indikátoroch kvality sterilizačného procesu. Taký krátkozraký prístup sa nikomu nemôže vyplatiť, pretože je to snaha šetriť náklady na nesprávnom mieste. Aj keď zlepšenie a modernizácia prevencie NN v zdravotníckom zariadení vyžaduje väčšinou istú investíciu, výsledkom je mnohonásobne vyšší zisk v podobe ušetrených financií a predovšetkým ochrana zdravia a života pacientov. Pod tlakom okolností, ale aj z nedbanlivosti či ľahostajnosti v našej krajine ešte stále dochádza ku konaniu, ktoré je vo vyspelých krajinách, medzi ktoré sa považujeme aj my, nemysliteľné.

Surveillance nozokomiálnych infekcií

Prvým krokom k vytvoreniu surveillance NN je zvýšiť informovanosť o problematike NN a antibiotickej rezistencie prostredníctvom spoločenského povedomia a pre a postgraduálneho vzdelávania odborníkov. Kritickým krokom je tiež zmena v chovaní a organizačné zmeny. Je nevyhnutné podporovať výskum v epidemiológii NN, vrátane rezistencie pôvodcov. Tiež je potrebné sa zamerať na vytvorenie nákladovo efektívnych postupov prevencie a kontroly, vrátane vývoja diagnostických nástrojov na rýchlu detekciu kolonizácie, infekcie a ATB rezistencie. Netreba zabúdať ani na vytvorenie stratégií na zlepšenie nemocničnej hygieny a kontroly šírenia vysoko prenosných patogénov (1).

Prístup jednotlivých krajín k problematike NN a ich surveillance je rozličný. USA začali budovať systém surveillance NN v šesťdesiatych rokoch. Kontrola infekcií nemá v týchto krajinách represívny charakter a je dômyselne organizovaná vo vnútri nemocníc.

Vďaka efektívnosti surveillance v prevencii NN v USA a úspechu Národnej nozokomiálnej surveillance schéme centra pre kontrolu infekcií(CDC - Centres for Disease Control) začiatkom deväťdesiatych rokov začalo niekoľko európskych krajín zakladať národnú sieť na sledovanie NN. V roku 2000 sa začalo budovať Európske pracovisko pre NN – HELICS (Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance) program. Ide o medzinárodnú sieť, ktorej cieľom je zbierať, analyzovať a poskytovať validné údaje o NN v európskych nemocniciach. Je založená na spolupráci národných systémov surveillance krajín EÚ. Systémy, ktoré sú prijímané do HELICS-u môžu mať národný alebo regionálny charakter (2). Hlavné ciele HELICS-u sú:

1. vytvorenie veľkého súboru dát odzrkadľujúcich rozdiely v riziku aktivizácie NN v čase, v krajinách a v nemocniciach
2. tvorba smerníc pre aktívnu intervenciu

3. stimulácia nadnárodnej spolupráce
4. zvyšovanie kvality poskytovania zdravotníckej starostlivosti a bezpečnosti pacientov v európskych nemocniciach

Sú vypracované 3 štandardné protokoly s presným návodom na zber dát. Program sa zameriava na zber údajov o najzávažnejších NN a to údajov o infekciách chirurgických rán a o infekciách močového traktu, pneumóniách a infekciách krvného riečiska. Tieto typy infekcií predstavujú až 90 % všetkých klinicky významných bakteriálnych NN. Ďalším ťažiskom je harmonizácia prevalenčných štúdií. Protokoly, ktoré boli vypracované umožňujú variabilitu sledovania. Nemocnica, ktorá sa do projektu zapojí, nemusí sledovať infekcie po všetkých operáciách, môže si vybrať iba niektoré. Pri každej sledovanej operácii sa zisťujú dáta, ktoré môžeme rozdeliť do 3 častí:

- a) všeobecné dáta (pohlavie, vek, dátum prijatia do nemocnice, dátum operácie, dátum prepustenia, kód operácie)
- b) dáta súvisiace s operáciou (klasifikácia rany podľa CDC, dĺžka trvania operácie a či išlo o urgentnú alebo plánovanú operáciu, ASA skóre (stav pacienta, anesteziologická klasifikácia), peroperačná profylaxia antibiotikami, slúžiaca k určeniu rizikového indexu operácie a stratifikácie infekcie podľa úrovne rizika, aby sa mohli porovnávať skupiny pacientov)
- c) dáta súvisiace s vývinom infekcie operačnej rany, dátum vzniku infekcie, typ infekcie, vykultivovaný mikroorganizmus, jeho rezistencia.

1-krát do roka sa zbierajú informácie o počte hospitalizovaných pacientov, počte operácií a podobné dáta potrebné k výpočtu indexových čísel. Podobný protokol je vypracovaný aj pre sledovanie infekcií na jednotkách intenzívnej starostlivosti. Sledujú sa hlavne sepsy, pneumónie akvirované na JIS, katéetrové infekcie, infekcie močového traktu.

Na to, aby programy na kontrolu nozokomiálnych infekcií boli efektívne a boli dlhodobu udržateľné musia spĺňať 4 podmienky: Sú odporúčania hodnoverné biologicky? (dá sa s nimi pracovať?), Sú praktické? (môžeme si ich dovoliť?), Sú politicky akceptovateľné? (budú prijateľné pre administratívu?) a Bude ich personál dodržiavať? (môžu a budú?) (9).

Záver

Aj keď sme v posledných rokoch svedkami výrazného medicínskeho pokroku, výskyt nozokomiálnych nákaz sa udržuje približne na rovnakej úrovni. Ich sledovanie (surveillance) a hlásenie umožní včas odhaliť začínajúci alebo hroziaci problém, ktorý môže spôsobiť epidémiu, potrebu vynaloženia vysokých finančných nákladov a ohroziť pacientov. Tvrdenie, že nozokomiálne nákazy v danom zariadení neexistujú je často len výsledkom neinformovanosti alebo alibizmu. Ak budú oddelenia, kliniky a zdravotnícke zariadenia pristupovať k nozokomiálnym nákazám racionálne, môže sa im podariť zredukovať výskyt preventabilných (exogénnych) nozokomiálnych nákaz, z ktorých potenciálne vyplýva aj tresnoprávna zodpovednosť, na minimum a založiť na tom prestíž svojho pracoviska. Preto je tiež nevyhnutné, aby sa čoraz viac nemocníc zapájalo do programu HELICS a tak malo prístup k validným údajom.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. Hedlová, D., Jindrák, V. 2006 Koncept kontroly infekcií v európskych nemocniciach. In *Nozokomiálne nákazy*. Medistar, Vol.4, 2006, ISSN 1336-3859
2. ECDC Annual Epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008
3. WHO 2002 Prevention of hospital-acquired infections
4. Plowman R et al. The socio-economic burden of hospital-acquired infection. London, Public Health Laboratory Service and the London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999.
5. Wenzel RP. The economics of nosocomial infections. *J Hosp Infect* 1995, 31:79–87.
6. Pittet D, Taraara D, Wenzel RP. Nosocomial bloodstream infections in critically ill patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *JAMA*, 1994, 271:1598–1601.
7. Kirkland KB et al. The impact of surgical-site infections in the 1990's: attributable mortality, excess length of hospitalization and extra costs. *Infect Contr Hosp Epidemiol*, 1999, 20:725–730.
8. 11. Coella R et al. The cost of infection in surgical patients: a case study. *J Hosp Infect*, 1993, 25:239–250.
9. Weinstein RA. SHEA consensus panel report: a smooth takeoff. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998;19:91-3.

Kontakt na autorku:

RNDr. Soňa Hlinková, PhD.

Katedra verejného zdravotníctva FZ KU Ružomberok

hlinková@ku.sk

POSUDZOVANIE IMOBILNÉHO PACIENTA VYBRANÝMI ŠKÁLAMI

Novyzedláková Mária

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Súhrn

Príspevok je zameraný na posúdenie ošetrovateľských problémov vybranými škálami – Barthelov test ADL činností, riziko pádu, Nortonovej škála rizika vzniku dekubitov. Pacientov sme posudzovali pri prijíme a prepustení z oddelenia. Výsledkami nášho prieskumu sme zistili, že používanie škálovacích metód v ošetrovateľskej praxi je efektívnou cestou k identifikácii rizikových pacientov. Vymedzenie závažných kritérií požadovanej úrovne ošetrovateľskej starostlivosti umožňuje jej objektívne hodnotenie a predstavuje základný pilier odbornej zodpovednosti a autonómie ošetrovateľskej profesie.

Kľúčové slová: Imobilný pacient. Hodnotiace škály. Ošetrovateľská starostlivosť.

Imobilita je pretrvávajúca duševná alebo fyzická porucha činnosti, ktorá bráni človeku normálne vykonávať životné a pracovné aktivity. Je *primárna* ako dôsledok choroby alebo traumy (paralýza vyvolaná poškodením spinálnej miechy a pod.) a *sekundárna* - svalová slabosť a preležaniny, ktoré sa vyvíjajú ako následok poruchy zapríčiňujúcej primárnu neschopnosť (Kovaľ, 2001).

Upútanie na lôžko do horizontálnej polohy spolu s rizikami a komplikáciami z toho vyplývajúcimi nazývame imobilizačným syndrómom (Kovaľ, 2001).

Príčiny imobility

Muskuloskeletálne poruchy: *artrózy, artritídy, osteoporóza, fraktúry (obzvlášť krčku femuru), podiatrické problémy (bolestivé formy dny, otlakov, onychomykózy) a iné (napr. Pagetova choroba)*

Neurologické poruchy: *ikty, Parľansonova choroba, iné (cerebellárna dysfunkcia, neuropatia*

Kardiovaskulárne choroby: *kongestívne srdcové zlyhanie, ischemická choroba srdca so stabilnou angínou pectoris, periférne vaskulárne poruchy (stabilná klaudikácia)*

Pľúcne choroby: *chronická obštrukčná bronchopulmonálna choroba, zápal pľúc*

Senzorické faktory: *porucha videnia, strach (z nestability a z pádu)*

Environmentálne príčiny: *vnútená imobilita (pri hospitalizácii a pri inštitucionalizácii geronta), neadekvátna pomoc v mobilite (hyperprotektia)*

Iné: *strata kondície (prolongácia akútneho ochorenia, slabosť po akútnom ochorení), malnutrícia, malignita, bolesť,*

Depresia: nežiadúci efekt liekov (napr. antipsychotikmi indukovaná rigidita) (Kane, 1989).

Stupne imobility

Existujú rôzne stupne imobility. Testom pohyblivosti určujeme stupeň imobility.

1. stupeň – imobilita, pacient nie je schopný vykonávať nijaké aktivity (napr. pacient v bezvedomí),
2. stupeň - veľmi obmedzená mobilita - pacient s poruchou dýchania,
3. stupeň – mierne obmedzená mobilita – pacient so zlomeninou DK,
4. stupeň – plná mobilita (Repiská, 2007).

Komplikácie z imobility podľa P. Rousseauho

- *Kardiovaskulárne* (pokles objemu plazmy, ortostatická hypotenzia, pokles objemu plazmy, riziko trombembólie z lenivosti obehu a následnej flebotrombózy)
- *Respiračné* (sťažený kašeľ, riziko ašpirácie, pokles všetkých funkcií systému, pokles artériovej oxygenácie, riziko pneumónie z hypoventilácie)
- *Svalové* (slabosť, atrofia, kontraktúry)
- *Metabolické* (porucha glukózovej intolerancie, dehydratácia, pokles bazálneho metabolizmu, pokles hladiny cholesterolu v sére a pod.)
- *Urogenitálne* (retencia moča, tvorba kameňov močového mechúra, infekcie, inkontinencia)
- *Gastrointestinálne* (nechutenstvo, obstipácia, zhoršenie vyprázdňovania)
- *Psychologické poruchy* (senzorické - pokles zmyslov, depresia)
- *Kožné* (zvýšené riziko dekubitov)
- *Kostné* (dekalcinácia skeletu a následná osteoporóza, hyperkalcifikácia) (Kovaľ, 2001).

Prognóza imobilizačného syndrómu je závažná, viac ako 50 % geriatrických pacientov zomiera do 1 roka imobilizácie. Preto dôležitou zostáva prevencia v zmysle včasnej rehabilitácie a mobilizácie chorých, predchádzanie dehydratácii, bandážovanie, myostimulácia, podávanie antiagregačných prípravkov (heparinizácia) a pod.; neskôr nácvik chôdze (Kovaľ, 2001).

Pri posúdení mobility a imobility sestra hodnotí schopnosť pacienta vykonávať aktivity denného života (napr. stravovanie, obliekanie, hygiena, chôdza, udržiavanie moču a stolice, užívanie chodítka, vozíka, schopnosť presunu z postele do kresla, komunikácia). Sestra môže k tomu použiť niektoré bodovacie systémy. Je to napr. Barthelov test denných aktivít, hodnotenie stupňa telesnej výkonnosti podľa WHO a Karnofského (Křivohlavý, 2002).

Pri hodnotení schopnosti pohybu a jeho obmedzení sestra hodnotí stav vedomia a orientácie pacienta, čo mu prekáža pri pohybe, ako ochorenie ovplyvňuje jeho pohyblivosť, do akej miery potrebuje našu pomoc pri zmene polohy, aká je úroveň pohyblivosti kĺbov, či nie sú prítomné kontraktúry, deformity, aké ťažkosti má pri pohybe, či je pacient ochotný spolupracovať. Čím je pacient starší, tým viac vyniká uplatňovanie paternalistických tendencií u zdravotníckych pracovníkov. Starý pacient má právo rozhodnúť o svojom osude,

ale to neznamená, že ho máme nechať bez pomoci, ak túto pomoc potrebuje (Hudáková, 2009, s. 50-54).

V súvislosti s imobilitou pacienta je dôležité posúdenie komplikácií, ktoré môžu zhoršovať kvalitu života pacienta. Zameriavame sa na rizikové faktory vzniku dekubitov (Nortonova, Waterlowova, Torrance škála), ďalej hodnotíme stav výživy, hydratácie, prejavy dehydratácie, zmeny v dýchaní, pohyby hrudníka, prítomnosť hlienu v dýchacích cestách, kašeľ, vylučovanie moču a stolice a s tým súvisiace problémy, zmeny v pohybovom systéme, psychické zmeny, ako nepokoj, zmätenosť, dezorientácia a i. (Nemcová, www.explorer.szm.com).

Vymedzenie závažných kritérií požadovanej úrovne ošetrovateľskej starostlivosti umožňuje jej objektívne hodnotenie a predstavuje základný pilier odbornej zodpovednosti a autonómie ošetrovateľskej profesie. Štandardy preto musia byť uznané ako dohodnuté profesijné normy kvality a úrovne vykazovania práce, uznané a kontrolované, profesionálne, dynamické (funkčné) a musia byť hodnotené. Štandardizácia predstavuje oporný bod ošetrovateľského procesu, predovšetkým fázy posudzovania (štandard, dokumentácie, plánovania (štandard plánu starostlivosti), realizácie (štandard výkonu) Vytvorenie modelových, štandardných, formalizovaných plánov ošetrovateľskej starostlivosti môže zefektívniť plánovanie starostlivosti o pacientov s jednotlivými ošetrovateľskými resp. medicínskymi diagnózami (Gomolčáková a kol. 2003, s. 3).

Stanovenie prieskumného problému

Umožňujú škálovacie metódy rozpoznať riziko z inaktivity?

Ovplyvňujú výsledky hodnotiacich škál kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti?

Cieľ prieskumu

Vybranými hodnotiacimi škálami posúdiť zmeny v sebestačnosti a efektívnosť prevencie rizika dekubitov a pádu u imobilných pacientov

Metóda prieskumu

Na získanie údajov sme použili škálovacie formuláre. Barthelov index ADL na posúdenie úrovne sebestačnosti. Obsahuje 10 zatvorených položiek a prílišnú číselnú stupnicu pre daný stupeň samostatnosti. Celkové hodnotenie poskytuje informácie o funkčnom stave pacienta.

Skríningový test na určenie rizika pádu. Test obsahuje 6 položiek s číselnou stupnicou. Celkové skóre vyššie ako 3 identifikuje riziko pádu u pacienta a vykonanie preventívnych opatrení.

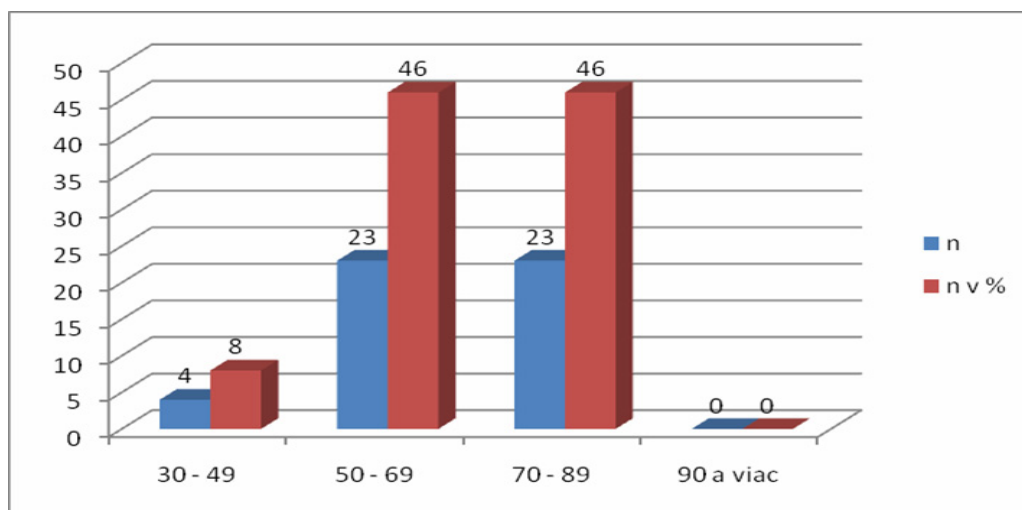
Nortonovej škála rizika dekubitov obsahuje 9 položiek a príslušnú numerickú stupnicu. Riziko vzniku dekubitov je u pacienta, ktorý dosiahol celkové skóre menej ako 25 bodov.

Prieskumný súbor

Prieskumnú súbor tvorilo 50 respondentov. Prieskum sme realizovali na OAIM v Nemocnici v Krompachoch október – december 2008. Výber respondentov bol zámerný. Základné

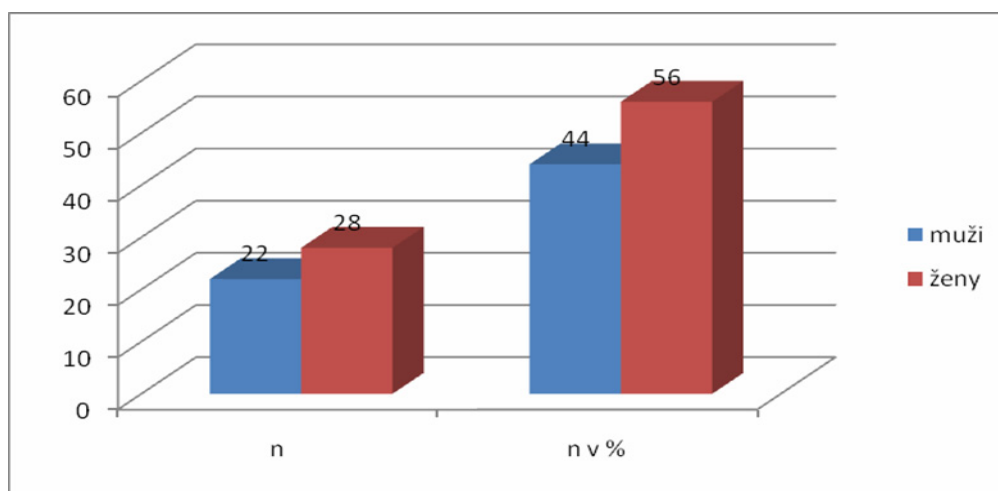
údaje charakterizujúce respondentov – vek, pohlavie, druh ochorenia. Uvedenými hodnotiacimi škálami sme posudzovali imobilných pacientov pri prijíme a prepustení. Chceli sme tak posúdiť efektívnosť ošetrovateľskej starostlivosti poskytnutú hospitalizovaným pacientom. Pripravené formuláre boli sme vložili do ošetrovateľskej dokumentácie, boli súčasťou posudzovacieho hárka pri prijíme a prepustení pacienta. Priemerná dĺžka hospitalizácie bola 15 dní.

Výsledky a diskusia



Graf 1 Vek pacientov

Prieskumu sa zúčastnilo 50 respondentov. Najväčšie zastúpenie mali pacienti vo vekovej skupine 50-69 rokov 70 – 89 rokov zhodne 46 %.



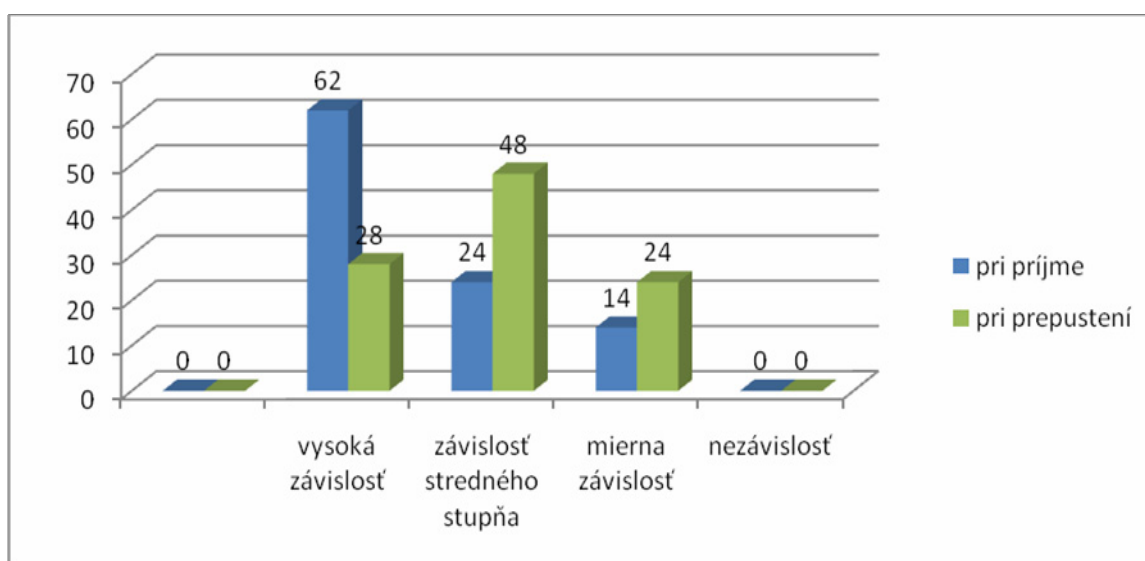
Graf 2 Pohlavie pacientov

V súbore bolo rovnomerné zastúpenie mužov 44 % a žien 46 %.

Tabuľka 1 Ochorenie pacientov

Druh ochorenia	n	n v %
och. neurologického systému	17	34
och. kardiovaskulárneho systému	5	10
och. pohybového systému	11	22
onkologické ochorenie	8	16
úrazy	9	18
spolu	50	100

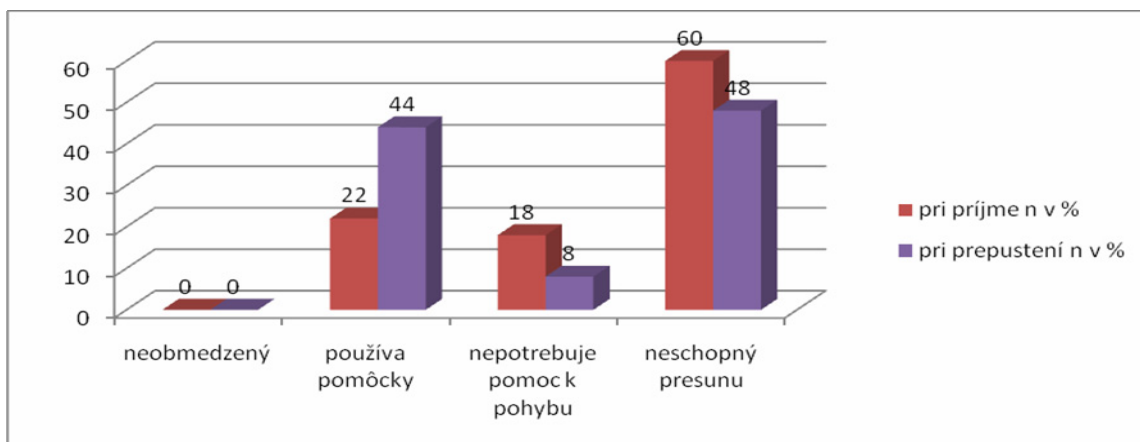
U pacientov dominovali ochorenia neurologického systému 34 %, pohybového systému 22%, úrazy 18 %.



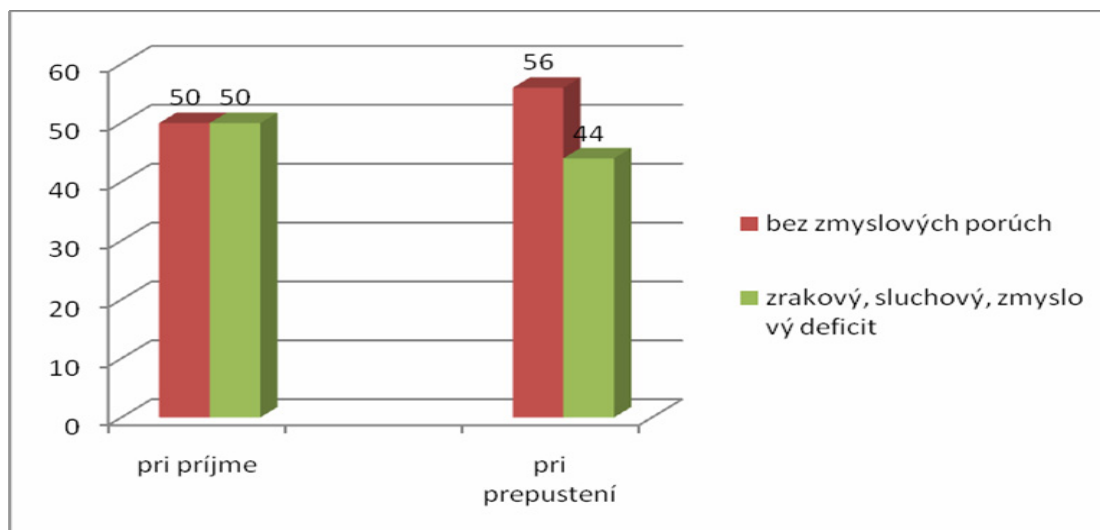
Graf 3 Výsledok Barthelovho testu ADL

Pri posudzovaní sebestačnosti pacientov podľa Barthelovho testu ADL sme zistili pri prijíme nesamostatnosť v oblastiach: stravovania 40 % potrebuje pomoc a 34 % nezvládne, pri obliekaní 54 % potrebuje pomoc a 32 % nezvládne ju vykonať, pri kúpaní potrebuje pomoc 74 % respondentov, inkontinenciou moču trpí 60 % posudzovaných, z toho 24 % sú občas inkontinentní a 16 % sú plne kontinentní, fekálnou inkontinenciou trpí 36 % respondentov, plne kontinentných je 52 % respondentov. 52 % nedokáže použiť WC, 46 % za pomoci, 2 % sú samostatní. Pri presune z postele do kresla potrebuje pomoc 24 %, vydrží sedieť 42 % a 34 % sú úplne ležiaci bez akéhokoľvek pohybu. Chôdzu po rovine s pomocou druhej osoby zvládne 18 %, na vozíku 46 %, 36 % pacientov je pripútaných na posteľ. Pri prepustení pacientov sme zistili zmenu funkčnej zdatnosti v oblasti osobnej hygieny – samostatnosť a lebo pomoc u 92 % respondentov, kontinencia moču 22 % inkontinentní a občas 46 %, kontinencia stolice – plne kontinentní 74 % a inkontinentní 4 %. Použitie WC nezvládne 30 % a 66 % s pomocou, presun z postele na stoličku nezvládne 18 %, chôdzu po rovine nezvládne 22 % respondentov. Pri celkovom vyhodnotení ADL testu došlo k zvýšeniu sebestačnosti pacientov ak pri prijíme bola vysoká závislosť u 62 % respondentov pri

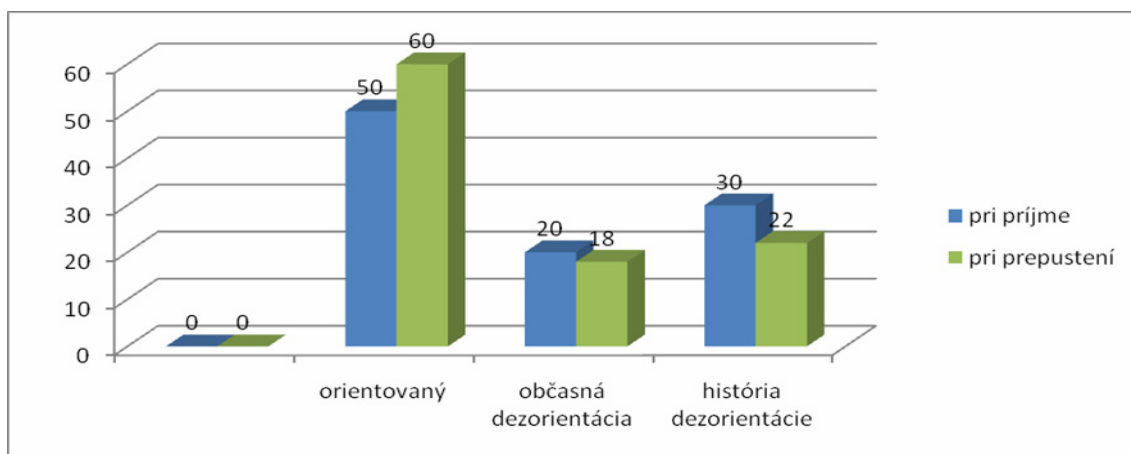
prepustení to boli len 28 %. Pri prepustení stúpla stredná závislosť pacientov 48 % a mierna závislosť u 24 % respondentov.



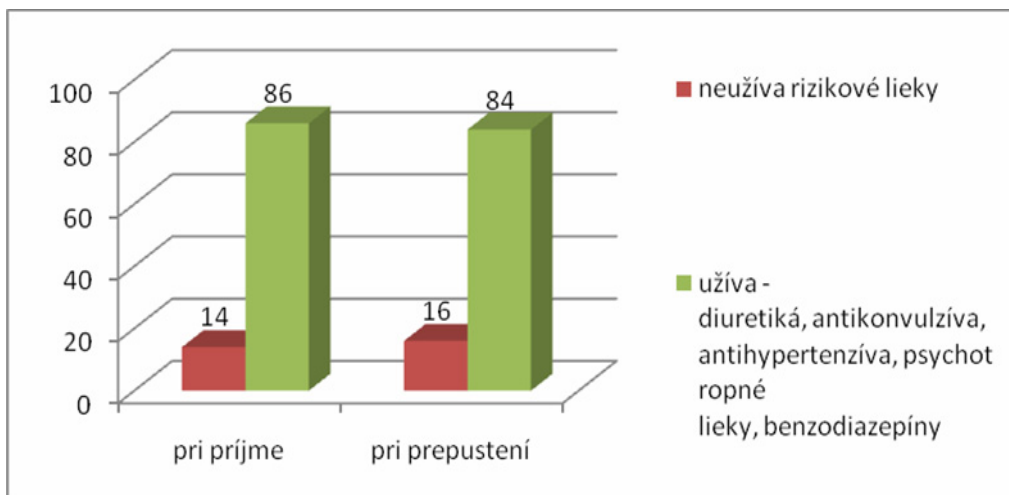
Graf 4 Schopnosť pohybu pacientov



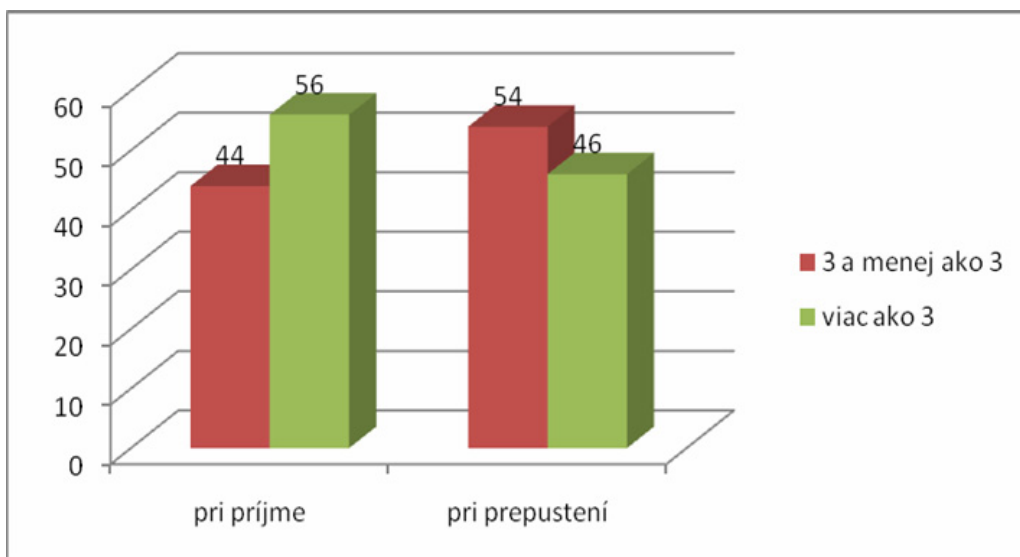
Graf 5 Prítomnosť zmyslových porúch



Graf 6 Mentálny stav pacientov



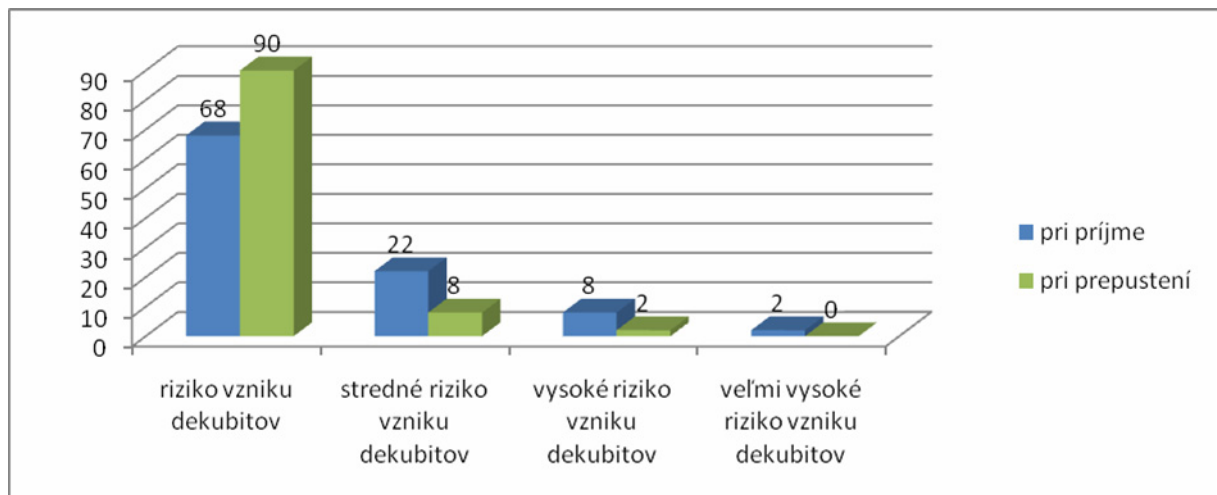
Graf 7 Užívanie medikamentov



Graf 8 Výsledok skríningového testu rizika pádu

Skríningový test rizika pádu hodnotí schopnosť pohybovať sa, vyprázdňovanie pacienta, užívanie medikamentov, zmyslové poruchy a mentálny stav pacienta. Analýzu hodnotenia zobrazujú grafy

Pri vyhodnotení celkového skóra rizika pádu sme zistili, že dané riziko pádu pretrváva aj pri prepustení pacientov. Súvisí to s celkovým stavom a liečbou pacienta. Ak porovnáme výsledok hodnotenia sebestačnosti a skríningového testu rizika pádu tak môžeme tvrdiť, že u pacientov s deficitom sebestačnosti sa zvyšuje riziko pádu. Pri prijme u 62 % vysoko závislých pacientov a 24 % stredne závislých je 56 % riziko pádu a pri prepustení u 28 % vysoko závislých pacientov 48 % stredne závislých je 46 % riziko pádu. Počas hospitalizácie nedošlo k pádu pacientov. Dané riziko vyžaduje preventívne opatrenia nielen počas hospitalizácie ale i v domácej starostlivosti.



Graf 9 Riziko vzniku dekubitov

Pri vyhodnotení Nortonovej stupnice pri prijme sme zistili, že všetci respondenti boli ohrození rizikom vzniku dekubitov. Nízke riziko dekubitov pri prijme bolo u 68 %, stredné riziko dekubitov u 22 %,

Vysoké riziko dekubitov u 8 % a veľmi vysoké malo 2 % respondentov. Rizikom dekubitov boli ohrození aj prepustení pacienti. Nízke riziko dekubitov bolo u 90 %, stredné riziko u 8 %, vysoké riziko u 2 %, veľmi vysoké riziko vzniku dekubitov sa u respondentov nevyskytlo. Pri prepustení pacientov sa zvýšil počet pacientov s nízkym rizikom dekubitov. Počas hospitalizácie sa dekubity u pacientov nevyskytli. Výskumné práce ukázali, že u pacientov so stredným rizikom, vysokým a veľmi vysokým vzniknú dekubity približne v 50 % prípadoch.

Výsledkami nášho prieskum sme zistili, že používanie škálovacích metód v ošetrovateľskej praxi je efektívnou cestou k identifikácii rizikových pacientov. Zavedené efektívne preventívne opatrenia na zamedzenie vzniku dekubitov a pádu viedli k redukcii a prevencii rizika dekubitov a pádu u pacientov pri prepustení. Identifikácia sebestačnosti pacientov v denných aktivitách pri prijme, umožnila naplánovať ošetrovateľské činnosti a aktivizovať pacientov k sebestačnosti.

Záver

Pri hodnotení kvality ošetrovateľskej starostlivosti môžu byť štandardné hodnotiace škály meracím nástrojom, ktorý identifikuje riziká a problémy pacientov a následne vypracované štandardné plány a postupy ošetrovateľskej starostlivosti umožňujú realizovať ošetrovateľské činnosti. Hodnotiace škály umožňujú porovnať efektívnosť opatrení a zmeny funkčného stavu a prípadného rizika u imobilných pacientov.

Zoznam bibliografických odkazov:

- HUDÁKOVÁ, Z. *Etické aspekty pri ošetrovaní geriatrického pacienta*. In Etické aspekty ošetrovateľskej péče v terii a praxi: Sborník z 1. konferencie k aplikovanej etice s mezinárodnou účasťou. Ed. Z. Dorková, A. Krátka, Zlín : Národné centrum ošetrovateľstva a nelékařských zdravotníckych odborov v Brne. 2009. 191 s. ISBN 978-80-7013-506-8. s. 50-54.
- KANE, R.X. a kol. *Essentials of clinical geriatrics*, McGraw-Hill, NY, 1989 s.217
- KOVAL', Š. *Základy gerontológie pre sociálnu prácu*. Trnava: FZ a SP TU, 2001, 117s. Dostupné na internete: www.kapitula.sk/files/usr010/geriatria_skripta.doc [citované 3.2.2010].
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. 190 s. ISBN 8 –247-0179 - 0.
- NEMCOVÁ, J. *Posudzovanie v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Dostupné na internete <http://www.explorer.szm.com/down/posudzovanie.doc> [citované 3.2.2010].
- REPISKÁ, Ľ. *Určenie štandardného postupu*. In *Sestra*, 2007, roč.III, č. 3 – 4, s. 21. ISSN 1335 – 9444.
- SMIKOVÁ, L. - NOVYSEDLÁKOVÁ, M. *Hodnotenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti u imobilného pacienta*. Diplomová práca. Prešov: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety n. o. Bratislava, 2009, 84 s.
- VÖRÖSOVÁ, G. - LÍŠKOVÁ, M. - POLEDNÍKOVÁ, Ľ. *Ošetrovateľský manažment, nástroje a techniky kvality*. In *Sestra*, 2004, roč. III, č. 6, s. 12 – 13. ISSN 1335 – 9444.

Kontakt

PhDr. Mária Novyzedláková
Katólicka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
M. Vesela 21
034 01 RUŽOMBEROK
E - mail: maria.novyzedlakova@ku.sk

„PRAXISANLEITUNG“ – PROFESIONÁLNE VEDENIE V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

Galková Michaela

St. Josef Krankenhaus, Viedeň, Novorodenecké a pôrodné oddelenie

Profesionálne vedenie v ošetrovateľskej praxi, v nemecky hovoriacich krajinách označované ako „Praxisanleitung“, je definované ako transfer teórie do ošetrovateľskej praxe. Zohráva významnú úlohu v poskytovaní kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti a pozitívne ovplyvňuje profesionálnu socializáciu sestier. Základnou črtou je praktické vyučovanie, sprostredkovanie skúseností a orientácia na ošetrovateľský problém. Cieľom však nie je len preniesť teoretické vedomosti do praxe, ale umožniť študentom ošetrovateľstva a sestram identifikovať sa s prácou a stať sa erudovanými špecialistami v odbore. „Praxisanleiterin“ nie je len „mentorka“ v ošetrovateľstve. Je to predovšetkým „súkromná učiteľka“, ktorá má dostatok odborných vedomostí, pedagogických schopností a emocionálnych zručností viesť a podporovať. Spojením teoretických poznatkov a praktických skúseností v ošetrovateľstve dokáže zodpovedne viesť a usmerňovať študentov/sestry v praxi. Profesionálne vedenie v ošetrovateľskej praxi je zamerané predovšetkým na vnímanie ošetrovateľskej starostlivosti ako komplexnej starostlivosti orientovanej na pacienta a zvládanie jednotlivých technických zručností.

Kľúčové slová: Praxisanleitung. Profesionálne vedenie. Ošetrovateľská prax. Mentorka v ošetrovateľstve. Ošetrovateľstvo.

Abstract

Professional management in a nursing practice in a German speaking countries, referred to as „Praxisanleitung“, is defined as a transfer of theory into the nursing practice. It plays a big role in providing of quality nursing care and affects professional socialization of nurses in the positive way. The basic line is a practice teaching, sharing of experience and orientation to a nursing problem. Transfer of the theoretical knowledge into the practice is not the only goal. Also allowing students of nursing and nurses to get know the job and become a learned specialist in the branch is the objective. „Praxisanleiterin“ is not only a „mentor“ in the nursing. First of all it is a „Coach“, with sufficiency of special knowledge, pedagogical abilities and emotional techniques how to lead and support.

By connecting the theoretical knowledge and practical experience in nursing it can responsibly lead and direct students/nurses in the work experience. Professional leadership in the nursing work is focused on taking the nursing care as a complex care aimed at patient and on handling individual technical abilities.

Keywords: Praxisanleitung. Professional management. Nursing practice. Mentor.

Úvod

V minulosti bolo vzdelávanie v ošetrovatel'stve charakterizované oddelením teórie od praxe. Praktické vyučovanie sa realizovalo pod dohľadom pedagógov ošetrovatel'stva a vychádzalo z posúdenia sestier z praxe. V niektorých prípadoch prevládalo vzájomné nepochopenie a nedorozumenie, čo viedlo k výraznejšiemu prehĺbeniu a zostreniu konfliktov medzi teóriou a praxou. Zmeny v ošetrovatel'stve výrazne ovplyvnili aj vzdelávanie. V súčasnosti sú požiadavky na štúdium ošetrovatel'stva rozsiahlejšie. Vyžadujú si komplexnejšie vnímanie skutočností, myslenie v súvislostiach, učenie zamerané na problém a reakcie primerané situácii.

Mentorstvo alebo „Praxisanleitung“ sa stáva v súčasnosti neoddeliteľnou súčasťou vzdelávania v ošetrovatel'stve a profesionálnej socializácie sestier. Zohráva významnú úlohu v poskytovaní kvalitnej ošetrovatel'skej starostlivosti. V nemecky hovoriacich krajinách výraz mentorstvo postupne nahradil pojem „Praxisanleitung“. Profesionálne vedenie študentov/sestier v ošetrovatel'stve v kontexte „Praxisanleitung“ presne zodpovedá novým potrebám v procese osvojovania vedomostí a je dôležitým impulzom pre teoretické vzdelávanie. Cieľom je vytvoriť v praxi pre študentov a sestry vhodné prostredie, prostredie v ktorom možno upevňovať a prehľbovať nadobudnuté teoretické vedomosti, učiť sa samostatnosti a ošetrovatel'skej starostlivosti zameranej na problémy pacienta.

Mamerow definuje profesionálne vedenie študentov ošetrovatel'stva ako vzájomný vzťah dvoch presne definovaných rolí – mentorky a študenta/sestry, pričom mentorka sa stáva istým pedagogicko – psychologickým modelom v mnohostranných medziľudských vzťahoch. Nepriamo ovplyvňuje vytváranie osobnosti študenta a pracovnú motiváciu v pozitívnom aj negatívnom zmysle (Mamerow, 2006).

Úlohou sestry – mentorky je viesť, podporovať a usmerňovať študentov pri získavaní odborných vedomostí a zručností v praxi. Je partnerkou v diskusiách, advokátkou pri problémoch v tíme a s pacientmi, pomáha v príprave na odbornú praktickú skúšku, pri spracovávaní a vytyčovaní ošetrovatel'ských úloh a po ukončení praktického vyučovania študentov/sestry hodnotí. Okrem odborných vedomostí má dostatočné psychologické, sociálne, pedagogicko - didaktické a osobnostné predpoklady. Schopnosti emocionálnej inteligencie – empatia, schopnosť viesť a dobré komunikačné vlastnosti – sa stávajú rozhodujúcim faktorom profesionálneho vedenia v ošetrovatel'skej starostlivosti.

Denzel uvádza tieto úlohy mentorky v ošetrovatel'stve:

- integrácia teoretických vedomostí do ošetrovatel'skej praxe
- podpora a pomoc pri vykonávaní ošetrovatel'skej praxe zameranej na pacienta
- individuálna podpora v praktickom vzdelávaní
- pôsobenie pri hodnotení študentov ošetrovatel'stva (Denzel, 2007)

Z hľadiska efektívneho vedenia v praktickom vyučovaní je nevyhnutné vlastniť istý vonkajší a vnútorný potenciál, ktorý nám umožní uvedomiť si zložitost' situácií a pomôže nám pri ich riešení:

- možnosť vzájomnej výmeny skúseností
- kooperácia v tíme
- spoluúčasť študenta/sestry na plánovaní praktického vzdelávania
- kontakt s miestom teoretického vzdelávania
- správny časový harmonogram
- sebareflexia
- odborné vedomosti

Mentorka v ošetrovatelstve sa stáva súčasťou viacerých systémov – pracovné prostredie, rodina, priatelia. Jej rola má niekoľko dimenzií a je definovaná požiadavkami najrozličnejších skupín:

- tím
- vedenie oddelenia
- osobnosť mentora
- študent ošetrovatelstva/sestra
- pacient a jeho rodinní príslušníci
- škola

Potenciálnym zdrojom problémov sa stávajú rámcové podmienky vonkajšieho prostredia vo vzťahu k jednotlivým dimenziám rolí (čas, zdravotnícke zariadenie, obsah vzdelávania, zákony)

Efektívnosť profesionálneho usmerňovania ovplyvňujú:

- študent a jeho očakávania (osobnosť, vek, praktické skúsenosti, schopnosť vidieť súvislosti, podpora zo strany školy)
- očakávania mentorky (psychická a fyzická záťaž, angažovanosť, záujem, otvorenosť, spoľahlivosť, spolupráca v tíme, pravosť, nefalšovanosť)
- vytvorenie kooperatívneho pracovného prostredia (všeobecná podpora tímu, zohľadnenie v harmonograme služieb, spolupráca v pracovnom procese, vytvorenie kooperatívneho pracovného prostredia)
- očakávania pacientov (povzbudenie, porozumenie, kontinuita starostlivosti, empatia, takt) (Denzel,2007)

Rovnováhu v procese usmerňovania možno dosiahnuť aj minimálnou zmenou v celom systéme:

- podiel tímu na vedení (ťažkosti, podpora, čas)
- podiel študentov ošetrovatelstva (otvorenosť, pevný plán pohovorov, podiel na rozhodovaniach tímu)
- podiel pacientov a ich rodinných príslušníkov na starostlivosti
- stanovenie vlastných priorít mentorky aj študenta

Z hľadiska profesionálneho vedenia v praktickom vyučovaní sa ako najvhodnejší ukazuje partnerský štýl. Vzájomná interakcia dáva priestor pre usmerňovanie

študenta/sestry, umožňuje mu stať sa členom tímu, poskytuje pomoc a podporu v rozhodovaní, prijíma jeho návrhy a pripomienky. Charakteristickou črtou je spoločné plánovanie a reflexia. Študent sa tak podieľa na plnení pracovných povinností tímu, stúpa jeho motivácia a pripravenosť učiť sa, kooperácia a zručnosti a pozná presnú líniu postupného vzdelávania v ošetrovatelstve. Mentorka považuje študenta za rovnocenného partnera a študent akceptuje mentora v jeho funkcii. V ošetrovateľskej praxi mu poskytuje dostatočné množstvo impulzov a jej pozitívne správanie sa následne prejaví v správaní študenta (akceptácia, dôvera, konštruktívna kritika, otvorenosť, angažovanosť vs. sebadôvera, motivácia, istota, kreativita). Negatívne správanie sa prejaví v tzv. „processe negácie“. Efektívna verbálna i neverbálna komunikácia vytvára pozitívne vzťahy a konštruktívnym riešením predchádza konfliktom.

Cieľovým aspektom profesionálneho vedenia v praktickom vyučovaní je podpora pri získavaní vedomostí a zručností v ošetrovateľskej starostlivosti:

- rozvoj porozumenia a pochopenie chorých ľudí v ich individuálnej situácii
- pripravenosť vnímať pacientov v ich životnej situácii
- citlivosť pre individuálne potreby jednotlivcov
- plánovanie a realizácia ošetrovateľskej starostlivosti formou ošetrovateľského procesu, kritické posúdenie vlastnej práce, schopnosť vidieť možnosti zlepšenia, konštruktívne prijímanie kritiky
- rozvíjanie odborných vedomostí a praktických skúseností.

Koncept praktického vyučovania, ako uvádza Mamerow, nám umožní vzájomné prenášanie impulzov z praxe do teórie a naopak:

- Dohodnutie podmienok ešte pred začiatkom praktického vyučovania slúži k vzájomnej lepšej orientácii a umožňuje čistý priebeh vyučovania (osobná situácia študenta, predchádzajúce vedomosti a praktické skúsenosti, trvanie praxe, termíny).
- Vstupný pohovor pred prvým nástupom na prax (ciele oddelenia, vedomosti a skúsenosti študenta, jeho očakávania, pracovná doba, metóda ošetrovateľskej starostlivosti, termíny pohovorov, stanovenie cieľov). Informačná mapa ošetrovacej jednotky, koncepcia starostlivosti.
- Stanovenie cieľov v učení, ktoré vyplývajú z curricula školy a z práce na oddelení
- Hodnotiaci pohovor v priebehu praxe umožňuje zhodnotiť pokroky študenta, posúdiť jeho angažovanosť a spoluprácu v tíme.
- Hodnotiaci pohovor ukončuje blok praxe a poskytuje náhľad do priebehu celého praktika, budúce perspektívy, bilancuje doterajšie praktické skúsenosti a ukazuje požiadavky na budúcu prax. Predstavuje spatnú väzbu o správaní študenta a jeho schopnosť uplatniť teoretické vedomosti v praxi. Sebareflexia a prítomnosť ďalšieho člena tímu zvýši objektivitu (Mamerow, 2006).

Záver

Profesionálne vedenie študentov/ sestier v ošetrovateľskej praxi je zamerané predovšetkým na vnímanie ošetrovateľskej starostlivosti ako komplexnej starostlivosti orientovanej na pacienta a zvládanie jednotlivých technických zručností.

Zoznam bibliografických odkazov:

Denzel, Sieglinde: Praxisanleitung für Pflegeberufe.2007.Stuttgart. str.117. ISBN 978-3-13-109823-8.

Mamerow, Ruth: Praxisanleitung in der Pflege. 2006.Heidelberg. str.245. ISBN-13 978-3-540-29469-6.

Hofmann, Renate: Handbuch Praxisanleitung. 2009.Wien. str.176. ISBN 978-3-902277-27-6.

Botíková, Andrea at all: Manuál pre mentorky v ošetrovateľstve. Trnava. 2009. str.178. ISBN 978-80-8082-253-8.

Rapolter, Doris: Praxisanleitung in der Pflege. [Online] Dostupné na <http://pflege.suite101.de>

Galková Michaela

Zbeziarska 251-52

914 42 Horné Srnie

galkova.michaela@gmail.com

SESTRA A JEJ PROFESIONÁLNA PRÍPRAVA

Hudáková Zuzana, Novyzedláková Mária

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Abstrakt

Na Slovensku nie je problémom samotná profesionalizácia sesterského povolania, ale úroveň, akú teraz dosahuje. Riešia sa otázky, či je adekvátne ošetrovaná úloha a postavenie sestry v legislatíve (v zákonoch, vyhláškach, smerniciach, nariadeniach), ale aj to, aké má sestra podmienky pre efektívny výkon svojich profesionálnych úloh, do akej miery pacienti rešpektujú jej odborné kompetencie, aké postoje má verejnosť k profesii sestry, akú má prestíž a mnoho ďalších otázok, na ktoré sa nedá v súčasnosti jednoznačne odpovedať, pretože zdravotníctvo prechádza stále procesom hlbokých zmien (Bártlová, 2005). Povolanie sestry bolo a stále je blízke vnímaniu tzv. „prirodzeného údelu ženy“, čo pre profesionálne ošetrovateľstvo predstavuje výhodnú cestu k osamostatneniu sa žien. Sestry sú odborným potenciálom, ktorý by mala adekvátne využívať každá spoločnosť. Investovanie do ošetrovateľstva znamená investovanie do zdravia. Sestry tvoria väčšinu zdravotníckych pracovníkov a môžu prispieť k pozitívnym zmenám v prospech zdravia. S tým úzko súvisí aj ich vzdelávanie. Koncom 20. storočia sa ošetrovateľské vzdelávanie presunulo na univerzity. Príprava sestier na Slovensku je trojročná, čo je v súlade so stratégiou Európskej únie (EÚ) a zohľadňuje celosvetový trend. Smernice EÚ pre vzdelávanie sestier zaraďujú povolanie sestier medzi regulované profesie s automatickým uznávaním v rámci EÚ a stanovujú požiadavky na minimálne štandardy základnej kvalifikácie.

Kľúčové slová: Sestra. Profesionálna príprava. Rola sestry. Vzdelávanie sestry.

Abstract

In Slovakia there is a problem in itself professionalization sister profession, but the level of what now stands. Address the question whether it is adequately treated with the role and status of nurses in the legislation (the laws, decrees, directives, regulations), but what my sister conditions for the effective discharge of their professional duties, the extent to which patients should respect the professional competence as attitudes to the public profession of nurse, what is the prestige and many other questions that are not currently clear answer, because health care is still undergoing a process of profound changes (Bártlová, 2005). Occupation sister was and still is so close to perception. "Natural fate of women, as for professional nursing is an advantageous way to self-employment for women. Nurses are professional strength, which would be appropriate to use each company. Investing in nursing means investing in health. Nurses make up the majority of health workers and can contribute to positive changes in health benefits. In the closely related and their education. Late 20th century nursing education moved to universities. Preparing nurses for three years as Slovakia, which is in line with the strategy of the European Union (EU) and takes into account the global trend. EU directives for nursing education included among the regulated

profession of nursing profession with automatic recognition within the EU and sets out requirements for minimum standards of basic skills.

Keywords: Nurse. Professional training. The role of nurses. Training nurses.

Vlastný text

Vývoj sesterskej profesie je potrebné poznať z dvoch aspektov. Prvý aspekt spočíva v tom, že nemocnice v dobe vzniku sesterskej profesie boli určené pre chudobu, zatiaľ čo majetné vrstvy dávali prednosť „trápeniu sa“ v rodine. To platilo do prvej svetovej vojny ale po druhej svetovej vojne sa nemocnice stali miestom najkvalifikovanejšej lekárskej pomoci. Druhým aspektom je, že novodobé nemocnice vznikali prevažne miestne a personálne z už existujúcich špitálov, a preto celkom prirodzene bolo na ne prenášané charitatívne hľadisko. Vznikajúca profesia civilných sestier bola akýmsi kompromisom dvoch časovo po sebe nasledujúcich subkultúr: nábožensko-charitatívnej a medicínsko-racionálnej. To ovplyvnilo sesterskú profesiu na dlhú dobu (Bártlová, 2005, str. 127).

Ďalší vývoj sesterskej profesie ovplyvnila i samotná medicína, ktorá sa sústreďovala na jednotlivé orgány a funkcie a chorý bol viac-menej pasívnym objektom starostlivosti zdravotníkov. Aj obsah výučby na školách sa stále viac zameriaval na nácvik ošetrovateľských techník než na starostlivosť o človeka ako bio-psycho-sociálnu bytosť. Rozvoj medicínskych vied a technických prostriedkov v nemocniciach si vynútili vznik nových špecializácií u sestier. Poskytovanie základnej starostlivosti pacientom zostáva aj naďalej hlavnou funkciou ošetrovateľstva. Vznikli však a stále sa rozširujú nové kompetencie, ktoré vychádzajú z orientácie profesijnej činnosti sestier na celok ľudského zdravia (Bártlová, 2005, str. 129).

Zmeny v profesii sestry boli predmetom I. Európskej konferencie o ošetrovateľstve, ktorá sa konala vo Viedni v roku 1988 pod záštitou Svetovej zdravotníckej organizácie. V deklarácii z konferencie sa uvádza, že nová rola sestry spočíva v tom, že má pôsobiť ako partnerka pri rozhodovaní a plánovaní riadenia miestnych, regionálnych a národných služieb, podporovať jednotlivcov, rodiny a komunity, aby sa viac spoliehali na vlastné sily v starostlivosti o svoje zdravie. Tým je zdôraznená inovácia ošetrovateľstva s väčším zameraním na zdravie než na chorobu, ktorá ovplyvnila aj priority sestier. Medzi priority sestier v súčasnosti patrí:

- profesionálny image,
- edukácia,
- kontrola ošetrovateľskej praxe,
- podpora profesionalizácie,
- certifikácia špecializácie v klinickej praxi,
- výskum,
- management (Škrlovi, 2003, str. 335).

Sestry plnia predovšetkým tieto základné funkcie:

- riadenie a poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti – podpornej, preventívnej, liečebnej, rehabilitačnej, pomocnej jedincovi, rodinám a skupinám. Tá je najúčinnnejšia, keď sa uskutočňuje v sérii logických krokov ako ošetrovateľský proces,
- edukácia jedinca, rodín a skupín,
- aktívne a účinné začlenenie sa do zdravotníckeho tímu,
- rozvíjanie ošetrovateľskej teórie a praxe, kritického myslenia a výskumu (Farkašová, 2004, str. 70-71).

Sestry sú často nespokojné s nižším rešpektom zo strany lekárov, ktorí ich vnímajú ako im podriadené sily rešpektujúce ich príkazy a ordinácie. V súčasnosti sa však vytvárajú priaznivé celospoločenské podmienky pre nezávislú činnosť sestry, preto by sa staré lekársko-sesterské vzťahové stereotypy mali zrušiť. V profesijnej väzbe sestra – lekár existujú nasledujúce typy interakcií:

- **bezproblémové podriadenie sa** – ide o tradičnú interakciu, sestra o ničom nerozhoduje, k ničomu sa nevyjadruje, vykazuje absolútnu poslušnosť,
- **neformálne skryté rozhodovanie** – sestra rešpektuje lekárov, snaží sa nepriamo ovplyvniť rozhodovací proces,
- **neformálne neskrývané rozhodovanie** – sestra ponúka svoje skúsenosti a názory a otvorene s lekárom komunikuje,
- **formálne neskrývané rozhodovanie** – sestra využíva ošetrovateľský proces pri rozhodovaní o liečbe pacienta (Bártlová, 2005, str. 148).

Rola je očakávané správanie jedinca, ktoré súvisí s jeho určitým postavením v spoločnosti. Profesiová rola predstavuje správanie určené požiadavkami určitej profesie. Rola sa vzťahuje aj k prežívaniu jedinca, s ktorým sú spojené emócie a postoje, k vlastnostiam osobnosti a hodnotovému systému (Farkašová, 2001). Profesia sestry zahŕňa správanie, ktoré predpokladá spoločenský status povolania. Od sestier sa vyžadujú nové vedomosti a širšie spektrum poznatkov vo vzťahu k problémom, ktoré sprevádzajú chorobu a zdravie človeka, ako v minulosti. Povolanie sestry tvorí celý systém horizontálne i vertikálne prepojených spoločenských rolí.

V súčasnosti plní sestra najčastejšie tieto roly:

- sestra – poskytovateľka ošetrovateľskej starostlivosti,
- sestra – manažérka,
- sestra – edukátorka,
- sestra – advokátka,
- sestra – nositeľka zmien,
- sestra – výskumníčka
- sestra – mentorka (Farkašová, 2005, str.188).

Transformácia povolania. Vplyvy životných a pracovných podmienok sa vzájomne prelínajú. V pracovnom prostredí pôsobia na človeka okrem iných faktorov aj:

- **psychologické faktory** – patrí tu statické a dynamické zaťaženie, neuropsychické zaťaženie, senzorické zaťaženie, jednostranné nadmerné dlhodobé zaťaženie, farebná úprava prostredia, usporiadanie pracovného miesta a organizácia práce a odpočinku,
- **psychosociálne a ekonomické faktory** – sú medziľudské vzťahy a riadenie práce.

V dôsledku nedostatočného personálneho obsadenia, pracovného preťaženia s nutnosťou nadčasov, nejasných úloh odvádzajúcich od priamej starostlivosti o pacienta, často dochádza u sestier ku značnému stresu. Po určitej dobe i ku vzniku syndrómu vyhorenia, ako aj konfliktom a frustrácií. Závažné dôsledky potom ovplyvňujú pracovnú výkonnosť, kvalitu práce, fluktuáciu a lojalitu sestier ku zdravotníckemu zariadeniu. Sestra, ktorá nie je spokojná so svojim pracovným prostredím, nebude sa angažovať v oblasti kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti (Bártlová, 2005).

Pohyb nastáva aj v niektorých oblastiach ošetrovateľstva a od sestier sa očakáva, že budú schopné na tieto zmeny reagovať:

- dôraz na prevenciu a udržiavanie zdravia,
- demografické zmeny (proporcionálny nárast starých ľudí, čím pribudne viac chronicky chorých a odkázaných na pomoc v rôznom rozsahu),
- zvyšovanie zdravotného uvedomenia u obyvateľstva, a tým aj zvyšovanie nárokov na kvalitu poskytovaných služieb v zdravotníctve,
- rozvoj informačných a komunikačných technológií,
- globalizácia a nárast kultúrnej diverzity,
- vzťah zdravia a životného prostredia,
- spôsob poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa najnovších výsledkov výskumov.

Obdobie zmien je nielen ťažkou skúškou pre sesterskú profesiu, ale ponúka jej možnosť rozvoja. Univerzitné vzdelávanie v ošetrovateľstve nemá ani storočnú tradíciu a vzdelávanie sestier v 21. storočí bude mať prívlastky „éra vzájomného porozumenia a dôvery“, „éra technologických poznání a zručností“, „éra virtuálneho kontaktu“. Model vzdelávania musí byť zameraný na rozvoj kognitívnych, motorických i psychosociálnych zručností, musí sestry viesť ku kritickému mysleniu, schopnosti samostatne sa rozhodovať, umožniť im celoživotné vzdelávanie, efektívne a aktívne sa podieľať na tímovej spolupráci a musia byť kompetentné pri využívaní nových informačných technológií (Zamboriová a kol., 2004, str. 79-80).

Súčasťou vzdelávania sestier sa stávajú sociologické teórie, ktoré sú dôležitým článkom nielen odborného profilu sestry, ale i teóriou, pomocou ktorej sa skúmajú pracovné podmienky sestier, napätie a konflikty medzi sestrami a pacientom, sestrami a lekárom a medzi ostatným zdravotníckym personálom (Bártlová, 2005, str. 134).

Profesionálna príprava sestry

Koncom 20. storočia sa ošetrovateľské vzdelávanie presunulo na univerzity. Príprava sestier na Slovensku je trojročná, čo je v súlade so stratégiou Európskej únie (EÚ) a zohľadňuje celosvetový trend. Smernice EÚ pre vzdelávanie sestier zaraďujú povolanie sestier medzi regulované profesie s automatickým uznávaním v rámci EÚ a stanovujú požiadavky na minimálne štandardy základnej kvalifikácie (t.j. 3-ročné denné štúdium, 4 600 hodín, z toho

najmenej polovica praktickej výučby), podmienky prijatia na štúdium (vek 18 rokov, maturitná skúška), rámcový vzdelávací program, personálne a materiálne podmienky vzdelávania (Farkašová a kol., 2001, str. 31).

Povinnosťou sestier ustanovenou zákonom je sústavne sa vzdelávať. Preto si sestry musia zvyšovať alebo prehľbovať odbornú spôsobilosť, priebežne ju obnovovať tak, aby počas výkonu povolania udržiavali krok s rozvojom praxe a vedy v príslušnom odbore. Ďalšie vzdelávanie v rámci celoživotného vzdelávania garantuje Ministerstvo zdravotníctva (MZ) Slovenskej republiky (Slezáková, 2008, str. 14).

Jednotkou hodnotenia sústavného vzdelávania je kredit. Sestra počas výkonu povolania v pravidelných 5-ročných cykloch odo dňa registrácie musí nazbierať 100 kreditov:

- 50 kreditov získava, ak za posledných päť rokov aspoň štyri roky vykonávala povolanie sestry,
- a 50 kreditov získava za priebežné obnovovanie a udržiavanie odbornej spôsobilosti na výkon odborných, špecializovaných a certifikovaných pracovných činností.

Vyhláška MZ SR č. 366/2005 Z. z. o kritériách a o spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov (doplnená vyhláškou č. 114/2007) uvádza priznávanie kreditov za merateľnú zložku vzdelávania, t.j. počet kreditov za aktívnu a pasívnu účasť na vzdelávacej aktivite vzhľadom na jej trvanie (Slezáková, 2006, str. 9).

Sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov hodnotí príslušná komora, v ktorej je zdravotník registrovaný. Zhodnocovacie obdobie začína dňom registrácie podľa zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Odborná spôsobilosť pri výkone zdravotníckeho povolania je upravená Nariadením vlády (NV) SR č. 742/2004 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania v znení NV SR č. 324/2006 Z. z., kde je uvedené, že sestra spĺňa odbornú spôsobilosť získaním vysokoškolského vzdelania I. stupňa v bakalárskom študijnom programe alebo vyššieho odborného vzdelania, a taktiež získaním vysokoškolského vzdelania II. stupňa v magisterskom programe ošetrovateľstvo pre kategóriu sestra (Nemec, 2007, str. 43).

Ďalšie vzdelávanie sestier je podľa § 39 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene niektorých zákonov v znení neskorších predpisov odborne a metodicky riadené MZ, ktoré vydáva všeobecné právne predpisy. Sestry môžu v rámci ďalšieho vzdelávania získať odbornú spôsobilosť v **špecializačnom štúdiu** na výkon špecializovaných pracovných činností a v **certifikačnej príprave** na výkon certifikovaných pracovných činností (Slezáková, 2008, str. 14).

Sociálna opora sestry. Veľký význam z hľadiska zdravia a choroby má sociálne zázemie, ktoré integruje oporu, podporu a pomoc, akú človek nachádza vo svojom sociálnom prostredí v rozličných fázach života. Významnou funkciou sociálneho zázemia je, že človeku poskytuje pocit, že v záťažových situáciách neostáva osamotený, ale je predmetom záujmu, podpory a pozitívnych emočných vzťahov zo strany ľudí, s ktorými je úzko spätý. Ak je vystavený rozličným záťažiam, plní sociálne zázemie funkciu akéhosi tlmiča a poskytuje človeku

emočné, materiálne, informačné a ďalšie zdroje na zvládnutie a prekonanie záťažových situácií. Inou funkciou sociálneho zázemia je, že prispieva celkovo k životnej pohode a spokojnosti človeka (Ághová, 1993, str. 51).

Z časového hľadiska funguje sociálna opora v dvoch líniách. V prvej línii ide o priamu podporu klienta, v druhej línii o posilnenie schopnosti zvládať záťažové situácie v budúcnosti. **Sestra a spoločnosť.** Sociológia vo vzťahu k profesii vymedzuje sociálnu rolu, ktorú vysvetľuje v súvislosti s termínom **sociálny status**, tzv. pozícia. Každá profesia zaujíma určitú pozíciu, t. j. miesto v spoločnosti a v sociálnom systéme, v ktorom pôsobí. Ide o **prestíž povolania** – jeho osožnosť pre spoločnosť. Povolanie sestry sa spoločensky akceptuje a hodnotí relatívne vysoko ako súčasť zdravotnej starostlivosti. V rámci 70 povolaní sa umiestňuje na 7. – 10. mieste, čo naznačuje jeho významnú pozíciu a prestíž (Farkašová, 2001, s.130).

Snaha o profesionalizáciu ošetrovateľstva je vo vyspelých priemyselných štátoch považovaná za prirodzenú a legitímnu. No niektorí sociálni kritici sa znepokojujú nad príliš veľkým dôrazom, ktorý sa kladie na formálnu akreditáciu (certifikáciu) školskými diplomami. Táto snaha je vedená predovšetkým túžbou po prestíži, čo s profesionalizáciou úzko súvisí, ale i nádejou na väčšiu stálosť pracovných miest, na možnosti pravidelného postupu a zlepšenie finančného ohodnotenia kvalifikovaných činností. Aj autor Freidson (1988), vidí problém ošetrovateľstva v tom, že začalo príliš viditeľne organizovať svoje vzdelávanie so zámerom získania vyššieho postavenia v spoločnosti. Isté je, že ako povolanie ošetrovateľstvo svoj status zvýšilo a ďalej v tom pokračuje (Bártlová, 2005, s. 133).

Profesiu sestry ovplyvňuje aj **image**, t.j. komplex názorov, pocitov a postojov spoločnosti a jednotlivca k jej profesii. Sestry nemajú iba jeden imidž, pretože sa nachádzajú na rôznych pracoviskách a v rôznych rolách a v týchto rolách sú aj rôzne vnímané. Image sa mení s časom a v každej kultúre je vnímaný inak. Stále existujú dva ťažko zlučiteľné obrazy sestry. Na jednej strane je to predstava obetavej ženy obdarovanej súcitom, neobyčajnou schopnosťou vypestovať si dôveryhodný vzťah – predstava niekoho, kto dáva sám seba. Na druhej strane je to image vzdelanej profesionálky, ktorá sa pri rozhodovaní neriadi emóciami, ale rozumom a dá sa na ňu v jej špecializácii vždy spoľahnúť. Pravdepodobne väčšina sestier sa pohybuje niekde medzi týmito dvoma pólmi. U nás dodnes v médiách prežíva image romantickej, senzualnej ženy, no zároveň sa ťažko zbavujeme predstavy „dievčaťa pre všetko“, ktoré nielen slúži pacientom, ale hlavne bez reptania a bez možnosti rozhodovať svedomito plní príkazy nadriadených (Škrlovi, 2003, s.335).

Medzi faktory, ktoré priamo alebo nepriamo ovplyvňujú image sestier patrí:

- neverbálna a verbálna komunikácia,
- prístup k pacientovi,
- spôsob, akým počúva a vníma pacienta,
- vlastné rekcie,
- získanie vyššej odbornosti,

vlastné zviditeľňovanie spojené so sebadôverou (Škrlovi, 2003, s. 337).

Záver

Sesterské povolanie sa spoločensky hodnotí relatívne vysoko, ale celkový obraz povolania je skôr negatívny. Záujem mladej generácie vykonávať ho klesá, aj keď toto povolanie má významnú pozíciu z hľadiska jeho prospešnosti. Vzhľadom na súčasný reformný stav v zdravotníctve, ktorý charakterizujú obmedzené ekonomické zdroje, nevyhovujúci mzdový systém a nedostatok sestier, je nevyhnutné hľadať vhodné metódy a spôsoby motivácie a tým zabezpečovať kvalitu poskytovanej starostlivosti.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. ÁGHOVÁ, Ľ., a kol. 1993. *Hygiena*. Martin: Osveta, 1993. 267s. ISBN 80-217-0515-9.
2. BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., prepracované a doplnené vydanie. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. FARKAŠOVÁ, D., a kol. 2001. *Ošetrovateľstvo - teória*. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
4. FARKAŠOVÁ, D. 2004. Východiská zvyšovania kvality a efektivity ošetrovateľskej starostlivosti. In.: *Ošetrovateľský obzor*. Odborný časopis ministerstva zdravotníctva SR a Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave. Ročník I. Č. 3-4/2004. ISSN 1336-5606.
5. FARKAŠOVÁ, D., a kol. 2005. *Ošetrovateľstvo - teória*. Martin: Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80-8063-182-4.
6. SLEZÁKOVÁ, Z. 2006. Otázniky okolo vzdelávania. In: *Sestra*. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia, s. r. o., 2006. Číslo 1-2, s. 9. ISSN 1335-9444.
7. SLEZÁKOVÁ, Z. 2008. Súčasné možnosti ďalšieho vzdelávania. In: *Sestra a lekár v praxi*. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia, s. r. o., 2008. Číslo 1-2, s. 14. ISSN 1335-9444.
8. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovateľský management*. 1. vydanie. Praha: Advent- Orion s.r.o. 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
9. ZAMBORIOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V., KOMOVÁ, M. 2004. Transformácia ošetrovateľského vzdelávania prostredníctvom problémového vyučovania. In.: *Ošetrovateľský obzor*. Odborný časopis ministerstva zdravotníctva SR a Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave. Ročník I. Č. 3-4/2004. ISSN 1336-5606.

Kontaktná adresa:

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

EFEKTÍVNOSŤ KOMUNIKÁCIE PRI OŠETROVANÍ SENIORA

Kopáčiková Mária¹, Stančiak Jaroslav¹, Novotný Jozef²

¹Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok, SR

²Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, ČR

SÚHRN

Zisťovali sme a porovnávali sme úroveň komunikácie a jej efektívnosť medzi sestrou a pacientom – seniorom a využívanie komunikačných zručností v práci sestry.

Výskumnú vzorku tvorilo 96 respondentov, vybraných náhodným výberom. Použili sme dotazníkovú metódu a metódu rozhovoru. Výsledky sme spracovali štatisticky.

Zistili sme, že úroveň komunikácie a jej efektívnosť medzi sestrou a seniorom je dobrá. V niektorých oblastiach sme zistili určité nedostatky.

Navrhujeme zvyšovať úroveň komunikácie medzi sestrou a seniorom kontinuálnym vzdelávaním sestier v oblasti komunikácie. Motivovať sestry k zlepšeniu komunikácie so seniorom vytvorením vhodných pracovných podmienok.

Kľúčové slová: Starnutie a staroba. Senior. Komunikácia. Efektivita komunikácie.

ÚVOD

Komunikácia.....človeku taká vlastná. Hovorí sa a naozaj je to tak, že bez nej by nemohla existovať spoločnosť. Ako spôsob vzájomnej medziľudskej interakcie má nezastupiteľnú účasť aj v procese ošetrovateľskej starostlivosti. V súčasnej dobe sa kladie čoraz väčší význam aj na ciele zameranie sa na pacientove potreby, prežívanie a správanie sa. Nakoľko sa jedná o problematiku veľmi aktuálnu, poznanie pacientovej osobnosti umožňuje zdravotníckym pracovníkom komplexne spoznať postoje pacienta k jeho ochoreniu.

Ľudia staršieho veku (seniori) sú špecifickou skupinou pacientov, ktorá si vyžaduje od zdravotníckych pracovníkov zvláštny prístup v komunikácii. Prijatie do nemocnice a pobyt v nej je pre pacienta staršieho veku psychotraumatickou udalosťou. Pre seniora, navyknutého na určité stereotypy je hospitalizácia hlbokým zásahom do jeho života. Môže mať dokonca aj tragické následky, náhlu smrť.

STARNUTIE A STAROBA

Starnutie je prirodzenou etapou života. Starneme všetci, či chceme alebo nie a staroba, tak ako iný vek má aj svoje problémy. Ľudský organizmus v každej fáze svojho života vykazuje určité vlastnosti, charakteristické pre danú vekovú kategóriu. Po dosiahnutí vrcholu zrelosti začína postupne funkčná schopnosť organizmu klesať a sily začnú ubúdať. Najvýraznejšie sa to prejavuje starnutím tkanív, tieto sa buď vôbec nenahrádzajú, alebo sa nahrádzajú menejcennými tkanivami. Ide o dlhodobý proces, ktorý sa označuje ako starnutie a ktorý vykazuje veľké interindividuálne rozdiely (Krčméry, 2004, s. 135).

Je pravdepodobné, že starnutie je komplexný dej, na ktorom sa uplatňujú faktory genetické, metabolické aj exogénne.

Staroba je konečnou etapou procesu starnutia, kým **starnutie** je proces prebiehajúci v oblasti biologicko-fyziologickej, psychickej a sociálnej. Podľa toho môžeme starnutie rozdeliť na:

- biologické - v dôsledku involúcie štruktúr a funkcií orgánov, zhoršenia perfúzie, zhoršenia adaptačných a regulačných funkcií, poklesu imunity, zníženého zmyslového vnímania.
- psychické - dochádza v organizme k poklesu viacerých psychických funkcií. Psychika starého človeka však závisí od viacerých faktorov. V prvom rade je to somatický stav a stupeň pokročilosti aterosklerotických zmien. Významne ju ovplyvňuje aj prostredie, v ktorom jedinec žije, sociálny stav a spoločenské väzby.
- sociálne - prebieha pod obrazom adaptácie na odchod do dôchodku, na zmenu sociálneho postavenia, zmenu životného programu a akceptácie sociálnych dôsledkov poruchy zdravia (Hegyí, 2006, s.25).

Arbitrálna klasifikácia SZO rozoznáva na základe kalendárneho veku nasledovné skupiny:

- 45 – 59 rokov: stredný vek,
- od 60 – 65 do 74 rokov: starší (vyšší) vek, presénium
- od 75 do 89 rokov: starecký (vysoký) vek, sénium,
- 90 rokov a viac: dlhovekosť (Krčméry, 2004, s. 135)

Komunikácia pri ošetrovaní chorých

Rozhodujúcou súčasťou práce sestry, zdravotníckych pracovníkov je komunikačná činnosť. Základom jej cieľavedomej práce je vhodné dorozumenie sa s pacientom. V ošetrovateľskej praxi patria tri druhy komunikácie: sociálna, štrukturovaná a terapeutická. Sociálna komunikácia je naplánovaná, často sa odohráva pri neformálnych stretnutiach a spravidla prebieha v ležérnom tempe. Uspokojuje obe zúčastnené strany. Štruktúrovaná komunikácia má určitú naplánovanú náplň. Terapeutická (liečebná) komunikácia sa využíva pri rozličných okolnostiach, pri upokojovaní úzkostného pacienta pred zákrokom, pri pomáhaní chorému s rakovinou vyrovnáť sa so svojou diagnózou. Komunikácia má verbálnu a neverbálnu stránku, ktorá sa musí vhodne spájať.

Verbálnu komunikáciu si ľudia uvedomujú, pretože vyberajú slová, ktoré používajú na sprostredkovanie správ a môžu použiť množstvo slov. Slovmi možno vyjadriť širokú paletu emócií. Intonácia hlasu môže vyjadrovať oduševnenie, nadšenie, smútok, znepokojenie, ale i zlosť a pobavenie.

Neverbálnu komunikáciu môžeme nazvať rečou tela. Patria sem gestá, mimika, pohyby tela a fyzický vzhľad, vrátane úpravy zovňajšku. Neverbálna komunikácia buď potvrdzuje verbálny prejav, alebo mu protirečí. Pozorovatelia si nemusia byť vždy istí správnou interpretáciou neverbálne vyjadrených emócií, pretože ten istý efekt možno vyjadriť viacerými spôsobmi. Neverbálne prejavy sestry sú pod ustavičným pátravým pohľadom

pacienta. Preto je nevyhnutné, aby si uvedomovali svoje počínanie a naučili sa sprostredkovať pacientovi svoje porozumenie, ohľad a akceptovanie.

Z hľadiska situácie sa pacient a sestry, zdravotnícki pracovníci dostávajú do vzájomnej interakcie, s očakávaním pacienta, že tento vzťah napomôže vyriešiť jeho zdravotné potiaže. Základným predpokladom hodnotného vzťahu je individuálny prístup, komplexný pohľad na osobnosť pacienta, jeho postoje, prežívanie a správanie, nie len starostlivosť o nefunkčnú orgánovú sústavu. Sestra by starostlivosť o obnovu zdravia mala vykonávať v súlade s kultúrnymi, náboženskými a sociálnymi hodnotami pacienta a jeho rodiny (Hudáková, 2009, s.53).

Ak vnímame ošetrovanie pacienta ako systém úloh, ktoré vykonávame s presne definovanými cieľmi, potom musíme tento proces vnímať ako neustálu analýzu existujúceho stavu s cieľom definovať z hľadiska zdravotného stavu nové úlohy, ktoré musíme v ďalšom procese činnosti aj spätne vyhodnocovať. Efektívnosť komunikácie je závislá od našej miery schopnosti uplatniť zásady produktívnej komunikácie v praxi. Efektívna komunikácia predpokladá uplatnenie základných noriem slušného a zdvorilého správania sa. Dôležitú úlohu zohráva aj dostatok informácií o ochorení a poskytovaní starostlivosti (Hudáková, 2008, s.109).

Cieľom práce je zistiť a porovnať úroveň a efektívnosť komunikácie medzi sestrou a pacientom - seniorom v ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti a to zistiť:

- súčasný stav komunikácie medzi sestrou a pacientom,
- najčastejšie prekážky efektívnej komunikácie,
- využívanie komunikačných zručností.

MATERIÁL A METODIKA

CHARAKTERISTIKA PRIESKUMNEJ VZORKY A METÓDY

Empirická štúdia mala charakter aplikovaného prieskumu vo Fakultnej nemocnici v Trnave na oddelení dlhodobo chorých. Prieskumnú vzorku tvorilo 96 respondentov (60 pacientov a 36 sestier). Výber respondentov bol náhodný. Za základné kritérium pre výber respondentov sme zvolili:

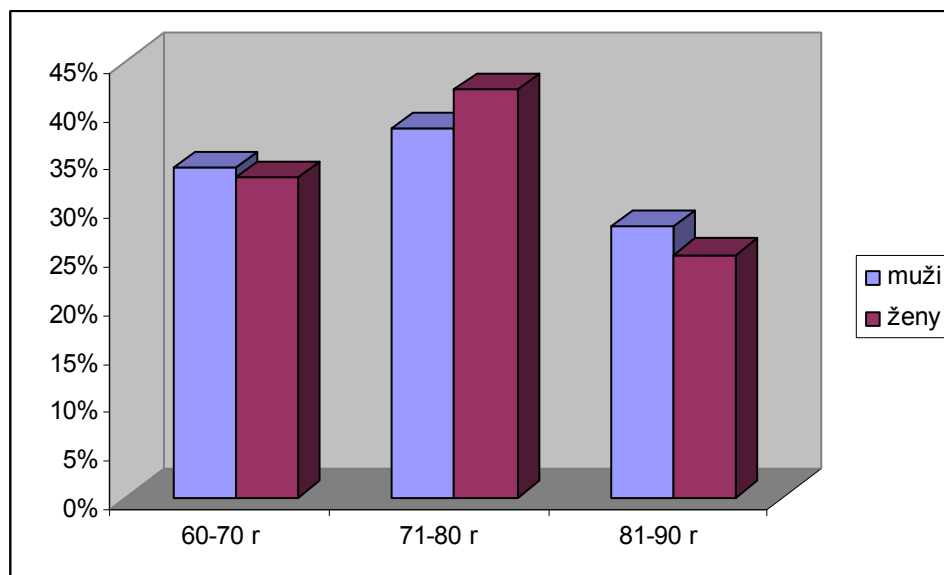
- hospitalizovaní pacienti - seniori na oddelení dlhodobo chorých,
- sestry poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť seniorom.

Za hlavnú metódu prieskumu sme zvolili viacpoložkový dotazník (jeden pre pacientov - seniorov a jeden pre sestry), u seniorov sme použili aj metódu rozhovoru. Dotazník bol anonymný. Okrem identifikačných údajov obsahoval otvorené, zatvorené a polozatvorené otázky. Respondenti mali možnosť výberu medzi viacerými možnosťami, prípadne i podľa potreby i dopísať.

Prieskum sme realizovali v mesiacoch január až apríl 2009. Návratnosť dotazníkov bola 96%. Výsledky prieskumu boli spracované pomocou Microsoft-Excel, vyjadrené

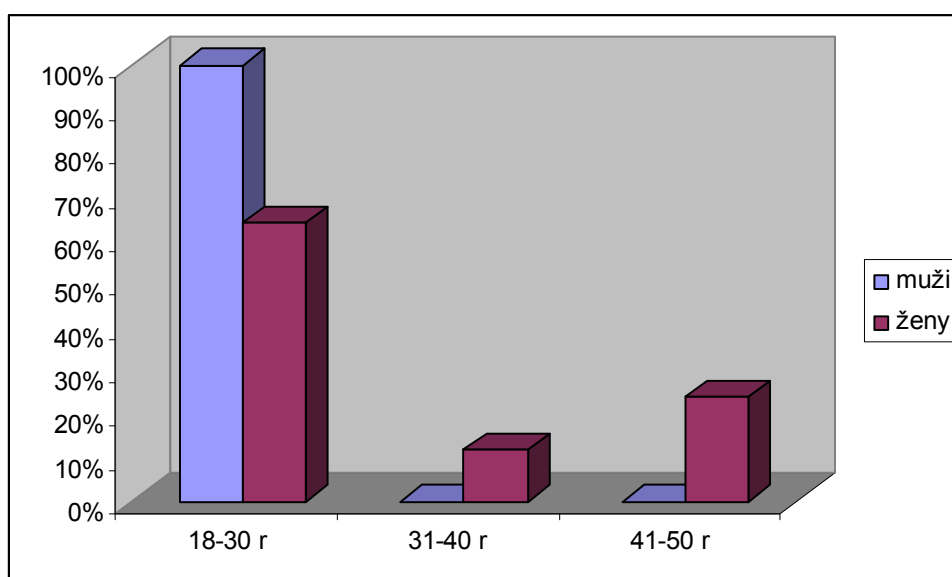
v absolútnych číslach a percentuálne vyhodnotené, spracované do tabuliek a znázornené graficky.

VÝSLEDKY



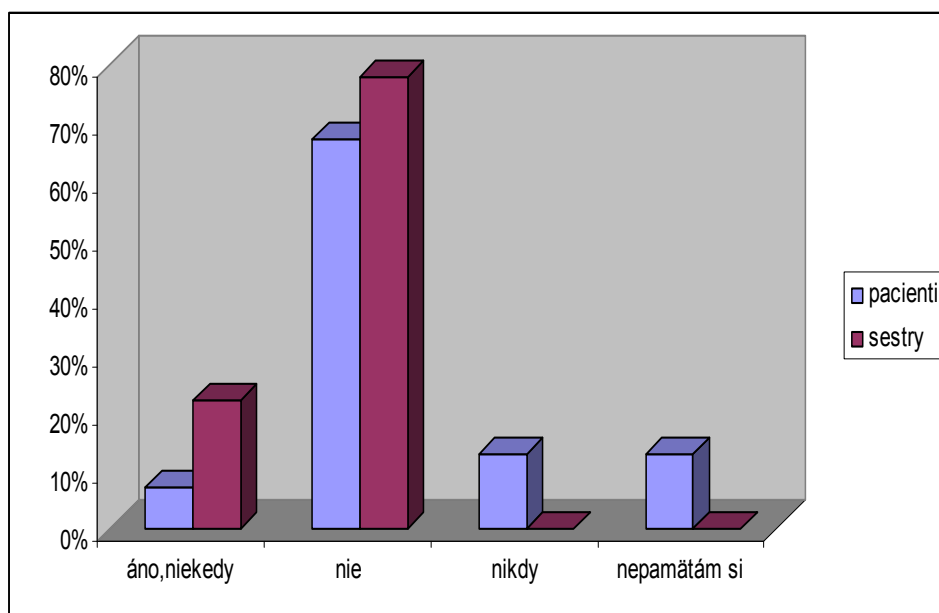
Graf 1 Rozloženie respondentov podľa pohlavia a veku (pacienti)

Respondenti boli vo veku od 62 do 89 rokov. Z toho 36 (60 %) bolo mužov a 24 (40 %) žien. Priemerný vek mužov bol 75 rokov a žien 74 rokov. Najviac respondentov 24 (40 %) v sledovanom súbore bolo vo vekovej skupine 71 – 80 rokov. Priemerný vek respondentov bol 74,5 roka (graf 1).



Graf 2 Rozloženie respondentov podľa pohlavia a veku (sestry)

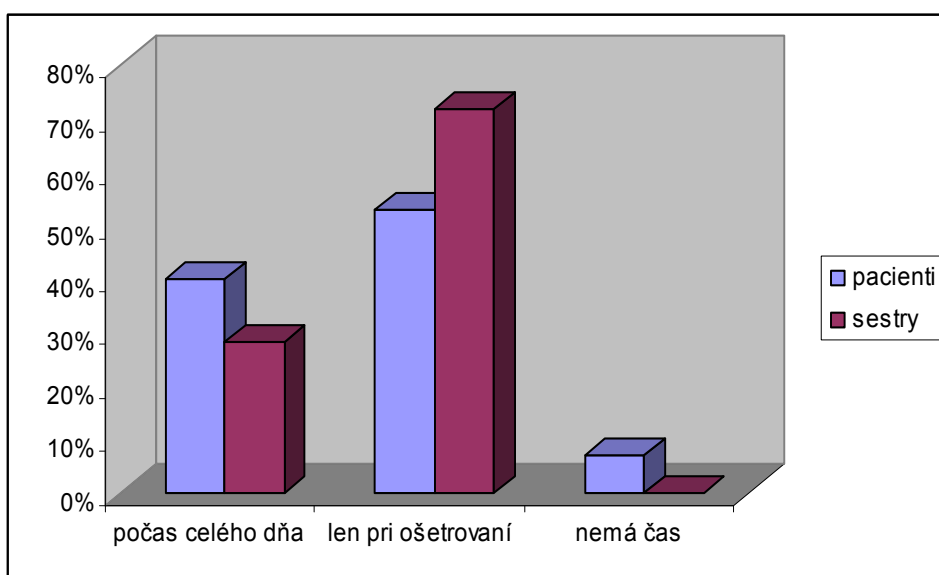
V súbore sestier bolo 34 (94,44 %) žien a dvaja muži (5,56 %). Vekové rozpätie respondentov bolo od 20 do 47 rokov. Priemerný vek mužov bol 27 rokov a žien 31 rokov (graf 2).



Graf 3 Predstavenie sa pri prijatí

66,67 % (40) pacientov uviedlo, že sa nestretlo s tým, aby sa im sestra pri prijatí predstavila. 8 (13,33 %) pacientov odpovedalo, že nikdy sa im sestra nepredstavila a 13,33 % (8) pacientov si nevedelo odpovedať. Iba 6,67 % (4) pacienti odpovedali, že niekedy sa im sestry predstavujú.

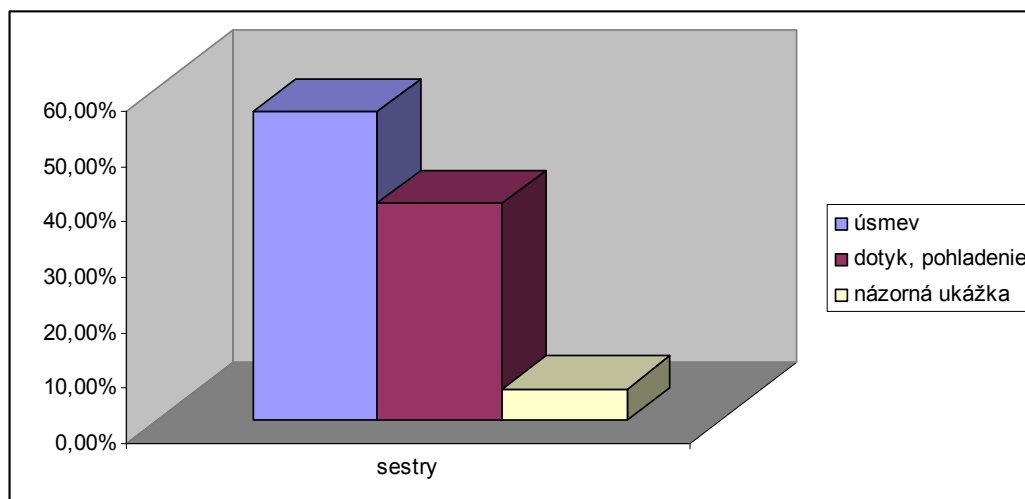
22,22 % opýtaných sestier sa pacientovi predstavuje niekedy a 77,78 % (28) sa pacientovi nepredstavuje (graf 3).



Graf 4 Verbálna komunikácia

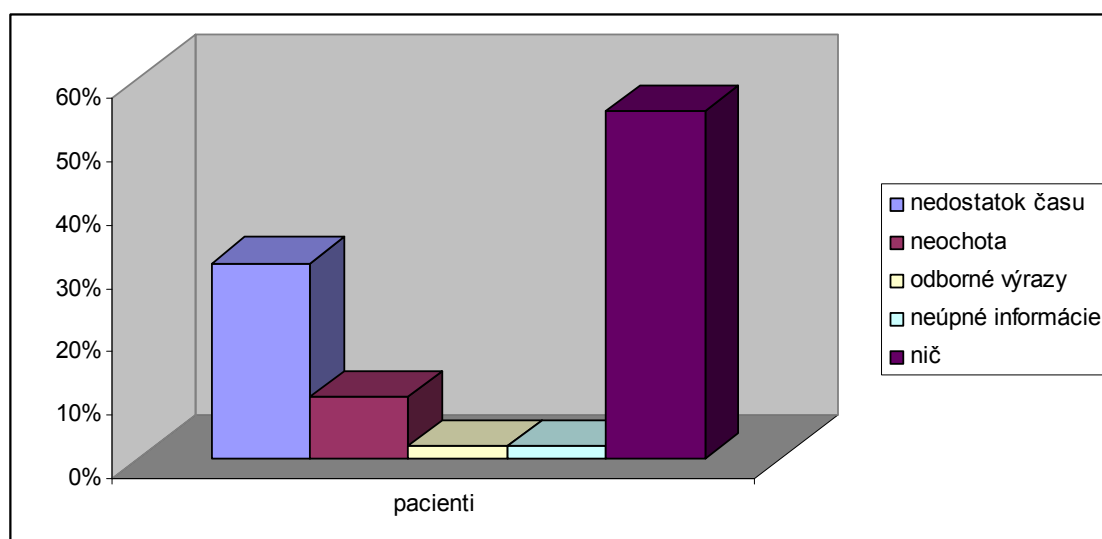
24 (40 %) opýtaných pacientov uviedlo, že sa s nimi rozpráva počas celého dňa. Najväčšiu skupinu 32 (53,33 %) tvorili pacienti, ktorí odpovedali, že s nimi sestra komunikuje iba pri ošetrovaní a 4 pacienti (6,67 %) odpovedali, že na rozhovory sestra nemá čas.

Najväčšiu skupinu 72,22 % (26) tvorili sestry, ktoré uviedli, že verbálnej komunikácii sa venujú iba pri ošetrovaní pacientov a 27,78 % (10) sestriek odpovedalo, že komunikuje s pacientami počas celého dňa (graf 4).



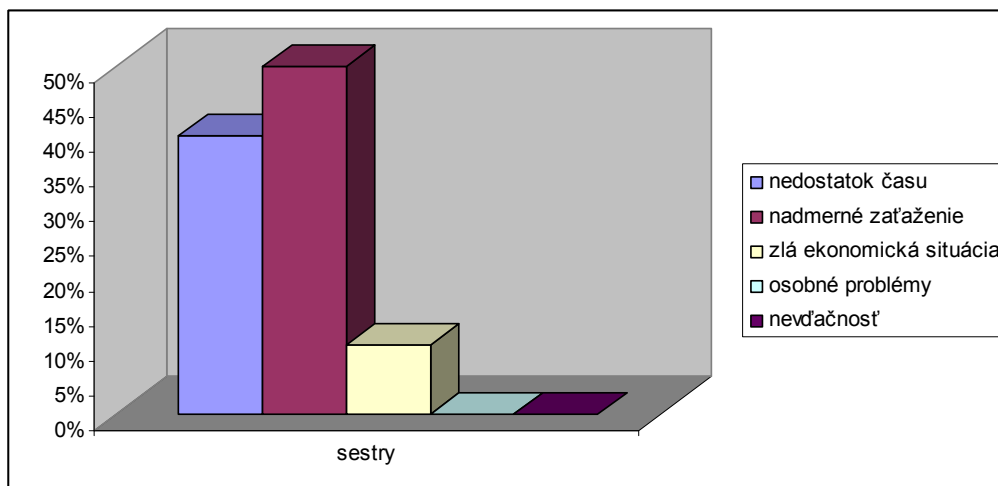
Graf 5 Použitie neverbálnej komunikácie

V neverbálnej komunikácii podľa odpovedí využíva úsmev 20 (55,55 %) sestriek. 14 (38,89 %) sestriek uviedlo, že využíva hlavne dotyk a pohladenie. Názornú ukážku používajú 2 (5,55 %) sestry (graf 5).



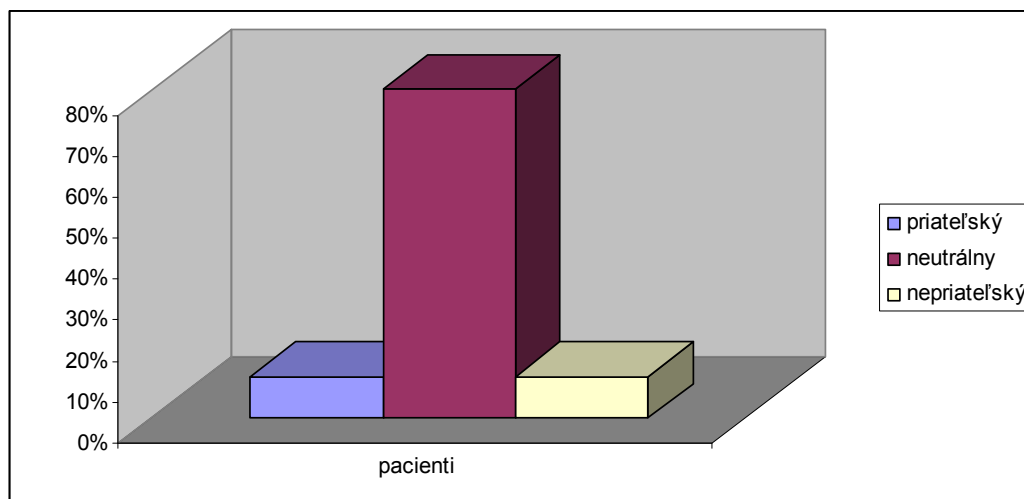
Graf 6 Prekážky v komunikácii (pacienti)

Za najväčšiu prekážku v komunikácii považuje 31,66 % (19) pacientov nedostatok času a 10 % (6) pacientom prekáža v komunikácii neochota sestier rozprávať sa, 1,67 % (1) pacientov uviedlo používanie odborných názvov a 1,67% (1) pacientov neúplné informácie. 55 % (33) pacientov nič neprekáža v komunikácii (graf 6).



Graf 7 Prekážky v komunikácii (sestry)

50 % (18) sestier považuje za najväčšiu prekážku v komunikácii s pacientom nadmerné pracovné zaťaženie. Nedostatok času je podľa 41,67 % (15) sestier je prekážkou efektívnej komunikácie medzi sestrou a pacientom. Podľa odpovedí sestier (8,33 % /3 sestry) je zlá ekonomická situácia prekážkou v komunikácii (graf 7).



Graf 8 Hodnotenie vzťahu

Vzťah medzi pacientom a sestrou hodnotí 80 % (48) pacientov ako neutrálny. Zhodne po 10 % (6) pacientov ho hodnotí ako priateľský a nepriateľský (graf 8).

DISKUSIA A ZÁVER

Pre zlepšenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta – seniora je nevyhnutná aj efektívna komunikácia, ktorá tvorí základ utvárania vzťahu sestra - pacient. Tento vzťah sa začína utvárať už pri prijatí pacienta do zdravotníckeho zariadenia. Až 80% pacientov – seniorov hodnotí vzťah medzi sestrou a pacientom ako neutrálny. Nemocničné prostredie je nielen pracoviskom sestier, ale stáva sa aj dočasným domovom chorých seniorov. Títo sú odkázaní na našu ochotu, láskavosť, trpezlivosť a vládne slovo. Srdečný úsmev, pohladenie a podanie ruky nie je časovo náročné ani zložité a zabezpečí nám skvelý prvý dojem.

Pre efektívnu komunikáciu je dôležitý aj dostatok času. Starému človeku je potrebné zopakovať viac krát informácie, prekonať prekážky v komunikácii (apatia, depresia) a preto navrhujeme motivovať sestry k zlepšeniu komunikácie so seniorom vytvorením vhodných pracovných podmienok. Dostatočné personálne obsadenie jednoznačne prispieva k zlepšeniu komunikácie.

Komunikácia s pacientom - seniorom vedie k vytváraniu vzťahu dôvery a pomoci. Je potrebné zvyšovať úroveň komunikácie medzi sestrou a seniorom kontinuálnym vzdelávaním sestier v oblasti komunikácie. Určite by sa malo tejto problematike venovať viacej pozornosti na oddelenských seminároch sestier, rozobrať proces komunikácie z jednotlivých možností riešenia efektivity a častejšie prehodnocovať túto skutočnosť.

Efektívna komunikácia dostáva nový zmysel riešenia u starých chorých, ňou chceme dosiahnuť zvýšenie kvality života u týchto ľudí, pozdvihnutie a zveľadenie ošetrovateľskej starostlivosti o seniora - pacienta.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. Krčméry, S. a kol. 2004. *Interná medicína II*. Bratislava: SAP, 2004, 196 s., ISBN 80-89104-41-X
2. Hegyi, L., Krajčík, Š. 2006. *Geriatría pre praktického lekára*. 2.vyd. Bratislava: Herba, 2006, 364 s., ISBN 80-89171-36-2
3. HUDÁKOVÁ, Z. *Etické aspekty pri ošetrovaní geriatrického pacienta*. In Etické aspekty ošetrovateľskej péče v teorii a praxi: Sborník z 1. konferencie k aplikovanej etice s mezinárodnou účasťou. Ed. Z. Dorková, A. Krátka, Zlín : Národné centrum ošetrovateľstvá a nelékařských zdravotníckych odborov v Brně. 2009. 191 s. ISBN 978-80-7013-506-8. s. 50-54.
4. HUDÁKOVÁ, Z. *Život s Alzheimerovou chorobou a edukácia rodiny*. In Kvalita života a zdravia. Košice : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. v Bratislave, Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach, Gréckokatolícka teologická fakulta PU v Prešove, Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove, 2008. s. 445. ISBN 978-80-89271-65-8. s. 103-109.
5. Hulanská, K. 2005. *Starnutie*. In: Mám 65+ a teší ma, že žijem zdravo. 1. vyd. Bratislava: ÚVZ SR, 2005, 75 s., ISBN 80-7159-156-4
6. Kristová, J., Tomašková, Z. 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2004, 164 s., ISBN 80-8063-107-7
7. Krivohlavý, J., Schreiber, V. 2003. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, s.r.o, 2003, 279 s., ISBN 80-7178-774-4
8. Šebeková, V. 2003. *Význam komunikácie v ošetrovateľskom procese*. Revue profesionálnej sestry. 2003, č. 8-9, s. 6-8, ISSN 1335-1753
9. Hegyi, L. 2001. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: SAP, 2001, 128 s., ISBN 80-88908-80-9

Kontaktná adresa

maria.kopacikova@gmail.com

IMPLANTABILNÉ PODKOŽNÉ PORTY U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV.

Herinková Anna, Zrubáková Katarína

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

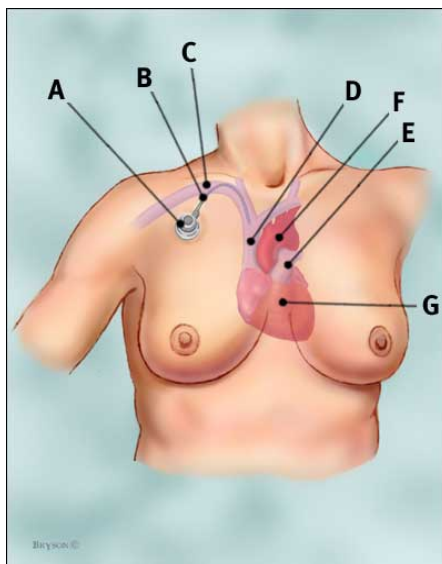
Úvod

Liečba onkologických ochorení je dlhodobá, trvá niekoľko mesiacov až rokov a používa sa pri nej množstvo liekov, ktoré sa môžu podávať iba vnútrožilovo. Zaistenie kvalitného a dlhodobo použiteľného žilného prístupu je u onkologicky chorých veľmi problematické. Kvalita periférneho žilného systému je často veľmi nízka. Opakované punkcie periférnych žíl na horných končatinách vedú postupne k trombotizácii a ich zániku. Pacienti sú traumatizovaní opakovanými vpichmi pri odberoch krvi a častými výmenami kanýl v priebehu liečby. Intravenózne implantabilné porty sa využívajú ako jedna z možností zabezpečenia trvalého prístupu do centrálného venózneho systému. Výhodou portsystému sú nízke nároky na manipuláciu, podpora pozitívneho obrazu tela a pacientov neobmedzuje pri vykonávaní akýchkoľvek činností po celú dobu jeho zavedenia.

Implantabilné intravenózne porty

Implantabilné intravenózne porty predstavujú uzavretý systém, ktorý pozostáva z katétra zavedeného do centrálnej žily a vlastného portu- komôrky, ku ktorému je katéter v priebehu implantácie pevne pripojený a fixovaný stehom k fascii svalu. Portsystémy sú implantované na operačnej sále v miestnom znecitlivení, najčastejšie punkčnou metódou infraklavikulárne do v. subklávia vpravo, koniec portkatétra je umiestnený na rozhraní hornej dutej žily a pravej srdečnej predsieni. Katéter sa následne prevlečie do pripravenej kapsy a je pripojený k samotnému portu (Obr.1). Port sa umiestňuje na také miesto, aby pacienta čo najmenej obťažoval a súčasne umožňoval jednoduchý prístup a manipuláciu. Umiestnenie portu závisí od klinického stavu pacienta, ale aj od dominantnej strany pacienta a jeho individuálnych špecifik ako je napríklad chôdza o palici a pod. Do implantovaného portu je možné hneď aplikovať lieky. Odporúča sa však začať s liečbou až po zhojení jazvy a vybratí stehov.

K výrobe portov sa používajú rôzne materiály- titán, plast, silikón, kombinácia uvedených materiálov. V praxi sa využívajú jednodokomôrkové a dvojkomorové porty rôznych výrobcov. Samotný port sa skladá z tela, základne a membrány komôrky. Telo komôrky je upravené tak, aby bolo dobre hmatateľné cez kožu a umožnilo bezproblémový vpich ihlou. Báza portu slúži k fixácii stehmi v hlbších vrstvách. Membrána portovej komôrky je vyrobená so silikónu, ktorá umožňuje používať port aj niekoľko rokov. Väčšina výrobcov garantuje pri správnom používaní a ošetrovaní portu až do 3000 vpichov.



Obrázok 1 Port of chemotherapy
(www.breastcancer.com)

Druhy portsystémov

Indikáciou k zavedeniu jednotlivých druhov portov je diagnóza a druh liečby, preto rozlišujeme porty:

- Žilné podkožné- podanie chemoterapie, antibiotická liečba, parenterálna výživa, odbery krvi, transfúzia. (Obr. 2)
- Tepenné podkožné – intraarteriálna chemoterapia.
- Epidurálne a spinálne - aplikácia liekov zmierňujúcich bolesť.
- Peritoneálne/pleurálne - intraarteriálna aplikácia chemoterapie, hydratácia, drenáž maligného ascitu, drenáž pleurálneho výpotku.



Obrázok 2 Jednokomôrkový žilný podkožný port
(Braunnoviny)

Indikácie k implantácii portu

Zavedenie portu indikuje lekár po zvážení všetkých rizík a prínosov.

- 1) Aplikácia chemoterapie – predstavuje 80-90 % všetkých indikácií k zavedeniu portu.
- 2) Zaisenie dlhodobej parenterálnej výživy.

- 3) Aplikácie krvných derivátov a odbery krvi.
- 4) U všetkých pacientov, u ktorých je potrebné zaistiť trvalý žilný prístup.
- 5) Liečba chronickej bolesti.
- 6) Prístup pre neodkladnú liečbu- napr. u astmatických pacientov.
- 7) Liečba HIV pozitívnych pacientov.
- 8) Hemofília, von Willebrandova choroba, a pod.

Kontraindikácie k zavedeniu portu

Pred zavedením portu je vždy potrebné brať do úvahy celkový klinický stav pacienta.

Pretože zavedenie portu môže byť v niektorých prípadoch kontraindikované.

Kontraindikácia môže byť absolútna alebo relatívna.

Absolútne kontraindikácie:

- Bakteriémia
- Septický stav
- Diseminovaná intravaskulárna koagulopatia
- Neznášanlivosť materiálu, z ktorého je port vyrobený

Relatívne kontraindikácie:

- Ťažká obezita
- Ťažká trombocytopénia
- Psychická intolerancia cudzieho materiálu v tele
- Sociálna neprispôobilosť
- Pravdepodobné zanedbanie ošetrovania portu

Komplikácie po zavedení portu

Výskyt komplikácii závisí od diagnózy, pre ktorú bolo zavedenie portu indikované, od aktuálneho klinického stavu pacienta, od techniky prevedenia výkonu (operačná, punkčná technika), typu portkatétra a následného ošetrovania portu.

Nešpecifické komplikácie:

- Malfunkcia portkatétra
- Trombotické komplikácie
- Lokálna a systémová infekcia
- Extravazácia

Špecifické komplikácie:

- Hematóm a seróm
- Problémy pri hojení rany
- Infekcia v mieste kapsy pre port
- Dislokácia portu
- Ruptúra membrány, porucha tesnosti a únik
- Rozpojenie systému portkatétra, embolizácia

- Nekróza kože
- Extravazácia

V súvislosti s vylúčením komplikácií, ktoré súvisia priamo s výkonom kanylácie centrálnej žily a vytvorenia kapsy pre port (pneumothorax, hemothorax, napichnutie artérie, podkožný hematóm...) sa vykonáva 2 hodiny po výkone kontrolné Rtg vyšetrenie a opakovane sa kontroluje miesto uloženia vlastného portu.

Ošetrovateľská starostlivosť o porty

Správna starostlivosť je základným predpokladom úspešnosti dlhodobého bezproblémového používania portov, čo znamená správny prístup a edukácia dobre vyškoleného personálu.

Starostlivosť zahŕňa:

1. Bezpečnú aplikáciu liekov do portu- pričom je nutné používať iba také pomôcky, ktoré sú k výkonu určené.
2. Návštevku vyhmatania portu, správnu techniku zavedenia a vytiahnutia ihly.
3. Odbery krvi.
4. Preplach portu.
5. Aplikáciu heparínovej zátky.
6. Vedenie presnej dokumentácie- dátumy prevázov, výmeny ihly.

Základný postup pri manipulácii s portom

Zavedenie portu je časovo nenáročný výkon. O to úzkostlivejšie musíme s nim zaobchádzať, pokiaľ chceme zaistiť jeho dlhodobú funkčnosť. Je výhodné, pokiaľ sa sestra oboznámi so spôsobom implantácie portu, ohmatá si ho a prehľadne aj mimo lôžko pacienta. O to ľahšie vyhmatá vyvýšenú komôrku portu v podkoží. Pri každej manipulácii musí sestra dodržiavať štandardný postup:

Aseptický postup pri akejkoľvek manipulácii s port systémom.

1. Pre všetky typy portov platí rovnaká technika napichnutia portu a vytiahnutia ihly. Vpich je vedený kolmo na kožu, až ihla narazí na membránu, zacítíme zvýšený odpor. Je nutné, aby ihla narazila až na dno portu- až na doraz.(Obr. 3)



Obrázok 3 Prierez portom
(Braunoviny)

2. Pri aplikácii používame iba špeciálne Huberové ihly- Cytocan, Surecan, ktoré majú zakončený hrot tak, aby membrána pri vpichu a následnom vytiahnutí nebola poškodená a bola dlhodobo zachovaná tesnosť systému.
3. Pri vyťahovaní ihly je potrebné pridržiavať port, aby nedošlo k jeho uvoľneniu a tiež za stálej instilácie heparínovej zátky, a vytvorenia pretlaku v komôrke, aby nedošlo k nasatiu krvi do portsystému.
4. K aplikácii liekov a preplachom sa používajú striekačky s nie menším objemom ako 10ml. Pri používaní nízkoobjemových striekačiek môže byť dosiahnutý taký tlak, ktorý spôsobí rozpojenie portsystému alebo ruptúru.(Obr.4)
5. Pred každou aplikáciou liekov, infúziou, odbere krvi je potrebné presvedčiť sa o priechodnosti katétra aspiráciou krvi a aplikovať aspoň 10ml FR
6. Po každom podaní liekov, infúzii, odbere krvi je potrebné vykonať preplach portsystému minimálne 10ml FR a aplikovať heparínovú zátku (1000 I.U. Heparínu+ 10ml FR o objeme 5- 7ml).
7. Heparínovú zátku je potrebné vymeniť každé 4 týždne, aby sme predišli nepriechodnosti portsystému, ak sa port nevyužíva.
8. V dokumentácii sestra vykoná záznam o každej manipulácii s portom, dátum, čas napichnutia portu, vytiahnutia ihly, prevedení preplachu, heparínovej zátky, podaných liekoch, riešenie komplikácii a pod.



Obrázok 4 Zavedená Huberová ihla do portu

Riešenie najčastejších komplikácii

Pri manipulácii s portami sa občas nevyhne vznik komplikácii. Je potrebné oboznámiť s príznakmi a postupmi ich riešenia.

Infekcia

Infekčné komplikácie patria medzi najzávažnejšie. Rozlišujeme infekciu:

- 1) Miestnu -nad portom v mieste vpichu, podkožnej kapsy.
- 2) Celkovú- katérová sepsa.

Príznaky - bolesť na pohmat v okolí portu, erytém nad portom, opuch, zvýšená telesná teplota,

Riešenie v spolupráci s lekárom- nasadenie ATB liečby. – skôr by som dala Infekciu je možné vyliečiť len nasadením ATB liečby, ktorá je indikovaná ošetrovateľom lekárom.

Prevenčia - dodržiavania aseptických postupov pri každej aplikácii liekov, používanie sterilných rukavíc, dostatočná dezinfekcia miesta vpichu, denná kontrola miesta vpichu, správne ošetrovanie miesta vpichu po vyťahnutí ihly. Zvážiť extrakciu portu pri katérovej sepsy.

Nepriechodnosť

Trombotické komplikácie majú za následok malfunkciu portsystému. Nepriechodnosť môže byť:

1. Jednosmerná - príčinou môže byť fibrínový plast na hrote katétra, prisatie steny cievy na hrot katétra
2. Obojstranná.

Riešenie- snažíme sa spriechodniť port zmenou polohy pacienta, zdvihnutím končatiny, požiadame ho o zakašľanie, - skôr pacienta požiadame, aby zakašľal, použijeme pull-push techniku FR, príp. 10000 I.U. Heparínu+ 5ml FR necháme pôsobiť 1 hodinu opäť sa pokúsime o možnú aplikáciu a aspiráciu, v žiadnom prípade sa nesnažíme o spriechodnenie silným tlakom na piest striekačky.

Prevenčia- preplach po každom odbere krvi, transfúzii, podaní lieku, infúzii, ukončení liečby, heparínová zátka.

1) Paravenózný únik-

Príčina- nedostatočné zavedenie ihly- až na doraz, nesprávne zavedenie ihly, rozpojenie portsystému.

Prevenčia- zručnosť pri manipulácii s portom, prísna kontrola pacienta

Zásady správnej manipulácie pri dlhodobo zavedenom porte

Akokoľvek manipulácia po celú dobu, ako je port používaný nie je možná:

- bez dostatočnej dezinfekcie rúk,
- bez dostatočnej asepsy pomôcok,
- bez dostatočnej dezinfekcie miesta vpichu,
- pri manipulácii s portom používame ústenku a sterilné rukavice.

Indikácie k odstráneniu portkatétra

Pri dôslednej starostlivosti sa môže port používať niekoľko rokov. Ak presiahneme počet vpichov garantovaný výrobcom, môže sa znížiť pružnosť silikónovej membrány. Dôvodom k extrakcii portu je:

- ukončenie liečby,
- nepriechodnosť portsystému,
- podozrenie na septickú pľúcnu embóliu,

- podozrenie na endokarditídu,
- šíriaci sa zápal z miesta vpichu,
- febrílie sprevádzané bakteriémiou, bez zjavnej príčiny, ktorá neustupuje ani po podaní antibiotík.

Záver

Ako z príspevku vyplýva implantabilné centrálné venózne porty predstavujú nový spôsob pre zaistenie dlhodobého cievneho prístupu, čo nám umožňuje aplikovať kontinuálnu alebo periodicky dlhodobú liečbu. Pacient (najčastejšie onkologický) nie je traumatizovaný z opakovaných neúspešných pokusov o zavedenie i.v. kanyly, tým sa eliminuje bolesť a zvyšuje sa jeho komfort. V neposlednom rade sú výhodné aj pre sestry, u ktorých sa minimalizuje obava, stres z opakovaných pokusov o zavedenie ihly.

Zoznam bibliografických odkazov:

BBRAUN. Návod k použitiu Celsite- podkožné porty.

ONDRÁK, M., Venózní porty, Braunnoviny, 3/2005, 4.s, ISSN 1801-0342

FRIČOVÁ, J., STRÍTECKÝ, M.. Implantabilní intravenózní porty. Citované [20.8.2008].

Dostupné na internete.

http://www.tigis.cz/bolest/bolest_3_06/WEB/PDF%20web/Fricova_web.pdf

ONDRÁK, M. Kurz implantace venózních portů, kurz poriadaný oddelením chirurgickej onkológie MOU, Českou asociáciou sestier a Aesculap Akadémiou, 27.8. 2008

OSTŘÍŽEK, T. Zásady péče o implantabilní podkožní porty u onkologických pacientů, Citované. [15.07.2008]. Dostupné na internete <http://www.uoc.muni.cz/prezent1/porty.html>

VORLÍČEK, A., kol. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha : Grada Publishing, 2003, 788 s. ISBN 80-247- 0677-6

AKTÍVNY PRÍSTUP K NÁDOROVEJ BOLESTI U SENIOROV

Novotná Zuzana, Cibříková Silvia

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva PU, Prešov

Úvod

Bolesť je neoddeliteľnou súčasťou ľudského života. V akútnom štádiu môže byť považovaná za pozitívnu, lebo predstavuje pre organizmus varovný signál, intenzívna a dlhotrvajúca bolesť však stráca ochrannú funkciu, výrazne pacienta limituje v práci a v bežných denných aktivitách, pričom zhoršuje jeho fyzický a psychický stav. S predlžovaním ľudského veku a pribúdaním civilizačných ochorení prudko stúpa počet pacientov s chronickou bolesťou. Starnutie je aj najväčším rizikovým faktorom pre vznik nádorového ochorenia, ktoré je vo väčšine prípadov spojené s chronickou nádorovou bolesťou. Tá je charakterizovaná ako sled bolestivých syndrémov, ktoré sa stupňujú v závislosti na progresii ochorenia a v priebehu času sa stávajú chronickými.

Špecifiká bolesti a jej hodnotenia u seniorov

Kontrola a liečba bolesti u starých ľudí predstavuje pomerne zložitý problém z viacerých dôvodov. V prvom rade pre pretrvávajúce mýty o zníženej senzitivite a zvýšenej tolerancii na bolesť. Významný podiel na nedostatočnej pozornosti k bolestiam seniorov má problematiku hodnotenie bolesti u pacientov, ktorí majú poruchy pamäti, delírium, obmedzenia zraku, sluchu a pohyblivosti. Pretrvávajú aj obavy z používania opioidov v tejto vekovej kategórii. Aby bola kontrola a liečba bolesti účinná je najdôležitejšie jej komplexné hodnotenie. Je potrebné akceptovať, že klinické vyjadrenie bolesti môže byť u nich rozdielne, nekontrolovaná bolesť sa môže často manifestovať ako: agitácia, zmätenosť, málovravnosť, beznádej, depresia, úzkosť, poruchy správania, nechutenstvo, znížená mobilita, dokonca žiadosť o eutanáziu.

Pre výber správnej liečby je potrebné bolesť presne kvantifikovať. V súčasnosti sú k dispozícii rôzne škály, ktoré umožňujú subjektívne meranie bolesti. Majú síce svoje limitácie, ale napriek tomu poskytujú dôležité informácie pre manažment bolesti u pacienta. Presnejšie informácie poskytujú dotazníky, ktoré vychádzajú z multidimenzionálnej povahy bolesti a objektívne metódy, ktoré využívajú meranie niektorých fyziologických prejavov sprevádzajúcich bolesť. Výber meracích nástrojov a metód u seniorov je závislý od ich mentálnych a fyzických schopností, pričom je dôležitá ich efektivita pre túto vekovú kategóriu.

Anamnéza nádorovej bolesti

1. údaje o priebehu a liečbe nádorového ochorenia

2. vlastná anamnéza bolesti

- lokalizácia a vyžarovanie bolesti
- nástup bolesti a zmeny v čase
- kvalita, charakter bolesti

- vplyv bolesti na spánok, príjem potravy, pohyb
- doterajšia liečba bolesti a jej úspešnosť
- faktory provokujúce a zmierňujúce bolesť
- zmeny vnímania bolesti pri psychickej záťaži

3. Assesment bolesti u seniora

- verbálne opisné stupnice
- neverbálne škály – FLACC stupnica, PAINED stupnica
- vizuálne analógové škály
- numerické analógové škály
- dotazníky, funkčné stupnice bolesti
- Wong-Bakerova piktografická stupnica bolesti – Face Pain Scale

Liečba nádorovej bolesti u seniorov

V zásade sa liečba riadi rovnakými zásadami ako u ostatnej populácie a jej základom je farmakoterapia využívajúca postup podľa vzostupného analgetického rebríka WHO. Zvýšenú pozornosť je potrebné venovať farmakokinetike a farmakodynamike liekov a pridruženým ochoreniam, ktorých liečba môže ovplyvňovať účinky liekov a vyvolávať liekové interakcie.

Princípy nastavovania pacienta na farmakoterapiu

- podávať adekvátnu dávku
- titrovať dávku u každého pacienta individuálne
- plánovať podávanie liekov podľa farmakologických vlastností preparátu
- vypracovať pacientovi písomný rozpis podávania liekov
- poučiť pacienta o vedľajších účinkoch liekov
- vyvarovať sa vedľajších účinkov liekov, prípadne minimalizovať ich
- dodržiavať analgetický program
- používať perorálnu alebo transdermálnu medikáciu pokiaľ je to možné

Medzi najčastejšie **príčiny nedostatočnej analgetickej liečby** nádorovej bolesti u seniorov patria:

- nepresná diagnostika bolesti
- podcenenie intenzity bolesti
- príliš dlhé intervaly medzi dávkami liekov
- príliš nízke dávkovanie liekov
- uprednostňovanie slabých opioidov pred silnými
- obava pred vznikom tolerancie a syndrómom odobratia
- obava zo vzniku liekovej závislosti
- nedostatočné podávanie koanalgetík
- nevedomosť a zlá dostupnosť špeciálnych postupov

Najdôležitejšie skupiny liekov pri liečbe nádorovej bolesti

- 1. neopioidné analgetiká** (paracetamol, kys.salicylová, nesteroidné antireumatiká)
- 2. slabé opioidy** (kodeín, dihydrokodeín, tramadol)
- 3. silné opioidy** (morfín, fentanyl, oxykodon, metadon, petidín, hydromorfín)
- 4. adjuvanciá** (antikonzulzíva, antidepresíva, anxiolytiká, myorelaxanciá)

Analgetický rebrík

1. stupeň – mierna bolesť

Neopioidné analgetiká + adjuvanciá

2. stupeň – stredne silná bolesť

Slabé opioidy + neopioidné analgetiká + adjuvanciá

3. stupeň – silná bolesť

Silné opioidy + neopioidné analgetiká + adjuvanciá

Edukácia pacienta a jeho rodiny

Dôležitou súčasťou komplexného manažmentu nádorovej bolesti je edukácia pacienta a jeho rodinných príslušníkov, ktorí sa podieľajú na starostlivosti. Jej cieľom je poskytnutie dostatočného množstva informácií o samotnej bolesti, funkčnom potenciáli a kvalite života, nefarmakologických a farmakologických intervenciách v liečbe bolesti, a o hodnotení ich účinku. Edukácia by mala obsahovať aj informácie o možnostiach vzniku psychickej závislosti od opiátov, o starostlivosti o pravidelné vyprázdňovanie stolice, o dôležitosti nefarmakologických postupov v liečbe ako významnom doplnku pri užívaní analgetík. Ak pacient užíva analgetiká mal by poznať všetky spôsoby ich aplikácie, ako aj možnosti ako a kedy dávky zvýšiť alebo znížiť, v závislosti od intenzity bolesti.

Záver

Manažment nádorovej bolesti zahŕňa intervencie zamerané na prevenciu, zmiernenie alebo odstránenie bolesti a umožňuje pacientovi maximálne sa zapojiť do každodenných aktivít, udržať si čo najdlhšie sebestačnosť a primeranú kvalitu života. Jeho dôsledná realizácia v klinickej praxi patrí k základným predpokladom moderného ošetrovateľstva, pretože bolesť nepredstavuje iba medicínsky a ošetrovateľský problém, ale má aj celospoločenský a ekonomický dosah.

Zoznam bibliografických odkazov:

- Kocsisová, A.. *Manažment liečby nádorovej bolesti*. In Sestra. 7-8/2006, s. 32-33.
Kulichová, M.: *Liečba bolesti u geriatrických pacientov*. In Bolesť. 4/2005, s. 219-222.
Nemčíková, Ľ.: *Farmakoterapia bolesti*. In Via Practika. 3/2004, s. 160-166.
Rybárová, Ľ.: *Manažment bolesti u starých ľudí*. In Sestra. 11-12/ 2006, s. 26-28.
Staňková, M.: *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovateľské praxi*. In České ošetrovateľství 6. Brno: IDVPZ, 2001.55 s.
Vorlíček, J. a kol.: *Paliativní medicína*. 2.vyd. Praha: Grada. 2004. ISBN 80-247-0279-7.

PhDr. Zuzana Novotná
Katedra ošetrovateľstva,
Fakulta zdravotníctva PU v Prešove
novotnaz@unipo.sk

POTRANSFÚZNE REAKCIE

Tupý Jaromír¹, Tupá Miriam²

¹VN Ružomberok, FZ- KU Ružomberok,² ÚVN –FN Ružomberok

Kľúčové slová: Hemoterapia. Bezpečnosť. Potransfúzne reakcie. Choroby prenosné transfúziou.

Úvod

Hemoterapia predstavuje liečbu transfúznymi prípravkami. Tradične je spájaná s rizikami, ktorých charakter a význam sa v priebehu histórie menil. Jediné pôvodne známe imunohematologické riziko bolo spojené s podávaním inkompatibilnej transfúzie v systéme AB0. Toto riziko bolo odhalené krátko po objavení krvných skupín na začiatku 20. storočia. Na infekčné riziká, aj keď sprevádzali hemoterapiu od počiatkov, začal byť kladený dôraz po objavení prenosu syfilisu krvou. V 70. a 80. rokoch minulého storočia boli infekčné riziká umocnené objavom HIV vírusu a kmeňov vírusových hepatitíd. V súčasnej dobe, pri dôkladnom vyšetrení darcov na základné serologické parametre (anti-HIV, anti-HCV, HBsAg, Treponema pallidum), sa opätovne dostávajú do popredia imunologické komplikácie spojené s medikáciou transfúznymi prípravkami. V niektorých prípadoch nesmieme zabúdať ani na riziká spojené s kardiovaskulárnymi a metabolickými komplikáciami hemoterapie, ktoré môžu zásadne ohroziť príjemcu, a tým znehodnotiť celkový benefit terapie transfúznymi prípravkami

Každá transfúzia krvného prípravku je samostatný biologický proces, ktorý môže so sebou priniesť niektoré nežiadúce reakcie. Transfúziu podáva ošetrojúci lekár, ktorý je zodpovedný za dôsledné dokumentovanie a oznámenie akejkoľvek zistenej reakcie. Komplikácie sa môžu objaviť buď v priamom vzťahu k transfúzii alebo s oneskorením hodín až dní.

Keď sa po transfúzii erytrocytových prípravkov objaví vážna komplikácia (chorý má triašku, horúčku, ťažkosti s dýchaním, šok, hypotenziu, bolesti v chrbte), ktorá nie je vo vzťahu k jeho základnému ochoreniu, musí sa vyšetriť a overiť nasledovné:

1. skontrolovať identifikáciu pacienta a krvného produktu,
2. skontrolovať krvné skupiny v systémoch ABO a Rh na štítku krvného vaku, porovnať kompatibilitnosť s potvrdením o krvnej skupine chorého. Ak sú prítomné nepravidelné antierytrocytové protilátky, skontrolovať, či bola použitá kompatibilná otypovaná krv.
3. zopakovať vyšetrenie, pre ktoré je potrebné zabezpečiť:
 - vzorku krvi, ktorá bola odobratá pred transfúziou (je dostupná v laboratóriu, ktoré urobilo test kompatibility),

- vzorku krvi odobratej od pacienta po transfúzii,
- krvný vak s ponechanou transfúznou súpravou, ktorý sa musí odoslať na vyšetrenie,
- náplav zo segmentu, z ktorého bolo prevedené predtransfúzne vyšetrenie,
- dokumentáciu - správne vyplnené tlačivo „Hlásenie o potransfúznej reakcii“.

Odporúča sa, aby toto vyšetrenie zahŕňalo aj náter a bakteriologické vyšetrenie zvyšku krvného prípravku, izoserologické vyšetrenie krvnej kompatibility a kontrolu krvného prípravku - skontrolovanie neporušenosti krvného vaku.

Zariadenie transfúznej služby a lekár musia spolupracovať, aby uľahčili vyšetrenie transfúziou prenesených infekcií, a aby zaistili sledovanie zdravotného stavu príjemcu v prípade, že sa u darcu zistí sérokonverzia. Ak došlo k aloimunizácii, podať mu primeranú informáciu.

V každom zdravotníckom zariadení podávajúcom transfúzne prípravky musí byť zriadená nemocničná transfúzna komisia. Členmi komisie majú byť zástupcovia zariadenia transfúznej služby a hlavných klinických pracovísk, na ktorých sa podávajú transfúzie. Odporúča sa, aby v komisii boli zastúpení lekári, sestry a administratívny personál.

Medzi hlavné úlohy nemocničnej transfúznej komisie patrí:

- definovať transfúznu politiku prispôbenú miestnym klinickým činnostiam
- viesť pravidelné hodnotenie transfúzných postupov
- analyzovať akékoľvek nežiadúce príhody spôsobené transfúziou
- pokiaľ je potrebné, prijímať nápravné opatrenia.

Potransfúzne reakcie a ich klasifikácia.

nežiadúce účinky súvisiace s podaním transfúzneho prípravku môžeme klasifikovať z niekoľkých hľadísk, napr.:

1. podľa času začiatku: *akútne* (anafylaktické alebo okamžité generalizované reakcie, objavujúce sa do 24 po podaní transfúzneho prípravku) a *neskoré* (po 24 od podania transfúzneho prípravku)
2. podľa etiológie: *imúnne* (napr. akútna hemolytická transfúzna reakcia) a *neimúnne, infekčné* verus *neinfekčné*
3. podľa klinickej závažnosti: *život ohrozujúce* verus *nezávažné*

Lekár, ktorý uskutočňuje transfúziu, musí vedieť rýchlo rozpoznať všetky príznaky transfúzných reakcií, pretože sa môže jednať aj o život ohrozujúcu komplikáciu, pri ktorej sa musia okamžite podniknúť náležité opatrenia

Tabuľka č. 1. Včasné riziká hemoterapie

Včasné riziká hemoterapie

Riziko	Obvyklá príčina
včasná hemolytická reakcia	protilátky proti erytrocytom
febrilná nehemolytická reakcia	protilátky proti leukocytom a trombocytom
anafylaxia	protilátky proti Ig A
urtika	protilátky proti bielkovinám plazmy
nekardiálny pľúcny edém	protilátky proti leukocytom, aktivácia komplementu
prejavy alergie	pasívny prenos protilátok
zvýšená telesná teplota so šokovým stavom	bakteriálna kontaminácia objemové preťaženie
srdcové zlyhanie	fyzikálne poškodenie erytrocytov
hemolytický syndróm	rýchle podanie chladnej masívnej transfúzie
srdcová zástava	
srdcová arytmia	citrátová toxicita
EKG zmeny	káliová toxicita

(Tesařová, 2005)

Tabuľka č. 2. Neskoré riziká hemoterapie.

Neskoré riziká hemoterapie

Riziko	Obvyklá príčina
neskoré hemolytické reakcie	protilátky proti erytrocytom
potransfúzna GVHD (TA-GVHD)	proliferácia funkčných transfundovaných lymfocytov
potransfúzna purpura	protilátky proti trombocytom
aloimunizácia	kontakt s antigénmi darcu
preťaženie železom	mnohopočetné transfúzie erytrocytov
prenos infekcie	parazity, baktérie, vírusy, prióny?, iné?
tromboflebitída v mieste vpichu	spôsob a dĺžka trvania kanylácie periférnej žily

(Tesařová, 2005)

Transfúziou prenosné infekcie.

Vírusové infekcie

V posledných dvoch desaťročiach sa v transfúznej medicíne dosiahol výrazný pokrok v prevencii rizík známych, krvou prenosných vírusov, hlavne retrovírusov (*HIV 1/2*, HTLV I/II), hepatotropných vírusov (*hepatitis B*, *hepatitis C*, *d'alej A*, *delta atd*). Povinne sú v Slovenskej republike darcovia krvi testovaní na prítomnosť známkov hepatitídy B (HBsAg, anti-HBc), hepatitídy C (anti-HCV) a HIV/AIDS (anti-HIV 1/2).

Hepatitída A t.č. nepredstavuje významné riziko hemoterapie transfúznymi liekmi napriek tomu, že boli popísané prípady prenosu. Význam prenosu hepatitídy A bol hlavne v minulosti, keď boli opakovane popísané prenosy v derivátoch z krvi - koncentrátoch koagulačných faktorov (faktor VIII).

Niektoré z *Herpes vírusov* (HSV-1, HSV-2, CMV, EBV, VZV, HHV-6, HHV-7, HHV-8) taktiež predstavujú riziko hemoterapie, hlavne pre imunosuprimovaných pacientov.

Vírus hepatitídy G, a *TT vírus* predstavujú krvou prenosné agens. Obidva tieto vírusy alterujú pečňové funkcie minimálne, a preto pravdepodobne ani v budúcnosti nebudú spájané s výraznými rizikami hemoterapie.

Parvovírus B 19 tiež predstavuje riziko hemoterapie. Infikuje a poškodzuje erytroidné progenitorové bunky. Parvovírus B 19 je rezistentný na inaktiváciu patogénov metódou solvent – detergent a je pomerne rezistentný aj na inaktiváciu tepelnými metódami. Z uvedených dôvodov sa diskutuje o zavedení molekulárno biologických testov ako účinnej prevencii infekcie krvnými derivátmi.

Vírus horúčky západného Nílu (WNV) predstavuje nové infekčné riziko hemoterapie. Boli dokázané prenosy transfúziami, ktoré boli v niekoľkých prípadoch príčinou smrti príjemcu transfúzie.

V ceste transfúznej služby stále pribúdajú nové výzvy v podobe vírusov, ktoré môžu zmeniť celkový pohľad na rutinné vyšetrenie (napr. SARS, Dengue vírus, Chikungunya vírus).

Bakteriálne infekcie

Riziko bakteriálnej kontaminácie transfúzných liekov je najdlhšie známym rizikom hemoterapie. Jeho mieru možno významne znížiť zvolenými postupmi pri posudzovaní spôsobilosti darcov krvi k odberu alebo zvolenými spôsobmi spracovania transfúzných liekov. Najvyššie riziko bakteriálnej kontaminácie vykazujú tradične trombocytové prípravky skladované pri $+ 22^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$, u ktorých je incidencia infekcie 1: 2000-4200 podaných prípravkov. Incidencia bakteriálnej kontaminácie erytrocytových transfúzných liekov skladovaných pri teplote $+ 4^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$ je omnoho nižšia - približne 1: 500 000 až 1: 1 000 000.

Z baktérií izolovaných v transfúzných liekoch sú najčastejšie zastúpené *Stafylococcus epidermidis*, *Stafylococcus* koaguláza negatívne, *Stafylococcus aureus*, *Streptococcus*, *Escherichia coli*, *Enterobacteria*, *Bacillus* (v trombocytových transfúzných liekoch) a *Yersinia*

enterocolitica a/alebo *Pseudomonas aeruginosa* (v erytrocytových liekoch). Na bakteriálnej kontaminácii odberových setov sa najčastejšie podieľa *Serratia marcescens*.

Najdlhšie známe riziko hemoterapie predstavuje *syphilis*, respektíve jeho pôvodca *Treponema pallidum*. Jeho význam a incidencia kontaminácie je však vďaka metódam skladovania a vyšetovania darcov výrazne minimalizovaný.

Klinické podozrenie: teplota > 39°C alebo zmeny telesnej teploty o > 2°C pred transfúziou, tachykardia > 120/min alebo zvýšenie o > 40 tepov/min alebo zmena (zvýšenie alebo zníženie) systolického TK do 4 hod. po transfúzii.

Pravdepodobná bakteriálna infekcia: dôkaz agens len v transfúznom prípravku alebo pozitívna hemokultúra u príjemcu bez nálezu infekčného agens v transfúznom prípravku – ak je časová súvislosť s transfúziou, a nie je iný dôvod pre pozitívnu hemokultúru.

Dôkaz: detekcia rovnakého antigénu u príjemcu aj v transfúznom prípravku.

Parazitárne infekcie

V endemických oblastiach predstavuje hlavne *malária* závažný transfúziologický problém. *Chagasova choroba* zvyšuje riziko hemoterapie v Latinskej Amerike a *babesióza* v USA.

Dôkaz: Detekcia rovnakého agensu zisteného u príjemcu a v transfúznom prípravku.

Riziko prenosu priónov

V súčasnosti je predmetom rozsiahlej diskusie riziko prenosu *Creutzfeldt-Jakobovej choroby (CJD)* a *transmisívnej spongiformnej encefalopatie (TSE)*. Prenos priónov transfúznymi prípravkami nebol jednoznačne dokázaný. Napriek tomu sa zníženiu prípadného rizika hemoterapie venuje v mnohých krajinách sveta mimoriadna pozornosť. Zároveň sú z darcovstva vyradené osoby, ktoré žili v Anglicku v období „epidémie“ variantnej formy CJD, a tak boli vystavené možnosti perorálnej expozície agens, *spôsobujúceho bovinnú spongiformnú encefalopatiu (BSE)*.

(Tesařová, 2005, Fehervizyová, 2002, Procházková, 2005, Strober, 2007, Dodd, 2008, Nielsen, 2006, Eckert, 2006, Zeller, 2006, Kubešová, 2005, Zákoucká, 2008, Bucová, 2006, Lasota, 2006)

Imúnne komplikácie transfúzie.

Hemolytická potransfúzna reakcia (HTR)

HTR možno klasifikovať podľa rýchlosti nástupu na akútnu (včasnú), ktorá sa objavuje do 24 hodín od začiatku podania transfúzie a neskorú, ktorá sa objavuje obyčajne 5 až 7 dní po transfúzii. Podľa prevládajúceho miesta deštrukcie rozlišujeme HTR intravaskulárnu, ktorá je charakterizovaná veľkou hemoglobínúriou a hemoglobinémiou a HTR extravaskulárnu, ktorá je charakterizovaná poklesom hemoglobínu.

Patofyziológia: protilátky sa viažu na erytrocytové antigény, môžu viesť k čiastočnej alebo úplnej aktivácii komplementu, čo vedie k lýze bunky. Senzibilizované erytrocyty interagujú s

aktivovanými fagocytmi a dochádza k produkcii mediátorov zápalu. Priebeh reakcie závisí na triede a podtriede protilátky a schopnosti aktivovať komplement.

Akútna HTR vzniká najčastejšia po podaní AB0 – inkompatibilnej transfúzie s incidenciou približne 1:30 000 transfundovaných jednotiek. Ide o masívny intravaskulárny rozpad erytrocytov s eleváciou zápalových cytokínov.

Neskorá HTR vzniká obvykle ako dôsledok sekundárnej imunitnej odpovede po opakovanom podaní erytrocytov s príslušným antigénom príjemcovi, ktorý bol primárne imunizovaný tehotenstvom, eventuálne predchádzajúcou transfúziou. Príčinou je prítomnosť nepravidelných antierytrocytových protilátok v obehú príjemcu, predovšetkým proti antigénom v systéme Kell (K), Rh (E,C,c), Duffy (Fy), Kidd (Jk). Tieto protilátky spôsobia extravaskulárnu deštrukciu transfundovaných erytrocytov, v ťažkých prípadoch aj intravaskulárnu hemolýzu.

Príznaky: teplota, ďalšie príznaky (triaška, dušnosť, hypotenzia, tachykardia, bolesti chrbta, brucha, začervenanie, úzkosť, neklud, nauzea, zvracanie atď.)

Diagnóza: zníženie hladiny hemoglobínu, zvýšenie LDH a/alebo bilirubínu, pozitívny priamy antiglobulínový test (PAT), pozitívny test kompatibility (Lasota, 2006, Kubešová, 2005, Strobel, 2008, Procházková, 2005).

Febrilná nehemolytická potransfúzna reakcia (FNHTR)

FNHTR je definovaná ako transfúziou vyvolaný vzostup telesnej teploty aspoň o 1°C bez príznaku hemolýzy. Ide o najčastejšie sa vyskytujúcu reakciu objavujúcu sa pri transfúzii erytrocytov (cca 0.5% prevodov), plazmy alebo trombocytov (4 až 30 % prevodov)

Patogenéza FNHTR po podaní erytrocytových transfúzných prípravkoch závisí na množstve transfundovaných erytrocytov vo vzťahu k titru antileukocytových protilátok, HLA protilátok a antigranulocytových protilátok. FNHTR po podaní trombocytových transfúzných prípravkov je spôsobená predovšetkým prítomnosťou pyrogénnych cytokínov IL-1, IL-6, IL-8 a TNF z rozpadu leukocytov prítomných v transfúznom prípravku ako dôsledok komplexu antigén – protilátka a naviazaním komplementu.

Príznaky: zvýšenie telesnej teploty o $\geq 1^\circ\text{C}$ a/alebo triaška, zimnica, nauzea aj v priebehu transfúzie alebo do 4 hodín po transfúzii bez zjavného dôvodu (Kubešová, 2005, Lasota, 2006, Mueller, 2008, Procházková, 2005)

Akútne poškodenie pľúc spôsobené transfúziou – TRALI (transfusion related acute lung injury)

TRALI je život ohrozujúca, akútne prebiehajúca reakcia, ktorá sa klinicky prejavuje ťažkou dušnosťou nastupujúcou v priebehu 6 hodín od začiatku transfúzie, ťažkým obojstranným edémom pľúc, ťažkou hypoxiou a teplotou. Typický je rtg nález na pľúcach.

Príčinou vzniku sú protilátky proti HLA a/alebo špecifickým granulocytovým antigénom. Protilátky reagujú s leukocytmi pacienta, dochádza k pľúcnej hemostáze, tvorbe imunokomplexov, čo vedie k poškodeniu ciev a pľúcnych kapilár, k vyplaveniu proteolytických enzýmov a toxických látok z granulocytov.

Dôkaz: pozitívne antigranulocytárne protilátky a pozitivita granulocytového „cross-match“. (Kubešová, 2005, Holomáňová, 2005, Procházková, 2005, Hecker, 2008)

Transfúziou indikované reakcie štepu proti hostiteľovi (TI-GvHR)

Tento syndróm vzniká pri prevode variabilných alogénnych T lymfocytov, ktoré sú prítomné v transfúzných prípravkoch. V patogenéze TA-GvHD je dôležitá zhoda v HLA haplotype medzi príjemcom a darcom a T lymfocyty nie sú rozpoznané ako cudzie.

Príznaky: teplota, kožné lézie (erytém, exantém), pečeňová dysfunkcia, hnačka, cytopénia v priebehu 1-6 týždňov po transfúzii bez inej príčiny.

Dôkaz: biopsia typická pre GVHD a identita chimérizmu lymfocytov príjemcu s lymfocytmi darcu. (Bucová, 2006, Kubešová, 2005, Mueller, 2008, Procházková, 2005).

Alergické reakcie

Alergická reakcia je spôsobená deficienciou príjemcu v niektorej bielkovine alebo v zložke plazmy a má proti tejto bielkovine alebo zložke vytvorenú protilátku.

Príznaky: jeden alebo viac príznakov (erytém, dušnosť, stridor, edém, cyanóza, generalizovaný pruritus, koprivka) v priebehu transfúzie alebo do 24 hodín po nej bez hypotenzie.

Anafylaktická reakcia, anafylaktický šok

Anafylaktický šok je zvláštnym typom alergickej reakcie. Vyskytuje sa zhruba s frekvenciou 1: 50 000 bežných transfúzií. Vzniká u pacientov s deficitom IgA a s protilátkami anti-IgA. Po podaní bežného transfúzneho prípravku sa pacientovi začnú tvoriť IgG/IgA-imunokomplexy, dôjde k aktivácii komplementu. Vzniknuté anafylatoxíny sa viažu na receptory žírnych buniek, dôjde k ich degranulácii a k spusteniu anafylaktickej reakcie.

Príznaky: hypotenzia (pokles systolického krvného tlaku o 30 mmHg) s jedným alebo viacerými príznakmi (erytém, dyspnoe, stridor, angioedém, generalizovaný pruritus, koprivka) v priebehu transfúzie alebo do 24 hodín.

Anafylaktický šok: hypotenzia so stratou vedomia v priebehu transfúzie bez nálezu inej príčiny (Kubešová, 2005, Procházková, 2005, Holomáňová, 2005).

Potransfúzna trombocytopenická purpura

Potransfúzna purpura je akútna ťažká trombocytopénia, ktorá sa môže objaviť zhruba za 7 až 12 dní po transfúzii. vyskytuje sa s frekvenciou zhruba 1: 200 000 transfúzií. Postihnuté sú obyčajne ženy bez antigénu HPA-A₁, ktoré si vytvorili protilátku anti - HPA-A₁ v súvislosti s tehotenstvom. Pri reakcii protilátky s antigénom dôjde k tvorbe imunokomplexov, ktoré reagujú s vlastnými doštičkami s následným dramatickým znížením ich počtu.

Príznaky: purpura a trombocytopénia.

Dôkaz: detekcia špecifických antitrombocytových protilátok (obyčajne anti HPA-1a) v krvi príjemcu a pozitívny trombocytový „cross-match“.

Aloimunizácia proti antigénom krvných buniek alebo plazmatických bielkovín

Tvorba aloprotilátok proti erytrocytom, HLA, HPA a HNA – antigénom.

Transfúziou indikovaná AIHA

Príznaky: hemolýze podobné príznaky (tachykardia, hyperventilácia atď.) v časovej súvislosti s transfúziou.

Dôkaz: zníženie koncentrácie hemoglobínu a pozitívny priamy antiglobulínový test (PAT), v eluáte nález antierytrocytových protilátok, ktoré v krvi príjemcu neboli prítomné pred transfúziou.

Kardiovaskulárne a metabolické komplikácie transfúzie.

Pokiaľ dôjde k prevodu väčšieho množstva transfúzných jednotiek (uvádza sa náhrada 1,5 až 2,5 násobku objemu cirkulujúcej krvi - cca 70 ml/kg u dospelých v priebehu 24 hod. alebo polovice tohto objemu v priebehu 2 hodín) môžu sa prejaviť niektoré z týchto účinkov:

Obehové preťaženie

Obehové preťaženie sa objavuje pri chronických anemických pacientov s kompenzačne zvýšeným srdcovým výdajom alebo u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením (napr. ICHS, srdcové zlyhanie) pri rýchlej aplikácii plazmy alebo erytrocytových transfúzných prípravkov v dôsledku malttolerancie zvýšeného intravaskulárneho objemu.

Príznaky: dušnosť, tachykardia a zvýšenie krvného tlaku v priebehu 12 hodín v súvislosti s transfúziou.

Dôkaz: RTG dôkaz typických známkov pľúcneho edému

Poruchy transportu kyslíka

- rozvoj metabolickej acidózy, MODS (multiorgan dysfunction syndrome), ARDS, DIC (v dôsledku tvorby mikroagregátov, defektná funkcia transfundovaných erytrocytov).

Hemostatické zlyhanie

(v dôsledku dilúcie, konzumpcie koagulačných faktorov a inhibítorov koagulácie, zníženie produkcie koagulačných faktorov) - progresia krvácania, DIC.

Elektrolytové a metabolické zmeny

- predovšetkým hyperkaliémia, hypernatriémia, hypokalcémia a metabolická alkalóza v dôsledku citrátovej toxicity (pri vyššej rýchlosti transfúzie je citrát v pečeni metabolizovaný na bikarbonát), hypotermia.

Vazoaktívna reakcia

- v dôsledku aktivácie kinínov z poškodených trombocytov a granulocytov.

Hypotermia

Príznaky: zníženie telesnej teploty po transfúzii s následkom dušnosti, hypotenzie a/alebo srdcovej dysfunkcie.

Hyperkaliémia

Príznaky: abnormálne zvýšenie hladiny draslíka po transfúzii s následkom srdcovej arytmie a/alebo dysfunkcie.

Hypokalcémia

Príznaky: abnormálne zníženie vápnika po transfúzii spojené s karpopediálnymi spazmami a/alebo srdcovou arytmiou a/alebo dysfunkciou.

Potransfúzna hemosideróza

Príznaky: preťaženie železom s nálezom chronických transfúzií vedúcich k poškodeniu srdca a pľúc a/alebo endokrinných žliaz. (Každá TU erytrocytov obsahuje cca 250 mg Fe, zatiaľ čo denná exkrécia Fe v neprítomnosti krvácania je len 1 mg Fe).

Hypotenzia

Príznaky: Zníženie systolického tlaku krvi o ≥ 30 mmHg v priebehu transfúzie alebo do 4 hodín po nej bez inej príčiny.

Hypertenzia

Príznaky: zvýšenie systolického krvného tlaku o ≥ 30 mmHg v priebehu transfúzie alebo do 4 hodín po nej bez inej príčiny.

(Tesařová, 2005, Procházková, 2005, Fehervíziová, 2002, Strober, 2007, Nielsen, 2006, Eckert, 2006, Zeiler, 2006, Kubešová, 2005, Lasota, 2006)

Doteraz neznáme komplikácie transfúzie.

Výskyt vedľajších účinkov alebo reakcií v časovej spojitosti s transfúziou, ktoré nemožno priradiť k vyššie definovaným komplikáciám a nie je prítomný iný rizikový faktor ako transfúzia.

Záver.

Cieľom hemoterapie je dosiahnutie maximálneho liečebného efektu pri minimálnej miere rizík súvisiacich s podaním transfúzie. Vzhľadom k rozsahu a intenzite komplikácií je každá transfúzia krvi jedinečná a vyžaduje si adekvátnu pozornosť príslušného personálu. V prípade potransfúznej reakcie je vždy potrebné ju doriešiť v súlade s príslušnou legislatívou.

Na druhej strane je úlohou národných transfúzných služieb, eventuálne Európskej únie legislatívne sa podieľať na riadení procesov spojených s transfúznou službou s cieľom znižovať mieru rizík hemoterapie, a tým prispievať ku skvalitneniu liečby transfúznymi prípravkami.

Zoznam bibliografických odkazov.

1. BUCOVÁ, M., MITRÍK, M.: Transfúziou navodená imunomodulácia a infekčné komplikácie. *Vnitřní lékařství*. 2006, 52, No. 11, s. 1085- 1092.
2. DODD, R.Y.: Emerging transfusion transmitted infections: species barriers and the risk for transfusion medicine. XXXth International Congress of the ISBT, Macao, SAR, China, June 7-12, 2008, *Vox Sang*, 2008, Vo 3, No 1, p. 71-76.

3. ĎURIŠ, I., HULÍN, I., BERNADIČ, M. at al.: Princípy internej medicíny. Kapitola 8. Hematológia. Bratislava, Slovak Academic Press (SAP), s.r.o., 2001, s. 1634-1835, ISBN 80-88908-69-8.
4. ECKERT, V., STRUFF, G. W.: Hepetitis B: Where are we today? *Transfus Med Hemother*, 2006, 33, p. 441-452.
5. FEHÉRVÍZYOVÁ, E.: Infekčné riziká transfúzie. XIII. český a slovenský hematologický transfuziologický kongres s medzinárodnou účasťou. Praha, 2002, *Transfuzie a hematologie dnes*. 2002, 8, No. 4, s. 129-136.
6. HECKER, M., WALMRATH, H.D., SEEGER, W., MAYER, K.: Clinical aspects of acute lung insufficiency (ALI/TRALI). *Transfus Med Hemother*, 2008, 35, p. 80-88.
7. HOLOMÁŇOVÁ, D.: Imunologické komplikácie hemoterapie. XIV. Slovensko-Český hematologický a transfuziologický zjazd s medzinárodnou účasťou, Štrbské pleso, Vysoké Tatry, 29.9.-2.10.2005, . *Transfuzie a hematologie dnes*. 2005, 11, Suppl. 2, s. 74-77.
8. KUBEŠOVÁ, B., TESAŘOVÁ, E.: Potranfúzne reakcie. *Vnitřní lékařství*. 2005, 51, No. 7-8, s. 905-908.
9. LASOTA, Z., GLUMELC, J., JANEK, D., KRÁLOVÁ, S., KLODOVÁ, D., ET AL.: Substituční hemoterapie. Doporučení pro klinickou praxi v zařízeních EUROMEDNET. [online]. Vydáno 2.května 2006. s.1-28. [cit. 2009-11-19]. Dostupné z: <http://www.onkologickecentrum.cz/downloads/prirucky/Guideline-hemoterapie-EMN-V06.pdf>
10. MUELLER, M. M., HENSCHLER, R., SEIFRIRD, E.: Clinical impact of leucocyte depletion – what is the evidence? XXXth International Congress of the ISBT, Macao, SAR, China, June 7-12, 2008, *Vox Sang*, 2008, Vo 3, No 1, p. 85-90.
11. NIELSEN, H. J.: Transfusion-associated immunomodulation: Experimental fact and clinical reality – new perspectives. *Transfus Med Hemother*, 2006, 33, p. 324-329.
12. PROCHÁZKOVÁ, R.: Hemovigilance. *Vnitřní lékařství*. 2005, 51, No. 7-8, s. 913-917.
13. STROBEL, E.: Hemolytic transfusion reactions. *Transfus Med Hemother*, 2008, 35, p. 346-353.
14. STROBEL, E., GLEICH, P.: Monitoring of bacterial contaminations in clinical transfusion medicine. *Transfus Med Hemother*, 2007, 34, p. 362-366.
15. TESAŘOVÁ, E., FABIÁNOVÁ, D., PEJCHALOVÁ, A., KUBEŠOVÁ, B.: Hemoterapie a její bezpečnost. *Vnitřní lékařství*. 2005, 51, No. 7-8, s. 900-904.
16. ZÁKOUČKÁ, H.: Praktické aspekty diagnostiky syfylytidy. XXII. Olomoucké hematologické dny s mezinárodní účastí, Olomouc, 28.-30.5.2008 - abstrakta. *Vnitřní lékařství*. 2008, 54, No. 5, P53-54.
17. ZEILER, T., KARGER, R., SLONKA, J., RADSAK, K., KRETSCHMER, V.: Introducing Anti-HBc screening in Germany – possible implications for the blood donation service. *Transfus Med Hemother*, 2006, 33, p. 453-458.
18. VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY č. 333/2005 Z.z. zo 6.júla 2005 o požiadavkách na správnu prax prípravy transfúzných liekov, s. 3389-3408.

19. VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY č. 487/2006 Z.z. zo 26.júla 2006 o požiadavkách na sledovanie krvi, zložiek z krvi a transfúzných liekov, na formu a spôsob oznamovania závažných nežiaducich reakcií a závažných nežiaducich udalostí a na vyhodnocovanie ich príčin a na normy a špecifikácie súvisiace so systémom kvality v transfúziologických zariadení, s. 3949-3962.
20. VYŠEŘOVÁNÍ ZNÁMEK INFEKCE U DÁRCU KRVE A KREVNÍCH SLOŽEK. Doporučení Společnosti pro transfuzní léksřství ČLS JEP č. STL 2009-05 ze dne 15.5.2009, *Transfuze a hematologie dnes*. 2009, 15, No. 2, s. 1-17.

MUDr. Jaromír Tupý
ÚVN Ružomberok, FZ KU Ružomberok
ul. gen. M. Vesela 21
03401 Ružomberok
e-mail:tupyj@uvn.sk

SPELEOTERAPIA NA SLOVENSKU

Hudáková Zuzana, Halečková Danka

FZ KU v Ružomberku Sanatórium Tatranská Kotlina n.o.

Abstrakt

Speleoterapia predstavuje liečebnú metódu, ktorá využíva priaznivý vplyv prostredia jaskýň, rudných štôl a soľných baní na zdravotný stav ľudí trpiacich predovšetkým ochoreniami dýchacieho systému. Táto liečebná metóda je rozšírená v mnohých krajinách Európy a má svoje indikácie ako aj kontraindikácie, ktoré určuje lekár, aby nedošlo k ohrozeniu zdravotného stavu. Tvorí neoddeliteľnú súčasť komplexného manažmentu napríklad u pacientov s prieduškovou astmou. Na rozdiel od iných spôsobov klimatoterapie sa pri tomto spôsobe využívajú mikroklimatické podmienky, ktoré sa vyskytujú v jaskyni. Z biologického hľadiska významnú úlohu pri prehľbovaní dýchania zohráva vysoká relatívna vlhkosť a stála, nízka teplota vzduchu.

Kľúčové slová: Speleoterapia. Respiračné choroby. Klimatická liečba. Jaskyňa.

Abstract

Speleotherapy a therapeutic method that uses positive environmental impact of the caves, ore and table salt domes on the health condition of people suffering from particular diseases of the respiratory system. This treatment method is widespread in many countries in Europe and has its indications and contraindications, the physician determines that there is no threat to health. It forms an integral part of the comprehensive management of such patients with bronchial asthma. Unlike other modes of climatic when using this method of microclimate conditions that occur in the cave. From a biological point of view an important role in deepening depression has a high relative humidity and constant, low temperature.

Keywords: Speleotherapy. Respiratory disease. Climate therapy. Cave.

Vlastný text

Speleoterapia je klimatická liečba využívajúca mikroklímu jaskyne. Na rozdiel od iných spôsobov klimatoterapie sa pri tomto spôsobe využívajú mikroklimatické podmienky, ktoré sa vyskytujú v jaskyni. Tieto podmienky sú pre každú jaskyňu špecifické, teda nejestvujú dve jaskyne s rovnakými mikroklimatickými podmienkami. Mikroklímy jednotlivých jaskýň sa líšia najmä svojou teplotou, vlhkosťou, prúdením vzduchu, ionizáciou, obsahom látok v jaskynnom aerosóle s výskytom organických látok a alergénov (Zvonár, 2005, s. 174).

História speleoterapie. Niektoré podzemné priestory sa vyznačujú takými fyzikálno-chemickými vlastnosťami, ktorých časť, alebo súhrn pôsobí liečebne na niektoré choroby ľudského organizmu. Takéto pôsobenie najprv konštatovali laici na základe skúseností. Vedecký výskum a analýza liečebných faktorov objasnili potom aj ich konkrétne medicínske účinky. Do skupiny klimaticko-liečebných jaskýň patria tie jaskyne, ktorých prvky speleomikroklímy a chemizmu ovzdušia pôsobia liečebne na niektoré špecifikované choroby dýchacích ciest. Podľa medicínskej špecifikácie liečia v týchto jaskynných priestoroch najmä

obštrukčnú chronickú bronchitídu a niektoré formy bronchiálnej astmy (Jakál a kol., 1982, s. 250).

Blahodarný vplyv jaskynného ovzdušia na ochorenia dýchacích orgánov poznali už starí Rimania. Zo záznamov „medikusov“ z 15. storočia sa dozvedáme, že baníci trpiaci záduchom udávali zlepšenie dýchania v soľných baniach Wieliczky, dokonca i v baniach na striebro v Oberzeiringu v Rakúsku. Empirické začiatky speleoterapie ako ľudovej medicíny pochádzajú z Horného Uhorska, teda Slovenska – územia s mimoriadne veľkým počtom krasových jaskýň. Od polovice 20. storočia sa výskumu ovzdušia v jaskyniach venuje čoraz väčšia pozornosť. Sú známe jeho priaznivé účinky na chronické a alergické ochorenia dýchacích orgánov. Rodí sa nová efektívna liečebná metóda týchto ochorení – speleoterapia. Moderná speleoterapia sa začala najskôr formovať v Nemecku v 50-tych rokoch minulého storočia. Stavala na poznatkoch z pobytu chorých ľudí v jaskyniach počas druhej svetovej vojny. Práve jedna z najlepšie preskúmaných - Jaskyňa Klutert a prof. Dr. Spannagel priniesli základné exaktné poznatky a štúdie o účinkoch speleoterapie na prieduškovú astmu dospelých a detí.

Speleoterapia na Slovensku.

V podmienkach Slovenska sa na speleoterapiu využívajú prírodné krasové jaskyne. Podmienkou a zárukou úspešnosti liečby v jaskyniach je speleo-aerosól – ovzdušie s jemno dispergovanými zložkami tuhého a kvapalného skupenstva. Navyše, špecifická mikroklima jaskýň je málo ovplyvniteľná a v prípade zmien sa rýchlo regeneruje a vracia do pôvodného stavu. Jaskynné aerosóly majú vzhľadom na zloženie disperzného skupenstva veľmi priaznivé účinky na dýchacie orgány, ale aj na povrchové časti tela. Obsahujú vysoký podiel kvapalného skupenstva, v ktorom sa v podobe rozpustných solí nachádzajú niektoré prvky. Sú to prevažne kalcium, magnézium, železo, menej mangán a niekedy aj kálium a natrium. Takéto zloženie spôsobuje vysokú alkalitu prostredia. Obsah kalcia a magnézia v aerosóloch je v porovnaní s ostatnými prvkami z hľadiska speleoterapie veľmi dôležitý. Každá jaskyňa má svoje špecifiká a uchováva si ich zastúpenie v určitom pomere. Zaujímavou a nie zanedbateľnou zložkou jaskynného aerosólu sú aj prijateľné hladiny rozpadových produktov radónu. Pri porovnaní nameraných hodnôt sledovaných prvkov z tuhého skupenstva jaskynného aerosólu s platnými hygienickými normami zisťujeme, že sú oveľa nižšie a teda jaskynné prostredie je prakticky bezprašné a sterilné. To znamená bez choroboplodných zárodkov, prachu, peľu a iných alergénov.

Na úpätí Belianskych Tatier sa nachádza Belianska jaskyňa, jediná sprístupnená na území Tatranského národného parku. V nej sa od roku 1991 realizujú speleoklimatické pobyty, na základe dohody medzi Správou slovenských jaskýň a Sanatóriom Tatranská Kotlina n.o. V Národnom parku Nízke Tatry sa na speleoklimatické pobyty využívajú dve jaskyne: Bystrianska a Demänovská jaskyňa Slobody (Lucinkiewicz, 1997, s. 18). Od roku 1995 doteraz na klimatické pobyty slúžia vyčlenené priestory Jasovskej jaskyne v Slovenskom krase (Juhász, Kimáková, Bernasovská, 2006, s. 1-2).

Prehľad klimatických pomerov niektorých jaskýň

Belianska jaskyňa. Celoročná priemerná teplota v jaskyni je 5-6 °C, relatívna vlhkosť vzduchu dosahuje 97 %. Pacienti absolvujú 45-minútové dychové cvičenie v Belianskej jaskyni pod vedením fyzioterapeuta štyrikrát v týždni (utorok až piatok). Procedúru ordinuje lekár pri vstupnom vyšetrení pacienta

Jasovská jaskyňa. Od roku 1995 sa v jaskyni vykonávajú speleoklimatické pobyty. Relatívna vlhkosť jaskyne sa pohybuje okolo 98 %, teplota vzduchu v jaskyni je 8 °C. Čistý vzduch je ideálny na liečenie rôznych alergií a prieduškovvej astmy, hlavne u detí.

Bystrianska jaskyňa. Teplota vzduchu v jaskyni je 5,7-7,2 °C, relatívna vlhkosť 92-98 % a detská speleoterapia sa v nej praktizuje už od roku 1972. Pacient môže absolvovať ambulantný pobyt so zabezpečením komplexnej starostlivosti aj pri neočakávanom ochorení. Ubytovanie so stravovaním je možné si zabezpečiť v hoteli alebo penzióne. Číslo hovoria, že pokiaľ ste boli zhruba 6 a viackrát chorí rok pred absolvovaním dvojtýždňovej liečby, tak s 95-percentnou pravdepodobnosťou ďalší rok ochoriete len 1,4-krát. Je preukázané, že po desiatich rokoch zostane u alergológa sledovaných len 23 % pacientov. Pritom sa hovorí, že alergik zostane v 80-tich percentách alergikom na celý život (Dluholucký, 2008, s. 116-119).

Účinky speleoterapie na kvalitu života detí s respiračnými ochoreniami

Slovensko bolo jednou z krajín, kde sa začal komplexný medicínsky a geofyzikálny výskum jaskýň (Koperová, 2000, s. 3). Jaskyňa Bystrá vzbudila veľký záujem nielen u speleológov, ale aj u lekárov. Na svetovom pediatrickom kongrese v Jeruzaleme prezentovali Prof. MUDr. Svetozár Dluholucký, CSc. a alergologička MUDr. Viera Rajčanová na posteroch výsledky speleoterapie ako liečebnej metódy chronických a alergických ochorení dýchacích ciest (Luptáková, 1997, s. 38).

Ekonomická analýza nákladov na lieky a hospitalizáciu u 65 detí s diagnózami Asthma bronchiale (36 detí), Obštrukčná bronchitída (14 detí) a iné choroby dýchacích ciest (15 detí), ktoré v roku 1998 absolvovali turnus speleoterapie v Bystrianskej jaskyni, jednoznačne dokázala pozitívne výsledky. Zdravotná poisťovňa hodnotila celkové náklady na lieky a hospitalizáciu u uvedených detí za kalendárny rok pred speleoterapiou (1997) a rok po speleoterapii (1999). Výsledky preukázali signifikantný pokles počtu dní hospitalizácie a nákladov na hospitalizáciu u všetkých troch skupín diagnóz. Speleoterapia v liečbe alergických a iných respiračných ochorení u detí má nielen zdravotný, ale aj zodpovedajúci ekonomický efekt (Dluholucký, et. al., 2003, s. 351).

Na Slovensku žije vyše 180-tisíc pacientov s diagnózou alergie, astmy či chronického zápalového ochorenia dolných dýchacích ciest. Vo všeobecnosti platí, že 80 % astmatických a alergických detí aj v dospelosti naďalej trpí týmito ochoreniami. Po desiatich rokoch z detí, ktoré jedenkrát absolvovali jaskynnú liečbu, je to už iba 24 % (Dluholucký, 2008, s. 118). Speleoterapia je inhalačná liečba a jaskyňa je prirodzené inhalatórium s protizápalovým účinkom na sliznice dýchacích ciest. Je to istá forma otužovania, zvyšujúca odolnosť voči nachladeniu. Pacienti sú po speleoterapii menej náchylní na infekcie, ich chorobnosť sa znižuje a výrazne klesá spotreba antibiotík. Speleoterapia pomohla už tisíckam najmä detských pacientov s chronickými a alergickými ochoreniami dýchacích orgánov.

Vo svete sa jaskynná liečba využíva v podstatne širšom rozsahu. Krasové jaskyne, ktoré sú u nás dominantné, sú najoptimálnejším variantom na choroby dýchacích orgánov a astmu. Najväčšou nevýhodou speleoterapie je predovšetkým jej dostupnosť, čiže obmedzený počet vhodných jaskýň či baní. S tým je spojená nutnosť cestovania, aklimatizácia pacientov prichádzajúcich z iných klimatických oblastí a ubytovania v blízkosti jaskýň. Liečba sa obvykle uskutočňuje v sanatóriách. Speleoterapia si vyžaduje pacientov čas a zanedbateľné nie sú ani finančné náklady. Podľa Dluholuckého (2008) je ideálna doba pobytu v jaskyni je minimálne 14 dní po 2 hodinách denne. Ak pacient strávi v podzemí 28-32 hodín, dosiahne sa požadovaný efekt. Kratšie pobyty majú len čiastočný účinok. Na druhej strane sa považuje za zbytočné predlžovať speleoterapeutický pobyt nad uvedenú dobu, pretože predlžovanie pobytu výrazne nezvyšuje efekt liečby.

Speleoterapia v Belianskej jaskyni sa začala od roku 1991. Vhodnosť Belianskej jaskyne na speleoterapiu potvrdila expertízna správa vypracovaná RNDr. Bobrom z Ústavu geotechniky Slovenskej akadémie vied. Z nameraných parametrov charakterizujúcich vhodnosť jaskynného prostredia Belianskej jaskyne je potrebné zdôrazniť, že priemerná teplota v jaskyni je 5-6 °C, relatívna vlhkosť vzduchu dosahuje 97 %, žiadne peľové zrná, veľmi čisté prostredie – nameraná prašnosť 15-20 $\mu\text{g}\cdot\text{m}^{-3}$. Veľkosť častíc je približne stabilná 0,8-0,9 μm a respirabilný podiel okolo 20 %, organický podiel 0,46 %, má vysoký obsah vápnika, horčíka, sterilné, nehybné prostredie, bez alergénov vonkajšieho prostredia (Historické materiály Sanatória Tatranská Kotlina n.o., 2003). Dychové cvičenia v Belianskej jaskyni sú indikované najmä pacientom s bronchiálnou astmou a zmiešanou astmou (priedušková astma, alergická nádcha a obštrukčná chronická bronchitída). Pri týchto diagnózach je najvýraznejší pozitívny efekt. Pre pacientov s peľovou alergiou je pobyt v jaskyni v peľovej sezóne azylom a jediným miestom, kde sú bez nepríjemných prejavov alergie.

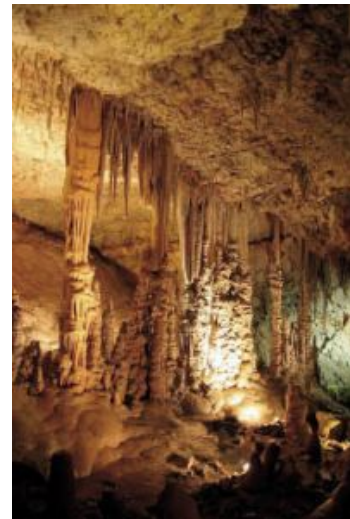
V roku 2007 sa uskutočnilo 2440 vstupov pacientov sanatória do Belianskej jaskyne. Najväčšia návštevnosť býva v jarných a letných mesiacoch. Je ovplyvnená nielen kumuláciou polinotikov (pacienti s alergickou nádchou) v tomto období, ale aj tým, že pacienti sú schopní zvládnuť výstup ku Belianskej jaskyni. (Historické materiály Sanatória Tatranská Kotlina n.o., 2008).

Záver

Speleoterapia pomohla už tisíckam pacientov s chronickými opakovanými a alergickými ochoreniami dýchacích orgánov. Dnes už exaktne dokázané výsledky stále ťažko prenikajú do povedomia našich praktických lekárov, pretože predpísať recept a užívať liek je často jednoduchšie. Vo svete sa však jaskynná liečba využíva v podstatne širšom rozsahu. Využíva sa aj pri iných ako respiračných ochoreniach, napr. na liečbu obezity a porúch látkovej výmeny sa využíva horúca jaskyňa Grota Giusti pri Montecatini Terme v Taliansku, reumatické kĺbové ochorenia sa liečia zasa v „horúcej“ a radónovej bani kúpeľov Bad Gastein v Rakúsku. Krasové jaskyne – ktoré sú u nás dominantné – sú najoptimálnejšou variantom na choroby dýchacích orgánov a astmu. Medzi nevýhody speleoterapie môžeme rátať predovšetkým jej dostupnosť, čiže obmedzený počet vhodných jaskýň alebo baní.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BENEDIKT, R., 2005. *Speleoterapia včera a dnes*. In: *Klinická imunológia a alergológia*, 2005, zv. 15, č. 3, s. 5. ISSN 1335-0013.
2. DLUHOLUCKÝ, S., et al. 2003. Efektivita speleoterapie u vybraných respiračných alergických ochorení detí hodnotená analýzou nákladov zdravotnej poisťovne. In: *Česko-slovenská pediatrie*, 2003, roč. 58, č. 6, s. 351. ISSN 0069-2328.
3. DLUHOLUCKÝ, S. 2008. *Speleoterapia*. In: *Bedeker zdravia*, 2008, ročník IV, číslo 4, s. 116-119. ISSN 1337-2734.
4. FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2001. *Ošetrovateľstvo-teória*. Martin: Osveta, 2001, 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
5. HISTÓRIA SANATÓRIA TATRANSKÁ KOTLINA, n. o., 2003. *Archívne materiály Sanatória Tatranská Kotlina n. o., 2003*. Interné materiály
6. HISTÓRIA SANATÓRIA TATRANSKÁ KOTLINA, n. o., 2008. *Archívne materiály Sanatória Tatranská Kotlina n. o., 2008*. Interné materiály
7. KOPEROVÁ, E. 2000. *Blahodárne účinky jaskýň*. In: *Pravda*. Roč. 10, č. 231, 7.10.2000, s. 3.
8. LUPTÁKOVÁ, V., 1997. *Liečebňa v podzemnej ríši*. In: *Slovensko*, 1997, roč. 21, č. 4, s. 38. ISSN 0231-7303.
9. SPELEOTERAPIA. [online]. 20. august 2009. [citované 2008-12-03]. Dostupné na internete: <http://www.santk.sk/page/speleo.html>
10. ZVONÁR, J. a kol. 2005. *Termoterapia, hydroterapia, balneoterapia a klimatoterapia*. Martin: Osveta, 2005, 191 s. ISBN 80-8063-175-1.



Vid speleoterapia medzi dokumentmi – odkaz na obr.

Kontaktná adresa:

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

zuzana.hudakova@ku.sk

NIEKTORÉ ETICKÉ PROBLÉMY V STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV S CIRHÓZOU PEČENE

Kuriplachová Gabriela ¹, Kaščáková Mária ²

¹Fakulta zdravotníctva, Prešovská Univerzita v Prešove

²Fakulta zdravotníctva, Prešovská Univerzita v Prešove

Abstrakt

V príspevku sa autorky venujú problematike niektorých etických otázok a problémov v liečbe cirhózy pečene. Vychádzajúc z klinickej praxe sa za najdôležitejšie považuje riešenie otázky liečby, transplantácie pečene a ošetrovateľskej starostlivosti o cirhotických pacientov. V rámci zachovania etických noriem sa pozornosť sústreďuje na akceptáciu odmietnutia liečby transfúziou krvi na základe pacientovho vierovyznania, etiku zmiernenia bolesti a utrpenia, profesionálnu komunikáciu a informovaný súhlas, či ukončenie ošetrovateľskej starostlivosti, keď nie je nádej na prežitie pomocou nákladných liekov a otázku transplantácie pečene u pacientov s abúzmom alkoholu.

Kľúčové slová: Etické problémy. Cirhóza pečene. Pacient. Ošetrovateľská starostlivosť. Liečba. Etické komisie.

Úvod

Cirhóza pečene patrí v súčasnosti medzi ochorenia so stúpajúcou tendenciou. Udáva sa, že za posledných 50 rokov sa úmrtnosť na cirhózu zdvojnásobila, pričom na Slovensku ročne dospeje do konečného štádia až 800 – 1000 chorých [3]. So stúpajúcim výskytom sa zvyšujú aj náklady na nemocničnú liečbu a požiadavky na osobnosť zdravotníckeho personálu. Predmetom profesionálnej činnosti sestier a zdravotníckych asistentov je ošetrovateľská starostlivosť o chorých a zdravých v zmysle ochrany a upevňovania zdravia.

Vychádzajúc z etického kódexu, ošetrovateľské povolanie uznáva tieto všeobecné morálne princípy: úcta k človeku, rešpektovanie ľudského života, autonómiu, konanie dobra, vyhýbanie sa spôsobeniu škody, zachovávanie mlčanlivosti, pravdovravnosť a spravodlivosť v konaní vo vzťahu k ľuďom.

Cirhóza pečene je ochorenie postihujúce pečeň, ktoré je obvyčajne konečným štádiom postupne sa vyvíjajúceho chronického zápalového, nádorového alebo venostatického ochorenia pečene [2]. Ide o prestavbu pečeňového tkaniva, t.j. nekrózu časti pečeňových buniek a tvorbu väzivového tkaniva na poškodených miestach.

Medzi najčastejšie príčiny vzniku ochorenia patria:

- akútne alebo chronické vírusové hepatitídy, najmä hepatitída B a C;
- toxické príčiny (lieky, alkohol, iné hepatotoxické jedy);
- chronické choroby pečene, ciev, žlčových ciev alebo iných orgánov;
- vrodené metabolické ochorenia (Wilsonova choroba, hemochromatóza a iné);
- 2/3 cirhóz majú nejasný pôvod vzniku.

Za významnú príčinu vzniku cirhóz sa považuje chronický alkoholizmus, teda nadmerná konzumácia čistého alkoholu denne u mužov 60 g a u žien 20 g na deň.

Klinický obraz zohráva dôležitú úlohu v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s cirhózou pečene. Symptómy cirhózy závisia od úrovne jej kompenzácie.

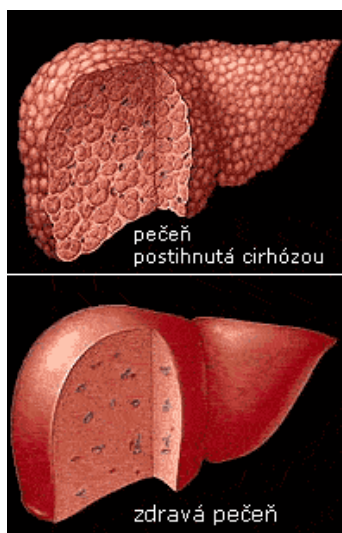
Pri kompenzovanej pečeňovej cirhóze skoro chýbajú ťažkosti alebo sú malé či nešpecifické (únava, znížená výkonnosť, nechúť do jedla, ľahký dyspeptický syndróm).

Pri dekompenzovanej pečeňovej cirhóze sa objavujú rozličné subjektívne a objektívne ťažkosti, napr. nechutenstvo, celková slabosť, chudnutie, ascites (zväčšovanie brucha), opuchy, krvácavé stavy, žltacka.

Objektívne možno ascites zistiť fyzikálnym vyšetrením (poklepom v ľahu, na boku, v stojí) alebo sonografickým vyšetrením. V niektorých situáciách sa voľná tekutina vypúšťa z brušnej dutiny punkčnou ihlou. Pri fyzikálnom vyšetrení sestra často zistí subikterus alebo ikterus, svrbenie kože (pruritus), niekedy ascites a bočný, kolaterálny obeh (spojky na rozličných miestach medzi portálnym a systémovým cievnym riečiskom). Z týchto kolaterál sú najzávažnejšie pažerákové varixy, pretože pacient môže z nich vykrvácať. Ak sa nachádzajú varixy v oblasti konečníka, vznikajú tzv. hemoroidy. Kolaterály často vidieť na prednej strane brucha a hrudníka ako okom viditeľné žily. Pri portálnej hypertenzii sa krv hromadí v brušnej oblasti, z dôvodu čoho sa zväčšuje slezina (splenomegália) a vznikajú rozličné tráviace ťažkosti a meteorizmus.

Najčastejším príznakom u pacientov s cirhózou pečene sú červené pavúčikovité névy rôznej veľkosti. Keďže krvácanosť je zvýšená, vznikajú petechie a rozsiahle podkožné hematómy. Najčastejšou príčinou smrti pri dekompenzovanej cirhóze je pečeňová kóma a krvácanie z pažerákových varixov [5].

Liečba cirhózy pečene sa riadi ovplyvnením ochorení, ktoré k cirhóze prispeli. Dôležitá je včasná diagnóza, t.j. včasné odhalenie príznakov ochorenia. Etickým problémom sa stáva liečba pečene a jej komplikácií liekmi alebo inými liečebnými zásahmi u alkoholika, ktorý bude naďalej pokračovať v konzumácii alkoholu.



- Ďalej: - *úprava životosprávy* - vylúčenie konzumácie alkoholu, liekov, toxických látok, ktoré viedli k vývoju ochorenia;
- odstránenie nadmernej fyzickej a psychickej záťaže;
 - *liečba diétou* - pečeňová diéta, dostatok bielkovín, vitamínov, obmedzenie živočíšnych tukov, množstvo cukrov a minerálov sa riadi laboratórnymi výsledkami;
 - *medikamentózna liečba* - hepatoprotektíva,
 - kortikoidy,
 - betablokátoary a diuretiká,
 - imunosupresíva,
 - interferón,
 - transfúzia krvi;
 - *chirurgická liečba* - transplantácia pečene.

Obrázok 1 Zdravá pečeň a pečeň postihnutá cirhózou - zdroj: [1, cit. 2010-01-11]

Prognóza cirhózy pečene závisí od štádia, v ktorom sa choroba diagnostikuje a základného ochorenia, ktoré k nej viedlo. Ak sa choroba diagnostikuje v začiatočnom

štádiu a správne lieči, môže sa výrazne spomaliť, ale nie zastaviť. Ak sa však pridružia komplikácie, ochorenie končí fatálne pre nezvládnuteľné komplikácie [2].

Prevenca je najdôležitejším krokom zmeny životného štýlu – abstinencia alkoholu, boj proti vírusovými hepatitídami.

Etické problémy v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s cirhózou pečene

Vychádzajúc z Európskej charty práv pacientov z roku 1984, má každý jedinec právo na prevenciu voči ochoreniam. Napriek snahe zabezpečovania bezplatných preventívnych prehliadok a očkovania proti vírusovým ochoreniam (hepatitída A, B) u rizikových populačných skupín je stále častý výskyt cirhózy a najmä prenos vírusových ochorení. Príčinou je nízka zdravotná uvedomelosť niektorých skupín populácie, nesprávny životný štýl – abúzus alkoholu, toxická a drogová závislosť. Dodržujúc tieto práva, každý jedinec, ktorý nie je schopný hradiť náklady na liečbu, má právo na bezplatné služby.

Rovnako je treba poznamenať, že aj ošetrojúci personál je ohrozovaný komplikáciami, ako sú hepatitída B, C a AIDS.

Jednou z etických otázok v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s cirhózou je otázka informovaného súhlasu pacienta. S plánovanými výkonmi je spojené isté riziko, napr. bolesť a krvácanie pri gastroenterologickom vyšetrení pažeráka a konečníka, či komplikácie spojené s abdominálnou punkciou. Každý pacient musí byť poučený pred takýmito výkonmi. Pacientovi majú byť poskytnuté dostatočné informácie, aby potrebu a postupu výkonu rozumel. Informovanie pacienta o jeho zdravotnom stave, diagnóze a prognóze, plánovaných vyšetreniach, prípadne náročných ošetrovateľských výkonoch spadá do kompetencie lekára. To si vyžaduje vysokú dávku odborných znalostí z oblasti psychológie, schopnosť empatie, asertivity a komunikácie. Všetky informácie o zdravotnom stave však treba považovať za prísne diskrétné a nesmú byť zneužitú.

Ak plne kompetentný pacient takýto súhlas neposkytne (negatívny reverz), daný výkon sa nesmie vykonať, čo je v súvislosti s autonómiou chorého. Súvisí to s právami pacienta, kedy má pacient právo odmietnuť, aj život zachraňujúcu liečbu. Pokiaľ pacient nie je schopný na základe svojho zdravotného stavu poskytnúť informovaný súhlas a daný diagnostický a liečebný výkon potrebuje na záchranu svojho zdravia a života, možno ho vykonať aj bez formálneho súhlasu pacienta alebo zákonného zástupcu. V nijakom prípade nesmie konanie zdravotníckeho pracovníka smerovať k zlému zaobchádzaniu s pacientom a bezcitnosti [4].

Ošetrovateľský personál sa často stretáva s odmietaním potrebných ošetrovateľských výkonov. Napr. pomerne častým morálnym problémom u príslušníkov sekty – Svedkov Jehovových, je odmietanie transfúzie krvi napriek urgentnej indikácie. Medicínska etika nedovoľuje takýmto pacientom poškodzovať si svoje zdravie. Sestra ma neraz do činenia s agresívnym (delírius trémens), chronickým sťažovateľom, dementným, pod vplyvom alkoholu alebo drog. Tu sa predpokladá, že sestra počas ošetrovateľskej starostlivosti zostane trpezlivá a nenechá sa zviest' podobnému správaniu, aké prejavuje pacient.

Osobitným etickým problémom sa javí transplantácia orgánov – pečene u cirhotických pacientov ako posledná možnosť zlyhávajúcej pečene. Pri alkoholickej cirhóze je potrebné pred zaradením do transplantáčného programu preukázateľná abstinencia. Je otázne, či príjemca pečene bude po zvyšok života abstinovať.

Liečba interferónom patrí medzi nákladné liečebné spôsoby cirhózy pečene, ak príčinou ochorenia je vírusová hepatitída. Boj s vlastným svedomím a rozhodovaním o tom, čo je najlepšie pre pacienta urobiť, predstavuje pri nedostatku finančných zdrojov obrovskú záťaž pre zdravotníctvo.

V ošetrovateľskej starostlivosti o postihnutého s cirhózou pečene sa možno stretnúť s otázkou zomierania alebo eutanázie. Často takýto pacienti zomierajú z dôvodu hemokoagulačných porúch na následky vykrvácania. Je otázne, či je správne ukončenie nákladnej liečby a ošetrovateľskej starostlivosti v stave, keď nie je nádej na prežitie. Napriek všetkému ohľaduplná starostlivosť, zmierňovanie bolesti a zachovávanie ľudskej dôstojnosti je potrebné u všetkých pacientov až do konca ich života.

Záver

V 60. rokoch minulého storočia vznikli v Európe tzv. *etické komisie* – poradné orgány za účelom dodržiavania etických aspektov činností zdravotníckych zariadení a výskumných organizácií rezortu. Vo svojej činnosti sa riadia ustanoveniami tzv. Helsinskej deklarácie. Komisie sú zložené z členov rôznych odborov - lekárov, zdravotných sestier, vedeckovýskumných pracovníkov, právnikov, psychológov, zástupcov organizácie pacientov a podobne, ktorí monitorujú a hodnotia všetky etické problémy [6].

Povinnosti sestier a iných zdravotníckych pracovníkov z hľadiska morálky sa stotožňujú s princípom zodpovednosti, ktorý možno chápať ako svedomitosť, zmysel pre plnenie povinností a správanie sa v rámci morálnych a právnych noriem.

Preto súčasné ošetrovateľstvo poníma človeka ako holistickú bytosť, nevynímajúc jeho etické hodnoty. Bez etiky by profesionálna starostlivosť o pacientov nemala prospešnosť.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. Cirhóza pečene. [cit. 2010-01-11]. Dostupné na internete: <<http://www.cirhoza.info/>>
2. Cirhóza pečene. [cit. 2010-01-11]. Dostupné na: <http://www.gastroenterolog.com/cirhoza.htm>
3. KOIŠ, D., PONIŠT, M. Cirhóza pečene. [cit. 2010-01-01]. Dostupné na internete: <<http://www.medinfo.sk/?s=heslo&id=715>>
4. KOPECKÁ, K., KORCOVÁ, M. a kol. 2008. Etická komunikácia - informovaný súhlas pacienta s ošetrovateľskými výkonmi: Zdravotnícka etika. 2. vyd. Martin: Osveta, s. 78-82. ISBN 978-80-8063-278-6
5. PACOVSKÝ, V. 1993. Vnútorne lekárstvo. Martin: Osveta, s.135 – 144. ISBN 80-217-0548-5
6. ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R. a kol. 2008. Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Martin: Osveta, s. 256. ISBN 978-80-8063-287-8

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Gabriela Kuriplachová
Fakulta zdravotníctva PU v Prešove, Katedra ošetrovateľstva
Partizánska 1, Prešov 080 01
č. tel: 0907 338 956, e-mail: kuriplachova@unipo.sk

**PROBLÉMY VO VÝUČBE LEKÁRSKEJ BIOFYZIKY V OŠETROVATEĽSTVE A MOŽNOSTI ICH
RIEŠENIA**

Balázsová Zuzana, Hanáček Ján ¹

Ústav lekárskej fyziky, biofyziky, informatiky a telemedicíny, Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava

¹Ústav patologickej fyziológie, Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského, Martin

Kľúčové slová: Pregraduálne vzdelávanie sestier. Ošetrovateľstvo. Fyzika. Lekárska biofyzika. Ošetrovateľské štandardy.

Úvod

Súčasný vysokoškolský vzdelávací systém na Slovensku vychádza z Bolonskej deklarácie (1999), ktorá odporučila pre vzdelávanie zdravotných sestier vysokoškolský program minimálne bakalárskeho stupňa. Vychádzajúc z profilu absolventa (§10 z.z 742/2004) bakalárskeho aj magisterského štúdia v ošetrovateľstve a smernice 77/453 EHS sa fyzika stala nutným predklinickým predmetom, ktorého úspešné absolvovanie je základom pre zvládnutie niektorých ďalších teoretických a prakticky všetkých klinických predmetov. Zároveň tvorí bázu odbornej komunikácie medzi zdravotnou sestrou a lekárom.

Vlastný text

Súčasná výučba biofyziky študentov ošetrovateľstva je postavená na poznatku o pretrvávajúcom negatívnom vzťahu študentov k tomuto predmetu. Zo skúseností vieme, že prevažná väčšina študentov je presvedčená o tom, že biofyzika je pre ich budúcu profesiu ťažký a navyše zbytočný predmet. Jedna z príčin tohto javu korení v úrovni znalostí fyziky získaných na strednej škole (Kukurová et al, 2007). Potvrdzujú to aj výsledky anonymnej ankety (výsledky neboli publikované) robenej na našom pracovisku v akademickom roku 2006/2007, ktorej cieľom bolo zistiť postoje študentov ošetrovateľstva k predmetu fyzika. Z jej záverov vyplýva, že študenti vo veľkej miere kladú vinu za problémy s fyzikou počas ich vysokoškolského štúdia úrovni vyučovania fyziky na strednej škole. Ako ďalšie dôvody uvádzajú nepochopenie vyučovanej látky, nezáujem o fyziku („nebaví ich“) a vysokú náročnosť predmetu ako takého. Niektorí študenti vyjadrili aj priamy odpor k fyzike. Úlohu fyziky v práci sestry poznajú len obmedzene. Asi tretina študentov chápe potrebu znalostí z fyziky pri realizácii rôznych vyšetrení. Iba jeden študent z celého ročníka uviedol, že fyzika je potrebná pre každý výkon sestry a vedomosti z fyziky sú nevyhnutné pre pochopenie činnosti celého organizmu. Takmer polovica študentov ošetrovateľstva je presvedčená o tom, že fyziku ako takú nebudú v praxi vôbec potrebovať alebo ju považujú len za nutnosť, ktorá patrí k všeobecnému rozhladu vysokoškolsky vzdelaného človeka.

Z uvedenej ankety tiež vyplýva, že veľká časť študentov vôbec nepozná dôvod, prečo je fyzika zaradená v štúdiu ošetrovateľstva medzi základné teoretické predmety. Domnievame sa, že prezentovaná ignorancia vychádza z toho, že na väčšine stredných škôl sa fyzika učí,

najmä vo vzťahu k biológii, ako separovaný predmet. Vo vyučovacom procese sa síce využíva medzipredmetový vzťah matematika – fyzika, v menšej miere chémia – fyzika, vzťah medzi biológiou a fyzikou sa vo výučbe spomína veľmi zriedkavo a to iba v spojení so sluchovým a zrakovým analyzátorom. Vysvetľovaná učebná látka je odtrhnutá od reálneho života a praxe. Kládie sa malý dôraz na každodenné reálne využitie daného fyzikálneho javu a keď už sa využije, tak iba v technickej oblasti. Je pravdepodobné, že tento spôsob výučby je hlavnou príčinou negatívneho vzťahu študentov, v našom prípade študijného programu ošetrovateľstvo, k predmetu biofyzika.

Súčasná koncepcia výučby biofyziky v študijnom programe obsahuje racionálne zostavený komplex fyzikálnych poznatkov, ktoré sú využiteľné v ošetrovateľskej praxi. Pri niektorých používaných formách výučby (semestrálne projekty, praktické cvičenia) si študenti precvičujú manuálnu zručnosť, ako aj schopnosť argumentácie a vyjadrovania sa k fyzikálnej podstate niektorých ošetrovateľských procesov. Tieto formy výučby predpokladajú dostatočné zvládnutie učebnej látky z fyziky strednej školy. V skutočnosti má však väčšina študentov základy stredoškolskej fyziky zvládnuté nedostatočne. Preto sa u väčšiny z nich objavuje negatívny postoj k predmetu z dôvodu subjektívneho(objektívneho?) pocitu jeho vysokej náročnosti. Študenti sa snažia tento nedostatok nahradiť tak, že sa snažia látku zapamätať si bez jej pochopenia a preto nemôžu pochopiť dôvod výučby fyziky v štúdiu ošetrovateľstva.

Vychádzajúc z vyššie uvedených faktov si dovoľujeme zosumarizovať dôvody, ktoré zapríčiňujú u študentov problémy s fyzikou nasledovne:

1. Nevhodný spôsob výučby fyziky na stredných školách
2. Vzhľadom na úroveň znalostí zo stredoškolskej fyziky, je súčasný rozsah učebnej látky, ktorú musia študenti za pomerne krátky čas bakalárskeho štúdia zvládnuť, príliš veľký. Prednášky sú veľmi zjednodušené (fyzikálna podstata študentom uniká), alebo sú naopak až príliš náročné (nepochopenie látky).
3. Nie všetky vysoké školy/fakulty, na ktorých sa ošetrovateľstvo študuje využívajú moderné vyučovacie metódy, vhodné najmä na zvýšenie zrozumiteľnosti, uľahčenie pochopenia a upevnenie vedomostí z biofyziky. Dôvod môže súvisieť s bodom 2.

Vzhľadom na uvedené negatíva je nepravdepodobné, že súčasná koncepcia výučby biofyziky môže splniť proklamované ciele. Zdá sa, že ich plní iba čiastočne, a to iba na úrovni oboznámenia sa s hlavnými témami predmetu. Iba malé percento študentov je schopné pochopiť obsah predmetu na úrovni aplikácie poznatkov do praxe.

Ako môžeme uvedené problémy riešiť? Domnievame sa, že výučba biofyziky v ošetrovateľstve by mala byť upravená tak, aby bola zabezpečená jej vysoká efektívnosť, čo by malo viesť k zvýšeniu kvality vedomostí a praktických zručností z predmetu. Pre splnenie tohto cieľa bude potrebné znova premyslieť **obsah výučby** (obsah a rozsahu fyzikálnych vedomostí potrebných pre ošetrovateľskú prax) a upraviť ho tak, aby čo najpresnejšie reflektoval požiadavky ošetrovateľských štandardov (Kontrová et al., 2005). Bude tiež potrebné premyslieť **formy výučby**. Vhodné by bolo okrem prednášok a praktických cvičení používať aj iné, efektívnejšie formy výučby, napr. problémovo orientované semináre, ktoré by

sa vzájomne kombinovali a dopĺňali. Dobre organizované samoštúdium môže tiež významne prispieť k zefektívneniu štúdia, k zvýšeniu sebadôvery študenta, ako aj k iniciácii jeho individuálnej aktivity. Významnou pomôckou k zlepšeniu výsledkov štúdia biofyziky môže byť e-learning hlavne tým, že zvýši dostupnosť študijných materiálov. Myslíme si, že vysvetľovať fyziku je treba výlučne opisným spôsobom, bez matematických formulácií a pri vysvetľovaní postupovať v smere od zdravotníckeho problému k jeho fyzikálnemu objasneniu, resp. riešeniu. Pri výučbe, ako aj pri preverovaní vedomostí študentov je nutné, aby bola striktné odlíšená úroveň stanovená pre študentov medicíny a nelekárskych študijných programov.

K celkovému zlepšovaniu výsledkov vyučovacieho procesu môže významne prispieť aj zlepšenie vzájomnej komunikácie medzi študentom a vyučujúcim. Študenti majú vo väčšine prípadoch zábrany (strach) klásť otázky, či otvorene prejaviť svoj názor na výučbu daného predmetu. Vytvorenie ovzdušia dôvery, partnerského vzťahu je nutným predpokladom na zbúranie týchto zábran. Kým sa tak nestane je vhodné používať iné – aj anonymné metódy na získanie pravdivých informácií o vzťahu študentov k predmetu (Král'ová et al.,2005).

Záver

Potreba biofyziky v pregraduálnom vzdelávaní zdravotných sestier a následne aj v ich zdravotníckej praxi je nesporná. Krokmi, ktoré sú v článku spomínané, by bolo možné dosiahnuť u študentov akceptáciu a pochopenie potreby fyzikálnych vedomostí pre sesterskú prax a následne elimináciu spomínaných problémov. Biofyzika by sa tak mohla stať pre študentov viac prospešným a atraktívnym predmetom.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. Bolonská deklarácia európskych ministrov školstva o Európskom priestore vysokoškolského vzdelávania. [cit.2009-03-05]. Dostupné na internete: <http://www.ko.fsvaz.ukf.sk/pdf/Deklaracia_BLM.pdf>
2. KONTROVÁ,Ľ. et al. Štandardy v ošetrovateľstve. Osveta, Martin 2005, 215. ISBN 80-8063-198-0
3. KRÁL'OVÁ,E et al. Príspevok komunikácie učiteľ-študent k formovaniu koncepcie predmetov fyzikálneho zamerania. Research and Teaching of Physics in the Context of University Education 2005, Slovak University of Agriculture, Nitra 2005, s. 19. ISBN 80-8069-527X
4. KUKUROVÁ,E. et al. Retrospektívna analýza žiackych fyzikálnych vedomostí a (ne) schopnosti ich rozvíjať v podmienkach zdravotníckych študijných programoch a čo ďalej... In: Rozvoj schopností žiakov v prírodovednom vzdelávaní. Zborník príspevkov DIDFYZ 2006, pobočka JSMF, Univerzita Konštantína Filozofa, Nitra 2007, s 2-5
5. Odborná spôsobilosť na výkon činnosti v kategórii sestera. §9 Zz.742/2004 Nariadenie vlády Slovenskej republiky o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania. [cit.2008-06-12]. Dostupné na internete:

<<http://www.slek.sk/ganet/slek/SLEKdoc.nsf/docs/b9ca97e4e5d1a5cdc125727a00521026>>

6. Osnova výcviku pre sestry zodpovedné za všeobecnú starostlivosť. Smernica rady z 27. júna 1977 o koordinácii zákonov, iných právnych predpisov alebo správnych opatrení týkajúcich sa činnosti sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť. (77/453/EHS) In: Úradný vestník EU, 06/zv.1, s.61-63. [cit.2008-06-30]. Dostupné na internete: <<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:06:01:31977L0453:SK:PDF>>

Kontaktná adresa autora:

RNDr. Zuzana Balázsová

Ústav lekárskej fyziky, biofyziky, informatiky a telemedicíny

Lekárska Fakulta Univerzity Komenského

Sasinkova 2

813 72 Bratislava

Slovenská republika

OBEZITA V DETSKOM VEKU – EPIDÉMIA 21. STOROČIA

Šimová Zuzana, Novotná Zuzana

Fakulta zdravotníctva Prešovskej Univerzity v Prešove, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Obezita v detskom veku sa v posledných rokoch stala závažným celospoločenským zdravotným problémom, o čom svedčia najnovšie epidemiologické údaje a analýzy medzinárodných organizácií, ktoré dnešnú vysokú prevalenciu obezity a jej nárast označujú ako epidemický. Podľa Medzinárodnej skupiny boja proti obezite (IOTF) má vo svete 155 miliónov detí nadváhu a asi 30-45 miliónov detí patrí do skupiny obéznych. Na Slovensku sa počet detí s nadváhou a obezitou približuje podľa najnovších údajov počtu detí v krajinách západnej Európy.

Alarmujúce číslo je percento prípadov tzv. exogénnej obezity. Až v 96% prípadov je obezita u detí zapríčinená nesprávnymi stravovacími návykmi, nedostatkom pohybu v kombinácii s genetickými faktormi. Za prudký a neustály nárast primárnej obezity v posledných rokoch je zodpovedná energetická nerovnováha – dramatické zníženie pohybovej aktivity, dlhé sedavé voľno-časové aktivity, na strane druhej nevhodná zmena stravovacích návykov ako aj vplyv médií (televízia, televízne reklamy, internet...).

Obezita je ochorenie, pri ktorom je prevencia mnohokrát účinnejšia ako liečba. Základ prevencie detskej obezity spočíva v rodine, pretože zo stravovacích a pohybových návykov rodičov vychádza aj životný štýl dieťaťa. Ak chceme dosiahnuť zmeny v životnom štýle dieťaťa je dôležité, aby si hneď na začiatku uvedomovalo negatívny dosah obezity na jeho osobu, poznalo ťažkosti, ktoré mu spôsobuje a uvedomilo si chyby, ktoré robí pri výbere potravín, rozložení ich konzumácie počas dňa a vo výbere aktivity na voľný čas.

Kľúčové slová: Obezita. Prevencia obezity. Detský vek. Stravovacie návyky. Životný štýl.

ÚVOD

Obezita je charakterizovaná nadmerným hromadením tukového tkaniva, ktoré vzniká vplyvom pozitívnej energetickej bilancie u geneticky predisponovaného jedinca s nerovnováhou medzi príjmom a výdajom energie (Hrachová 2005, s.11). Najkritickejšie obdobie z hľadiska obezity je dojčenské obdobie, keď v dôsledku prekrmovania dochádza k zvyšovaniu tukových buniek. Druhým kritickým obdobím je adolescencia (11).

Narastajúca prevalencia obezity vo všetkých vekových skupinách sa stáva globálnym epidemickým problémom. Podľa štatistík WHO je viac ako 22 miliónov detí do 5 rokov a 155 miliónov detí v školskom veku trpiacich nadváhou a obezitou. V Európskej únii je to viac ako 14 miliónov školopovinných detí s nadváhou a z nich 3 milióny sú už deti obézne (3).

Na Slovensku je nadhmotnosť u chlapcov vo veku 7 až 18 rokov 12,5%, z nich obéznych je 7,8%, celkové percento dievčat s nadhmotnosťou je 12,1% a s obezitou 6,9% (národné antropometrické meranie z roku 2001) (3).

Obezitu delíme na:

- Primárnu (exogénne podmienená): bez zistenia vyvolávajúcej poruchy. Podkladom pre jej vznik je genetická predispozícia a vonkajšie faktory (nesprávne stravovacie návyky, zvýšená spotreba energeticky bohatých potravín, nízka pohybová aktivita). 95% detí má primárnu obezitu.
- Sekundárnu (endogénne podmienená): obezita ako súčasť geneticky podmienených syndrémov a niektorých endokrinopatií (napr. Cushingov sy, Turnerov sy, užívane kortikoidov, hypotýroza) (6).

Rizikové faktory. Obezita je multifaktorovo podmienená metabolická porucha, ktorá je dôsledkom interakcií genetických faktorov s faktormi z vonkajšieho prostredia. Medzi vonkajšie rizikové faktory radíme hlavne nevhodné stravovacie návyky, sedavý spôsob života a vplyv médií (11).

Nevhodné stravovacie návyky

1. Predčasné ukončenie dojčenia (je vhodné ak sa dieťa dojčí čo najdlhšie, minimálne pol roka).
2. Predčasné prikrmovanie mliečnymi formulami (náhradná mliečna výživa, najmä používanie príliš koncentrovaného mlieka)
3. Nesprávne stravovacie návyky u starších detí:
 - nepravidelné stravovanie – dieťa neraňajkuje, vysoko energetická večera
 - konzumácia jedla pri pozeraní televízie
 - pojedanie sladkostí medzi jedlami
 - pravidelné pitie sladených nápojov
 - vytvorený návyk na tučné a vyprážené jedlá .

Médiá. Televízia má okamžitý vplyv na detské krátkodobé stravovacie preferencie. Ak vychádzame z toho, že reklamované sú hlavne zdraviu nie veľmi prospešné potraviny (sladkosti, cukrovinky, sladené nápoje, džúsy) môžeme predpokladať negatívny dopad televíznej reklamy na výživovú preferenciu dieťaťa a sekundárne na stav výživy. Sledovanie televízie mení kvantitu aj kvalitu prijímaného jedla. Pri sledovaní médií majú deti tendenciu siahať po jedlách s vysokým obsahom cukrov a tukov, sladených tekutinách a výrazne sa znižuje príjem ovocia a zeleniny ako významného zdroja vitamínov, antioxidantov a vlákniny. Súčasne existuje vzájomne posilňujúci vzťah medzi časom stráveným sledovaním televízie a mierou výskytu obezity, čo dokladujú viaceré štúdie. Výskyt obezity je najvyšší u detí, ktoré sledovali televíziu štyri a viac hodín denne a najnižší u detí, ktorých pobyt pred televíziou bol jednu hodinu a menej denne (7).

Diagnostika. Diagnóza obezity spočíva v dôkaze nadmerného množstva tukového tkaniva, najčastejšie meraním kožných tukových rias kaliperom (Somet), čo však naráža na množstvo problémov: musí ho robiť tá stá osoba, nie je zanedbateľná ani elasticnosť a hrúbka kože. Meria sa najčastejšie na 4 štandardných miestach tela: v oblasti bicepsu, tricepsu, subskapulárne, a suprailiálne. Hodnoty sa porovnávajú buď priamo alebo po vypočítaní obsahu telesného tuku (11).

Smerodajný ukazovateľ obezity je najmä výpočet BMI (Body Mass Index) – index telesnej hmotnosti. U detí sa nesmú k hodnoteniu BMI používať normálne hodnoty určené pre

dospelú populáciu, ale percentilové grafy, ktoré rešpektujú pohlavie a vek dieťaťa. Deti, ktorých hodnoty BMI sa pohybujú v rozmedzí 75. až 95. percentilu majú nadváhou. Hodnoty BMI nad 96. percentilom pre vek a pohlavie znamenajú jednoznačne obezitu (10).

Špecifiká liečby. Základným predpokladom úspechu liečby obezity je presvedčenie dieťaťa, jeho pevná vôľa a spolupráca celej rodiny na zmene životného štýlu v oblasti stravovacích návykov a fyzickej aktivity. Primárnym cieľom liečby obezity je osvojenie si zdravého spôsobu výživy a pohybovej aktivity a nie dosiahnutie ideálnej telesnej hmotnosti..

Samotná liečba detskej obezity spočíva teda v diéte, adekvátnom zvýšení pohybovej aktivity a kognitívno – behaviorálnej psychoterapii. V rámci diéty ide predovšetkým o striktné dodržiavane zásad racionálneho stravovania. To znamená jesť menej a pravidelne (5 – 6 x denne), voliť potraviny s nízkym energetickým obsahom. Z tekutín sa odporúča piť nesladená minerálka, ovocné čaje alebo voda. Vhodnou pohybovou aktivitou je aerobne cvičenie asi 30 minút denne, bicyklovanie, plávanie. Pomocou kognitívno – behaviorálnej psychoterapie sa snažíme obézneho pacienta postupne odnaučiť nevhodným stravovacím návykom a nahradiť ich racionálnymi. Psychoterapia prebieha pod vedením psychológa. Neoddeliteľnou súčasťou liečby je liečba kúpeľná alebo ozdravný pobyt zameraný na redukciu hmotnosti. Liečba farmakologická a chirurgická je u detí kontraindikovaná, u adolescentov vyžaduje individuálny prístup (10).

Následky obezity. Obezita je nielen estetickým problémom, ale prináša so sebou aj množstvo komplikácií, ktoré sa odrážajú na jednotlivých systémoch organizmu. Môžeme konštatovať, že obezita v detskom veku predurčuje jedinca k obezite v dospelosti. Stúpa tak riziko predčasnej chorobnosti a úmrtnosti vplyvom komplikácií obezity. Obezita je priamo spojená s rozvojom hypertenzie, kardiovaskulárnych, metabolických a endokrínologických ochorení, chorôb pohybového aparátu, gastrointestinálneho traktu, ďalej zvýšeného výskytu nádorových ochorení a psychických problémov (2).

Prevenca detskej obezity. Prevenca obezity v detskom veku je prevenciou obezity v dospelosti. Teoreticky je ľahká prakticky však veľmi obtiažna. U detí zohráva významnú úlohu psychika, schopnosť dieťaťa posúdiť na jednej strane príjemné (jedlo, pohodlie pred televízorom atď.) a na strane druhej nutné (zmenu stravovacích návykov).Veľmi významnú úlohu v prevencii zohráva rola a postoj rodičov. Dôležité miesto má aj škola, posúdene stavu výživy dieťaťa praktickým lekárom a rada ďalších faktorov (12).

Výživa dieťaťa a prevencia obezity

Prevenca obezity v rámci výživy je rozdielna v závislosti od veku dieťaťa a jeho postoja k výžive.

Výživa v dojčenskom veku:

- matka dojčeného dieťaťa by mala vedieť, že plač a nepokoj dieťaťa nie sú vždy vyvolané hladom dieťaťa,
- vo výžive dojčaťa by malo byť preferované materské mlieko pred iným spôsobom výživy až do 6. mesiaca veku dieťaťa,
- umelá výživa dojčaťa by nemala byť obohacovaná (prídavok sacharidov) mimo doporučenia lekára,

- malo by sa zabrániť predčasnému zaraďovaniu nemliečnej stravy (u dojčených detí pred ukončeným 6. mesiacom, u nedojčených pred ukončeným 5. mesiacom života);
- pomaly a trpezlivo by do jedálneho líčka mala byť zaraďovaná zelenina a ovocie tak, aby si dieťa na túto stravu zvyklo, tolerovalo ju a nevyhýbalo sa jej v neskoršom období.

Výživa v batolivom a predškolskom veku

- je nutné cielene viesť dieťa k správnym zásadám zdravého stravovania
- nepodliehať rozmarom dieťaťa a neponúkať mu iba stravu, ktorú si vyžaduje (napr. sladkosti)
- rodič by mal byť sám príkladom v oblasti zdravého stravovania
- pri tvorbe jedálneho líčka si môže pomáhať výživovou pyramídou a je nutné ponúkať dieťaťu primerane pestrú stravu a energeticky vyváženú

Výživa v školskom a adolescentnom veku

- zaistiť správne stravovacie návyky (nezabúdať na raňajky, prijímať pestrú a energeticky vyváženú stravu rovnomerne počas celého dňa, dodržiavať pitný režim, obmedziť príjem sladkých jedál a nápojov),
- vyvarovať sa bufetovému stravovaniu typu „fast food“,
- aspoň 3 – 4 krát denne prijímať ovocie a zeleninu (12).

Pohybová aktivita a prevencia obezity

Je potrebné u detí v rámci prevencie obezity podporovať aktívny spôsob života. Každé dieťa by sa malo aktívne pohybovať 6 – 8 hodín týždenne. Za minimálnu pohybovú aktivitu je považované sústavné cvičenie alebo športovanie 3 x za týždeň po dobu aspoň 30 minút. Vhodné sú aktivity ako rýchla chôdza, plávanie, bicyklovanie, tanec, či vynechanie auta, autobusu alebo výťahu. Dĺžka sedavých aktivít (napr. sledovanie TV, práca s počítačom) sa má skracovať na nevyhnutné minimum (10).

Charakter pohybovej aktivity závisí taktiež od veku dieťaťa. V predškolskom veku by mal základ fyzickej námahy spočívať v pútavých aktivitách spojených s rodinou (spoločné prechádzky, návšteva ZOO, bicyklovanie), pričom sledovanie televízie by nemalo presiahnuť 2 hodiny. V školskom veku, kde nastáva zlepšenie pohyblivosti a motoriky, môžu už deti praktizovať aj kolektívne športy (basketbal, volejbal, tanečné skupiny). V období puberty a adolescencie treba klásť dôraz na pravidelnú fyzickú aktivitu, pričom výber je vysoko individuálny (5).

Obezita v detskom veku je ochorenie, pri ktorom je prevencia mnohokrát účinnejšia ako liečba. Preventívne stratégie si vyžadujú koordinované úsilie rodičov, zdravotníkov, učiteľov, výrobcov a predajcov potravín, reklamných agentúr a médií, ako aj celej širokej verejnosti.

Je potrebné:

- vyzývať výrobcov potravín, aby v reklamách zameraných na deti ponúkali výživné potraviny s nižšou energetickou hodnotou,
- zlepšiť výživu matiek a povzbudzovať ich k dojčeniu,
- vyzývať školy, aby uplatňovali správne stravovacie a výživové zásady a umožňovali deťom dostatok pohybu,
- vyzývať zdravotníckych pracovníkov, aby sa zúčastňovali na príprave a na rozvoji programov týkajúcich sa verejného zdravia

- dodržiavať zásady správnej výživy a pitného režimu; viesť deti k neustálej pohybovej aktivite (1).

ZÁVER

Súčasná prevalencia detskej obezity by mala byť výkričníkom pre celú spoločnosť. Detská obezita prináša so sebou rad vedľajších následkov na zdravie dieťaťa v podobe závažných zdravotných komplikácií, ktoré ho sprevádzajú po celý jeho život. Ak dieťa trpí obezitou je veľmi veľká pravdepodobnosť, že si ju preniesie aj do dospelosti. Preventívne opatrenia by rozhodne mali byť prvým základným spôsobom riešenia detskej obezity. Spočívajú hlavne v zdravom životnom štýle a v jeho jednotlivých zložkách. Ak chceme v tejto oblasti zakročiť v celospoločenskom meradle musíme začať v jeho základnej jednotke a to v rodine. Malé dieťa je bezbranný tvor odkázaný na svojich rodičov, ktorí sa starajú o jeho život a zdravie. Treba apelovať na rodičov, aby venovali pozornosť otázke zdravého životného štýlu. Zlé návyky každodenného života rodiny treba zmeniť a potrebné je aplikovať racionálnu výživu. Významným krokom je aj podpora dojčenia. Rodičia by si mali nájsť čas na svoje deti, starať sa o ich zdravie a dbať na pohybovú aktivitu. Tieto opatrenia sú základným krokom prevencie detskej obezity.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. CINOVÁ, J., CIBRÍKOVÁ, S., MROSKOVÁ, S. *Detská obezita-epidémia 3. tisícročia*. In: Sestra, roč.IV., 2005, č.12. ISSN 1210-0404.
2. FINKOVÁ, M. Obezita u detí a dospívajících. In: Vox pediatría, roč. 5, 2005, č.9.s. 17 – 18. ISSN 1213-2241.
3. HLAVATÁ, A. *Obézne dieťa v ambulancii lekára pre deti a dorast*. In: *Pediatría pre prax*, 2007, S1: 12-16.
4. HRACHOVÁ, J. *Obezita*. In: *Revue medicíny v praxi*, roč. 3, 2005, č. 5, s.11. ISSN 1336-202x.
5. CHROMÁ, O., TONHAJZEROVÁ, I., ČILJAKOVÁ, M., JAVORKOVÁ, J., BÁNOVČIN, P. *Nefarmakologická liečba obezity a nadváhy u detí a adolescentov*. In: *Pediatría*, roč. 3, 2008, č. 6 . ISSN 1336-863x.
6. LEBL, J., HAINEROVÁ, I. *Diferenciální diagnostika dětské obezity*. In: *Vox pediatría*, roč. 5, 2005, č. 9. ISSN 1213-2241
7. MROSKOVÁ, S., POŽONSKÁ, M. *Vplyv médií na obezitu u detí*. In: *Lekárske listy*, 2008, č. 38. s.4 – 6. Odborná príloha Zdravotníckych novín.
8. NEVORAL, J. a kol. *Výživa v dětském věku*. Nakladatelství H&H, Vyšehradská, s.r.o.,2003. 420 s. ISBN 80-86-022-93-5.
9. PAŘÍZKOVÁ, J., LISÁ, L. et al. *Obezita v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 2007. 239 s. ISBN 978-80-7262-466-9.
10. STOŽICKÝ, F. *Prevence vzniku a rozvoje nadváhy a obezity u dětí a adolescentu*. In: *Vox pediatría*, roč. 5, 2005, č.9.s. 22 – 26. ISSN 1213-2241.
11. ŠAŠINKA, M., ŠAGÁT, T.,KOVÁCS, L. a kol. *Pediatría*. 2. vyd. Bratislava : Herba spol. s.r.o., 2007. 740s. ISBN 978-80-89171-49-1.
12. TLÁSKAL, P. *Obezita dítěte*. In: *Vox pediatría*, roč. 6, 2006, č.3, s. 26 – 28, ISSN 1213 – 2241.

Kontaktná adresa:

Mgr. Zuzana Šimová
Fakulta zdravotníctva Prešovskej Univerzity
Katedra ošetrovateľstva
Partizánska 1, 080 01 Prešov
zsimova@unipo.sk

IMPLEMENTÁCIA PRVKOV KONCEPTU BAZÁLNEJ STIMULÁCIE DO KLINICKEJ PRAXE

Pavelová Ľuboslava

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Kľúčové slová: Koncept bazálnej stimulácie. Sestra. Ošetrovateľská starostlivosť. Edukačný proces.

Úvod

Bazálna stimulácia je pomerne mladý koncept, ktorý patrí v súčasnej dobe k veľmi preferovaným spôsobom poskytovania komplexnej a kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Jeho jedinečnosť spočíva v spojení vysokej odbornosti podloženej vedeckými poznatkami a hlbokou ľudskosťou, čo z neho robí univerzálny ošetrovateľský koncept. Využitie bazálnej stimulácie v intenzívnom ošetrovateľstve má nezastupiteľný význam v celej Európe. Zúčastnili sme sa Kurzu bazálnej stimulácie v Brne a v Nitre pod vedením lektorky z Inštitutu Bazálna stimulácia vo Frýdku – Místku. Samotná myšlienka bazálnej stimulácie nás zaujala svojím humanizmom a profesionalitou, preto sme sa rozhodli venovať tejto téme aj prostredníctvom aplikovaného výskumu. Zaujímalo nás, či aj na Oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny (ďalej OAIM) pracujú sestry s týmto konceptom. Rovnako sme mali záujem dozvedieť sa, aké faktory rozhodujú o tom, prečo sestry s týmto konceptom pracujú alebo nepracujú. A v neposlednom rade bolo našou snahou, aby sestry o koncepte bazálnej stimulácie dostali čo najviac informácií. Z tohto dôvodu sme zvolili ako hlavnú metódu kváziexperiment, v ktorom sme sestrám sprostredkovali kontakt s bazálnou stimuláciou, ktoré sme nadobudli prostredníctvom kurzu a štúdia literatúry. Situáciu po edukačných stretnutiach sme zaznamenali prostredníctvom pozorovania sestier s následným vyhodnotením.

Ciele a metodika výskumu

Z metodologického pohľadu sme určili 3 ciele.

1. Zistiť názory a postoj sestier poskytujúcich intenzívnu ošetrovateľskú starostlivosť ku konceptu bazálnej stimulácie.
2. Navrhnuť využívanie vybraných prvkov konceptu bazálnej stimulácie do reálnej ošetrovateľskej praxe na oddelení poskytujúcom intenzívnu starostlivosť.
3. Overiť vplyv využívania konceptu bazálnej stimulácie na správanie a postoj sestier.

Pre zber empirických dát v klinickej praxi sme ako hlavnú metódu výskumu použili pološtruktúrované rozhovory so sestrami, ktoré umožnili získať informácie o vedomostiach a postojoch sestier ku konceptu bazálnej stimulácie pred a po zavedení niektorého z jeho prvkov do praxe. Kváziexperiment zabezpečil zavedenie niektorého z prvkov bazálnej stimulácie do praxe. Priamym pozorovaním sme zisťovali, či sestry získané vedomosti o bazálnej stimulácii využívajú v praxi.

Návrh edukačného plánu

Edukačná diagnóza: nedostatok vedomostí o bazálnej stimulácii v súvislosti s obmedzenými zdrojmi informácií prejavujúci sa neznalosťou podstaty a zásad bazálnej stimulácie, nedodržiavaním zásad správnej dotykovej a slovnej komunikácie, nízkou efektivitou ošetrovateľskej starostlivosti. **Cieľovú skupinu** tvorilo 12 sestier pracujúcich na OAIM. **Ciele edukácie:**

Kognitívny cieľ: sestry majú dostatok vedomostí o podstate a vybraných prvkoch konceptu bazálnej stimulácie. **Afektívny cieľ:** sestry poukazujú na význam poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom konceptu bazálnej stimulácie. **Behaviorálny cieľ:** sestry používajú vybrané prvky konceptu bazálnej stimulácie pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Kognitívne výsledné kritériá

- Sestry hovoria o podstate bazálnej stimulácie.
- Sestry menujú zásady správnej dotykovej kultúry počas kúpeľa.
- Sestry vymenúvajú účinky, ktoré má správne vykonaný kúpeľ u pacienta vyvolať.

Afektívne výsledné kritériá

- Sestry vyjadrujú pozitívny postoj ku konceptu bazálnej stimulácie.
- Sestry hovoria o uvedomení si nutnosti správnej dotykovej a slovnej komunikácie.
- Sestry prejavujú snahu naučiť sa vykonávať kúpeľ podľa zásad bazálnej stimulácie.

Behaviorálne výsledné kritériá

- Sestry vykonávajú kúpeľ podľa princípov bazálnej stimulácie.
- Sestry dodržiavajú zásady správnej dotykovej kultúry počas kúpeľa.
- Sestry sledujú reakcie pacienta počas kúpeľa.

Použili sme prednášku a individuálny rozhovor s prvkami presvedčania, vysvetľovania, diskusiu, demonštráciu a praktický nácvik kúpeľa podľa zásad bazálnej stimulácie ako edukačné **metódy**. Potrené **pomôcky** k realizácii tvorili edukačné manuály k sledovanej problematike, voda s teplotou 28 – 23°C (37 - 40°C), 2 -3 froté ponožky (príp. hubky), 1- 2 uteráky, mydlo, sprchový gél (môže ale nemusí byť). **Miesto** realizácie edukácie pre prvé stretnutie bola oddychová miestnosť sestier na OAIM a pre druhé, tretie stretnutie lôžková časť KAIM. Rozvrhnutie **časového trvania** edukačných stretnutí bolo 3 x 30 minút.

Plán 1.edukačného stretnutia

Téma: *Všeobecné princípy bazálnej stimulácie*

- Získať sestry pre ideu bazálnej stimulácie
- Oboznámiť s podstatou a princípmi bazálnej stimulácie
- Poučiť o zásadách správnej komunikácie
- Poskytnúť písomné materiály týkajúce sa vybraných prvkov bazálnej stimulácie

Plán 2.edukačného stretnutia

Téma: *Celkový upokojujúci kúpeľ*

- Zistiť nejasnosti týkajúce sa základných informácií o bazálnej stimulácii
- Vysvetliť význam a princíp celkového upokojujúceho kúpeľa

- Edukovať o účinkoch celkového upokojujúceho kúpeľa na pacienta
- Poučiť o zásadách správnej dotykovej kultúry
- Demonštrovať správne vykonanie celkového upokojujúceho kúpeľa
- Overiť spätnou väzbou doteraz získané vedomosti a naučené praktické zručnosti

Plán 3.edukačného stretnutia

Téma: *Celkový stimulujúci kúpeľ*

- Zistiť nejasnosti týkajúce sa doteraz získaných informácií
- Vysvetliť význam a princíp celkového stimulujúceho kúpeľa
- Edukovať o účinkoch celkového stimulujúceho kúpeľa na pacienta
- Opakovane poučiť o zásadách správnej dotykovej kultúry
- Demonštrovať správne vykonanie celkového stimulujúceho kúpeľa
- Overiť spätnou väzbou získané vedomosti a naučené praktické zručnosti

Vyhodnotenie edukačného procesu

Edukáciu sme realizovali formou troch edukačných stretnutí. Sestry sa počas stretnutí zaujímali o problematiku bazálnej stimulácie a vyjadrovali prevažne pozitívne postoje k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti touto formou. Kognitívny a afektívny cieľ edukácie sa splnil. Po prvom stretnutí sestry ovládali vybrané zásady správnej komunikácie podľa bazálnej stimulácie, pričom problémovú oblasť videli v realizácii niektorých zásad, napr. elimináciu rušivých elementov označili za ťažko realizovateľnú. Počas druhého stretnutia bolo našim cieľom naučiť sestry vykonávať celkový upokojujúci kúpeľ. Sestry po tomto stretnutí dokázali vysvetliť princíp a podstatu celkového upokojujúceho kúpeľa a menovali všeobecné zásady pri kúpeli. Po praktickej ukážke kúpeľa sami realizovali tento kúpeľ pri lôžku pacienta, pričom problémovou oblasťou bola integrita telesného kontaktu počas kúpeľa, uvoľnenosť sestier počas kúpeľa a využívanie asistovaného umývania. Podobný priebeh malo aj tretie edukačné stretnutie zamerané na celkový stimulujúci kúpeľ. Sestry hovorili o účinkoch celkového stimulujúceho kúpeľa a realizovali ho po našej praktickej demonštrácii, problémové oblasti zostali v rovnakých dimenziách.

Diskusia

Bazálna stimulácia je jedinečným ošetrovateľským konceptom, ktorý významným spôsobom skvalitňuje ošetrovateľskú starostlivosť. Jeho podstatou je poskytnutie najzákladnejších podnetov pacientom, ktorí majú ochorením zmenenú schopnosť vnímania či pohybu, a tým im umožniť rozvinutie zachovaných schopností s ohľadom na ich individualitu. Vychádza z vedeckých poznatkov z neurofyziológie, genetiky, psychológie a fyzioterapie, pričom univerzálnosť bazálnej stimulácie je podporená vysokou mierou humanizmu a minimálnou ekonomickou spotrebou, čo ju predurčuje k využívaniu v mnohých oblastiach ošetrovateľstva, napríklad aj v intenzívnej starostlivosti. Predmetom záverečnej práce bola bazálna stimulácia a jej využitie v intenzívnej starostlivosti s cieľom zistiť názory a postoje k tomuto konceptu u dvanástich vybraných sestier poskytujúcich intenzívnu starostlivosť na Klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny. Cieľ sa dosiahol prostredníctvom

pološtruktúrovaného rozhovoru so sestrami, výsledky výskumu poukázali, že všetky opýtané sestry sa stretli s pojmom bazálna stimulácia, hlbšie vedomosti a pozitívnejšie postoje k bazálnej stimulácii mali sestry s dosiahnutým vyšším vzdelaním. Druhým cieľom práce bolo navrhnúť využívanie vybraných prvkov konceptu bazálnej stimulácie do reálnej ošetrovateľskej praxe. Uskutočnili sme ho prostredníctvom kváziexperimentu, formou edukačných stretnutí a edukačných manuálov. Poskytli sme sestram teoretické informácie a praktickú demonštráciu vybraných prvkov somatickej stimulácie. Záverom konštatujeme, že behaviorálny cieľ edukačného procesu sa splnil čiastočne.

Záver

Na základe zistených skutočností navrhujeme nasledujúce odporúčania pre ošetrovateľskú prax. Realizovať základný a nadstavbový kurz bazálnej stimulácie pre sestry poskytujúce intenzívnu starostlivosť odborníkmi na bazálnu stimuláciu, napr. lektorkou z Inštitutu Bazální stimulácie vo Frýdku – Místku. Zagitovať manažment pracoviska k implementácii prvkov Konceptu bazálnej stimulácie do klinickej praxe, oboznámiť ich, že bazálna stimulácia môže byť jedným zo spôsobov, ako zvýšiť kvalitu poskytovanej starostlivosti a následne vytvoriť pozitívny imidž oddelenia v očiach verejnosti. Pozitívne motivovať sestry k celoživotnému vzdelávaniu, napr. finančným a morálnym ocenením ich práce. Edukovať multidisciplinárny tím pracovníkov pracujúcich v oblasti intenzívnej starostlivosti o podstate bazálnej stimulácie a získať ich pre spoluprácu. Zabezpečiť podmienky a pomôcky k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti formou bazálnej stimulácie, napr. vyhraďiť jeden ošetrovací box výhradne pre bazálnu stimuláciu. Vypracovať konkrétne štandardy jednotlivých prvkov bazálnej stimulácie a implementovať ich do ošetrovateľskej starostlivosti.

Zoznam bibliografických odkazov:

- BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. 2009. *Community nursing for nurses : textbook for nurses in community care*. 1. vyd. Brno: Národné centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických odborů, 2009. 157 s. ISBN 978-80-7013-497-9.
- FRIEDLOVÁ, K. 2003. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovateľské péči*. Frýdek – Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2003.
- FRIEDLOVÁ, K. 2005. *Bazální stimulace pro učitele předmětu OŠETROVATEĽSTVÍ*. Frýdek-Místek : INŠTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2005. ISBN 80-239-6132-2.
- KRIŠTOFOVÁ, E., MESÁROŠOVÁ, J. 2003. Sestra v 21. Storočí. In: *Sestra*, roč. II., 2003, október, s. 8. ISSN 1335-9444.
- KRIŠTOFOVÁ, E., PAVELOVÁ, Ľ. 2004. Koncept bazálnej stimulácie. In *Sestra*, 2004. roč. III., č. 9, s. 8. ISSN 1335-9444.
- LÍŠKOVÁ, M., NÁDASKÁ, I. a kol., 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. Martin : Osveta, 2006. 70 s. ISBN 80-8063-216-2.
- NÁDASKÁ, I., KRIŠTOFOVÁ, E. 2004. Význam neverbálnej komunikácie v práci sestry. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*, roč. II., 2004, č.5, s. 10. ISSN 1336-183X.

SCHMIDTOVÁ, Z., SLAMKOVÁ, A., ZRUBCOVÁ, D. 2009. Vplyv konceptu bazálnej stimulácie na kvalitu spánku gerontopsychiatrických pacientov In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. - ISSN 1336-183X. - Roč. 7, č. 1(2009), s. 8-10

SCHMIDTOVÁ, Z., SLAMKOVÁ, A., ZRUBCOVÁ, D. 2009. Edukácia rodiny onkologického pacienta - Education of oncologic patient's family In: *Ošetrovateľský obzor*. - ISSN 1336-5606. - Roč. 5, č. 4 (2008), s. 122-126.

SLAMKOVÁ, A., ZRUBCOVÁ, D., SCHMIDTOVÁ, Z., POLEDNÍKOVÁ, L. 2009. Efektívna neverbálna komunikácia-vyššia kvalita seniora s nádorovým ochorením? In: *Edukační zborník XXIX Brnenské onkologické dny*. - Brno: Masarykúv onkologický ústav, 2005. - ISBN 80-86793-05-2. - S. 329.

VÓRŔSOVÁ, G. a kol., 2005. *Interné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta 2005. ISBN: 80-8063-192-1.

ZRUBCOVÁ, D., NÁDASKÁ, I., SLAMKOVÁ, A. 2005. Terapeutická komunikácia. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*, roč. III., 2005, č. 1. , s. VII. ISSN 1336-183X.

Kontaktná adresa

PhDr. Pavelová Ľuboslava

Katedra ošetrovateľstva FSVaZ, UKF v Nitre

e-mail: lpavelova2@ukf.sk

**VYUŽITIE MAERACÍCH A HODNOTIACICH NÁSTROJOV V OŠETROVATEĽSKOM
ASSESSMENTE PRI PERINATÁLNEJ STRATE**

Lehotská Mária

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Príspevok poukazuje na možnosti ošetrovateľstva pri adaptácii na neúspešné tehotenstvo. V snahe objektivizovať stav adaptácie na obdobie po perinatálnej strate zdôrazňuje potrebu dôkladného ošetrovateľského assessmentu, ktorý musí byť vykonávaný opakovane. Pre vytvorenie a doplnenie teoretickej bázy o probléme a pre získanie čo najobjektívnejších údajov pre výskum a klinickú prax (problém validity a reliability) zdôrazňuje potrebu využívania štandardizovaných meracích a hodnotiacich techník. V príspevku autorka prezentuje najvyužívanejšie hodnotiace nástroje v ošetrovateľskom assessmente, ktoré sú špecifické pre perinatálnu stratu. Poukazuje tiež na najčastejšie chyby a nedostatky v ošetrovateľskej diagnostike malaadaptáčnych reakcií na perinatálnu stratu.

Kľúčové slová: perinatálna strata, ošetrovateľský assessment, Škála perinatálneho smútenia, hodnotiace nástroje, Likertova frekvenčná stupnica

Perinatálna strata (perinatal loss, pregnancy loss) označuje intrauterinné odumretie plodu, spontánny potrat, umelé ukončenie tehotenstva z dôvodu fetálnych anomálií a zo zdravotných dôvodov matky, pôrod mŕtveho dieťaťa a smrť dieťaťa vo včasnom popôrodnom období, pričom očakávanou reakciou matky (rodičov) je hlboký smútok a žiaľ (Gorrie et al., 1994, Mattson et al., 1993, Urbanová, 2004).

Pacientka s perinatálnou stratou môže v ktoromkoľvek štádiu prejsť do dysfunkčného smútku, ktorý je charakteristický dlhodobým odmietaním straty, intenzívnym hnevom, neschopnosťou prejavíť žiaľ, prehĺbenou depresiou s pocitmi bezmocnosti a suicidálnymi sklonmi, dlhodobým apatickým správaním a halucináciami, ktoré súvisia s plodom/dieťaťom (vizuálne, auditívne – plač...). Dĺžka smútku je rôznorodá. Engel predpokladá, že akútna fáza smútku trvá asi 4-6 týždňov po strate a predĺžená fáza 1-2 roky. Prevládajú pocity sebaobviňovania. Perinatálne úmrtie sa projikuje ako pocit okradnutia a opustenosti (Mattson et al., 1993, Cisarik et al., 1996).

Na hornú hranicu smútku sú rôzne názory a predpokladá sa, že smútok môže presiahnuť dva roky. Pre dysfunkčný smútok je charakteristické, že sa nedá odhadnúť pretrvávanie a dĺžka tohto stavu (Urbanová, 2004).

Štúdie, v ktorých boli sledovaní rodičia aj niekoľko rokov po perinatálnej strate dokazujú, že skúsenosť s neúspešným tehotenstvom má hlboký psychologický dopad na oboch partnerov, ktorí aj s odstupom niekoľkých rokov dokážu pomerne presne opísať svoje vtedajšie pocity a okolnosti perinatálnej straty.

Žiaľ a smútok býva sprevádzaný u niektorých rodičov aj pocitmi viny, či hnevu. Hnev môže byť namierený voči osobe samej, čo často krát súvisí so seba obviňovaním a iracionálnymi pocitmi viny. Hnev však môže byť namierený aj voči zdravotníkom, či okoliu.

Viacere štúdie poukazujú na zaujímavú skutočnosť, že pomerne veľa rodičov viní za smrť svojho dieťaťa zdravotníkov, predovšetkým v období tesne po strate. Po čase sa u väčšiny rodičov tieto pocity zmiernujú.

V snahe objektivizovať stav adaptácie na postabortívne obdobie, respektíve obdobie po perinatálnej strate je potrebný dôkladný ošetrovateľský assessment, ktorý musí byť vykonávaný opakovane.

Dôležitý je predovšetkým tzv. „výročný assessment“ (dôkladné posúdenie zdravotného stavu v období výročia potratu/perinatálnej straty) preto, že pre perinatálnu stratu je typické zintenzívnenie jej prejavov v období, ktoré je nejakým spôsobom „významné“, a spája sa aj keď nepriamo s tehotenstvom, pôrodom, či dieťaťom.

Taktiež aj pre vytvorenie a dopĺňanie teoretickej bázy o probléme je snaha o získanie čo najpresnejších a najobjektívnejších údajov z výskumu (problém validity a reliability).

S rastúcou profesionalitou sestier a snahou o autonómiu ošetrovateľského povolania sa zvyšuje aj zodpovednosť sestier pri vstupnom, priebežnom a záverečnom posudzovaní pre klinické aj výskumné účely. Meracie a hodnotiace nástroje sú potrebné pre vytvorenie informačnej databázy, ktorá je základom pre kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť. Tieto údaje zároveň demonštrujú úroveň poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Úplná dokumentácia merateľných údajov demonštruje profesionálne kompetencie. Nástroj sa môže stať priamo súčasťou procesuálnych štandardov, ošetrovateľských formulárov a protokolov (Bóriková, et. al., 2009).

Posudzovanie je tzv. kontinuálnym subprocesom, je teda súčasťou každej fázy ošetrovateľského procesu a predstavuje základ pre jeho ďalšie fázy. Využívanie validných reliabilných štandardizovaných meracích a hodnotiacich nástrojov minimalizuje aj riziko omylov v diagnostickej fáze.

Pri diagnostike maladaptčných reakcií v súvislosti s perinatálnou stratou môže vzniknúť chyba v zámene normálnej reakcie na stratu (napr. intenzívny plač) s dysfunkčným smútkom. Intenzívnu aktuálnu emocionálnu odozvu na stratu by sme nemali diagnostikovať ako Dysfunkčný smútok. V diferenciálnej diagnostike akcentujeme rozlíšenie medzi smútkom, reakciou na stratu, ktorý je normálny, prirodzený, a smútkom, ktorý je patologický, komplikovaný, dysfunkčný (www.chcr.brown.edu).

„Dysfunkčný smútok je štandardizovaný názov ošetrovateľského problému človeka, rodičov alebo komunity, ktorí prežívajú predĺženú a neuspokojivú intelektuálnu i emocionálnu reakciu na stratu, pomocou ktorej sa snažia upraviť sebapoňatie“ (Marečková, 2006, s. 192).

Pre posudzovanie rizika vzniku dysfunkčného smútku môže byť prínosný *Formulár rizikových faktorov komplikovaného smútku*. Formulár obsahuje zoznam rizikových faktorov, ktoré môžu predisponovať k rozvoju dysfunkčného smútku. Uvedený formulár môžeme považovať za usmerňujúci nástroj v diagnostike potenciálnej ošetrovateľskej diagnózy Riziko dysfunkčného smútku.

Na posúdenie smútku sú dostupné nástroje, ktoré predstavujú multidimenzionálne hodnotenie smútku (emocionálna oblasť, oblasť psycho-somatiky, stigmatizácie ...).

Medzi najznámejšie, v klinickej praxi využívané, nástroje hodnotenia smútku patria: *Revidovaný zoznam prejavov smútku* (The Revised Grief Experience Inventory), *Dotazník*

prežívania smútku (The Grief Experience Questionnaire), *Texaský zoznam prejavov smútku* (Texas Inventory of Grief), *Ukazovatele zvládania smútku* (Grief Resolution Index), *Hoganova škála smútku* (The Hogan Grief Reaction Checklist).

Položky v dotazníkoch sú najčastejšie hodnotené na päťstupňovej Likertovej frekvenčnej stupnici (www.chcr.brown.edu).

V rámci diagnostiky vystupujú do popredia prejavy maladaptácie pre, ktoré sú v NANDA II taxonómii vyčlenené predovšetkým nasledovné diagnostické domény:

6. Doména: Vnímanie seba samého (triedy: sebapoňatie, sebaúcta, telesný obraz),

9. Doména: Zvládanie záťaže – odolnosť voči stresu (triedy: posttraumatická odozva, reakcie na zvládanie záťaže, neurobehaviorálny stres).

Samozrejme problematika maladaptácie je multifaktoriálny problém a pri ošetrovateľskej diagnostike môže byť stanovená akákoľvek ošetrovateľská diagnóza z klasifikačného rámca NANDA. Pri ošetrovateľskej diagnostike je potrebné vychádzať z definujúcich charakteristík jednotlivých ošetrovateľských diagnóz.

V súvislosti so širokou paletou symptómov patologickej adaptácie na traumatickú udalosť, akou abort (perinatálna strata) nesporne je sme sa v odbornej literatúre stretli s rôznymi kritériami pre zaradenie rodičov do kategórie dysfunkčne smútiacich.

Strucková (1998), Bowles (2000), Van Rooyen (2004) v svojich štúdiách sledovali prejavy postabortívneho syndrómu. Steinberg (2008) sledoval výskyt symptómov PTSD (post traumatickej stresovej poruchy), GAD (generalizovanej úzkostnej poruchy) a výskyt iných psychopatológií podľa MKCH. Vo viacerých štúdiách boli využité štandardizované nástroje pre posúdenie adaptácie na stratu.

Richard Neugebauer z psychiatrického inštitútu Kolumbijskej univerzity vyvinul a využíval *Škálu perinatálneho smútenia* (The Perinatal Bereavement Scale –PBS). Psychoterapeut McFarlane (1992) sledoval vzťah medzi prežitím traumy a rozvojom PTSD (IES – Impact of Events Scale). Maker (2002) sledoval výskyt anxiety a depresie u rodičov so skúsenosťou neúspešného tehotenstva (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS).

Predovšetkým opakované využitie toho istého nástroja a prospektívne štúdie zabezpečujú validitu (platnosť) a reliabilitu (spoľahlivosť) získaných údajov.

Avšak ako uvádza Bóriková, et. al (2009) okrem validity a reliability pri výbere potenciálneho hodnotiaceho nástroja je potrebné brať do úvahy jeho kultúrnu senzitivitu (adaptáciu na kultúrne podmienky v procese národnej validizácie), interdisciplinárny charakter, náročnosť administrácie a skutočnosť či sa jedná o štandardizovaný nástroj (pravidelne revidovaný klinickými expertmi – evidence-based practice).

Nutnosť interdisciplinárnej spolupráce v starostlivosti o ženy/rodiny so skúsenosťou perinatálnej straty vyplýva aj z vnímania smútenia ako dynamického procesu prebiehajúceho v čase, a z potreby uvedomenia si, že maladaptatívne prejavy sa môžu objaviť u ktoréhokoľvek člena rodiny.

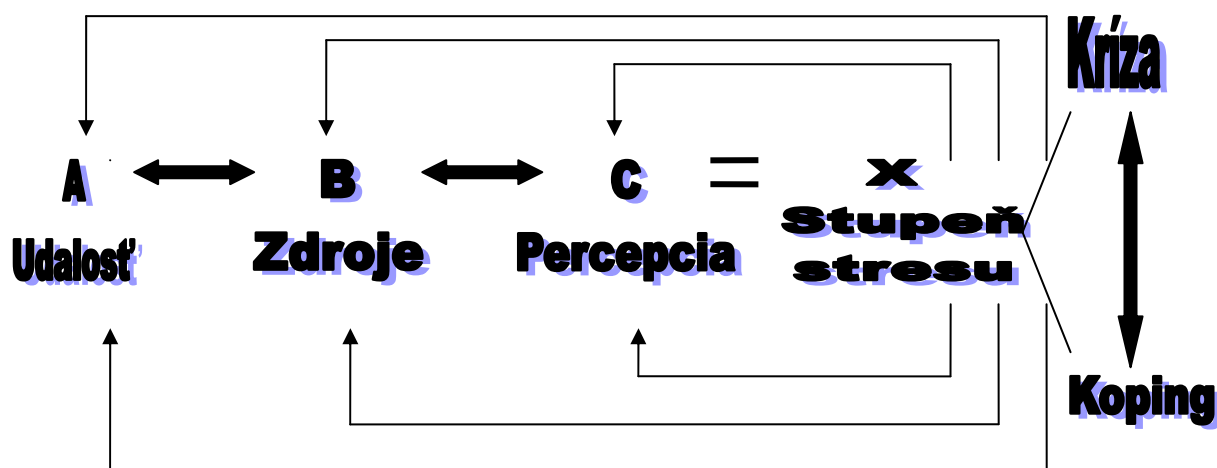
Kontextuálny model rodinného stresu (Obr. 1) poukazuje na potrebu vnímania stresových udalostí rodinou ako celkom, ale aj jej jednotlivými členmi. Zdôrazňuje dôležitosť individuálnych, rodinných a komunitných zdrojov, a posúdenie ich významu ako faktorov determinujúcich zdravie jednotlivých členov rodiny, ale aj rodiny ako systému. Postupne bol

tento model modifikovaný viacerými autormi na Model rodinnej adjustácie a adaptácie. Výsledkom tohto modelu je podľa autorov stav adaptácie, bonadaptácie alebo maladaptácie, ktorý vyúsťuje do rodinnej resiliencie, respektíve schopnosti vrátiť sa na predošlý stupeň zdravia (Boss, 1987, 2002, McCubbin, 1993, Patterson, 1988).

Pri posudzovaní zvládania tenzie spôsobenej perinatálnou stratou môžeme využiť *Jalowiec coping scale* (Jalowiec, 1977, 1987). Škála mapuje kopingové stratégie, ktoré vyšetrovaný využíva, a do akej miery mu tieto pomáhajú adaptovať sa na danú situáciu.

Lang (2002) poukazuje na potrebu podporných ošetrovateľských intervencií, ktoré by mali byť zamerané predovšetkým na dôkladné posúdenie rodiny vo vzťahu k perinatálnej strate, na spoločné hľadanie možných podporných zdrojov (interných aj externých) a na identifikáciu ich potrieb. Všetky intervencie majú za cieľ pomôcť rodine zvládnuť stratu, optimalizovať zdravie a znovu získať pocit osobného rastu.

Obr. 1 Schematické znázornenie Kontextuálneho modelu rodinného stresu (Lang, 2002)



„Medzera v odbornej literatúre sa musí nevyhnutne stať oblasťou ošetrovateľského výskumu. Porozumenie rodičovským skúsenostiam v takejto situácii je nevyhnutným predpokladom pre správne smerovanie výskumu, stanovenie štandardných postupov a stanovenie primeraných a humánnych ošetrovateľských intervencií (Armentrout, 2005).“

Meracie a hodnotiace nástroje majú vo všeobecnosti svoje prednosti, ale aj limity. Za pozitívne aspekty ich využívania môžeme označiť: štandardnú terminológiu, zber pomerne veľkého rozsahu dát za krátky čas, individualizovaný a formalizovaný záznam, konzistenciu dát, redukciu duplicity, kontinuálnosť starostlivosti, zvyšovanie autonómie profesie, zber štandardizovaných dát pre výskum a výučbu.

Za limitujúce faktory môžeme pokladať predovšetkým: problémy terminologickej „čistoty“ pri prekladoch, absenciu procesu národnej validizácie nástroja, absenciu údajov o validite a reliabilite modifikovaných verzií, niektoré meracie a hodnotiace techniky sú vhodné skôr pre výskum ako pre klinickú prax, absenciu národnej databázy nástrojov pre špecifické skupiny pacientov, k implementácii niektorých nástrojov je nevyhnutný tréning klinických zručností posudzovateľa (Bóriková, Žiaková, 2007).

Meracie a hodnotiace techniky však predstavujú problém riešiaci prístup v ošetrovateľskom procese a prispievajú k rozvoju klinického kritického myslenia.

Zoznam bibliografických odkazov:

- ARMENTROUT, D. C. 2005. *A Grounded theory of parents bringing their infant forward in their daily lives following the removal of life support and subsequent infant death*. Texas : The University of Texas of Biomedical Sciences at Galveston. Dizertačná práca. 2005.
- BOSS, P. 2002. Family stres. In: *Handbook of marriage and the family*. M.B. SUSSMAN, M. K. STEINMETZ (Ed.). New York : Plenum Press, pp. 695-723. Podľa: LANG, A. 2002. *Explanatory Model of Health in Bereaved Parents Post Fetal/Infant Death*. (Dizertačná práca). Montreal : Universita v Montreale. 2002.
- BOWLES S. V. et al. 2000. Acute and Post-traumatic Stress Disorder After Spontaneous Abortion. In: *American family physician*. ISSN 0002-838X, Marec 2000, vol. 61, no. 6, p. 1689-1695.
- BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K., 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovateľstve. In *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2007. s.13-17. ISBN 978-80-7368-230-9.
- BÓRIKOVÁ, I. et al. 2009. Meranie a merací nástroj. In *Ošetrovateľstvo teória a vedecký výskum*. ŽIAKOVÁ, K. et al. (Ed.). Osveta : Martin, 2009. s. 210-222. ISBN 80-8063-304-2.
- CISARIK, F. et al. 1996. Genetická prognostika v gravidite. In *Praktická gynekológia*. 1996, roč.3, č.1, s. 9-14.
- GORRIE, T. M. et al. 1994. *Foundations of Maternal Newborn Nursing*. 1st ed. Philadelphia : Saunders Company, 1994. 1041 p. ISBN 0-7216-4033-8.
- JALOWIEC, A. 1977, 1987. Jalowiec coping scale. In *Parental grief responses to perinatal loss*. PEACOCK, L., M. Grand Valley State University. 1998. s. 73-76.
- LANG, A. 2002. *Explanatory Model of Health in Bereaved Parents Post Fetal/Infant Death*. (Dizertačná práca). Montreal : Univerzita v Montreale. 2002.
- MAKER, C. 2002. The Miscarriage Experience: More Than Just a Trigger to Psychological Morbidity? In *Psychology and Health*. ISSN 1476-8321, Jún 2003, vol. 18, no. 3, p. 403-415.
- MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach*. 1. vyd. Praha : GRADA Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MATTSON, S. et al. 1993. *Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing*. Philadelphia : Saunders Company, 1993. 800 p. ISBN 0-7216-3122-3.
- McCUBBIN, H., et al., 1993 Family schema, paradigms, and paradigms shifts: Components and processes of appraisal in family adaptation to stress. In *Cognitive coping families, and disability*. Ed. TURNBULL, A., P., et al. Baltimore : Paul H. Brooks Publishing Co. 1993. s. 239-255. Podľa: LANG, A. 2002. *Explanatory Model of Health in Bereaved Parents Post Fetal/Infant Death*. (Dizertačná práca). Montreal : Univerzita v Montreale. 2002.
- PATTERSON, J. M. 1988. Families experiencing stress I. The family adjustment and adaptation response model II. Applying the FAAR model to health-related issues for intervention and research. In: *Family Systems Medicine*. 1988. Vol 6, no. 2, pp. 202-237.

Podľa: LANG, A. 2002. *Explanatory Model of Health in Bereaved Parents Post Fetal/Infant Death*. (Dizertačná práca). Montreal : Universita v Montreale. 2002.

STEINBERG, J. R. et.al. 2008. Abortion and anxiety: What's the relationship? In *Social Science & Medicine*. ISSN 0277-9536, Jul 2008, vol. 67, Iss. 2, p. 238.

STRUCKOVÁ, K. et al. 1998. Zajtra budem plakať. In NADÁCIA ÁNO ŽIVOTU –MATKY V NÚDZI. *Miriam, prečo plačeš?* Trnava – Košice : Spolok sv. Vojtecha, 1998, 116-121 s.

URBANOVÁ, E. 2004. *Etické problémy spojené s interrupciou v druhom trimestri tehotenstva* (Dizertačná práca). Martin : JLF UK. 2004.

VAN ROOYEN, M. 2004. The prevalence of post-abortion syndrome in patients presenting at Kalafong hospital's family medicine clinic after having a termination of pregnancy. In *SA Fam Pract*. 2004, vol. 46, no.5, pp. 21-24.

www.chcr.brown.edu/pcoc/toolkit.htm, [cit. 9.1. 2009]

ÚLOHA SESTRY V KOMUNITĚ ADOLESCENTOV

Rovná Silvia ¹, Vicáňová Michaela ²

¹Stredná zdravotnícka škola Dolný Kubín

²Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok

Abstrakt

Súčasný rozvoj ošetrovateľstva a jeho zameranie mení aj rolu sestry. Vyžaduje si to nielen rozvoj nových poznatkov z medicíny, ale aj nové poznatky zo spoločenských vied, najmä pedagogiky, andragogiky, psychológie, etiky a zo sociológie. Sestra sa stáva rovnocennou členkou tímu, schopnou v oblasti svojej činnosti samostatne pracovať so zdravým človekom vo všetkých vekových obdobiach. Ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná v praxi pre adolescentov si vyžaduje špeciálne pripravené sestry pre ošetrovateľstvo orientované na zdravú komunitu, cielene zameranú na starostlivosť o jednotlivcov, ich rodiny, komunity. Vzájomný vzťah medzi sestrou a klientom má byť partnerský, musí pracovať nielen pre neho, ale predovšetkým s ním. Rozsah činností je upravená legislatívne.

Kľúčové slová: Sestra. Adolescent. Komunita. Podpora zdravia. Primárna starostlivosť.

Podľa záverov európskej konferencie o ošetrovateľstve z roku 1988 vo Viedni musia sestry rozvíjať kvalitatívne nové ošetrovateľské služby vychádzajúce z koncepcie primárnej starostlivosti zameranej na prevenciu s participáciou komunity (Lemon, 1996). Podľa WHO je primárna zdravotná starostlivosť miestom prvého kontaktu s ľuďmi, ktorým poskytuje opatrenia k zlepšeniu zdravia v komunite. Je to koordinovaná komplexná zdravotno-sociálna starostlivosť poskytovaná hlavne zdravotníkmi prvého kontaktu. Vykonávané činnosti sú poskytované čo najbližšie sociálnemu prostrediu klienta (škola, rodina) a rešpektujú jeho bio-psycho-sociálne potreby. Primárna starostlivosť ako základ starostlivosti populácie mladých ľudí musí byť dostupná, kvalitná a odborná. Obsahuje tieto oblasti:

- podporu zdravia a programy kontroly choroby,
- preventívnu zdravotnú činnosť,
- účelnú a efektívnu vyšetrovaciu a liečebnú činnosť,
- spoluprácu s ďalšími zložkami zdravotnej starostlivosti (Jarošová, 2007).

Ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná v praxi pre adolescentov si vyžaduje špeciálne pripravené sestry pre ošetrovateľstvo orientované na zdravú komunitu (community health nursing), ktorá je zameraná na zdravú starostlivosť jednotlivcov, rodín a skupín, zahŕňa zachovanie, ochranu a podporu zdravia a je poskytovaná ako priama a nepriama starostlivosť v komunitných inštitúciách, domácom prostredí, v škole a pod. Obsahuje všetky prvky zdravotnej starostlivosti - primárnu – edukáciu, sekundárnu – skrining, terciárnu – rehabilitáciu (Jarošová, 2007). Jej úlohou je zlepšiť zdravie celej komunity adolescentov. Sestry pracujú v komunite tak s jednotlivcami, ako aj s rodinami adolescentov. V rámci celej komunity vyhľadávajú skupiny so spoločnými potrebami (Oermann, 1991). Jej aktivity sú

teda zamerané na jednotlivca, na rodinu a na komunitu s tým, že praktické činnosti sú zamerané na hodnotenie komunity a majú priniesť úžitok celej komunite. Intervencie musia byť pravidelné, časté a na rôznych úrovniach (Jarošová, 2007).

Do faktorov ovplyvňujúcich komunitné zdravie na makroúrovni či mikroúrovni zasahuje aj sestra. Sestra sa môže zapojiť do realizácie opatrení na všetkých úrovniach v závislosti od toho, aká je jej pracovná úloha a zodpovednosť (Lemon 1, 1997).

Príčiny zlého zdravotného stavu obyvateľstva, a tým aj skupiny adolescentov, akými sú spôsob života, ktorý sa podieľa až 60 % na celkovom zdravotnom stave obyvateľstva (fajčenie, zlá výživa, nízka pohybová aktivita, nadmerná psychická záťaž, zneužívanie alkoholu, liekov a drog, nevhodné sexuálne správanie), životné prostredie, ovplyvňujúce zdravie asi na 20 % (znečistenie vody, ovzdušia, pôdy, potravín chemizácia prostredia), zdravotná starostlivosť, ktorá ovplyvňuje zdravie ľudí asi z 20 %, a ktorá trpela u nás nedostatočným preventívnym zameraním, vytvárajú podľa Jarošovej (1998) vhodný priestor pre zdravotnú výchovu, ktorá je jednou z najdôležitejších a aj náročných úloh sestry. Činnosti zdravotnej výchovy majú sestry považovať automaticky za súčasť svojej profesionálnej roly. Vzájomný vzťah medzi sestrou a klientom má byť partnerský, musí pracovať nielen pre neho, ale predovšetkým s ním.

Sestra pracuje v komunite adolescentov ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

- sleduje epidemiologické dáta vzťahujúce sa k zdraviu a zdravotnému stavu komunity a jej členov,
- na ich základe stanoví analýzu a opis zdravotného stavu a podmienok celej komunity adolescentov,
- monitoruje rizikové skupiny,
- zhodnotí zdravotný stav v súvislostiach a potencionálne príčinnosti,
- zhodnotí intervencie pre zlepšenie zdravia populácie (Jarošová, 2007),
- vychováva a vzdeláva,
- poskytuje konzultačné a klinické služby,
- ponúka sociálnu podporu,
- inštruuje k bezpečnosti (Skokňová, 1998).

Komunitná sestra má kľúčovú úlohu v preventívnych službách a podpore imunizácie. Práve ona môže uskutočniť svoju prax na rôznych stretnutiach v komunitných zdravotných centrách, školách alebo prostredníctvom domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra vykonáva zdravotný dozor a na základe svojich zručností dbá o kvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre deti a mládež (Skokňová, 1998).

Nejde o náhodnú, ale o cielavedomú a profesionálnu činnosť. Práve sestra je z radov zdravotníckych pracovníkov jednou z najpovolanejších na vykonávanie zdravotno-výchovnej činnosti (Vojteková, 2003). Zohráva tak kľúčovú rolu vo vytváraní multidisciplinárneho tímu medzi sestrami, pedagógmi, administratívnymi pracovníkmi, rodičmi a prijímateľmi starostlivosti a výberu vhodnej stratégie starostlivosti pre špecifickú populáciu, napr. adolescentov (Pender, 2003, Hanzlíková et al, 2006). Má záujem na

potvrzovaní overovaní žiaducich postupov výskumom, rozvojom teórií a modelov vypracovaných na podporu zdravia (Krišková, Willardová, Culp, 2003). Sestra riadi mnohé aktivity. Spolupracuje s rodičmi vo vyhľadávaní príčin problémov, diskutuje s rodičmi aj dieťaťom a získava súhlas na vhodnú stratégiu riešenia problému (Hanzlíková et al, 2006). Pracuje v prostredí ambulancie, školy, domova a komunity a jej prax je zameraná na zdravotné potreby mladých ľudí a ich rodiny (DeBell, 2006). Na rozvoj vedomostí, zručnosti a motivácii adolescentov v škole tak môže pre spoluprácu osloviť aj učiteľov, ktorým adolescenti adresujú svoje potreby (Marks, 2009). Zapája sa do posudzovania potrieb starostlivosti aj na domácej úrovni a venuje sa podpore rodinných príslušníkov a priateľov pri získavaní spôsobilostí a vedomostí potrebných na realizáciu sebaopatery a sebestačnosti. Uvedomuje si dôležitosť komplexných sociálnych, politických, ekonomických a environmentálnych faktorov, ktoré ovplyvňujú zdravie ľudí (Lemon 1, 1997).

Sestra cielene vzdeláva klientov, aby boli schopnejší správne sa rozhodovať v záležitostiach, ktoré ovplyvňujú ich zdravie a pocit pohody (Lemon 4, 1997). Ak sa však chcú dostať k jadrú problémov adolescentov, musia:

- používať stanovenú koncepciu pri zbere údajov o dospelujúcej mládeži,
- vytvoriť si dôverný vzťah s adolescentmi a ich rodičmi pri stanovení plánu,
- identifikovať potreby dospelujúcej mládeže s dodržaním mlčanlivosti o získaných informáciách,
- zväžiť dopad životného prostredia na zdravie dospelujúcich,
- vyvinúť inovačnú zdravotnú starostlivosť primárnej prevencie v rámci komunity na podporu zdravia a prevencii chorôb,
- stať sa zástupcom v propagácii zdravia a zosilňovaní vplyvu rodiny v legislatíve a politike,
- zapracovať v praxi overené zásady do všeobecnej starostlivosti o dospelujúcu mládež (Keeney et al, 2004).

➤

Sestra rozvíja zdravotnícke kampane a realizuje zdravotnícke skriningové programy. Formuje špeciálne záujmové či nátlakové skupiny a sama vystupuje v úlohe dostupného komunitného zdroja informácií. Na svoje programy využíva miestne médiá na diskusiu o problematike zdravia a zúčastňuje sa na iniciatívach komunitného rozvoja. Edukuje adolescentov / členov komunity, aby boli schopní zdravotno-výchovne pôsobiť na rovesníkov a vytvára priestor na neformálne diskusie o zdravotnej problematike medzi mladými ľuďmi. Aplikované lokálne bezpečnostné opatrenia na ochranu zdravia sama monitoruje (Lemon 1, 1997). Ďalšou z úloh je vystupovať ako sprostredkovateľ a koordinátor zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti pre všetkých členov komunity (Jarošová, 2007).

Súčasný rozvoj ošetrovateľstva a jeho zameranie mení aj rolu sestry. Vyžaduje si to nielen rozvoj nových poznatkov z medicíny, ale aj nové poznatky zo spoločenských vied, najmä pedagogiky, andragogiky, psychológie, etiky a zo sociológie. Sestra sa stáva rovnocennou členkou tímu, schopnou v oblasti svojej činnosti samostatne pracovať so zdravým človekom. Profesionálne napĺňať edukačnú úlohu sestry nie je možné bez

adekvátnej prípravy. Sestra na základe svojej profesie a odbornosti môže prispieť k výchove k zdraviu a k jeho podpore vtedy, keď jej edukačná pripravenosť bude odrážať šírku pôsobenia na zdravie adolescentov prospešnými informáciami (Marks, 2009). Byť profesionálom zdravia je výsada. Sestry majú vedomosti a zručnosti pomáhať pri obnove, udržaní a podpore zdravia adolescentov v ich školách a komunitách. Súbežne s tým prichádzajú však aj povinnosti. Majú zodpovednosť za vytvorenie zdravého životného štýlu správania aj vo svojom živote, aby sa stali pozitívnym príkladom pre adolescentov (Denehy, 2008).

Podľa Kozierovej, Erbovej, Olivierovej (1995) môžeme úlohy sestry pri upevňovaní zdravia zhrnúť nasledovne (pozri tabuľka 2)

Tabuľka 1 Úlohy sestry pri upevňovaní zdravia

Úlohy sestry pri upevňovaní zdravia
<ul style="list-style-type: none">▪ Svojím konaním, správaním a postojmi slúžiť ako vzor zdravého spôsobu života.▪ Povzbudzovať ľudí, aby sa zapojili do posudzovania, realizácie a vyhodnotenia programu na upevnenie zdravia.▪ radiť jednotlivcom, ako si môžu sami zvýšiť zdatnosť, skvalitniť výživu, ako sa vyrovnávať so stresom a ako vylepšiť sociálne vzťahy.▪ Pomáhať jednotlivcom, rodinám a spoločenstvám upevňovať zdravie.▪ Učiť ľudí efektívne využívať zdravotnícku starostlivosť.▪ Usmerniť ľudí pri získavaní schopností efektívne riešiť problémy a rozhodovať sa.▪ Posmeľovať jednotlivca i rodinu v konaní zameranom na upevnenie zdravia.▪ V spoločnosti podporovať zmeny, ktoré majú chrániť životné prostredie.

Legislatívnu štruktúru kompetencií sestry v oblasti podpory zdravia, ktorá zahŕňa aj komunitu adolescentov, vypracovala Medzinárodná rada sestier (ICN). V rámci poskytovania starostlivosti má sestra v oblasti podpory zdravia nasledujúce kompetencie:

- Preukáže pochopenie národnej politiky zdravia a sociálnej starostlivosti.
- Spolupracuje s ďalšími odborníkmi a komunitami.
- Vníma jednotlivca, rodinu a komunitu z holistickej perspektívy, ktorá ráta s mnohými determinantami zdravia.
- Podieľa sa na iniciatívach pre podporu zdravia a prevenciu chorôb a prispieva k ich hodnoteniu.
- Dokáže uplatniť svoje poznatky o zdrojoch pre podporu zdravia a zdravotnú výchovu.
- Koná tak, aby prispela k posilneniu jednotlivca, rodiny a komunity, aby dokázali prijať zdravý životný štýl.
- Poskytuje jednotlivcom, rodinám a komunitám relevantné zdravotné informácie, ktoré im pomáhajú dosiahnuť optimálne zdravie a obnovu síl.
- Preukáže pochopenie tradičnej liečiteľskej praxe v rámci systému zdravotných predstáv jednotlivcov, rodín a komunit.

- Poskytuje podporu/edukáciu pri získaní a/alebo zachovaní schopností umožňujúcich samostatný život.
- Rozpoznáva možnosti zdravotnej výchovy pri ošetrovateľských intervenciách.
- Pri práci s jednotlivcami, rodinami a komunitami aplikuje poznatky rôznych výučbových a štúdijských stratégií.
- Hodnotí učenie a pochopenie, ale ide o zdravotné praktiky (Zeleníková, 2007).

Naša legislatíva upravuje kompetencie a náplň práce sestry zákonom č. 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý ustanovuje okrem iného podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zdravotnícke povolanie charakterizuje ako súbor pracovných činností, ktoré vykonáva zdravotnícky pracovník aj pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ochrane zdravia ľudí a vyhláškou 364/2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom. Vyhláška hovorí okrem iného, že sestra identifikuje potreby ošetrovateľskej starostlivosti osoby, rodiny alebo komunity, zabezpečuje alebo vykonáva uspokojovanie potrieb súvisiacich so zdravím, s chorobou alebo s umieraním, edukuje osobu, rodinu alebo komunitu o ošetrovateľskej starostlivosti s dôrazom na sebestačnosť a podieľa sa na ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia.

Nové trendy zdravotníckej starostlivosti o klienta, ktoré sa orientujú viac na podporu zdravia a prevenciu, musia sestry ako najpočetnejšia skupina zdravotníckych pracovníkov akceptovať a realizovať pri uspokojovaní potrieb klienta, zvlášť keď cieľovou skupinou sú mladí ľudia, ktorí majú tvoriť zdravý základ súčasnej a budúcej generácie.

Zoznam bibliografických odkazov:

- DeBELL, D. 2006. School nurse practice: a decade of change. In: *Community Practitioner*. 2006, Vol. 79, Iss.10, pg. 324. ISSN 14622815. [online] [cit. 07. 01. 2009]. Z databázy ProQues.
- DENEHY, J. 2008. Role Models for Healthy Lifestyles Revisited. In: *The Journal of School Nursing*. 2008, Vol. 24, Iss.1, pg. 1. ISSN 10598405. [online] [cit. 07. 01. 2009]. Z databázy ProQues.
- HANZLÍKOVÁ, A. et al. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.
- JAROŠOVÁ, D. 1998. Zdravotní výchova v práci sestry. In: *Komunitné ošetrovateľstvo v primárnej zdravotnej starostlivosti, Zborník 3. medzinárodnej konferencie o vzdelávaní v ošetrovateľstve*. Ed. Bubeníková, M., Hanzlíková, A., Meško, D. Martin: JLF UK v Martine, 1998. s. 27 – 28. ISBN 80-88866-06-5.
- JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitného ošetrovateľství*. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

- KEENEY, G. B. et al. 2004. *Adolescent health and development in nursing and midwifery education*. Geneva : WHO Regional Office for Europe, 2004. [online] [cit. 13. 05. 2009]. Dostupné z: <http://www.who.int/child-adolescent-health>
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- LEMON 1. 1997. *Učebný materiál pre ošetrovateľstvo*. Bratislava: SK SZP, 1997. 160 s. ISBN 80-967818- 0-4.
- LEMON 4. 1996. *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno: IDV PZ, 1996. 160 s. ISBN 80-7013-248-5.
- MARKS, R. 2009. Schools and health education, What works, what is needed and why? In: *Health Education*. 2009., Vol. 109, Iss.1, pg. 4. ISSN 09654283. [online] [cit. 07. 01. 2009]. Z databázy ProQues.
- OERMANN, M. H. 1991. *Profesional Nursing Practice: A Conceptual Approach*. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1991. 330 p. ISBN 0- 397-54851-6.
- PENDER, N. J. 2003. *Most frequently asked questions about the health promotion model and my professional work and career*. 2003. [online] [cit. 13. 7. 2009]. Dostupné z: http://www.nursing.umich.edu/faculty/pender/pender_questions.html
- SKOKŇOVÁ, A. 1998. Úloha komunitnej sestry v starostlivosti o zdravie dieťaťa. In: *Komunitné ošetrovateľstvo v primárnej zdravotnej starostlivosti, Zborník 3. medzinárodnej konferencie o vzdelávaní v ošetrovateľstve*. Ed. Bubeníková, M., Hanzlíková, A., Meško, D. Martin: JLF UK v Martine, 1998. s. 47 – 48. ISBN 80-88866-06-5.
- KRIŠKOVÁ, A., WILLARDOVÁ, P. H., CULP, K. 2003. *Ošetrovateľstvo v zdraví pri práci*. Martin: Osveta, 2003. 155 s. ISBN 80-8063-109-3.
- VOJTEKOVÁ, I. 2003. Výchova k zdraviu a jej miesto v ošetrovateľskej profesii. In: *Formujeme budúcnosť pre život: Zdravé prostredie pre deti, Zborník príspevkov z vedeckej konferencie 30. dni zdravotnej výchovy Ivana Stodolu*. Bratislava: ŠFZÚ SR, 2003, s. 32 – 34. ISBN 80-7159-143-2.
- Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z. o, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytované sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom v znení neskorších predpisov. Zbierka zákonov č. 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- ZELENÍKOVÁ, R. 2007. Rozvoj kompetencií v podpore zdravia. In: *Cesta k profesionálnému ošetrovateľstvu II., Zborník príspevků II Slezské vědecké konference ošetrovateľství s medzinárodnou účasťou*. Ed. Archalousová, A. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007. s. 166 – 169. ISBN 978-80-7248-413-3.

Kontaktná adresa

PhDr. Rovná Silvia, Obrancov Mieru 1780/3-8, 026 01 Dolný Kubín
rovnasilvia@centrum.sk

AGEIZMUS - ETICKÝ PROBLÉM V STAROSTLIVOSTI O SENIOROV

Martinková Jana, Lajdová Andrea

TU, FZaSP, Trnava

Abstrakt

V našom príspevku chceme poukázať na problematiku ageizmu, ktorú môžeme definovať ako diskrimináciu seniorov. S rastúcim trendom starnutia populácie sa problém ageizmu stáva závažnou a čoraz aktuálnejšou témou. Nie všetkým sa podarí prežiť starobu v rodinnom kruhu svojich najbližších a bez závažnejších zdravotných problémov. Realita býva často krát iná a vo väčšine prípadov je nutná dlhodobá hospitalizácia, ktorá má negatívny dopad na psychiku seniora a celej jeho rodiny. Všeobecne sa zdravotnícka a ošetrovateľská starostlivosť v oblasti ageizmu stáva jednou z eticky najcitlivejších tém. Do problematiky ageizmu v zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti sa neradí iba veková diskriminácia, ale aj podceňovanie niektorých chorôb a zmyslových dysfunkcií súvisiacich s vekom.

Kľúčové slová: Senior. Ageizmus. Diskriminácia. Staroba. Ošetrovateľská starostlivosť.

Starnutie je neoddeliteľnou súčasťou života človeka. Proces starnutia je fyziologický dej, ktorému nie je možné sa vyhnúť. Aj keď dĺžka života je podmienená geneticky, záleží od každého z nás, aký spôsob života si zvolíme. Vplyvom starnutia sa ľudský organizmus mení, významným spôsobom je ovplyvnená psychika a sociálne správanie. Celý organizmus sa stáva krehkým a veľmi ťažko sa adaptuje na negatívne zmeny, čo má za následok častejšie hospitalizácie. Hospitalizácia seniora zhoršuje jeho zdatnosť, odolnosť, veľmi často sa stáva závislý na starostlivosti svojho okolia, nie je sebestačný v aktivitách denného režimu. Pokiaľ senior nemá doma dostatočné zázemie, nemá rodinných príslušníkov, ktorí by sa o neho postarali, ocitá sa v zariadeniach poskytujúcich zdravotnícku, ošetrovateľskú a sociálnu starostlivosť. Starostlivosť o seniorov nie je náročná len z ekonomického hľadiska, ale vyžaduje si aj pripravený a zaškolený personál. Profesionalita sestry okrem odborných vedomostí, zručností, či skúseností musí zahŕňať i etický rozmer. Najdôležitejšie je, aby uplatňovanie princípov ošetrovateľskej etiky vychádzalo u sestier z ich vnútorného mravného základu. Neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti má byť u sestier trpezlivosť, poctivosť, čestnosť, úprimnosť, pokora, skromnosť, nádej odvaha. Významnejšie pre povolanie sestry sú vyššie cesty, ktoré sú morálne – etické, estetické, intelektuálne a cesty vyplývajúce z existencie seba samého (Botíková, 2009). Základom práce sestry so seniormi je vytvorenie si vzájomného vzťahu, ktorý je založený na tolerancii, úcte a hlbokom ľudskom porozumení.

Vplyvom demografických populačných zmien a pokroku v starostlivosti o seniorov sa do popredia dostávajú aj nové etické problémy v starostlivosti o geriatrických pacientov. Medzi najčastejšie etické problémy v starostlivosti o seniorov patrí starnutie populácie, eutanázia a ageizmus.

Ageizmus môžeme definovať ako predsudky, diskrimináciu a negatívne predstavy o geriatrických pacientov – senioroch (Minibergerová, 2006). Vidovičová (2008) definuje ageizmus ako vekovú diskrimináciu, ktorá sa prejavuje cez proces systematickej, symbolickej i reálnej stereotypizácie skupín na základe ich veku alebo ich príslušnosti k určitej generácii. Hartl (2004) ageizmus definuje ako vekovú diskrimináciu, znevýhodňovanie osôb na základe ich veku, predsudky definuje ako zaujatosť, názorovú strnulosť. Uvádza, že je to emočne nabitý a kriticky nezhodnotený úsudok a následne vyplývajúci postoj, názor prijatý jedincom alebo skupinou, ktorý sa vytvára na základe presvedčenia alebo náboženskej viery, nezávisí od okamžitej situácii a neopiera sa o porozumenie. To, že sa neopiera o porozumenie považuje za veľmi významné. Pokiaľ niekoho chápeme, rozumieme mu, sme k nemu empatický, nemôžeme mať k tomuto človeku predsudky. Pernes a Solich (2005) považujú za hlavný dôvod ageizmu nedostatok záujmu spoločnosti o potreby seniorov a navrhujú písať a hovoriť o týchto problémoch, zamerať sa na výchovu celej spoločnosti, upraviť legislatívu a do tejto činnosti zapojiť i seniorské organizácie. Tošnerová (2002) uvádza, že medzi hlavné faktory zodpovedné za vznik ageizmu patria individuálne podmienené psychologické javy, ako je strach zo smrti a ochorenia, modernizácia, hodnotový systém a mediálna kultúra. Pokiaľ sa máme zamyslieť nad problematikou zdrojov ageizmu, musíme si uvedomiť, čo sa skrýva pod pojmom zdroj. Každý autor do týchto zdrojov zaraďuje niečo iné. Tošnerová (2002) uvádza zdroje podľa Traxlera, ktorý stanovil štyri zdroje ageizmu vedúce k negatívnym stereotypom a mýtom (strach zo smrti, dôraz na mladosť a fyzickú krásu, produktivita a spôsob, ako sa zisťuje skutočný stav spoločnosti). Vidovičová (2008) ako zdroje ageizmu uvádza demografiu (populácia starne, seniorov pribúda), vekové a štruktúrne nesúlady (aktivity vzhľadom k veku), vekový, generačný konflikt (nezhody v hodnotách, vlastníctve na základe veku), veková segregácia (oddelenie vekových skupín v spoločnosti), historická zmena statusu staroby (nízky sociálny status seniorov), nevhodná paradigma staroby (negatívny obraz staroby v spoločnosti), jazyk, média, kultúra (nevhodné pomenovania seniorov). Vidovičová (2008) rozdelila prejavy ageizmu do rôznych oblastí života seniora: zdravotnícka a ošetrovateľská starostlivosť (rozpočtová politika a obmedzené výdavky, etika starostlivosti, zneužívanie a nevhodné zaobchádzanie so seniormi), sociálna starostlivosť, dôchodkový systém (predčasné dôchodky), životné prostredie (bariéry voľného pohybu), občianstvo, vzdelanie, pracovný trh, média, veda, jazyk, literatúra, jazykové obraty a vtipy. Zdravotný systém je všeobecne v oblasti ageizmu jednou z eticky najcitlivejších tém. Riešia sa tu otázky týkajúce sa poskytovania a financovania starostlivosti o seniorov, ale i kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Na zdravotnom a funkčnom stave, ale tiež na potrebe a spotrebe zdravotníckej a ošetrovateľskej starostlivosti v starobe sa v súvislosti s dĺžkou života podieľajú zásadným spôsobom dva faktory, ktoré by mali byť dôsledne odlišované: vek a vekom podmienená prevalencia chorôb a blízkosť smrti s terminálnym stavom (Kalvach, 2004). Rozdeľovanie relatívne obmedzených zdrojov liekov, materiálu, starostlivosti medzi pacientov, patrí medzi každodennú rutinnú prácu lekára a ošetrovateľského personálu. Cieľom každodennej práce by nemalo byť, že staroba – vek je automaticky prvým výberovým kritériom pre rozdelenie zdrojov. Do problematiky ageizmu

v zdravotníctve nezaraďujeme len vekové obmedzenie, ale i podceňovanie niektorých chorôb a zmyslových dysfunkcií tým, že sa jednoducho pripisujú staršiemu veku a nie sú rozpoznané ako dôsledok ochorenia, ktoré by malo byť riadne liečené (Vidovičová, 2008). Relatívne často sa stretávame s negatívnymi postojmi k pacientom v zdravotníckej aj ošetrovateľskej starostlivosti, obzvlášť k seniorom. Zo strany lekárov, sestier, prípadne ošetrovateľov je to ignorácia, neschopnosť a nechúť počúvať a odpovedať, hrubosť, ponižovanie seniorov s poznámkami typu „má už 80 rokov, nemyslí mu to“. Ďalším prejavom neúctivého správania sa k seniorom je komunikácia. Veľmi často sa pri ošetrovateľskej starostlivosti oslovujú seniori ako dedko, babka, bez ohľadu na to, aké postavenie v aktívnom živote zastával, aké vzdelanie dosiahol. Tým dochádza k znižovaniu hodnoty seniora, ktorá spočíva minimálne vo vzdelaní, skúsenostiach, múdrosti a prežitkoch. Nie je výnimkou, že pri ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov dochádza k ponižovaniu, vysmievaniu sa a hrubému zachádzaniu, obzvlášť vtedy, ak senior urobí niečo zle, napríklad robí niečo pomaly, alebo je inkontinentný. Vytráca sa tiež záujem o seniora. Toto všetko vyúsťuje u seniorov do pocitu sociálnej izolácie, majú pocit, že nikto o nich nestojí, vytvára sa generačná priepasť a negatívne postoje k starobe, preferuje sa mladosť, a tým skôr starostlivosť o mladších, ako o seniorov. Vo vzťahu k starostlivosti o seniorov býva často len povrchný fyzický kontakt - prejavuje sa ageizmus (www.osobniasistencie.cz). Mühlpachr (2004) uvádza faktory, ktoré napomáhajú k vzniku ageizmu. Zo strany seniora ide o zlý funkčný stav, strata sebestačnosti, poruchy kognitívnych a komunikačných funkcií, zlý zdravotný stav, sociálna izolácia a závislosť, spolužitie s človekom, prípadne zdravotníckym personálom, ktorý sa nevhodne správa k seniorovi. Mühlpachr (2004) taktiež definuje najčastejšie prejavy neetického zaobchádzania so seniormi v zdravotníckych zariadeniach ako je: hrubé zachádzanie, vystavovanie chladu, umývanie studenou vodou, násilne prevádzaná aktivácia, nedostatočný príjem potravy a tekutín, nízka kvalita stravy, nedostatočná ošetrovateľská starostlivosť, rozvoj imobilizačného syndrómu, odpájanie signalizačného zariadenia, nadmerné používanie obmedzovacích pomôcok (močový katéter, psychofarmaká), urážlivé jednanie a ponižovanie, neprimerané porušovanie súkromia, neprimerané obmedzenie rozhodovacích práv a autonómie, nadmerné premiestňovanie, zneužívanie finančných prostriedkov a vymáhanie neoprávnených platieb, obmedzovanie sociálnych kontaktov a duchovného života, nedostupnosť náboženských úkonov, nadmerná úmrtnosť v zariadeniach.

Jedným z prvých a dôležitých krokov ako zmierniť ageizmus je rozpoznanie ageizmu v osobných postojoch, čo môže byť veľmi ťažké. Väčšina zdravotníckeho personálu ageizmus popiera, čiže nie je si ho vedomá. Jedným z prostriedkov, ktorý môže viesť k zmierneniu prejavov ageizmu je podpora častejšieho a aktívnejšieho osobného kontaktu so seniormi (Tošnerová, 2002). Veľmi významným prostriedkom zmiernujúcim prejavy ageizmu je správna komunikácia. Všeobecne je komunikácia chápaná ako proces predávania informácií medzi dvoma či viacerými komunikujúcimi subjektmi (Pokorná, 2008). Botíková (2009) definuje profesionálnu komunikáciu sestry ako komplexnú a náročnú zručnosť, ktorá si vyžaduje zvládnutie vonkajších a vnútorných podmienok. Medzi vonkajšie podmienky zaraďuje prípravu prostredia, zvládnutie pacienta, medzi vnútorné podmienky

zaraďuje zvládnutie samého seba. Počas komunikácie sestra musí : poznať prežívanie pacienta, trpezlivo ho počúvať, vnímať pacienta ako celok, rešpektovať jeho názor a presvedčenie, vedieť odhadnúť jeho reakcie, ovládať komunikačné zručnosti. Pre kvalitnú komunikáciu so seniormi sú slušné správanie a ľudský prístup veľmi dôležité (Botíková, 2009). Pokorná (2008) uvádza určité dôležité zásady pri komunikácii so seniorom, ktoré je treba dodržiavať: rešpektovať identitu jedinca, nekomunikovať so seniorom ako s dieťaťom, aktívne a taktne si overiť komunikačné bariéry, zdražovať sa v zornom poli seniora, komunikovať zrozumiteľne, neodpovedať si na vlastné otázky a udržiavať očný kontakt.

Staroba býva často spájaná s celkovou stagnáciou a útlmom ľudského života. Stále viac ľudí sa dožíva vyššieho veku, čo so sebou prináša nielen nové príležitosti, ale aj určité obmedzenia. Sestra sa čoraz častejšie vo svojej ošetrovateľskej starostlivosti stretáva so seniormi, a tým sú na ňu kladené aj špecifickejšie požiadavky. Okrem vedomostí, zručností, schopností, musí sestra disponovať aj s osobnostnými predpokladmi, medzi ktoré zaraďujeme aj etické predpoklady. Je preto pochopiteľné, že sa starostlivosť o seniorov stretáva so záujmom a aktivitou každej civilizovanej spoločnosti a naberá na dôležitosť.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. Botíková, A. a kol.: Manuál pre mentorky v ošetrovateľstve, Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2009, 178 s, ISBN 978-80-8082-253-8
2. Botíková Andrea, Uričková Alena, Lajdová Andrea. Etický rozmer v osobnostných vlastnostiach sestry. [In: Etické aspekty ošetrovateľskej péče v teorii a praxi \[elektronický zdroj\]](#) : [recenzovaný] zborník z 1. konferencie k aplikovanej etice s mezinárodnou účasťou konanej ..., Zlín 13. října 2009. - 1. vyd. - Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. - ISBN 978-80-7013-506-8. - S. 6-9.
3. Hartl, P., Hartlová, H : Psychologický slovník, 1. vyd., Praha 2004: Portál, 774 st. ISBN 80-7178-303-X
4. Kalvach, Z a kol.: Geriatrie a gerontologie, Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 864 st. ISBN 80-247-0548-6
5. Minibergerová, L., Dušek, J : Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory. Brno, NCONZO, 2006, 67 st, ISBN 80-7013-436-4
6. Mühlparch, P. : Gerontopedagogika, 1. vyd. Brno 2004, MU, 203 st. ISBN 80-210-3345-2
7. Pokorná, A : Efektivní komunikační techniky v ošetrovateľství, Brno, NCO NZO, 2008, 100 st. ISBN 978-80-7013-466-5
8. Pernes, Z., Solich, J,: Diskriminace seniorů z pohledu rady seniorů ČR. In Postavení a diskriminace seniorů v České republice. Sborník z mezinárodní konference MPSV dne 25. 11. 2005. 1. vyd. Praha: MPSV, 2005. 137 s. ISBN 80-86878-52-X
9. Tošnerová, T: Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří, Praha, Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV, 2002, 46 st. ISBN 80-238-9506-0
10. Vidovičová, L.: Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti, 1.vyd. Brno,MU, 2008, 233 st., ISBN 978-80-210-4627-6

Jana Martinková

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita v Trnave

jana.martinkova@truni.sk

STRES V PRÁCI SESTRY

Moraučíková Eva¹, Chrústová Adriana²

Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita Ružomberok¹

Ústredná vojenská nemocnica SNP- FN Ružomberok²

Abstrakt

Práca sestry je veľmi náročná po psychickej, fyzickej a emocionálnej stránke. Prepojenie odborných znalostí a praktických vedomostí s hlbokým altruizmom prejavujúcim sa v láskavej starostlivosti o človeka je typickou črtou súčasného ošetrovateľstva. Pacient sa na sestru obracia v najťažších chvíľach svojho života, očakáva od nej láskavosť, empatiu a trpezlivosť. Toto všetko stavia sestru do pozície, kedy je vystavená veľkému stresu. Stres sa môže nahromadiť do takej miery, že bežné záťažové situácie sa stanú nezvládnuteľnými. Sestra je však zaviazaná vykonávať svoje povolanie na vysokej odbornej a etickej úrovni, preto by mala vedieť stresu a záťažovým situáciám predchádzať. V práci autorky priblížia výsledky dotazníkového prieskumu a navrhnu odporúčania pre prax.

Kľúčové slová: Stres. Pacient. Sestra. Altruizmus. Záťažová situácia.

Úvod

Podnetom alebo stresorom v práci sestry sa môže stať čokoľvek čo marí alebo ohrozuje realizáciu cieľov alebo naruší rovnovážny stav. O tom, čo sa stane stresorom nerozhoduje druh a intenzita podnetovej situácie ale význam, ktorý pre sestru táto situácia má (Boroš, 1999, s. 137). Stresová situácia vyvoláva u sestry zvýšenú podráždenosť (nervozitu), duševné napätie, únavu, pocit slabosti, narúša koncentráciu pozornosti a spôsobuje dezorganizáciu správania. Vtedy sa dostavuje pocit márnosti a zbytočne vynaloženého úsilia, pocit neocenenia za vynaloženú námahu (Klimeková, 2007, s. 5). V odbornej literatúre sa stretávame s názorom, že v niektorých profesiách, zamestnaniach sa môžeme stretnúť s tzv. syndrómom vyhorenia, ktorým sú ohrozené najmä pomáhajúce, asistenčné profesie. Najčastejšie vyhoreniu podliehajú pracovníci v zdravotníctve, školstve a niektoré pracovné pozície v sociálnej sfére a službách. Povolanie sestry ako výsostne pomáhajúca profesia kladie vysoké požiadavky na výkon a zodpovednosť, prináša záťaž v podobe chronického stresu a tlaku (Bartošíková, 2006, s. 5). Obrovská náročnosť povolania sestry spočíva v špecifickosti vzťahu sestra– pacient. Do tohto vzťahu sa premietajú a prenášajú obojstranne rôzne pocity, emócie, zažitie a skúsené pacientom i sestrou. Nájdeme v ňom čosi materského, priateľského, partnerského i rodičovského, ale i nepriateľského, odmietajúceho, direktívneho, autoritatívneho, teda niečo čo nesie v sebe pozitívny i negatívny náboj (Heftyová, 2002, s. 44).

Ciele práce

Príspevok je venovaný problematike stresu a vytýčené boli nasledovné problémy:

1. Pociťujú sestry pri svojej práci stres a do akej miery.
2. Považujú svoju prácu za psychicky náročnú.

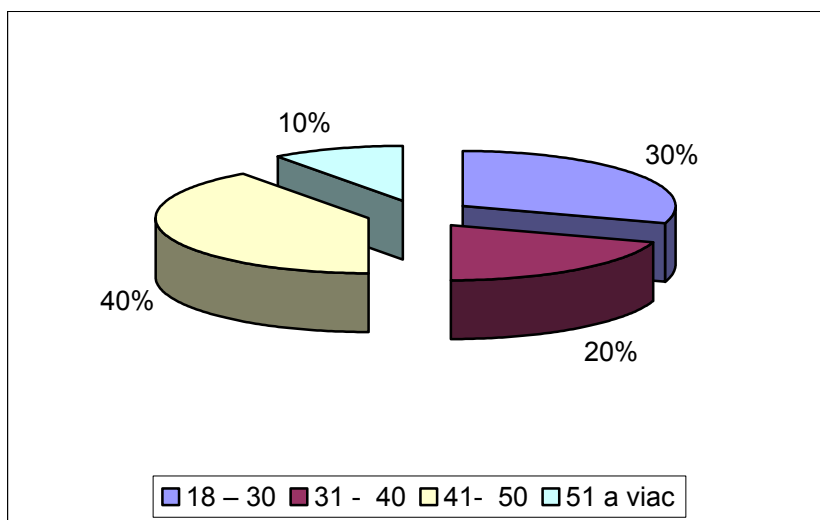
3. Majú sestry vyhovujúce pracovné podmienky a organizáciu práce.
4. Využívajú sestry všetky možné dostupné prostriedky pre zvládanie stresu a záťaže.

Cieľom prieskumu bolo:

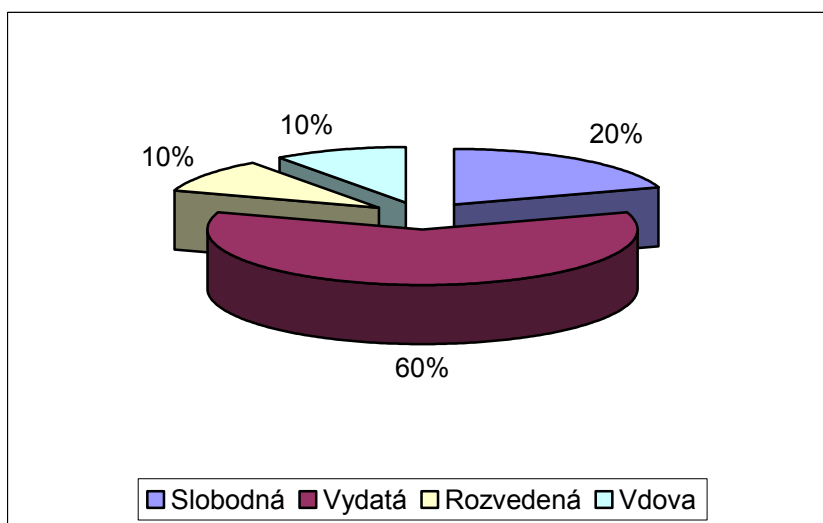
1. Zistiť činitele vyvolávajúce stres v práci sestry.
2. Poukázať na záťažové situácie v práci sestry.
3. Zistiť kedy sestry pociťujú najväčšiu záťaž.
4. Zistiť či majú sestry vyhovujúce pracovné podmienky.
5. Zistiť ako sestry predchádzajú stresu.

Súbor

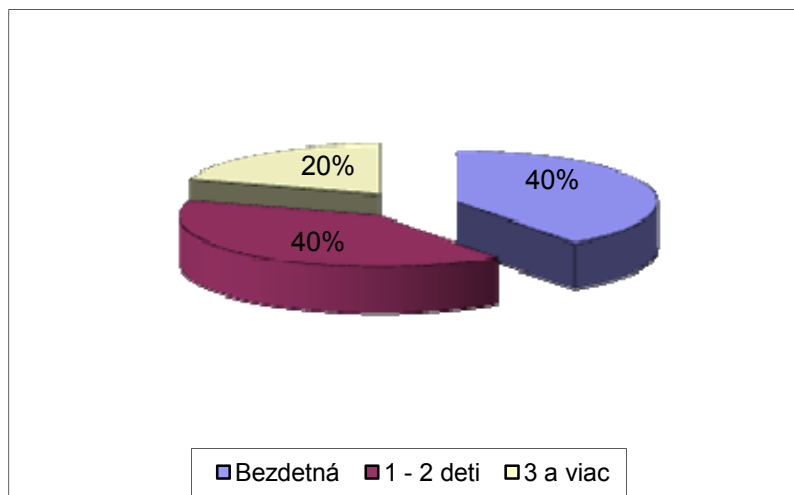
Prieskumný súbor tvorilo 50 sestier pracujúcich v ÚVN SNP - FN Ružomberok. Základné údaje charakterizujúce súbor respondentov boli vek, rodinný stav, počet detí, počet odpracovaných rokov v zdravotníctve a ukončené vzdelanie. Prieskum bol realizovaný v decembri 2007 a v januári 2008.



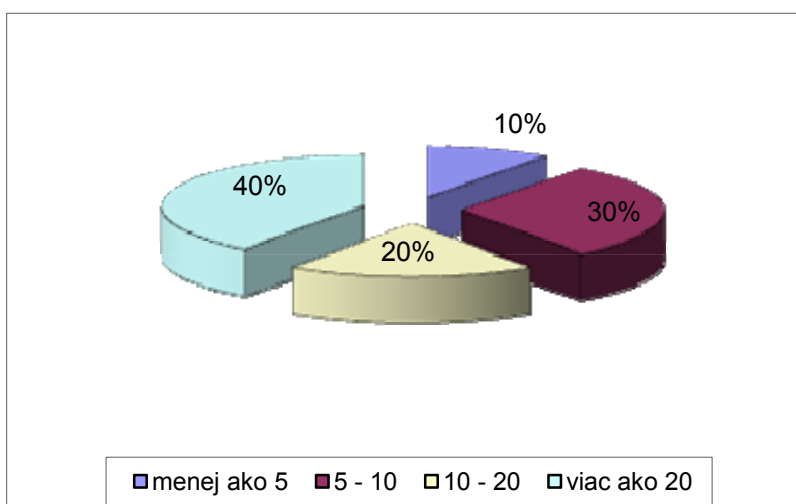
Graf 1 Vek respondentov



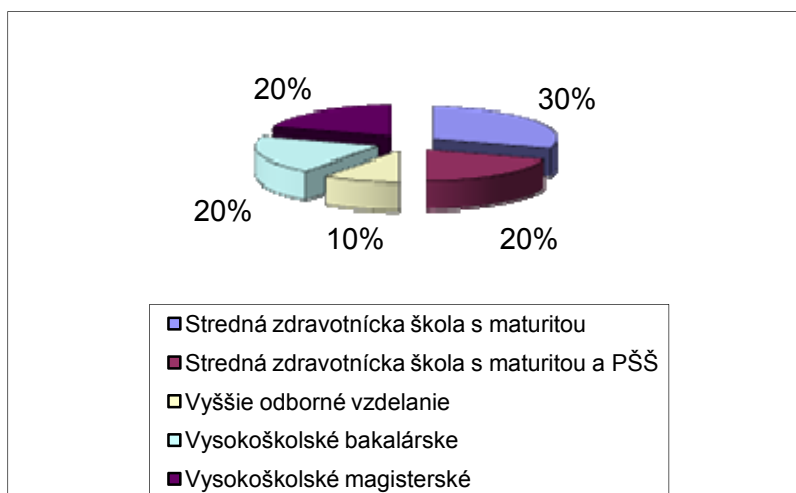
Graf 2 Rodinný stav respondentov



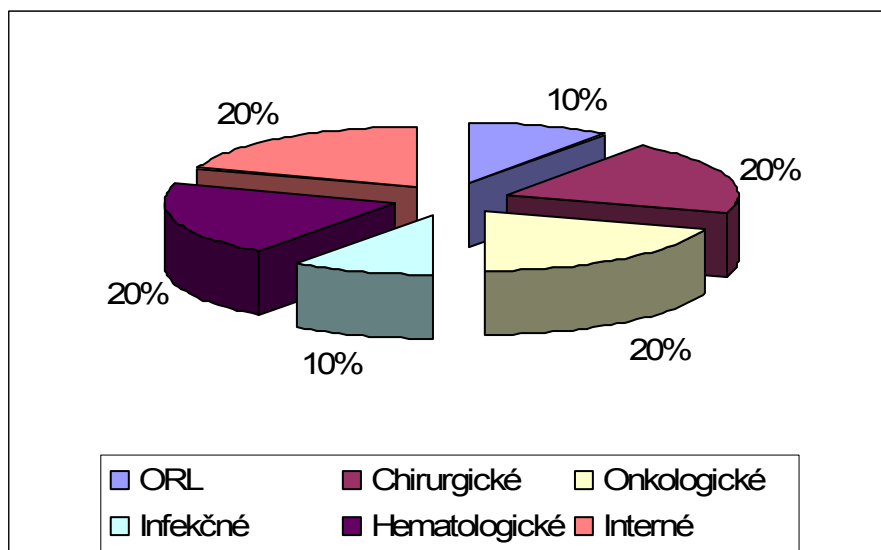
Graf 3 Počet detí u respondentov



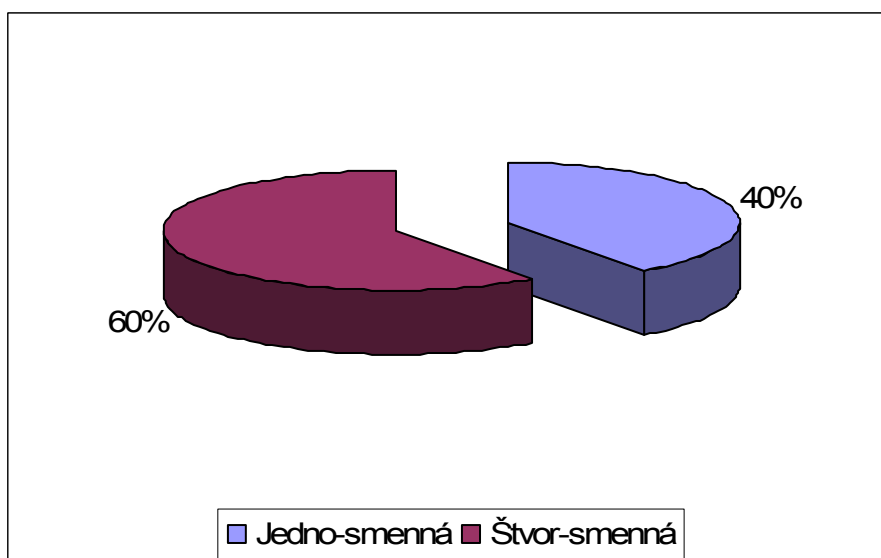
Graf 4 Počet odpracovaných rokov v zdravotníctve



Graf 5 Ukončené vzdelanie u respondentov



Graf 6 Rozdelenie respondentov podľa odbornosti oddelenia



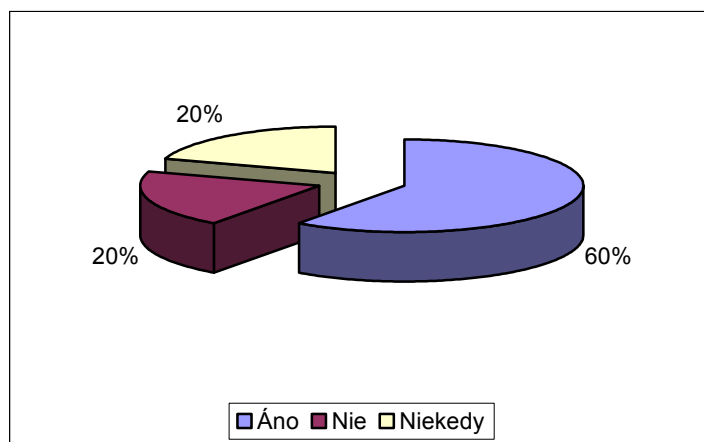
Graf 7 Rozdelenie respondentov podľa typu prevádzky

Metodika

V práci sme použili empirickú metódu zberu údajov- dotazník. Dotazník bol rozdáný 50 sestram a obsahoval 17 otázok. Návratnosť dotazníka bola stopercentná. U respondentov sme vypočítali celkový priemerný vek a jeho smerodajnú odchýlku. Použili sme jednu z metód kategoriálnej analýzy a to χ^2 , 4- polná tabuľka 2×2 . Porovnávali sme vek respondentov a stres, odpracované roky u respondentov a stres, počet detí u respondentov a stres.

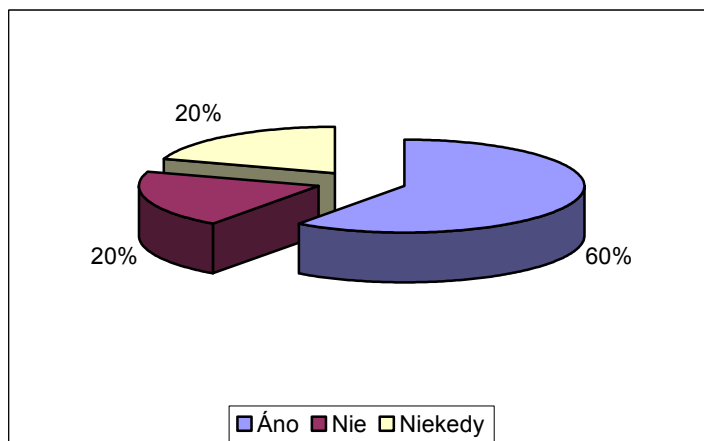
Výsledky

Otázka: Pociťujete pri svojej práci stres?



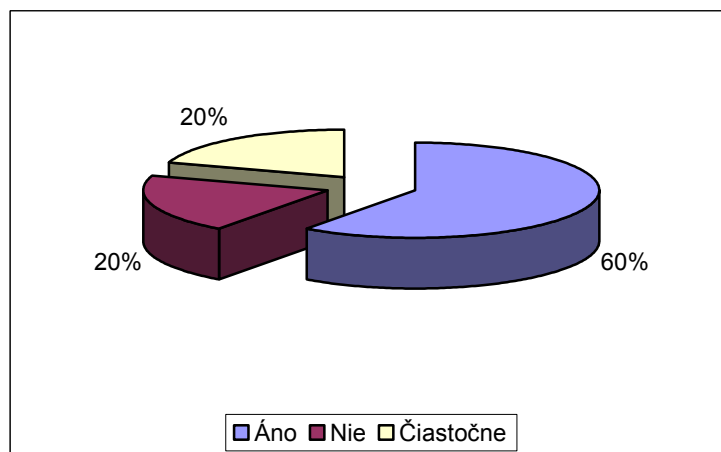
Graf 8 Stres pri práci

Otázka: Považujete svoju prácu za psychicky náročnú?



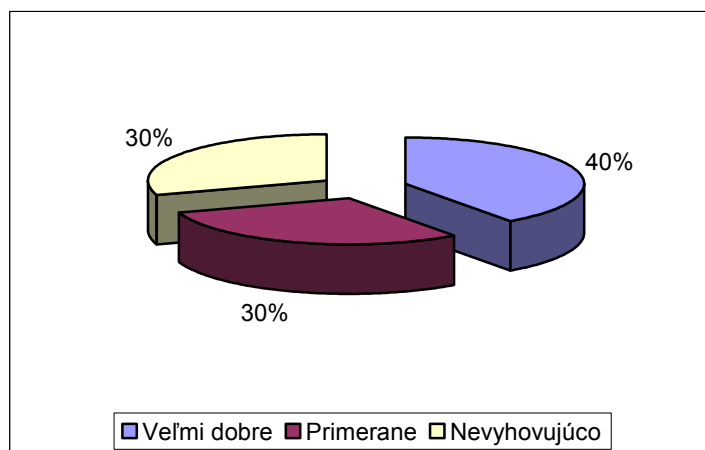
Graf 9 Psychická náročnosť v práci

Otázka: Máte vyhovujúce pracovné podmienky?



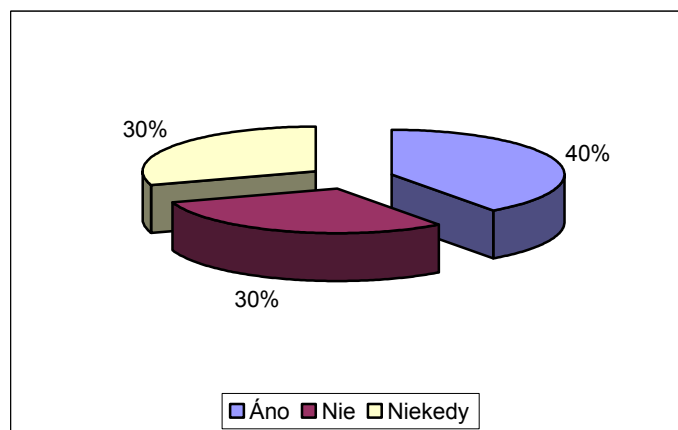
Graf 10 Vhodnosť pracovných podmienok

Otázka: Ako hodnotíte organizáciu práce na Vašom oddelení?



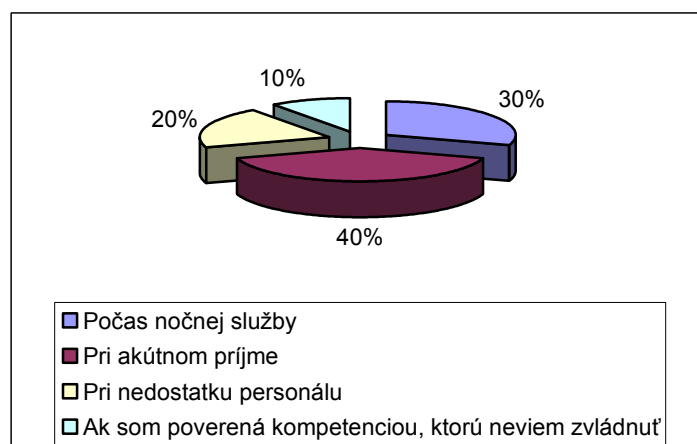
Graf 11 Organizácia práce

Otázka: Počas pracovnej doby máte čas na prestávku, oddych?



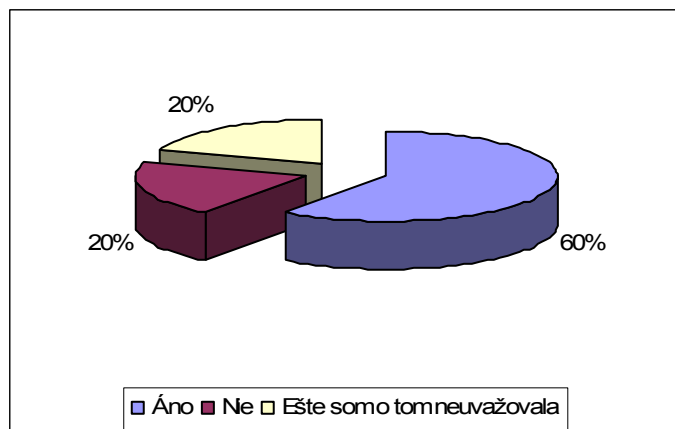
Graf 12 Čas na prestávku počas pracovnej doby

Otázka: Kedy pociťujete v práci najväčšiu záťaž?



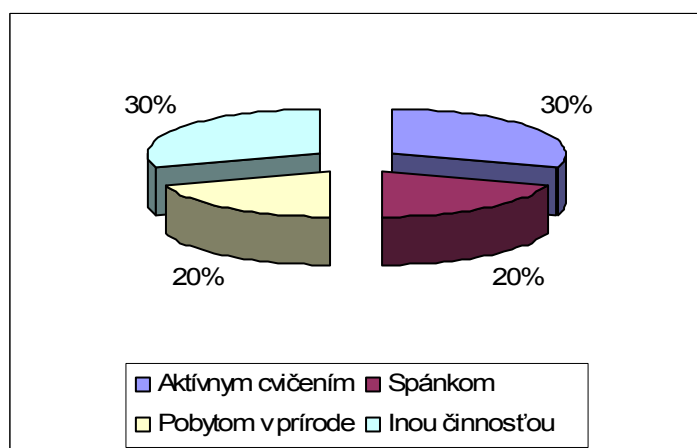
Graf 13 Príčiny spôsobujúce najväčšiu záťaž

Otázka: V prípade možnosti, uvažovala by ste o zmene zamestnania?



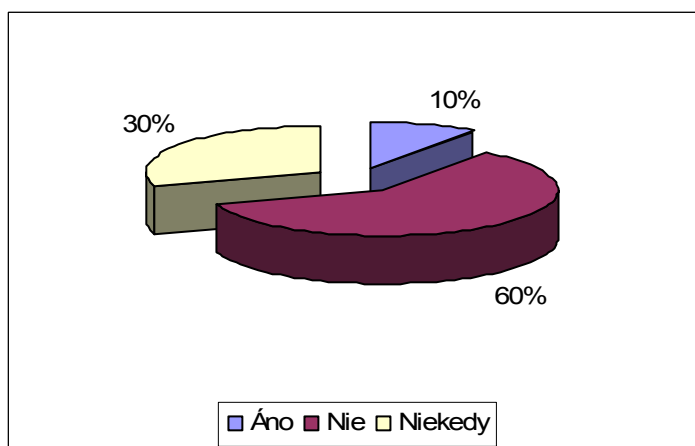
Graf 14 Úvaha o zmene zamestnania

Otázka: Ako predchádzate stresu?



Graf 15 Predchádzanie stresu

Otázka: Máte po práci čas na relaxáciu, oddych?



Graf 16 Čas na relaxáciu, oddych

Diskusia

Po vyhodnotení prieskumu sme zistili že veková štruktúra respondentov bola od 20 do 53 rokov. Respondenti boli rozdelení do štyroch skupín. Prvú skupinu tvorili respondenti od 18 do 30 rokov, kde priemerný vek bol $\bar{x} = 25,60$ a $s = 3,89$. Druhú skupinu tvorili respondenti od 31 do 40 rokov a priemerný vek bol $\bar{x} = 35,00$ a $s = 3,40$. Tretiu skupinu tvorila veková kategória od 41 do 50 rokov a priemerný vek tejto skupiny bol $\bar{x} = 43,65$ rokov a $s = 2,35$. Poslednú štvrtú skupinu tvorili respondenti, ktorí mali 51 rokov a viac, kde priemerný vek bol $\bar{x} = 52,00$ a $s = 1,00$. Celkový priemerný vek vzorky respondentov prieskumu bol $\bar{x} = 39,06$ rokov, $s = 2,66$. Metódou kategoriálnej analýzy sme u respondentov skúmali vzťah veku a stresu, s výsledkom $\chi^2 = 0,5333$, $p > 0,05$, ďalej vzťah prítomnosti stresu a počtu detí u respondentov, kde $\chi^2 = 0,8888$, $p > 0,05$, respektíve vzťah prítomnosti stresu a počtu odpracovaných rokov v zdravotníctve kde $\chi^2 = 0,7730$, $p > 0,05$. Uvedené hodnoty boli teda štatisticky nevýznamné. Tento fakt zrejme poukazuje na možné i pozitívne vplyvy sledovaných súvislostí (stres a vek, stres a počet detí, stres a počet odpracovaných rokov) na sestry. To znamená, že napríklad počet detí nemusí byť sám o sebe stresogénnym faktorom, ale opačne môže pôsobiť skôr priaznivo a stimulačne. Podobne je možné uvažovať o ďalších dvoch analyzovaných súvislostiach.

Na problém číslo 1, či sestry pociťujú stres pri práci nám viac ako polovica respondentov odpovedala áno, odpoveď nie a niekedy označilo rovnaký počet respondentov. Zaujímavé je, že pri porovnávaní prítomnosti stresu s vekom, počtom detí a odpracovanými rokmi sme nezaznamenali nijakú významnú súvislosť. Pri hodnotení prejavov stresu sme zistili, že len u malého počtu respondentov sa stres neprejavuje vôbec. Nôtová (2004) uvádza, problematika stresu v slovenskom zdravotníctve je vysoko aktuálna, preto je potrebné zamerať sa na hľadanie možností efektívnej prevencie, aby sme predišli syndrómu vyhorenia.

Problém číslo 2 bol zameraný na to, či je práca sestry psychicky náročná. Určite áno, nakoľko povolanie sestry si vyžaduje celého človeka. Psychická pohoda na pracovisku je veľmi dôležitá, odrážajú sa od nej ďalšie udalosti vnútorného prežívania a vonkajšieho správania. Zvlášť povolanie sestry je týmto jasným príkladom. Výsledky prieskumu nám ukázali, že viac ako polovica respondentov z celkového počtu považuje svoju prácu za psychicky náročnú. Pri hodnotení bolo významnou súvislosťou pracovisko na ktorom sestry pracujú. Bartošíková (2006) uvádza, že sestra pracujúca u lôžka, čiže v štvorsmennej prevádzke v porovnaní s prácou sestry na ambulancii pociťuje výraznejší dopad stresu, čo sa odráža na zdraví a životnom štýle. Náš prieskum taktiež ukázal, že psychicky náročnejšia práca je v štvorsmennej prevádzke. Môžeme teda povedať, že za odevom sestry sa skrýva žena, ktorá vie čo sú to nočné služby a práca nadčas.

Problém číslo 3 bol zameraný na vyhovujúce pracovné podmienky a organizáciu práce. Menej ako polovica respondentov hodnotí organizáciu práce veľmi dobre. O niečo

menej primerane. Z tohto vyplýva že organizácia práce na pracoviskách z ktorých pochádzajú respondenti je na primeranej úrovni. Bartošíková (2006) uvádza, že ak musíme urobiť príliš veľa práce v krátkom čase a organizácia práce je nedostatočná výsledkom je časový stres.

Problém číslo 4 bol zameraný na to, či sestry využívajú všetky možné dostupné prostriedky pre zvládanie stresu. Niekedy je veľmi ťažké zosúladiť pracovný a osobný život. Melgosa (1998) píše najlepší spôsob, ako zmierniť stres v našom živote, je udržať organizmus v dobrej kondícii, aby sme boli schopní zvládať stres vlastnou silou. Primeraná a pravidelná pohybová aktivita má mnoho predností a pomáha pri znižovaní stresu. Prieskum nám ukázal, že 30 % sestier eliminuje stres aktívnym cvičením. Sestry, ktoré trpia stresom, väčšinou zanedbávajú telesné cvičenie a majú problémy so spánkom. Narušený spánkový rytmus majú väčšinou sestry, ktoré pracujú vo viacsmernej prevádzke.

Nezanedbateľným výsledkom nášho prieskumu taktiež bolo, že mnoho sestier v prípade možnosti by zmenilo zamestnanie. V systéme zdravotníctva sú potrebné zmeny, ktoré by zamedzili migrácii sestier do zahraničia. Naše zdravotníctvo vo veľkej miere prichádza o kvalifikované sestry, ktoré odchádzajú za lepšími platmi i pracovnými podmienkami. Nemali by sme zabúdať, že sestry často podávajú nadpriemerné výkony pri svojej práci, aby prinavrátili ľuďom zdravie, pričom sa ich povolanie mení na poslanie. Len málo profesií v poslednom období prekonalo také zmeny ako povolanie sestry. Dôležité je aby sestry nepodceňovali vlastné schopnosti a mali zdravú sebadôveru. Musíme vedieť vnímať stres a poznať jeho podstatu. Ak sa máme dobre, zistí to aj náš obranný mechanizmus, ak niečím potešíme svoju dušu, je to balzam pre naše telo. Len spokojné a zdravo sebavedomé sestry môžu vnímať stres ako napínavú výzvu. V dnešnej dobe existuje veľa dostupnej literatúry, ktorá nám ponúka informácie o zvládaní stresu a záťaže. Je vhodné, aby mali sestry túto problematiku naštudovanú a mohli vykonávať svoje povolanie na požadovanej úrovni a s primeranou dávkou stresu.

Záver

Na základe výsledkov prieskumu sme dospeli k záveru, že možnosťou vyriešenia sú nasledujúce opatrenia:

- Pracovné povinnosti si rozdeliť tak, aby sestru nevyviedli z mieri. Pracovný čas využívať efektívne, neplytvať silami. Zbaviť sa nevhodných stereotypov, všetko čo treba urobiť, robiť vedome. Aktivity je potrebné si plánovať a určiť si priority. Nerobiť viac vecí naraz.
- Poskytnúť sestrám možnosť získania dostupnej literatúry zameranej na zvládanie stresu a záťaže. Zakúpiť na pracovisko vhodnú literatúru, ktorá sa venuje problematike zvládania stresu pri práci.
- Zabezpečiť pre sestry kontinuálne vzdelávanie vo forme seminárov a prednášok zamerané na zvládanie stresu a na asertívne správanie.
- Vyvážiť pracovný a osobný život. Neprenášať prácu domov.
- Znížiť nároky na seba, nikto nedokáže fungovať na 100%. Delegovať pracovné činnosti medzi ostatných spolupracovníkov, dobre zorganizovaná práca v tíme je nesmierne dôležitá.

- Efektívne upevňovať komunikáciu medzi spolupracovníkmi a tým eliminovať konflikty na pracovisku. Dobrá komunikácia v zamestnaní je vecou nielen žiaducou, ale i nevyhnutnou. Vytvárať na pracovisku atmosféru vzájomnej úcty, akceptovať jedinečnosť osobností, investovať do pracovných vzťahov.
- Zefektívniť organizáciu práce podľa náročnosti na danom pracovisku. Nedostatok času býva dôsledkom zlej organizácie na pracovisku. Výhodné je ak si sestry napíšu v bodoch zoradených podľa priority, čo majú v priebehu služby vykonať. Vyhýbať sa činnosti v časovej tiesni.
- Zvýšiť motiváciu sestier, nielen po finančnej stránke, ale aj po stránke morálneho ocenenia. Pochvala, úcta, uznanie a úsmev poteší každú sestru.
- Každý zamestnávateľ by mal pre sestry zabezpečiť rekondičné pobyty zamerané na prevenciu stresu a záťažových situácií. Pevné zdravie je nemysliteľné bez určitého životného postoja, ktorý sa opiera o optimizmus, nádej a chuť do života.
- Snažiť sa pravidelne cvičiť, dostatočne spať, stravovať sa pravidelne a zdravo. Obmedziť škodlivé návyky: fajčenie, kofeín, alkohol. Každý deň si nájsť čas na relaxáciu.
- Naučiť sa pestovať si eustres, mať zdravú sebadôveru a nepodceňovať vlastné schopnosti.

Zoznam bibliografických odkazov:

- BARTOŠÍKOVÁ, I. 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- BOROŠ, J., ONDRIŠKOVÁ, E., ŽIVČICOVÁ, E. 1999. *Psychológia*. Bratislava: Iris, 1999. 269s. ISBN 80- 88778- 87- 5.
- HEFTYOVÁ, E. 2002. Hrozí sestrám vyhorenie. *In: Sestra*, Bratislava, 2002. roč. 1, s. 44. ISSN 1335-9444.
- KLIMEKOVÁ, A. 2007. *Burnout alebo kde sa podiel náš životný elán*. Bratislava: Oddelenie polygrafických služieb MO SR, 2007. 69 s. ISBN 978- 80- 89261- 09- 3
- NĀTOVÁ, P. 2004. Syndróm vyhorenia. *In: Sestra*, Bratislava, 2004. roč. 3, č. 4, s. 44. ISSN 1335-9444.
- MELGOSA, J. 1998. *Zvládni svoj stres*. Martin: Advent- Orion s.r.o., 1998. 190 s. ISBN 80- 88719- 81- X

Kontaktná adresa autorov

PhDr. Eva Morauciková
Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita
ul. gen. M. Vesela 21
034 01 Ružomberok
eva.moraucikova@ku.sk

Bc. Adriana Chrústová
Klinika pracovného lekárstva a toxikológie
ÚVN SNP- FN
ul. gen. M. Vesela 21
034 01 Ružomberok
chrustovaa@uvm.sk

VÝZNAM PRIMÁRNEJ PREVENIE OSTEOPORÓZY V DETSKOM VEKU

Mrosková Slávka, Schlosserová Alena, Požonská Martina

Fakulta zdravotníctva Prešovskej Univerzity v Prešove

Abstrakt

Osteoporóza je Svetovou zdravotníckou organizáciou definovaná úbytkom kostnej hmoty, poruchami architektúry kosti a tendenciou k fraktúram. Kosť je metabolicky vysoko aktívne tkanivo, v ktorom prebieha neustály remodelačný cyklus. Najväčší prírastok kostnej hmoty býva do 18.roku, aj keď pokračuje približne do 30.roku života, kedy sa dosiahne peak bone mass (vrchol kostnej hmoty). Po dosiahnutí maximálneho množstva kostnej hmoty dochádza s postupujúcim vekom u každého človeka k jeho úbytku, ktorý nie je možné odvrátiť, iba správnu životosprávu (resp. liekmi) zbrzdiť. Vo výhode je ten jedinec, ktorého „východzia pozícia“ – dobre vybudovaný skelet – je čo najlepšia. Vzhľadom k stúpajúcej dĺžke života je veľmi dôležitá prevencia kostných zmien v starobe, ale tá musí začať práve v detstve a adolescencii. Činnosti orientované na primárnu prevenciu osteoporózu sú teda z tohto hľadiska oveľa významnejšie ako tie, ktoré majú sekundárny charakter. Primárna prevencia osteoporózy sa pritom zameriava na ovplyvniteľné faktory remodelačného cyklu ako je prísun vápnika, fosforu, vitamínu D a K, a primeranú a pravidelnú pohybovú aktivitu.

Kľúčové slová. Osteoporóza. Deti. Adolescenti. Primárna prevencia. Stravovanie. Pohyb.

Úvod

Celosvetovo trpí na osteoporózu 8% obyvateľstva (jedna z troch žien nad 50 rokov a jeden zo šiestich mužov). Na Slovensku je osteoporózou postihnutých asi 400 000 ľudí (Gut, Kulíšek, Byer, 1998). „Zákernosť“ osteoporózy spočíva v jej dlhodobom asymptomatickom priebehu, kedy dochádza k postupnej strate kostnej hmoty. Objavením sa problémov typu bolesť chrbta, končatín býva osteoporóza už v pokročilom štádiu. Typickými symptómami osteoporózy sú fraktúry spôsobené krehkosťou kostí (Broulík, 2007). Osteoporóza znižuje kvalitu života postihnutých, má za následok zníženie alebo stratu pohyblivosti a sebestačnosti, čiastočnú a trvalú invaliditu a závislosť od okolia.

Kosť je metabolicky vysoko aktívne tkanivo tvorené z 65% z anorganickej a z 35% z organickej zložky. Ďalej obsahuje kostné bunky tvoriace 2% kostnej hmoty. Ide hlavne o osteoblasty (tvoriace kosť) a osteoklasty (zodpovedné za resorbciu kosti). V kostnom tkanive prebieha neustály remodelačný cyklus. Ak prevažuje kostná formácia dochádza k nárastu kostnej hmoty, čo je typické vo fáze rastu, naopak pri prevahe resorbcie kostná hmota ubúda – dochádza k osteopénii až osteoporóze. Aj po zástave rastu kostí do dĺžky uvedený remodelačný proces prebieha, hoci v oveľa miernejšom tempe a so zvyšujúcim vekom v neprospech kostnej formácie (Kutílek, 2006). Na štruktúru kosti, jej metabolizmus vrátane remodelačného cyklu pôsobia osteotropné vplyvy – genetika, výživa, pohyb, pohlavie, rasa, endokrinné látky, lieky, imobilita a pod. – pričom niektoré z nich je možné ovplyvniť a niektoré nie (tab.č.1) (Šramková, 2001; Broulík, 2007). Najväčší prírastok kostnej

hmoty býva do 18.roku, aj keď pokračuje približne do 30.roku života, kedy sa dosiahne **peak bone mass** (vrchol kostnej hmoty - PBM) (Bayer, Dort, Chvojková, Kutílek, 1997). Po dosiahnutí maximálneho množstva kostnej hmoty dochádza s postupujúcim vekom u každého človeka k jeho úbytku, ktorý nie je možné odvrátiť, iba správnou životosprávu (resp. liekmi) zbrzdiť. Vzhľadom k stúpajúcej dĺžke života je veľmi dôležitá prevencia kostných zmien v starobe, ale tá musí začať práve v detstve a adolescencii (Bayer, Kutílek, 1993). Z uvedeného vyplýva, že aktivity orientované na primárnu prevenciu majú oveľa väčší význam ako aktivity sekundárneho charakteru. Kým zmyslom **primárnej prevencie** osteoporózy v detstve a dospievaní je dosiahnuť maximálne množstvo kostnej hmoty, primárna prevencia osteoporózy v dospelosti a starobe sa zameriava na udržanie už vytvorenej kostnej hmoty.

Vlastný text

Primárna prevencia osteoporózy sa zameriava na ovplyvniteľné faktory remodelačného cyklu ako je prísun vápnika, fosforu, vitamínu D a K, a priberanú a pravidelnú pohybovú aktivitu (Blahoš, 2006).

Kalcium je jeden z najrozšírenejších prvkov v ľudskom organizme. Je dôležitý pre integritu nervového, svalového a kostného systému, má význam pri raste a vývine buniek a je nepostrádateľný pre hemokoagulačné deje. Homeostáza kalcia je dosiahnutá neustálou kontrolou zmien kalcémie prostredníctvom parathormónu, kalcitonínu a aktívnych metabolitov vitamínu D. Medzi významné orgány pomáhajúce pri udržiavaní uvedenej homeostázy patria hlavne obličky, ale aj tráviaci trakt (Bayer, Kutílek, 1993). Dostatočný príjem vápnika je základným nutričným preventívnym postupom osteoporózy. Optimálny príjem vápnika je taký, ktorý u daného jedinca zaistí dosiahnutie geneticky predurčeného maximálneho množstva kostnej hmoty. Denný príjem je v detskom veku vyšší ako v dospelosti (tab. č.2), čo zohľadňuje prudký kostný rast. Najlepším zdrojom vápnika je **mlieko** (1 liter obsahuje asi 1000-1200 mg vápnika) a **mliečne výrobky** v uvedenom poradí – syry, jogurt, tvaroh (tab.č.3). Z **nemliečnych potravín** (tab.č.4) dominanciu v množstve vápnika má mak (1 357 mg v 100g). Veľké množstvo nachádzame aj v orechoch, sóji a sójových výrobkoch, vňati koreňovej zeleniny, vaječnom žĺtku. Vstrebávanie vápnika zlepšuje vitamín D a pôsobenie **kyslého prostredia**. Pre lepšie vstrebávanie vápnika je vhodnejšie, ak sa jeho denný príjem rovnomerne rozloží do viacerých porcií, pretože sa takto efektívnejšie resorbuje. Naopak absorbciu vápnika zhoršuje kyselina šťavelová (rebarbora, špenát, ríbezle, egreše, nezrelé ovocie, cvikla, čokoláda), **kyselina fytová** (potraviny s vysokým obsahom hrubej vlákniny), **kyselina fosforečná** (mäsové výrobky, Coca-cola, Pepsi-kola, tavené syry), **kuchynská soľ, alkohol a kofeín** (Šramková, 2001; Šramková, 2002).

Vitamín K vplýva na proces hemokoagulácie, rovnako ako na mineralizované tkanivá (kostné tkanivo, cievna stena). Tento lipofilný vitamín je dôležitý pre tvorbu kostných proteínov (napr. osteokalcínu), na ktoré sa viaže kalcium a vytvára sa tak adekvátne kostné

matrix. Jeho deficit zrýchľuje metabolický obrat kosti a môže viesť k zníženiu hustoty kosti. Vo vysokej koncentrácii sa nachádza vo fermentovanej sóji, ďalej je súčasťou šalátu, špenátu, brokolice, vajíčka, masla, syru, menej sa nachádza v mäse, pečení a tvarohu (Štěpán, 2005).

V nasledujúcich častiach opisujeme špecifické postupy primárnej prevencie osteoporózy u niektorých problémových vekových skupín.

Prenatálny vývin. Počas posledného trimestra stúpa fetálna akumulácia kalcia a fosforu až 6-násobne, tj. denne sa do skeletu v uvedenom období ukladá 2,6 – 3,2 mmol/kg kalcia a 2,1 – 2,5 mmol/kg fosforu. Plod má vyššiu koncentráciu kalcia a fosforu ako samotná tehotná žena, čo je zaistené transplacentárnym prevodom. Aby bola zaistená dostatočná mineralizácia kostí fétu a vytvorené základy zubov sú denné doporučené dávky pre tehotné ženy vyššie (tab.č.2). Maximálna mineralizácia kostí fétu vrcholí pred 36. týždňom gestácie (Bayer, Dort, Chvojková, Kutílek, 1997).

Po narodení hladina celkového ako aj ionizovaného kalcia prechodne klesá. Kostra novorodenca obsahuje cca 25 g kalcia. V prvom roku života sa množstvo kostnej hmoty zdvojnásobí (Bayer, Kutílek, 1993).

Donosení novorodenci a dojčatá. Materské mlieko obsahuje 340 mg/l kalcia a 150 mg/l fosforu. Toto množstvo postačuje pre správnu mineralizáciu kostí zdravého donoseného dieťaťa v prvom polroku života (Bayer, Kutílek, 1993). Z materského mlieka sa absorbuje 55-60% obsiahnutého kalcia, z formúl na báze kravského mlieka asi 40%. Pretože v kravskom mlieku sa nachádza väčšie množstvo vápnika ako v mlieku materskom, je jeho retencia u dojčených detí ako aj umelo živých zrovnateľná. Pri dojčení je obsah vápnika v materskom mlieku značne stabilná a pri poklese príjmu vápnika matkou sa nemení. Denná odporúčaná dávka vápnika dojčiacej matky je v porovnaní s inými vekovými skupinami vysoká. Dostatočný prísun kalcia a fosforu je fortifikáciou umelých formúl zaistený, čo sa týka hydrolyzovaných mliečnych formúl neboli po dobu prvých troch mesiacov pozorované zmeny fosfo-kalciového metabolizmu. V sójových mliekach je biologická využiteľnosť iba cca 10%, preto musia byť sójové mliečne formuly výrobcom obohatené kalcium (Bayer, Dort, Chvojková, Kutílek, 1997). Vitamín D a K je externou cestou suplementovaný (Nevoral, 2003).

Predčasne narodení novorodenci, novorodenci s nízkou pôrodnou hmotnosťou. Cieľom starostlivosti o tieto deti je prevencia ťažkých foriem osteopénie a pokiaľ je to možné dosiahnutie intrauterinných hodnôt prírastkov minerálov v organizme (Bayer, Dort, Chvojková, Kutílek, 1997). Osteopénia je závažná svojimi možnými nepriaznivými následkami (deformity a fraktúry kostí, poruchy longitudinálneho rastu kostí). U detí s pôrodnou hmotnosťou pod 1500 g sa vyskytuje asi v 30% a pod 1000 g až v 70%. Osteopénia nie je spôsobená deficitom vitamínu D, ale nedostatočným prísunom vápnika a fosforu. Deti s veľmi nízkou pôrodnou hmotnosťou v čase vypočítaného termínu pôrodu majú napriek profylaktickým zásahom stále významne nižšiu mineralizáciu kostí pri porovnaní s donosenými deťmi. Mineralizácia skeletu sa postupne zlepšuje a približuje donoseným deťom v priebehu celého 1.roku života a častokrát aj neskôr (Valenta, 2001).

Absorbcia kalcia v čreve nezrelých novorodencov sa deje prevažne nezávisle od vitamínu D. Materské mlieko obsahuje v 100 ml priemerne iba 0,75 mmol vápnika a 0,5 mmol fosforu, čo pri plnej enterálnej výžive iba materským mliekom pokrýva menej ako polovicu potrieb prísunu (Bayer, Dort, Chvojková, Kutílek, 1997). Preto u novorodenca s pôrodnou hmotnosťou pod 1500g živeného plne enterálne materským mliekom musí byť materské mlieko fortifikované. Fortifikátory sa pridávajú do odstriedaného materského mlieka alebo mlieka z banky, nikdy nie do fortifikovaných špeciálne upravených formúl pre nedonosené deti. Sú obohatené, okrem základných živín, o vápnik, fosfor, vitamínu D a K. Podľa potreby konkrétneho novorodenca sa okrem fortifikácie materského mlieka vápnik a fosfor suplementuje (10% Calcium gluconicum, 13,6% KH_2PO_4). Suplementácia prebieha až do hmotnosti 2500g. Druhou alternatívou je používať k enterálnej výžive formule pre nedonosené deti, ktoré sú svojím zložením uspokojené ich nutričným potrebám, rovnako však rešpektujú väčšiu nezrelosť ako tráviaceho tak aj renálneho systému (iné zloženie bielkovín, iná osmolarita, iný pomer cukrov a pod.) (Mydlilová, 2003).

Problematické je taktiež obdobie 6.-12.mesiaca života, kedy sa do stravy dojčťa zavádzajú **prvé nemliečne príkrmy** (tzv. komplementárna strava). V tomto časovom úseku mierne stúpa odporúčaná denná dávka vápnika z 500 na 700mg. Samotné príkrmy sú svojím zložením viac smerované na zaistenie adekvátneho prísunu železa ako vápnika (Agostoni et al., 2008). Základným zdrojom vápnika a fosforu v tomto období je stále materské mlieko, resp. umelý mliečny prípravok. Spomedzi mliečnych a nemliečnych potravín bohatých na vápnik v tomto časovom úseku existuje veľa obmedzení - napr. pasterizované mlieko sa doporučuje ako nápoj po 1.roku a ako súčasť prípravy pokrmov od 10.mesiaca, tvaroh podávame po 1.roku života. Preto doplnkovým zdrojom vápnika je v tomto období jednoznačne jogurt (Nevoral, 2003). Prítomnosť kalcia významne inhibuje vstrebávanie železa, preto je vhodné stravu bohatú na kalcium podávať oddelene od hlavných zdrojov železa. Dostatočné vstrebávanie kalcia je spolupodmienené primeranou saturáciou organizmu vitamínom D (Bayer, Kutílek, 1993).

Vitamín D je bez ohľadu na spôsob výživy (dojčenie, umelý mliečny prípravok) podávaný od 2.týždňa do konca 2.roku života denne v kvapkách, čo sa následne kombinuje s postupným a primeraným slnením (Kovács, 2007), ako aj obohacovaním jedálnička o potraviny bohaté na vitamín D (hlavne mäso a vaječný žltok). Orechy a ryby taktiež predstavujú bohatý zdroj vitamínu D, avšak ich zaradenie do jedálnička sa posúva za vekovú hranicu 1.roka (Nevoral, 2003).

Po 6.mesiaci sa ukončuje externá suplementácia vitamínom K (Kovács, 2007) a preto je komplementárna výživa jediným zdrojom tohto vitamínu. Zo spomínaných potravín bohatých na vitamín K sa obmedzenie dotýka tvarohu (vzhľadom k vysokému obsahu bielkovín a nezrelosti obličiek sa zavádza po 1.roku) a fermentovanej sóji (ide o najbohatší zdroj vitamínu K ale fytáty sóje inhibujú vstrebávanie vápnika, na strane druhej je uvedená potravina v našich podmienkach minimálne využívaná).

Vyvážená laktovegetariánska strava pravdepodobne nevedie k odchýlkam minerálového metabolizmu, čo však nie je možné povedať o striktnej makrobiotickej strave,

ktorá so sebou prináša riziko rachitídy. Napriek tomu nie je v našich podmienkach vegetariánska či vegánska strava u detí minimálne do 1.roku života z hľadiska problematickeho zaistenia niektorých vitamínov a minerálov doporučovaná (Agostoni et al., 2008).

Adolescenti. Počas puberty množstvo kalcia v skelete stúpa až o 300 mg denne (Bayer, Kutílek, 1993). Intestinálna absorpcia vápnika prevyšuje v skorej puberte 40%. Počas dospievania sa vytvorí asi 37% celej kostnej hmoty, a preto ide z hľadiska príjmu kalcia o veľmi významné obdobie (Bayer, Dort, Chvojková, Kutílek, 1997). Fajčenie je jedným z vonkajších ovplyvniteľných faktorov osteoporózy. V štúdiu zameranej na kostnú densitu dospelých žien – dvojčiek, z ktorých jedna bola fajčiarka, sa potvrdilo, že tento marker bol vždy horší u žien, ktoré fajčia. Fajčiarky mali v krvnom sére nižšie hodnoty parathormónu a močom vylučovali vyššie hodnoty kalcia. Konzumácia alkoholu je ďalším novodobým „trendom“ dnešnej mládeže (Kovaľ a kol., 2007), pričom jeho konzumácia, zvlášť destilátov, znižuje účinnosť pôsobenia folátov na rýchle sa deliace bunky, teda taktiež na bunky steny tenkého čreva, čím sa stávajú funkčne menejcenné pri umožňovaní aktívneho transportu vápnika (vitamín D₃ dependentného) i pasívneho transportu z lúmena čreva (Hrubá, 1999).

Pohybová aktivita pravidelného a systematického charakteru výrazne absentuje vo všetkých vekových skupinách, nevynímajúc dospelých jedincov. Problémom, rovnako ako pri stravovaní je rodinné prostredie. Ak rodičia dieťaťa trávia svoj voľný čas športovaním, pohybom, vedú k tomu aj svoje deti. Kritickým obdobím z hľadiska pohybu je nástup do školy, kedy sa výrazne obmedzuje prirodzený pohyb v neprospech sedavých činností, čo vo väčšine prípadov nie je adekvátne korigované voľno-časovými aktivitami. Deti síce navštevujú veľké množstvo rôznych záujmových krúžkov, ktoré však skôr rozširujú ich kogníciu, nie pohybovú obratnosť, silu, vytrvalosť a zručnosť. To sa odráža nielen na náraste detí s nadváhou a obezitou v Slovenskej republike (Nováková, Hamade, Ševčíková, 2007), či ich chybnom držaní tela (Hamade, Nováková, Janechová, Ševčíková, 2007), ale v neposlednom rade aj na kvalite ich kostnej mineralizácie. Žiaľ, v tomto prípade sú dopady voľným okom nepozorovateľné, čo nás vedie k tomu, že tento problém nevnímame tak intenzívne. Pohybová aktivita je vo veku 6.-10.rokov z hľadiska primárnej prevencie osteoporózy dôležitejšia ako samotné stravovanie (Bayer, Dort, Chvojková, Kutílek, 1997).

Záver

Dostatočná saturácia organizmu vápnikom, vitamínom D a K v detstve a dospievaní je jedným z nevyhnutných predpokladov k dosiahnutiu geneticky predurčeného maximálneho množstva kostnej hmoty. Z hľadiska celosvetovej hrozby stúpajúceho počtu chorých na osteoporózu vo vyššom veku ide o prevenciu v pravom slova zmysle. Na rozdiel od metód sekundárnej prevencie zameranej na skorú diagnostiku a predchádzanie komplikácií ochorenia, je primárna prevencia etickejšia, účinnejšia a ekonomicky výhodnejšia, pretože sa snaží zabrániť nie komplikáciám choroby ale vzniku choroby samotnej. Možno povedať, že „moderná gerontológia začína u pediatrov“ (Hrubá, s. 582, 1999).

Tab. 1 Rizikové faktory osteoporózy (Šramková, 2001; Broulík, 2007).

Neovplyvniteľné faktory	Ovplyvniteľné faktory
<ul style="list-style-type: none"> - ázijská a biela rasa - ženské pohlavie - vysoký vek - výskyt osteoporózy v rodine - štíhla postava, útlá kostra, svetlá pokožka, prirodzené blond vlasy 	<ul style="list-style-type: none"> - výživa (nízky príjem vápnika, nízky príjem mlieka a mliečnych výrobkov v detstve, intolerancia laktózy, nízky príjem vitamínu D, nadmerný príjem alkoholu, kofeínu, nikotínu, sodíka, kyseliny šťavelovej a fytovej, vysoká spotreba živočíšnych bielkovín, tukov, vysoký prísun cukrov – glukózy, drastické diéty) - nedostatok pohybovej aktivity, sedavý spôsob života, imobilita - endokrinné faktory (menopauza alebo stavy po operácii vaječníkov, DM, hyperparatyreóza) - vplyv liekov (kortikoidy, antiepileptiká, hormóny štítnej žľazy, antacidá s obsahom hliníka a horčíka...) - chronické ochorenia (chronická renálna insuficiencia, malabsorpcia, chronická podvýživa, choroby pečene a pankreasu, systémové reumatické ochorenia)

Tab.2 Odporúčané výživové dávky vápnika (Ca) a vitamínu D₃ (Vestník MZ SR, čiastka 7-8, 1997)

DETI		Ca	D ₃
dojčenecký vek	0-6 mesiacov	500	7,5
	7-12 mesiacov	700	10
predškolský vek	1-3 roky	800	10
	4-6 rokov	900	7,5
školský vek	7-10 rokov	1000	7,5
	11-14 rokov – chlapci	1200	10
	11-14 rokov – dievčatá	1200	10
dospievajúci chlapci (15-18 rokov)	študujúci	1200	10
	fyzicky pracujúci	1200	10
dospievajúce dievčatá (15-18 rokov)	študujúci	1200	10
	fyzicky pracujúci	1200	10
ženy	tehotné od II.trimestra	1300	10
	dojčiace	1500	10

Tab. 3 Obsah vápnika (mg) v mlieku a mliečnych výrobkoch (Vojtaššáková, a kol. 2000)

Potravina	Vápnik v mg (v 100 g)	Potravina	Vápnik v mg (v 100 g)
Odtučnené sušené mlieko	1 245	Niva	650
Plnotučné sušené mlieko	901	Mozarela	517
Polotučné mlieko	121	Feta	493
Plnotučné mlieko	118	Fondue	476
Odtučnené mlieko	113	Bryndza	644
Parmezán	1295	Jogurt	152
Eidam (45% tuku v sušine)	956	Tučný tvaroh	82
Ementál (45% tuku v sušine)	942	Tvaroch mäkký chudý	60

Tab. 4 Obsah vápnika (mg) v nemliečnych výrobkoch (Kováčiková, 1997; Vojtaššáková, 1999; Vojtaššáková, 2000)

Potravina	Vápnik v mg (v 100 g)	Potravina	Vápnik v mg (v 100 g)
Mak	1 357	Slnečnicové semiačka	135
Fitnes cereálie (Nestlé)	480	Pistácie	130
Cini-minis, Nesquik, Kangus cereálie	267	Fazuľa	113
Sója	256	Brokolica	105
Mandle	252	Chren	104
Petržlenová vňať	224	Vlašské orechy	96
Žerucha	214	Šošovica	76
Ľanové semiačka	195	Hrach	64
Lieskovce	181	Pomaranče	44
Pažitka	174	Mandarínky	40
Hlávkový kel	146	Maliny	41
Zelerová vňať	143	Kivi	38
Vaječný žltok	137	Černice	44

Zoznam bibliografických odkazov:

- AGOSTONI, C., DECSI, T., FEWRELL, M., GOULET, O., KOLACEK, S., KOLETZKO, B., MICHAELSEN, K.F., MORENO, L., PUNTIS, J., RIGO, J., SHAMIR, R., SZAJEWSKA, H., TURCK, D., GOUDOEVER, J. *Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition*. In *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 46: 99-110. 2008. [Online], [citované 29.1.2010]. Dostupné na: <http://www.espghan.med.up.pt/position_papers/con_28.pdf>
- BAYER, M., DORT, J., CHVOJKOVÁ, E., KUTÍLEK, Š. *Kalcium ve výživě dětí a dospívajících*. In *Čs. Pediat.*, 2, 1997, No. 8, p. 622-625.
- BAYER, M., KUTÍLEK, Š. *Metabolizmus kalcia a fosforu v dětském věku*. In *Čs. Pediat.*, 48, 1993, No. 11, p. 665-669.
- BLAHOŠ, J. *Prevenca a léčba osteoporózy*. In *Medicína po promoci*. roč. 7, 2/2006, s. 12-18. ISSN 1212-9445.
- BROULÍK, P. *Osteoporóza a její léčba*. 1.vydanie. Praha: Maxdorf 2007. ISBN 978-80-7345-134-9. 135 s.
- GUT, J., KUTÍLEK, Š., BAYER, M. *Je možné předcházet steroidní osteoporóze?* In *Čs. Pediat.*, 53, 1998, No. 9, p. 576-581.
- HAMADE, J., NOVÁKOVÁ, J., JANECHOVÁ, H. ŠEVČÍKOVÁ, Ľ. *Ergonomické podmienky na základných školách v SR a chybné držanie tela žiakov*. In *Životné podmienky a zdravie*. Zborník vedeckých prác. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2007. s. 239-246. ISBN 978-80-7159-166-5.
- HRUBÁ, D. *Rizika a prevence osteoporózy u českých dětí*. In *Čs. Pediat.*, 54, 1999, No. 10, p. 579-583.
- KOVAL', J., HAVRILLA, R., KORDOVANOVÁ, J., BALÁŽ, J. *Intoxikácia alkoholom – novodobý trend mládeže*. In *Pediatrica*. Roč. 2, č. 6, 2007. s. 333-338. ISSN 1336-863 X.
- KOVÁCS, L. *Výživa*. In ŠAŠINKA, M., ŠAGÁT, T., KOVÁCS, L. a kol. *Pediatrica*. 2. doplnené vydanie. Bratislava: HERBA, 2007. s. 35-47. ISBN 978-80-89171-49-1.
- KOVÁČIKOVÁ, E., VOJTAŠŠÁKOVÁ, A., SIMONOVÁ, E., HOLČÍKOVÁ, K. *Potravinové tabuľky: ovocie a zelenina*. 1.vydanie. Bratislava: VUP 1997. ISBN 80-85330-33-4. 208 s.
- KUTÍLEK, Š. *Problematika skeletu v období dětství a dospívání*. In *Medicína po promoci*. Roč. 7. 2/2006, s. 36-44. ISSN 1212-9445.
- MYDLILOVÁ, A. *Výživa dětí s nízkou porodní hmotností*. In NEVORAL, J. a kol. *Výživa v dětském věku*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 2003. s. 81-104. ISBN 80-86-022-93-5.
- NEVORAL, J. *Výživa v kojeneckém věku*. In NEVORAL, J. a kol. *Výživa v dětském věku*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 2003. s. 105-119. ISBN 80-86-022-93-5.
- NOVÁKOVÁ, J., HAMADE, J., ŠEVČÍKOVÁ, Ľ. *Výskyt obezity a nadhmotnosti u dětí a mládeže vo veku 7 až 18 rokov*. In *Životné podmienky a zdravie*. Zborník vedeckých prác. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2007. s. 232-238. ISBN 978-80-7159-166-5.
- ŠRAMKOVÁ, K. *Stravovanie v prevencii osteoporózy. Sprievodca zdravým stravovaním*. 1.vydanie. Nitra: Monopress 2001. ISBN 80-7137-939-5. 50 s.

ŠRAMKOVÁ, K. *Stravovanie v prevencii osteoporózy II. Sprievodca zdravým stravovaním*. 1.vydanie. Nitra: Slovenská poľnohospodárska univerzita v Nitre, Slovenská únia proti osteoporóze 2002. ISBN 80-8069-120-7. 46 s.

ŠTĚPÁN, J. Význam vitamínu K pro kvalitu kosti a pro kalcifikované tkáně. In *Praktický lékař*. 2005, 85, č.6, s.326-330.

VALENTA, J. Osteopenia prematurorum. In ZIBOLEN, M., ZBOJAN, J., DLUHOLUCKÝ, S. a kol. *Praktická neonatológia*. 1.vydanie. Martin: Neografia, 2001. s. 340-342. ISBN 80-88892-42-2.

VOJTAŠŠÁKOVÁ, A., KOVÁČIKOVÁ, E., SIMONOVÁ, E., HOLČÍKOVÁ, K. *Potravinové tabuľky: obilniny a strukoviny*. 1.vydanie. Bratislava: VUP 1999. ISBN 80-85330-62-8. 268 s.

VOJTAŠŠÁKOVÁ, A., KOVÁČIKOVÁ, E., HOLČÍKOVÁ, K., SIMONOVÁ, E., *Potravinové tabuľky: mlieko a vajcia*. 1.vydanie. Bratislava: VUP 2000. ISBN 80-85330-76-8. 188 s.

VOJTAŠŠÁKOVÁ, A., KOVÁČIKOVÁ, E., SIMONOVÁ, E., HOLČÍKOVÁ, K., PATOROVÁ, J., KLVANOVÁ, J. *Potravinové tabuľky: tuky, olejniny, oleje a orechy*. 1.vydanie. Bratislava: VUP 2000. ISBN 80-85330-83-0. 203 s.

Odporúčané výživové dávky pre obyvateľstvo v Slovenskej republiky. Vestník MZ SR z 28. apríla 1997, čiastka 7-8.

Kontaktná adresa autora

Mgr. Slávka Mrosková

Fakulta zdravotníctva

Partizánska 1

080 01 Prešov

slavkam@unipo.sk

VZDELÁVANIE SESTIER NA SLOVENSKU OD ROKU 1948 PO SÚČASNOŠŤ

Luljáková Jana

Trnavská Univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

V príspevku sa zameriavam na rozvoj vzdelávania sestier na Slovensku od roku 1948 keď sa zmenili politické aj sociálne podmienky v štáte a tieto zmeny ovplyvnili aj ďalšie smerovanie ošetrovateľstva. Ďalším pilierom bol rok 1989, ktorý zasiahol do vzdelávania sestier, kedy sa ošetrovateľstvo mení vplyvom spoločenských a politických zmien a transformácie zdravotníctva a porovnávam tieto zmeny so vzdelávaním sestier v súčasnosti.

Zameriavam sa najmä na legislatívne zmeny počas jednotlivých období a porovnávam podmienky a obsah vzdelávania sestier v minulosti so súčasným stavom.

Kľúčové slová: Vzdelávanie. Ošetrovateľstvo. Odborná spôsobilosť. Sestra. Legislatívne normy

Po roku 1948 sa v našom štáte zmenili politické aj sociálne podmienky. Ošetrovateľstvo sa dostávalo do zložitej situácie. ICN vylúčil spolok diplomovaných sestier a tým sa sestry dostali do medzinárodnej izolácie. Ošetrovateľskú starostlivosť vykonávali diplomované sestry a sanitárky. Práca v nemocnici nebola časovo limitovaná, bola namáhavá, nedostatočne odmeňovaná a preto sa stávala málo atraktívnou. Tieto skutočnosti bolo možné zmeniť prijatím opatrení, ktoré by viedli k zlepšeniu sociálnej, spoločenskej a vzdelávacej situácie (Farkašová 2005).

Ošetrovateľstvo a ošetrovateľské vzdelávanie po roku 1948 ovplyvnilo prijatie legislatívnych noriem. Zákon č. 66/1950 Zb. upravoval platové podmienky štátnych zamestnancov. Zrušilo sa nariadenie vlády z roku 1927, ktoré určovalo pracovnú dobu ošetrovateľky podľa potreby a zaviedol sa 8 hodinový pracovný čas. Ďalší vývoj ošetrovateľstva ovplyvnil zákon o zdravotníckych povolaniach z roku 1950 a nadväzujúce nariadenie vlády č. 77/1951 ktoré definovalo kategóriu stredných zdravotníckych pracovníkov medzi ktorých zaradilo zdravotné sestry, detské sestry, pôrodné asistentky, diétne sestry, rehabilitačných pracovníkov, sanitárnych pracovníkov, zdravotných laborantov, röntgenologických laborantov, lekárenských laborantov, zubných laborantov a očných optikov

(<http://web.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1951/sb41-51.pdf>). Podľa zákona č. 103/1951 ministerstvo zdravotníctva po dohode s jednotnou odborovou organizáciou nariadilo jednotnú preventívnu a liečebnú starostlivosť (<http://sk.vlex.com/vid/69599667>).

Tieto legislatívne normy podnietili prijatie ďalších zmien v zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Vyhláška č. 44/1966 z 13. 06. 1966 o zdravotníkoch a iných odborných pracovníkoch v zdravotníctve ustanovuje, že spôsobilosť na výkon povolání jednotlivých odborov stredných zdravotníckych pracovníkov sa získava ukončením štúdia a zložením predpísaných skúšok na strednej zdravotníckej škole. Zároveň určuje, že ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov sa začína nástupnou praxou na základných

pracoviskách, ktorá trvá 6 až 12 mesiacov a jej priebeh kontroluje, hodnotí a zaznamenáva vedúci pracovník. Vyhláška poskytuje aj možnosť ďalšieho vzdelávania vo forme pomaturitného štúdia v dĺžke trvania 3 roky, ktoré je ukončené záverečnou skúškou.

([http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/112EAF98D6C29D67C1257028003CF08A/\\$FILE/44_1966.txt](http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/112EAF98D6C29D67C1257028003CF08A/$FILE/44_1966.txt)).

Novinkou vo vyhláške č. 79/1981 z 15. júla 1981 bolo zavedenie kategórie stredných zdravotníckych pracovníkov, ktorí absolvovali vysokoškolské štúdium v odboroch psychológia – starostlivosť o chorých alebo pedagogika – starostlivosť o chorých.

([http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/112EAF98D6C29D67C1257028003CF08A/\\$FILE/79_1981.txt](http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/112EAF98D6C29D67C1257028003CF08A/$FILE/79_1981.txt)). Absolventky sa v ošetrovateľskej praxi uplatňovali minimálne, väčšinou pôsobili v pregraduálnom a ďalšom vzdelávaní sestier (Farkašová, 2005).

Rok 1989 priniesol veľké celoplošné zmeny v politickom, sociálnom, ale aj v zdravotníckom systéme. Dochádza k prílivu nových informácií najmä z centra SZO pre spoluprácu v ošetrovateľstve, Medzinárodnej rady sestier a z medzinárodných projektov HOPE, PHARE, TEMPUS, LEMON.

Podobne ako v zdravotníctve vznikali po roku 1989 aj pokusy o transformáciu v školskom systéme, ktoré sa však do praxe premietli čiastočne. Tieto čiastočné zmeny umožnili realizáciu vyššieho odborného štúdia a zákon o vysokých školách znamenal zavedenie vzdelávania na bakalárskom stupni.

V roku 1990 bola založená Únia stredných zdravotníckych pracovníkov. Nástupníckou organizáciou sa stala Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov, ktorá bola schválená zákonom NR SR č. 14/1992 Z. z. a dňa 15. júna 1997 bola prijatá do ICN.

Podľa vyhlásenia WHO sa ošetrovateľstvo od roku 1992 stáva regulovaným povoláním. To znamená, že výkon povolania resp. odbornej činnosti je podmienený splnením kvalifikačných predpokladov podľa osobitných predpisov, regulované povolanie možno vykonávať najmä na základe regulovaného vzdelávania, ako aj na základe členstva v komore alebo v inej profesijnej organizácii (<http://portal.gov.sk/Portal/sk/Default.aspx?CatID=39&aid=1023>).

V roku 1994 bola schválená koncepcia ošetrovateľstva, ktorá vymedzuje svoje ciele, hlavné úlohy, predmet záujmu ošetrovateľstva ako vedy, sieť pracovísk a pracovníkov.

Na začiatku 90 rokov došlo k transformácii vzdelávania na všetkých stupňoch. Vzdelávanie sa aktivizovalo ako vysokoškolské bakalárske a magisterské štúdium v odbore ošetrovateľstvo, vyššie odbore trojročné štúdium v odbore diplomovaná všeobecná sestra resp. diplomovaná pôrodná asistentka. Úplné stredné odborné štúdium v odbore všeobecná sestra sa od 01. septembra 2001 zrušilo (Farkašová, 2005).

Podľa zákona 311/2002 Z. z. zo 16. mája 2002 o povolani sestra, pôrodnej asistentky a komory sestier je sestra osoba, ktorá vykonáva ošetrovateľskú prax metódou ošetrovateľského procesu a je zapísaná v registry sestier

(<http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=16512&FileName=02z311&Rocnik=2002>).

Podľa zákona 742/2004 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon povolania, sestra spĺňa podmienky na výkon odborných činností získaním vysokoškolského vzdelania I. stupňa v bakalárskom programe, resp. vyššieho odborného vzdelania, ktoré v dennej forme trvá

minimálne 3 roky a zahŕňa 4600 hodín v pomere rozdelených na teoretickú a praktickú časť, alebo II.. stupeň vysokoškolského vzdelania v magisterskom štúdiom programe.

Na výkon špecializovaných činností sestra spĺňa odbornú spôsobilosť získaním diplomu o špecializácii a na výkon certifikačnej činnosti získaním certifikátu

(<http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=18393&FileName=04z742&Rocnik=2004>).

Záverom môžeme konštatovať, že vzdelávanie sestier prešlo po roku 1948 veľkými zmenami. Podľa noriem Európskej únie sa toto vzdelávanie presunulo zo stredných zdravotníckych škôl na vysoké školy. Ošetrovateľstvo sa od roku 1992 stalo regulovaným povoláním, zaviedlo sa poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu. Cieľom všetkých týchto opatrení je prispieť k skvalitneniu ošetrovateľskej starostlivosti a zvýšeniu stupňa vzdelania sestier.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. Farkašová D., Ošetrovateľstvo teória, Martin Osveta, 2005, 215s. ISBN 80-8063-182-4
2. <http://web.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1951/sb41-51.pdf>, nájdené dňa 29.01.2010
3. <http://sk.vlex.com/vid/69599667>, nájdené dňa 29.01. 2010
4. [http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/112EAF98D6C29D67C1257028003CF08A/\\$FILE/44_1966.txt](http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/112EAF98D6C29D67C1257028003CF08A/$FILE/44_1966.txt), nájdené dňa 29.01. 2010
5. <http://portal.gov.sk/Portal/sk/Default.aspx?CatID=39&aid=1023>, nájdené dňa 30. 01. 20010
6. <http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=16512&FileName=02z311&Rocnik=2002>, nájdené dňa 30.01. 2010
7. <http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=18393&FileName=04z742&Rocnik=2004>, nájdené dňa 1. 02. 2010

Jana Luljaková
Trnavská Univerzita,
Fakulta zdravotníctva a soc. práce
jana.luljakova@gmail.com

PSYCHICKÁ PRIPRAVENOSŤ ZDRAVOTNÍCKEHO ZÁCHRANÁRA NA POVOLANIE

Bratová Andrea ¹, Ilievová Ľubica ²

UKF Nitra, FSVaZ, KKDaUM¹, TU v Trnave, FZaSP,KO²

Abstrakt

Náročnosť práce zdravotníckeho záchranára vyžaduje nielen fyzickú, ale i psychickú pripravenosť. Chceli by sme sa zamerať na pripravenosť na povolanie, na spôsoby zvládania stresových situácií, na faktory, ktoré vplývajú na psychiku v záchrannej službe. Dôležité je poukázať na možnosť riešenia psychickej záťaže v záchrannej službe a na dodržiavanie zásad psychohygieny. V tomto smere je dôležité správne nasmerovanie študentov počas štúdia či už vedomosťami, cvičeniami a špecifickou prípravou.

Kľúčové slová: Zdravotnícky záchranár. Záchranná služba. Pripravenosť. Povolanie. Psychika. Štúdium.

„Ak vládneš nad okamihom, vládneš nad životom.“

Marie von Ebner-Eschenbachová

Náročnosť práce zdravotníckeho záchranára vyžaduje nielen fyzickú, ale i psychickú pripravenosť. Život človeka sa vo všetkých smeroch a kultúrach považuje za najvyššiu hodnotu. Pokiaľ je zdravie u človeka vo výbornom stave, nevedomuje si toto bohatstvo. Pokladáme to za čosi prirodzené a stále. Inak to vnímame ak príde ochorie, začíname mať strach o seba, rodinu, priateľov, známych. Nejde však iba o pacientov, s ktorými sa dennodenne stretávame, ide i o zdravie zdravotníckych záchranárov, ktorý pracujú v denne s nasadeným všetkých síl s odhodlaním do boja s priazňou i nepriazňou osudu.

Každodenný stres a veľký tlak na psychiku sa môže odraziť negatívne tak vo vzťahu k sebe, ako aj k pracovnej činnosti. Plnenie tejto dôležitej úlohy si vyžaduje od nás primerané teoretické vedomosti, profesionálne správanie a kladné morálne i charakterové kvality (Botíková, 2009).

V oblasti teoretických a praktických vedomostí a zručností ošetrovania, urgentnej medicíny by sa zdravotnícky záchranár, prípadne sestra pracujúca v záchrannej službe mala venovať vlastnému sebazoznaniu, ktoré je akýmsi začiatkom seba výchovy. Povolanie zdravotníckeho záchranára je náročné i obdivuhodné.

„Profesia sestry je pomáhajúcim povolaním, v ktorom sa jeho náročnosť prejavuje v oblasti fyzickej, duševnej a emocionálnej a z pohľadu prípravy na povolanie a zvládnutie profesionálneho výkonu patrí medzi najnáročnejšie povolania. Byť sestrou znamená byť činná v oblasti, v ktorej je kontinuálne vzdelávanie nutnosťou a zároveň aj individuálnym predpokladom pre každého, kto sa chce etablovať a pôsobiť v tejto pomáhajúcej profesii.

Uplatnenie sa v ošetrovateľskom povolání je podmienené aj psychickými vlastnosťami jedinca a osobnostnými rysmi“ (Ilievová, 2009). Práca sestry sa zakladá na interakcii s pacientom. Vo všeobecnom meradle platí, že osobnostné kvality človeka predurčujú, ako bude nadväzovať vzťahy so svojim okolím, či komunikáciou prispeje k atmosfére dôvery, prípadne naopak, ju bude brzdiť. Prístup, komunikácia sestry zanecháva v pacientovom prežívaní odozvu, ktorá môže byť o to silnejšia, o čo je pacientova zraniteľnosť väčšia. V prípade ak pacient vzhľadom na svoj zdravotný stav, situáciu, prežíva úzkosť, neistotu, strach, vtedy je vhodná atmosféra bezpečia, porozumenia a podpory. V prípade chýbania, jeho úzkosť môže narastať a to sťažuje proces ozdravovania (Ilievová, 2009).

Študijný odbor Urgentná zdravotná starostlivosť, pripravuje študentov na činnosť zdravotníckeho pracovníka pre oblasť urgentnej medicíny prvého kontaktu a záchranu postihnutých, hlavne v rýchlej zdravotníckej pomoci, leteckej, vodnej, banskej, horskej záchranej službe ako aj požiarnej ochrane. Všetky tieto činnosti a príprava na povolanie v rámci štúdia zoceluje zdatnosť samotných študentov a zároveň ich pripravuje na povolanie nielen po stránke vedomostnej a zručnostnej, ale i po psychickej stránke. V rámci psychickej prípravy sa študenti pripravujú na povolanie od základov psychológie až po cvičenie, ktoré sú nasmerované priamo na prácu zdravotníckeho záchranára, krízové situácie. Príprava počas štúdia i v rámci dobrovoľných aktivít navádza študentov k riešeniu situácií, ktoré ich prednostne navádzajú na riešenie záťažových situácií. Človek je ovplyvňovaný aj rozličnými emóciami ako je strach, úzkosť, zlosť, ktoré by mal vedieť potláčať a ovládať. Metódou zvládnutie samého seba - na sebaučenie je autogénny tréning (Křivohlavý, 2004). Absolvent študijného programu zdravotnícky záchranár I. stupeň. Dokáže pohotovo reagovať, cieľavedome, rýchle, rozvážne a rozhodne konať. Pozná právnu zodpovednosť v súvislosti s výkonom svojej profesie. V mimoriadnych krízových situáciách vie pohotovo poskytnúť adekvátnu záchranu a predlekársku prvú pomoc, vrátane jednotlivých špeciálnych výkonov. Kompletne ovláda poskytovanie predlekárskej PP. Sústavne získava odborné poznatky vzťahujúce sa k vlastnej odbornosti a dbá o svoj osobný rast. Aplikuje a využíva získané vedomosti a schopnosti v praxi. Je schopný vykonávať zmeny, prijímať riziko, niesť zodpovednosť, vedieť improvizovať. Komunikuje v pracovnej činnosti na profesionálnej úrovni. Zdravotnícky záchranár ako absolvent je schopný, spolupracovať a koordinovať prácu v tíme, pokračovať vo vlastnom odbornom a profesionálnom vývoji, udržiavať kontakt s vývojom vo svojom odbore, podieľať sa na etickom rozhodovaní a uplatňovať etické princípy v záchranskej praxi, využívať poznatky z psychológie a pedagogiky pri edukácii. V súčasnosti v Slovenskej republike neexistuje jednotné organizovanie kurzov zamerané na psychickú pripravenosť a zvládanie záťažových situácií, čo je veľkou škodou nielen pre urgentnú zdravotnú starostlivosť ale i pre ošetrovateľstvo. Je to pre nás výzvou do budúcnosti. Organizovanie psychologických služieb sa zatiaľ vykonáva v Krajských operačných strediskách počas a po psychicky náročných situáciách. Individuálne poskytovanie psychologických služieb (klinických, zdravotných, poradenských) je zamerané na zdokonaľovanie schopností jednotlivca, posilňovanie jeho zdrojov a na pomoc zmeniť jeho situáciu. Na individuálnej báze sa robí tiež organizovaný výcvik, ktorý pomáha tým, že sa ľudia učia jednak uvedomovať si príznaky stresu a prerušiť chovanie v okamihu, kedy

nastáva stresová reakcia, jednak schopnostiam aktívneho zvládania stresu (coping), napríklad asertivitu, komunikačné zručnosti, efektívne využívanie času (Křivohlavý, 1994).

Záver

Medzi hlavné úlohy zdravotníckych záchranárov a sestier je poskytovanie kvalifikovanej zdravotnej starostlivosti na vysokej profesionálnej úrovni. Denný kontakt s negatívnymi následkami ochorení, dopravnými nehodami a život ohrozujúcimi stavmi znamená veľký nápor na prežívanie a psychiku. Preto majú dôležitý význam informácie, ktoré získajú študenti v rámci štúdia i svojej praxe.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. Beko, L., Dobšovič, Ľ., Ilievová, Ľ.: Humanistická psychológia v práci sestry. *Sestra a lekár v praxi*, 3-4, 2009, str. 4. ISSN 1335-9444.
2. Botíková, A.: *Realizácia práv pacienta*, *Sestra a lekár v praxi*, č. 3-4, 2009, 19 s. ISSN 1335-9444.
3. Dobiáš, V. et al. *Urgentná prednemocničná medicína*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 80-8063-255-7.
4. Křivohlavý, J.- Pečenková, J.: *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada 2004, 80 s. ISBN 80-[247-0784](#)-5.
5. Křivohlavý, J.: *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum 1994, 190 s. ISBN 80-90-2165-8-1.

Kontaktná adresa:

Andrea Bratová
UKF Nitra, FSVaZ, KKDaUM
Kraskova 1
949 74 Nitra
abratova@ukf.sk

KVALITA OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI A OŠETROVATEĽSKÁ DOKUMENTÁCIA

Darmošová Renáta, Hejzlarová Marta

ÚVN SNP Ružomberok – fakultná nemocnica

Súhrn

Ošetrovateľská prax realizovaná registrovanou sestrou musí spĺňať kritériá stanovené Zákonom č.576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a byť poskytovaná metódou ošetrovateľského procesu s vedením ošetrovateľskej dokumentácie v súlade s odborným usmernením MZ SR č. 07594/2009 – OZS. Kvalitne vedená ošetrovateľská dokumentácia je odrazom úrovne profesionálnej praxe a má cenu zlata v dôkazoch, že starostlivosť bola poskytnutá štandardne a lege artis. Osobitne je príspevok venovaný kvalite ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľskej dokumentácii.

Kľúčové slová: Zdravotná dokumentácia. Ošetrovateľská dokumentácia. Právne nariadenie. Formy vedenia dokumentácie. Zápis. Kvalita. Metódy a nástroje riadenia kvality.

V súčasnej dobe sa mnoho zdravotníckych zariadení zameriava na zvyšovanie kvality starostlivosti o klienta. Motívy sú rôzne. Uspokojenie požiadaviek akreditovaných štandardov, udržanie alebo zvyšovanie počtu klientov, zaistenie dobrej povesti, prežitie v tvrdých konkurenčných podmienkach, získanie odborného personálu, nutnosť priblížiť sa štandardom EU a v poslednom rade túžba zdravotníckeho personálu robiť správne veci správne.

Ak sa orientácia na kvalitu ukazuje byť dlhodobou strategicky dôležitou, potom sa vynára otázka, čo si vlastne treba predstaviť pod pojmom kvality.

Kvalita je zhoda s požiadavkami (Crosby,1996).

Kvalita je to, čo za ňu považuje zákazník (Feigenbaum,1991).

Kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti je citlivou témou, ktorá zaujíma nielen poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale aj širokú verejnosť.

WHO definovala kvalitu zdravotnej starostlivosti v roku 1966 ako „ súhrn výsledkov dosiahnutých v prevencii, diagnostike a liečbe, určený potrebami obyvateľstva na základe lekárskeho vied a praxe.“

Donabedian definuje kvalitu zdravotnej starostlivosti ako „taký druh starostlivosti, pri ktorej sa dá očakávať maximálny úžitok pre pacientovo zdravie aj keď očakávaný úžitok je v porovnaní s nákladmi vyšší vo všetkých fázach liečebného procesu.“ (Madar, 2001).

Na kvalitu v zdravotníctve sa dá pozerat' z mnohých uhlov. Najznámejšie sú pohľady:

Perspektíva lekárov a ošetrovateľského personálu - ide o kvalitné vyhodnocovanie stavu pacienta, o liečbu a starostlivosť, výuku, spoluprácu v multidisciplinárnom tíme, uspokojovanie potrieb pacienta.

Perspektíva pacienta – jeho spokojnosť s nemocničnými službami, rýchla odpoveď na volanie o pomoc, rešpekt, úcta či empatia členov liečebného a ošetrovateľského tímu v prístupe k pacientovi.

Kvalita starostlivosti sa v modeli zdravotníctva riadi troma pravidlami:

Kvalita znamená splnenie určitých požiadaviek.

O požiadavkách rozhoduje pacient .

Požiadavky/nároky na zdravotnú starostlivosť sa neustále zvyšujú.

V zákone NR SR č.578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve v platnom znení v ustanovení § 9 je uvedené - poskytovateľ je povinný nepretržite zabezpečovať systém kvality tak, aby:

- sa vzťahoval na všetky činnosti, ktoré môžu v zdravotníckom zariadení ovplyvniť zdravie osoby alebo priebeh jej liečby,
- personálne zabezpečenie a materiálno- technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia zodpovedalo najmenej požiadavkám ustanoveným podľa tohto zákona.

Zdravotníctvo ako také, je prostredím značne ovplyvnené a nerado prijíma osvedčené metódy, predovšetkým z oblasti riadenia. V rade zdravotníckych zariadení sa riaditelia nemocníc, sestry manažérky zamýšľajú nad praktickým využitím moderných techník a nástrojov riadenia starostlivosti a vzdelávajú sa v oblasti moderného riadenia.

Cieľom tohto úsilia je snaha pripraviť sa na dramatické zmeny, ktoré zdravotníctvo po vstupe do EU čakajú. Znalosť manažérskych techník je kritická zvlášť pre tie sestry manažérky, ktoré sa pripravujú iniciovať potrebné zmeny na svojich oddeleniach.

„Zdravotná dokumentácia je súbor údajov o zdravotnom stave osoby, o zdravotnej starostlivosti a o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti tejto osobe“. (Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov – usmernenie číslo 07594/2009 - OZS). Jej súčasťou je aj ošetrovateľská dokumentácia.

Vedenie zdravotnej dokumentácie a právne nariadenie patrí medzi základné povinnosti zdravotníckeho tímu. Zdravotná dokumentácia neslúži len ako pracovný nástroj, ale zohráva úlohu dokladu alebo dôkazu v prípade právneho pojednávania pred súdom, komisiou, profesionálnou komorou a podobne. Ďalej slúži na štatistické, vzdelávacie, výskumné a pedagogické využitie.

Zdravotná dokumentácia sa vedie v písomnej forme a v elektronickej forme so zaručeným elektronickým podpisom, a to za stanovených podmienok. Tie sa vzťahujú na obdobie životnosti zápisu a spôsoby vyhotovenia archívnych kópií, ktoré znemožňujú vykonávať v nich dodatočné zápisy.

Za vedenie ošetrovateľskej dokumentácie je zodpovedná sestra. Sestra vedie ošetrovateľskú dokumentáciu tak, aby získala, utriedila a zaznamenala potrebné údaje. Ošetrovateľský

záznam musí byť vypracovaný najneskôr do 8 hodín od prijatia osoby do ústavného zdravotníckeho zariadenia a najneskôr do 24 hodín v ADOS.

Vedenie ošetrovateľskej dokumentácie upravuje Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Podľa § 19 uvedeného zákona zdravotná dokumentácia pacienta obsahuje:

- osobné údaje,
- údaje o poučení a informovanom súhlase,
- údaje o chorobe, priebehu a výsledkoch vyšetrení, liečby,
- údaje o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- údaje o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- údaje o dočasnej PN,
- epidemiologicky závažné skutočnosti,
- identifikačné údaje poskytovateľa.

Podľa § 21 sa do zdravotnej dokumentácie zapisuje:

- identifikácia osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskyta,
- dátum a čas zápisu,
- spôsob poučenia, obsah poučenia, informovaný súhlas- odmietnutie poučenia, odmietnutie a odvolanie,
- dátum a čas poskytnutia zdravotnej starostlivosti, ak je odlišný
- od dátumu a času zápisu,
- rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- výsledky vyšetrení v chronologickom poradí,
- identifikácia ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka (sestry) vrátane pečiatky, ktorú používa a podpisu sestry.

Pre správne vedenie ošetrovateľskej dokumentácie platia nasledovné zásady:

- Zásada zrozumiteľnosti- používanie jednotnej ošetrovateľskej terminológie na národnej alebo medzinárodnej úrovni,
- Zásada úplnosti- ošetrovateľská dokumentácia musí obsahovať všetky potrebné informácie,
- Zásada dobrej dostupnosti- znamená prístup k ošetrovateľskému dennému záznamu pacienta, aby sa mohol kontrolovať a kedykoľvek upraviť, a zapísať priebeh realizácie,
- Zásada stručnosti- vyjadrenia v dokumentácii musia byť jasné a stručné,
- Zásada čitateľnosti- používanie čitateľného písma,
- Zásada nepoužívania skratiek- okrem zadaného zoznamu skratiek používaných v rámci nemocnice sa iné skratky nepoužívajú,
- Zásada pravdivosti údajov- údaje musia byť pravdivé,
- Zásada nezmazateľnosti údajov- chybné údaje sa neopravujú zmazaním, ale napísaním opravy (uvedené nižšie).

Oprava zápisu sa robí novým zápisom, ktorý obsahuje:

- dátum a čas opravy,

- znenie opravy zápisu – slovné vyjadrenie,
- stručný popis poskytnutého výkonu a vyhodnotenie,
- identifikácia ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka, ktorý opravu vykonal.

Pôvodný zápis musí ostať čitateľný a môže ho opraviť len ten zdravotnícky pracovník, ktorý realizoval pôvodný zápis.

Ošetrovateľskú dokumentáciu je potrebné ukladať a chrániť tak, aby nedošlo k jej poškodeniu, strate, zničeniu alebo zneužitiu. Dokumentácia sa uchováva po dobu 20 rokov od posledného poskytnutia ošetrovateľskej starostlivosti osobe.

Záver

Sústavným vzdelávaním zvyšujeme odbornú erudíciu sestier, prispievame k zvyšovaniu kvality poskytovanej starostlivosti a služieb a prispievame k spokojnosti našich pacientov a klientov. Systém kvality je poskytovateľom písomne dokumentovaný systém, ktorého základným cieľom je znižovanie nedostatkov v poskytovaní zdravotnej starostlivosti pri súčasnom zvyšovaní spokojnosti osôb, ktorým sa zdravotná starostlivosť poskytuje, a pri zachovaní ekonomickej efektívnosti poskytovateľa.

Zoznam bibliografických odkazov:

BOESTLER ,F.: Implementation of Total Quality Management. Conventional Wisdom versus Reality. Hospital and Health Services Administration 4, 1996.

GROHAR – MURRAY, Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovateľské péče.

Praha : Grada Publishing, 2003.

Zákon č. 576/2004 Z. z.. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Odborné usmernenie ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie Číslo:07594/2009 - OZS

Ošetrovateľská dokumentácia ÚVN SNP Ružomberok- FN

Mgr. Renáta Darmošová

Asistentka hlavnej sestry nemocnice

ÚVN SNP Ružomberok – FN

darmosovar@uvn.sk

Marta Hejzlarová

Hlavná sestra nemocnice

ÚVN SNP Ružomberok – FN

hejzlarovam@uvn.sk

INOVÁCIE V SPINÁLEJ CHIRURGII

Šproch Michal, Durný Peter

ÚVN SNP Ružomberok-FN

Úvod

Spinálna chirurgia je odbor zaoberajúci sa patológiou, diagnostikou a liečbou spinálneho kanála a jeho podporných štruktúr. V posledných desaťročiach je vystavený prudkému rozvoju. Tento sa týka jednak nových operačných techník, ktoré majú tendenciu minimalizovať traumu jednotlivých tkanív v oblasti operačného poľa (miniinvazívne a menej invazívne techniky) a jednak sa týka zdokonaľovania možností peroperačného monitorovania jak grafického tak aj neuromonitoringu. Toto všetko prispieva k výraznému zvyšovaniu komfortu operátora počas samotného výkonu a umožňuje znižovanie peroperačných a pooperačných komplikácií, čo samozrejme zvyšuje spokojnosť samotného pacienta.

K vývoju operačných techník a peroperačného monitoringu viedlo hlavne zdokonaľovanie diagnostických možností. Základným pravidlom pri liečbe ochorení spinálneho kanála je: Liečiť, čo bolí. Základné diagnostické metódy v spinálnej chirurgii:

Klinický obraz

RTG, PMG, Diskografia, Fazetové blokády

CT

MRI

Scintigrafia

Elektrofyziologické vyšetrenie

Jednotlivé vyšetrovacie metódy dávajú množstvo informácií o patológii spinálneho kanála. Z chirurgického hľadiska má pre operátora najväčší prínos RTG a MRI vyšetrenie. RTG vyšetrenie, ako zlatý štandard v primárnej diagnostike podáva základné informácie o chrbtici ako celku a dynamické RTG ponúka možnosti posúdenia dynamiky chrbtice.

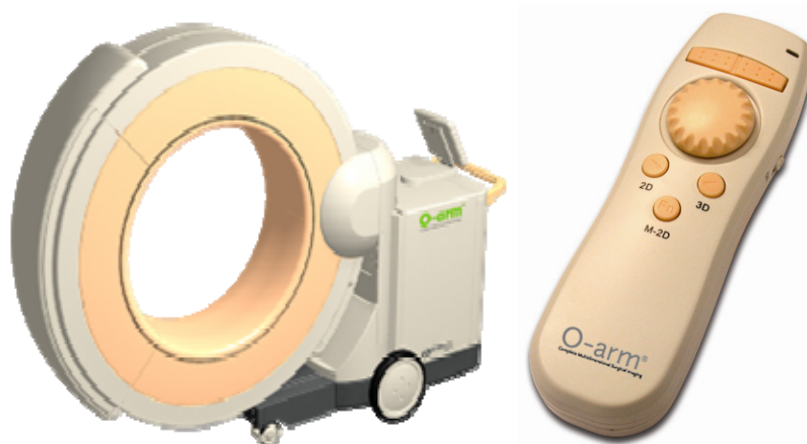
MRI vyšetrenie podrobne zobrazuje jednotlivé štruktúry nervového systému, ligamentózneho aparátu, kĺbových spojení a medzistavcovej platničky a oproti ostatným vyšetreniam má najnižšiu záťaž na pacienta. Napriek tomu je CT vyšetrenie jednoznačne na prvom mieste pri diagnostike kostného tkaniva.

K presnej diagnostike prispievajú aj ďalšie pomocné vyšetrenia ako EMG (vylúčenie eventuálne potvrdenie supraganglionálnej lézie nervových koreňov), RTG navigované fazetové blokády, PMG vyšetrenie (RTG, CT) a diskografia, ktorá je v posledných rokoch aj s PMG vyšetrením na ústupe, vzhľadom na presnú diagnostiku pomocou MRI vyšetrenia.

Podrobná anamnéza, terajšie ochorenie a objektívny neurologický nález je však stále na prvom mieste v diagnostickom procese. Je to základný predpoklad, ktorý spĺňa podmienky pravidla „Liečiť čo bolí“.

Tak ako sa postupne rozvíja diagnostika, inovácie sa nevyhli ani operačným technikám. Liečba vo všeobecnosti by mala pomocou minimálneho zásahu do organizmu, priniesť čo najväčší profit pre pacienta. Keďže diagnostika umožňuje presné určenie miesta pôvodu ťažkostí, je snaha ovplyvniť iba toto miesto, bez zásahu do okolitých štruktúr, tým minimalizovať nadbytočnú traumatu, čo znižuje percento komplikácií peroperačných a pooperačných, ale aj menšie pooperačné ťažkosti u pacienta, čo umožňuje rýchlejší proces vertikalizácie a rekonvalescencie. Ak sú tieto podmienky splnené, je to satisfakcia pre lekára aj chorého. K tomuto všetkému prispel vývoj tzv. menej invazívnych techník a miniinvazívnych techník, ktoré vyžadujú presnejšiu peroperačnú kontrolu. Na základe toho je prirodzený aj rozvoj peroperačného monitoringu grafického a neuromonitoringu.

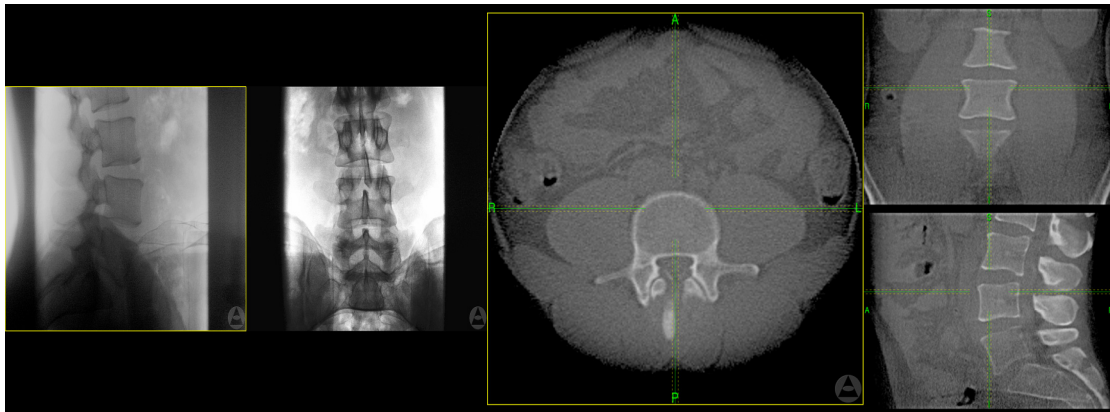
Pri operačných výkonoch, kde je nevyhnutná transpedikulárna fixácia, hrozí riziko nesprávneho zavedenia stabilizačného aparátu (transpedikulárnych skrutiek), čo môže viesť k zlyhaniu daného aparátu a poškodeniu nervových štruktúr v spinálnom kanáli. Následná revízia je výkon, ktorý je vždy rizikový a obťažuje chirurga a takisto pacienta, pričom efekt je niekedy veľmi otáznym, lebo aj napriek korekcii aparátu hrozia nezvratné zmeny, ktoré môžu výrazne ovplyvniť kvalitu života pacienta. Najčastejšie používanou pomôckou pri zavádzaní transpedikulárnych skrutiek je C-rameno, ktoré umožňuje peroperačnú kontrolu v dvoch rovinách, v predozadnej projekcii a bočnej projekcii. Pri zmene projekcií je nutná manipulácia s C-ramenom, čo môže predlžovať výkon a zvyšovať riziko znesterilnenia operačného poľa.



Obrázok1 O-rameno s diaľkovým ovládaním

Výrazným posunom v tomto smere je zavedenie do praxe tzv. O-ramena/O-arm/, ktoré má oproti klasickému C-ramenu nespočetné množstvo výhod. Okam klasického 2-D zobrazovania umožňuje aj 3-D zobrazovanie, ktoré výrazne napomáha kontrolovať správne

zavádzanie transpedikulárnych skrutiek. Okrem toho je konštruované tak, aby sa s prístrojom peroperačne prizmene projekcií nemuselo manipulovať. Samotné O-rameno je v nezmenenej polohe. O-ramno je vybavené obrazovkou s vysokou rozlíšiteľnosťou obrazu s možnosťou sledovania viacerých projekcií naraz a možnosťou 3-D rekonštrukcie obrazu. K jeho výbave patrí taktiež diaľkové ovládanie, ktoré môže za sterilných podmienok používať priamo operatér. Používanie samotného O-ramena znamená výhody v zmysle kontroly polohy implantátu.

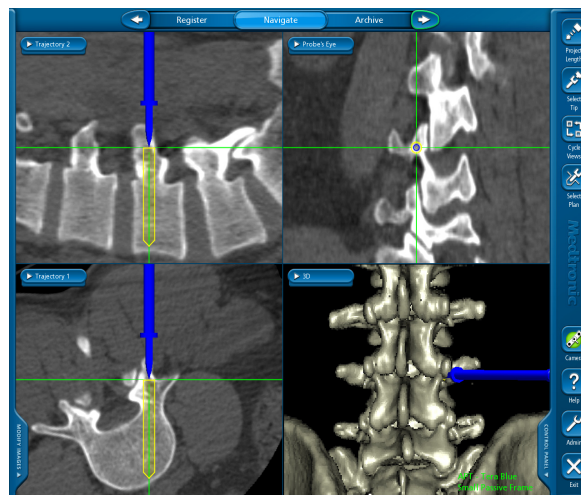


Obrázok 2 Možnosti zobrazenia O-ramena (2D, 3D)

Avšak okrem toho je možná aj fúzia funkcií O-armu a spinálnej počítačovej navigácie. Táto výhoda umožňuje aj kontrolu samotnej implantácie transpedikulárnych skrutiek, kontrolu smeru a sklonu pri zavádzaní, čím sa výrazne znižuje riziko malpozície skrutky a tým poškodenia nervových štruktúr, respktíve zlyhania fixácie. Okrem toho táto fúzia umožňuje implantáciu skrutiek bez peroperačného RTG snímania, čím sa redukuje nadbytočné ožarovanie pacienta a personálu na operačnom sále.



Obrázok 3 Spinálna počítačová navigácia s monitorom



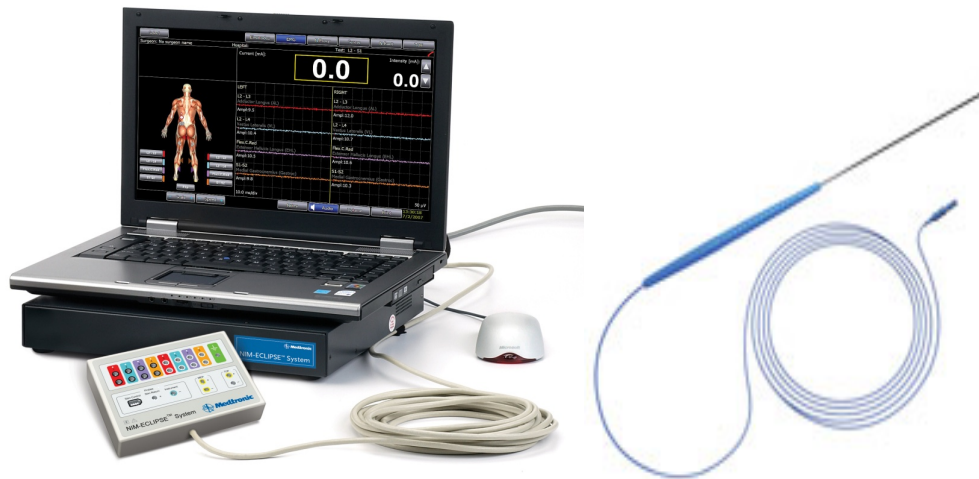
Obrázok 4 Transpedikulárna fixácia pomocou spinálnej navigácie

Spinálna počítačová navigácia je vybavená kameroým systémom, ktorý sníma špeciálne inštrumentárium. Toto inštrumentárium je vybavené navigačným systémom, ktorý umožňuje jednoduchú a pritom veľmi presnú kontrolu zavádzania skrutiek. Fúzia O-ramena so spinálnou navigáciou taktiež umožňuje vylúčiť nadbytočné predoperačné grafické vyšetrenia zamerané na navigáciu, pretože fúzia prebehne priamo peroperačne. Taktiež sa vylučuje odchýlka spôsobená zmenou polohy chrbtice pri predoperačnom vyšetrení a samotnom napolohovaní pacienta na operačnom stole.

Pri vývoji nových operačných prístupov a pri zdokonaľovaní operačných techník je v neurochirurgii veľmi dôležitá kontrola nervových štruktúr. Pri tom je veľmi nápomocný neuromonitoring, ktorého hlavnou úlohou je okamžitá detekcia, prevencia a limitácia neurologického poškodenia počas operácie. V súčasnosti je možné monitorovanie základných funkcií zo sterilného operačného poľa priamo chirurgom. Možnosti monitorovania v režime riadenom chirurgom sú:

- * vyšetrenie MEP
- * snímanie EMG
- * stimulácia EMG

Počas transpedikulárnej fixácie a implantácie skrutiek je dôležitá kontrola blízkosti nervu. Chirurgický nástroj je stimulovaný v automatickom móde a veľkosť intenzity potrebnej na vyvolanie EMG odpovede nám určí vzdialenosť nervovej štruktúry (príslušného koreňa). Ďalej je možné realizovať tzv. test skrutky, t.j. priama stimulácia skrutky s okamžitou EMG odpoveďou zo svalu inervovaným príslušným koreňom. Výška impedancie nás informuje o kostnej integrite pedikla a nepriamo o vzdialenosti nervového koreňa. Taktiež je možný test nervového koreňa, ktorý sa používa na lokalizáciu a kvantifikáciu stavu nervového koreňa. Koreň je stimulovaný priamo chirurgom ovládanou sondou. Pri náročných operáciách je neuromonitoring riadený mimo operačného poľa lekárom, ktorý má možnosť snímať ďalšie modality, vrátane SSEP...



Obrázok 5 Neuromonitoring

Záver

Všetky tieto možnosti monitoringu zvyšujú bezpečnosť operačného výkonu a znižujú riziko poškodenia dôležitých štruktúr v oblasti operačnej rany a v jej blízkom okolí. Aj napriek vysokej presnosti daných metód je vždy dôležitá správna operačná technika, znalosť anatomických pomerov, pretože dané vyšetrenia operatérovi nepovedia ako, alebo čo operovať, iba mu ukazujú čo operuje. Správne zhodnotenie a následné rozhodnutie o danom kroku operačného výkonu je vždy v rukách človeka.

Zoznam bibliografických odkazov:

- Spondylochirurgia [cit. 2010-2-21] Dostupné na internete: [http:// www.metronic.sk](http://www.metronic.sk)
Rudinský B. Spinálna chirurgia, 1. vyd. Bratislava: Slovak Academic Press, 2002, 313 s.
Rudinský B. ,Koleják K. Degeneratívne ochorenie driekovej chrbtice-možnosti chirurgickej liečby. In Neurológia pre prax, 2008, roč. 3, S. 135-141.
Rudinský B. Operačné techniky v liečbe vertebrogénnych ochorení. In Dni posudkového lekárstva, 2007

MUDr. Michal Šproch
Neurochirurgická klinika
ÚVN SNP Ružomberok-FN
sprochm@uvn.sk

MUDr. Peter Durný
Neurochirurgická klinika
ÚVN SNP Ružomberok-FN
durnyp@uvn.sk

EDUKÁCIA U IMOBILNÉHO GERIATRICKÉHO PACIENTA

Matišáková Iveta, Šimovcová Darina

Fakulta zdravotníctva Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne

Abstrakt

Sestra poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť by mala vykonávať edukáciu pacientov, ktorej výsledkom by bola zmena ich životného štýlu smerom k udržaniu, podpore alebo prinavráteniu zdravia. Predmetom záujmu ošetrovateľstva ošetrovateľskej starostlivosti je teda pacient v zdraví alebo chorobe a jeho rodina. Za účelom čo najlepšieho efektu ošetrovateľskej starostlivosti si sestra musí získať pre ošetrovanie rodinu pacienta a zapojiť ju do ošetrovateľského procesu najmä počas jej neprítomnosti. Jedným z typických príkladov nevyhnutnosti spolupráce je ošetrovanie imobilného geriatrického pacienta nakoľko príbuzní sú veľmi významnými spolupracovníkmi pri polohovaní pacienta, poskytovaní hygienickej starostlivosti, masáži a iných úkonov súvisiacich so starostlivosťou o imobilného pacienta.

Ošetrovateľskú starostlivosť plánujeme v spolupráci s rodinou, ktorá nám pomáha zistiť osobitosti pacienta, jeho želania, zvyky, umožňuje individualizovať plán ošetrovateľskej starostlivosti a zabezpečiť tak uspokojovanie jeho potrieb.

Využitie edukácie v praxi je v súčasnosti nedostatočné, často je len formálne v podobe podania malého množstva informácií pacientovi alebo jeho rodine. Je dôležité si uvedomiť, že pôsobenie sestry v spolupráci s ostatnými členmi zdravotníckeho tímu (lekár, rehabilitačný pracovník, asistent výživy, logopéd, psychológ a iní členovia) na pacienta môže mať význam pre rýchlejší proces vyliečenia pacienta, pre skrátenie jeho hospitalizácie a tým zníženia rizika opakovaných ochorení a mnohých komplikácií .

Kľúčové slová: Edukácia. Geriatrický pacient. Imobilita. Ošetrovateľská starostlivosť. Edukačný list.

Úvod

Sestra poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť by mala vykonávať edukáciu pacientov, ktorej výsledkom by bola zmena ich životného štýlu smerom k udržaniu, podpore alebo prinavráteniu zdravia. Predmetom záujmu ošetrovateľstva ošetrovateľskej starostlivosti je teda pacient v zdraví alebo chorobe a jeho rodina. Za účelom čo najlepšieho efektu ošetrovateľskej starostlivosti si sestra musí získať pre ošetrovanie rodinu pacienta a zapojiť ju do ošetrovateľského procesu najmä počas jej neprítomnosti.

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti v geriatrickej starostlivosti je udržať starého človeka čo najdlhšie v pôvodnom prostredí, čo najviac sebestačného a so zachovaním kvality života na maximálnej možnej úrovni. Dá sa hodnotiť pomocou faktorov ako sebestačnosť, neprítomnosť bolesti a utrpenia, zachovanie zmyslových schopností, udržanie zmyslových funkcií, finančný štandard, pocit užitočnosti pre iných a pod. (Litomerický, 1996, s. 177).

Imobilita

Jedným z kritérií, podľa ktorých sa hodnotí závažnosť ochorenia je schopnosť pohybovať sa. Pohyblivosť sa chápe ako základ nezávislosti. Mobilita má vplyv aj na duševné zdravie. Chorí s poruchami hybnosti môžu mať pocit bezmocnosti a môžu sa cítiť ako záťaž pre iných.

Imobilita je funkčný stav, pri ktorom pacient nie je schopný voľného, rytmického a účelného pohybu, následkom čoho je pripútaný na posteľ alebo odkázaný na invalidný vozík.

Jednotlivé systémy tela fyziologicky reagujú na imobilitu. Fyziologickou odpoveďou na imobilitu je imobilizačný syndróm. Imobilizačný syndróm je spúšťací mechanizmus pre celú reťaz komplikácií, ktorá môže viesť k smrti. Prevencia imobilizačného syndrómu je dôležitejšia a ľahšia ako liečba.

Veľmi častým problémom alebo komplikáciou zdravotného stavu u geriatrických pacientov je práve imobilita. Medzi najzávažnejšie komplikácie, ktoré hrozia imobilnému geriatrickému pacientovi je hypostatická bronchopneumónia, dekubity, tromboembolické príhody, psychická deprivácia, kontraktúry, osteoporóza s jej dôsledkami a adaptačné zlyhanie. Opakovane bol preukázaný vzťah medzi imobilitou, inkontinenciou moču a včasnou mortalitou. Prognózu imobilných geriatrických pacientov v inštitucionálnej starostlivosti zhoršuje inkontinencia, ktorá sa vyskytuje až u 83% pacientov, u mobilných len u 11% (Hegyí, Krajčík, 2004, s. 112 – 113).

Posudzovanie a jeho špecifiká u geriatrického pacienta s imobilitou

Pacient s narušenou mobilitou sa stáva závislý na sestre. Sestra by mala správne posúdiť stupeň imobility a odhadnúť, do akej miery bude pacient potrebovať jej pomoc. Samostatnosť pacienta, hlavne starého človeka by sa nemala potláčať, naopak mala by sa podporovať. Sestra poskytuje geriatrickému pacientovi čiastočnú alebo úplnú pomoc len v tých činnostiach, ktoré nedokáže sám vykonávať.

Pri získavaní údajov o mobilite a imobilite geriatrického pacienta a jej problémoch sestra hodnotí alebo zisťuje rozsah pohybu v kĺboch, riziko vzniku komplikácií z imobility, komplikácie z imobility, schopnosti vykonávať aktivity denného života. (Kozierová, 1995, s. 851)

Posúdenie schopnosti pohybu a jeho obmedzení:

- zistiť vplyv ochorenia na schopnosť a rozsah pohybu
- zistiť prekážky a obmedzenia pacientovho pohybu
- zhodnotiť stav vedomia a orientácie
- zistiť rozsah pohybov v kĺboch potrebných na presun alebo chôdzu
- zistiť prítomnosť kontraktúr, deformít
- zistiť svalovú silu v dolných končatinách
- zhodnotiť svalovú silu horných končatín, ak pacient používa palicu alebo barle
- posúdiť do akej miery pacient potrebuje pomoc pri zmene polohy

Posúdenie komplikácií z imobility:

- zistiť riziká vzniku komplikácií z imobility
- zistiť prítomnosť faktorov, ktoré spôsobujú vznik dekubitov,
- zhodnotiť stav kože, najmä predilekčných miest, pri vzniku dekubitu určiť jeho stupeň
- zhodnotiť stav výživy, príjem bielkovín, vitamínov, minerálov, stav hydratácie
- zistiť a posúdiť zmeny na kostrovosvalovom systéme (bolesť, stuhnutosť kĺbov, rozsah pohybu v kĺboch, koordináciu HK a DK, kontraktúry)
- zistiť a posúdiť zmeny v srdcovocievnom systéme (TK, pulz, závraty pri zmene polohy, dilatácia, edémy na DK, bolesť pri pohyboch DK)
- zistiť a posúdiť zmeny v dýchacom systéme (dýchanie, pohyby hrudníka, prítomnosť hlienu v dýchacích cestách, kašeľ, bolesť pri dýchaní)
- zistiť a posúdiť vylučovanie moču (frekvenciu močenia, ťažkosti pri močení, objem a špecifickú hmotnosť moču, pH a chemické zloženie moču)
- zistiť a posúdiť vyprázdňovanie stolice (frekvenciu, množstvo, konzistenciu stolice, bolesti brucha, nafúknutosť, nauzeu)
- zistiť a posúdiť psychický stav pacienta (správanie, prítomnosť nepokoja, pocitov depresie, zmätenosť)

Posúdenie schopnosti vykonávať aktivity denného života:

- zistiť a posúdiť pacientove problémy s vykonávaním aktivít denného života (stravovanie, obliekanie, vyzliekanie, hygiena, udržanie moču a stolice, chôdza, pohyb, komunikácia)

Intervencie sestry

Pri starostlivosti o geriatrického pacienta s narušenou mobilitou sú ošetrovateľské zásahy zamerané na:

- prevenciu komplikácií z imobility
- na liečbu už existujúcich komplikácií

Schopnosť pohybu

- povzbudzovať pacienta do pohybovej aktivity
- vykonávať aktívne a pasívne cvičenia podľa možnosti, podľa tolerancie a zdravotného stavu
- vyhýbať sa pohybom nad existujúci rozsah a možnosti pohybu u geriatrického pacienta vzhľadom na jeho zdravotný stav viesť pacienta k samostatnosti pri chôdzi, vstávaní zo stoličky, z postele, zmenách polohy na čo najvyššej miere využívať pomôcky uľahčujúce pohyb (barle, palica, pomocné zariadenia postele)
- spolupracovať s fyzioterapeutom

Prevenia komplikácií z imobility

- učiť pacienta pohybovať sa pomaly, hlavne pri vstávaní z postele (vstávanie na etapy – Fowlerova poloha, spustenie nôh, postavenie sa)

- použiť elastické pančuchy alebo bandáž na prevenciu ortostatickej hypotenzie a zlepšenie venózneho návratu z dolných končatín
- nabádať pacienta dvíhať dolné končatiny niekoľkokrát denne počas 20 minút kvôli zlepšeniu periférnej venózne cirkulácii
- nerobiť prudké pohyby, nemasírovať nohy pri podozrení na trombózu
- realizovať nácvik hlbokého dýchania a kašľania
- prevádzať s pacientom posturálnu drenáž
- monitorovať celkový stav výživy, nutričné laboratórne parametre
- zabezpečiť diétu bohatú na bielkoviny, tuky, vlákninu, vitamíny a minerálne látky
- zabezpečiť zvýšený príjem vitamínu A, C,D, železa, zinku, medi, horčíka
- udržiavať energetický prísun na úrovni 3 500– 4 500 kcal na prevenciu katabolického rozpadu tkaniva
- podávať pacientovi dostatok tekutín počas 24 hodín (vzhľadom na vek a na základné alebo pridružené ochorenie)
- sledovať dôsledne príjem a výdaj tekutín
- zabezpečiť hygienickú starostlivosť (prevencia zaparenín, dekubitov, infekcie močového mechúra)
- používať antimikrobiálne mydlá a mydlá s vysokým obsahom tuku, kolagénu
- aplikovať na kožu hydratačné krémy, emulzie
- využívať jednoduché masážne techniky (už pri pretrvávajúcom začervenaní kože ju nesmieme masírovať)
- hodnotiť kožu na predilekčných miestach denne aj niekoľkokrát
- zabezpečiť suchú, čistú posteľ a posteľnú bielizeň
- používať antidekubitové pomôcky (päťové, lakt'ové, kolenné, na lôžko, podložné kolesá, penové podložné kolesá, špeciálne lôžka, vankúše)
- polohovať pacienta: vypracovať systematický 24 hodinový rozvrh zmeny polôh a podľa možností zahrnúť všetky použiteľné polohy
- komunikovať s pacientom o jeho problémoch vyplývajúcich z imobility
- vysvetliť preventívne opatrenia na dosiahnutie optimálneho stavu
- zapojiť do starostlivosti aj rodinu
- podporovať pevnú vôľu pacienta, motivovať a podporovať v liečbe

Schopnosť vykonávať aktivity denného života

- na základe posúdenia schopností pacienta vykonávať denné aktivity:
- motivovať pacienta k samostatnosti
- využiť zvyškový potenciál pacienta pri náprave deficitu starostlivosti o seba
- zabezpečiť pomoc pacientovi pri hygiene, jedení, obliekaní, vyzliekaní, pri zmene polohy, pohybe, komunikácii (Matišáková, 2008).

Do starostlivosti zameranej na zlepšenie mobility, sebestačnosti treba zainteresovať aj rodinu pacienta, ktorá svojou aktívnou účasťou nielen pozitívne ovplyvní psychiku geriatrického

pacienta, ale bude pokračovať v činnostiach v domácej starostlivosti (Schmidtová, Poledníková, Slamková, 2005, s. 21).

Riešenie problémov imobilného pacienta si vyžaduje efektívny prístup multidisciplinárneho tímu. Vzájomná spolupráca a súlad v intervenciách sestry a fyzioterapeuta sú nevyhnutné na udržanie a zlepšenie kvality života imobilných geriatrických pacientov (Polhorská, Boledovičová, 2006, s. 51).

Využitie edukácie v praxi je v súčasnosti nedostatočné, často je len formálne v podobe podania malého množstva informácií pacientovi alebo jeho rodine. Je dôležité si uvedomiť, že pôsobenie sestry v spolupráci s ostatnými členmi zdravotníckeho tímu (lekár, rehabilitačný pracovník, asistent výživy, logopéd, psychológ a iní členovia) na pacienta môže mať význam pre rýchlejší proces vyliečenia pacienta, pre skrátenie jeho hospitalizácie a tým zníženia rizika opakovaných ochorení a mnohých komplikácií .

Jedným z typických príkladov nevyhnutnosti spolupráce je ošetrovanie imobilného geriatrického pacienta nakoľko príbuzní sú veľmi významnými spolupracovníkmi pri polohovaní pacienta, poskytovaní hygienickej starostlivosti, masáži a iných úkonov súvisiacich so starostlivosťou o imobilného pacienta.

Ošetrovateľskú starostlivosť plánujeme v spolupráci s rodinou, ktorá nám pomáha zistiť osobitosti pacienta, jeho želania, zvyky, umožňuje individualizovať plán ošetrovateľskej starostlivosti a zabezpečiť tak uspokojovanie jeho potrieb.

Edukačný list so zameraním na geriatrického pacienta s imobilitou (prevencia vzniku komplikácií)

Zámer edukácie	zabrániť vzniku komplikácií z imobility, adaptovať sa na trvalú zmenenú životnú situáciu a zmenu kvality života
Témy edukácie	1. imobilita, príčiny vzniku, komplikácie z imobility 2. prevencia vzniku komplikácií z imobility
Kognitívny cieľ	pacient/rodinný príslušník po skončení edukácie preukáže vedomosti o predchádzaní komplikácií
Afektívny cieľ	pacient/rodinný príslušník si vytvorí pozitívny postoj k spolupráci, uvedomí si význam opatrení, ktoré treba v rámci prevencie vzniku komplikácií realizovať, preukáže pozitívne zmeny v názoroch a v postojoch
Psychomotorický	pacient/rodinný príslušník po skončení edukácie pozná a dokáže vykonávať preventívne ošetrovateľské postupy na zabránenie vzniku komplikácií
Forma edukácie	individuálna
Pomôcky	letáky, brožúry, odborná literatúra, filmy, obrázky, notebook, pomôcky, ktoré je potrebné používať pri starostlivosti o pacienta s imobilitou na zabránenie vzniku komplikácií (antidekubitové pomôcky,

<p>Motivačná fáza</p>	<p>vysvetliť: význam a dôležitosť predchádzaniu komplikácií princíp vzniku komplikácií (poznatky z anatómie a fyziológie kože) vplyv celkového zdravotného stavu pacienta na vznik komplikácií dôsledky vzniku komplikácií pri imobilite (obrázky, video) využiť koleso pocitov</p>
<p>Expozičná fáza</p>	<p><u>edukovať o prevencii vzniku komplikácií:</u> naučiť sa hodnotiť riziko vzniku dekubitu (tmavočervené škvrny, abrázie, opuchy, zvýšený turgor kože, palpačnú citlivosť, teplotu kože v oblasti rizikového miesta a porovnať ju s okolitou kožou) zdôrazniť význam polohovania - á 2 hod. alebo častejšie podľa zdravotného stavu, vypracovanie polohovacieho plánu, poukázať na význam aktívnych a pasívnych zmien polohy (podľa stavu pacienta), nabádať pacienta k zmene polohy demonštrovať používanie antidekubitálnych pomôcok – valce, kruhy, klíny, matrace a pod. (podložiť predilekčné miesta: kostné výčnelky kolien a čiekov treba oddeliť penovým klinom, zvinutou prikrývkou, vankúšom, tlak na päty znížiť ich zdvihnutím a oddelením od postele) vysvetliť význam hygienickej starostlivosti – kožu udržiavať čistú a suchú, kožu hydratovať (krémy, emulzie, silikónové oleje, Panthenol, Calcium panthotenicum, masti s vitamínom, A, D, Menalind, naučiť poskytovať masáže predilekčných miest na stimuláciu cirkulácie v tkanivách a svaloch so zameraním na predilekčné miesta, na masáž sa používa napr. Mentol (ak pretrváva začervenanie predilekčných miest okolie už nesmieme masírovať, lebo tlak masážnej techniky podporuje ďalšiu hypoxiu tkanív zabezpečiť optimálnu výživu - bielkoviny, vláknina, vitamíny, železo, zinok, meď, horčík, v prípade potreby vždy konzultovať výber stravy s lekárom/asistentom výživy udržiavať optimálnu hydratáciu množstvo tekutín závisí od veku, od základného a pridruženého ochorenia, ktoré môžu byť spojené s dôslednou bilanciou tekutín podporovať pacienta k sebestačnosti a aktivizovať k spolupráci podporné osoby podporovať pevnú vôľu pacienta, optimizmus, motivovať aj podporné osoby k spolupráci robiť záznam o preventívnych aktivitách komunikovať s pacientom/rodinným príslušníkom, opatrovateľom o problematike vzniku a prevencie dekubitu praktický nácvik všetkých ošetrovateľských a preventívnych činností</p>

Fixačná fáza	prehodnotiť problémové otázky zopakovať praktické ukážky a nácvik - zdôrazniť body, ktoré sú najdôležitejšie
Fáza overovania a hodnotenia vedomostí a zručností	rozhovor, praktické precvičovanie polohovania, hygienickej starostlivosti,..... Kontrolné otázky: Aké sú prvé príznaky vznikajúceho dekubitu? Ako často polohujeme počas dňa a noci? Aký antidekubitálne pomôcky môžeme používať? Aký význam má hygienická starostlivosť u imobilného pacienta? Aká je správna výživa pre imobilného pacienta?

Zoznam bibliografických odkazov:

- GULÁŠOVÁ, I., MATIŠÁKOVÁ, I. Dyskomfort geriatrických pacientov s dekubitom v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In: *Ošetrovateľstvo a výchova ku zdraviu*. 2006. s. 2 – 3.
- HEGYI, L., KRAJČÍK, Š.: 2004. *Geriatría pre praktického lekára*. 1. vyd. Bratislava: Herba spol. s. r. o., 2005. 298 s. ISBN 80-89171-06-0.
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.: 1995. *Ošetrovateľstvo 1, 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- KRIŠKOVÁ, A. et al. 2006. *Ošetrovateľské techniky*. Martin: Osveta 2006. ISBN 80-8063-202-2.
- LITOMERICKÝ, Š. 1996. Kvalita života človeka a intervenčná gerontológia. In *Lekársky obzor*, 1996, roč. 45, č.6, s. 177.
- MATIŠÁKOVÁ, I., POLIAKOVÁ, N., KVASNICOVÁ, Z. 2007. Návrh edukačného plánu u geriatrického pacienta v prevencii vzniku dekubitu v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Zborník Ošetrovateľstvo a zdravie II*. Trenčín, apríl 10, 2008. 236 s. ISBN 978-80-8075-322-1.
- MATIŠÁKOVÁ, I. 2008. Náročnosť poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti u geriatrického pacienta. Dizertačná práca. 2008. 136 s.
- POLEDNÍKOVÁ, Ľ. et al. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta 2006. ISBN 80-8063-208-1.
- POLHORSKÁ, M., BOLEDOVIČOVÁ, M. Súčinné intervencie sestry a fyzioterapeuta v starostlivosti o dlhodobu chorého a imobilného pacienta. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606 2006, roč. III., č. 2.
- SCHMIDTOVÁ, POLEDNÍKOVÁ, Ľ., SLAMKOVÁ, A. Pohyb a kvalita života hospitalizovaného pacienta. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2005, roč. IV., č. 9, s. 20.

Kontaktná adresa:

PhDr. Iveta Matišáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva
TnUAD v Trenčíne
Študentská 2
911 50 Trenčín

ETIKA V PSYCHIATRICKEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Šimovcová Darina, Matišáková Iveta

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne

Duševné zdravie je dôležitá hodnota, ktorá ovplyvňuje kvalitu života človeka. Duševné poruchy začínajú v detstve, majú tendenciu pretrvávajúť celý život, spôsobujú chorým utrpenie, vedú ich k stálej závislosti na poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Ošetrovanie psychiatrických pacientov je náročné z hľadiska času a kladie dôraz na schopnosti a osobnosť ošetrovateľov. Všetky činnosti spojené so starostlivosťou o pacienta sú založené na budovaní terapeutického vzťahu medzi pacientom a ošetrovateľským tímom. Takýto vzťah sa musí zakladať na dôvere, empatii a na úprimnom vzťahu k týmto pacientom.

Od sestry sa vyžaduje neustála psychická vyrovnanosť, sebaovládanie, trpezlivosť, tolerancia, láskavosť, ľudský prístup k chorému. Sestra má vždy najbližšie k chorému, od jej správania sa a vzťahu k jeho potrebám závisí celá atmosféra a úspech ošetrovateľskej starostlivosti. Predovšetkým sestra svojim kultivovaným vystupovaním a citlivým usmerňovaním môže účinne pôsobiť na psychiku pacienta.

Základnou etickou požiadavkou je prejav záujmu o problémy chorého, ocenenie jeho úsilia o spoluprácu a vytrvalosť. Sestra musí nevyhnutne uplatňovať v práci psychologické princípy. Premieňa živelný, náhodný prístup k chorému na psychologicky erudovaný, ktorého cieľom je poznať mechanizmy vyrovnania sa človeka s chorobou.

Kľúčové slova: Duševné zdravie. Empatia. Trpezlivosť. Tolerancia. Ošetrovateľská starostlivosť. Terapeutický vzťah.

Úvod

Psychické postihnutia sú následkami ťažkých, predovšetkým chronických duševných ochorení. Možno ich pozorovať na úrovni narušených psychických funkcií a schopností, obmedzených kompetencií bežného života a na sociálnom znevýhodnení. Byť chronicky psychicky chorým značí aj utrpenie, obmedzovania, sociálny zostup a stigmatizáciu. Dlhodobé psychické ochorenie robí postihnutého závislým od vzťahov s jeho príbuznými, známymi a od iných kľúčových osôb (Eikermann, 1999). Jedným z najväčších problémov psychiatrie sú pri dlhodobých psychických ochoreniach ich relapsy a narušenie kognitívno – behaviorálnych funkcií. Ľudia, ktorí majú chronicky prebiehajúce psychické ochorenie, boli až do súčasnosti v nebezpečí, že budú pre trvalú symptomatológiu, a s ňou spojenými obmedzeniami a postihnutiami, po dlhé roky opakovane hospitalizovaní.

Rešpektovanie autonómie pacienta vychádza z uznania jeho dôstojnosti ako ľudskej osoby a jeho neodňateľných ľudských práv. Pre sestru z pohľadu základných etických princíпов je dôležité rešpektovať dôstojnosť pacienta ako ľudskej osoby, jeho autonómiu, hovoriť a konať pravdivo, dodržiavať mlčanlivosť o dôverných veciach, konať v najlepšom záujme pacienta. Dodržanie mlčanlivosti o dôverných informáciách získaných v súvislosti s výkonom zdravotnej starostlivosti je povinnosťou všetkých zdravotníckych pracovníkov.

Vychádza z rešpektovania ľudskej dôstojnosti a integrity pacienta, chráni pred nepovolanými jeho súkromie, zabraňuje zneužitiu dôverných informácií (Glasa, 2006).

Každý človek potrebuje, ba má právo na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti s úctou k ľudskej dôstojnosti a jedinečnosti. Ošetrovateľstvo má k spoločnosti osobitné záväzky so zreteľom na etiku, ľudské práva, hodnoty a zákon.

„Osobnosť je jedinečný a neopakovateľný celok fyzických a psychických vlastností, ktoré vzájomne súvisia, podmieňujú sa a tvoria určitú jednotu“(Farkašová, 2005, s.43).

Etika ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s poruchami duševného zdravia

Hlavnými oblasťami záujmu ošetrovateľstva k osobe sú:

- proces zdravia a optimálneho fungovania zdravého alebo chorého človeka,
- prežívanie a správanie človeka v interakcii s prostredím počas normálnych životných udalostí a v kritických situáciách,
- vplyv ošetrovateľskej starostlivosti na osobu ako pacienta, determinácia ľudského prežívania a správania,
- vnímanie človeka sestrou a charakter interakcie medzi sestrou a osobou, zdravím a prostredím(Farkašová et al., 2005).

Zdravie je hodnota individuálna, sociálna, ktorá ovplyvňuje kvalitu života človeka. Halfdan Mahler, bývalý generálny riaditeľ WHO výstižne vyjadril osobnú hodnotu zdravia slovami: *„Zdravie nie je všetko, ale všetko ostatné bez zdravia nestojí za nič“* (Marková et al., 2006, s.16).

Každú psychickú poruchu je potrebné chápať v kontexte celého života duševne chorého (Bártlová, 2005).

Sestry dodržiavajú etické hodnoty spoločnosti na ochranu základných ľudských práv na základe Kódexu sestry, ktorý usmerňuje sestru pri vykonávaní odborných činností tak, aby sa dodržiavali a chránili práva pacienta (Janosiková et al., 1999).

Cieľmi ošetrovateľskej etiky v psychiatrii sú:

- humanizácia medziľudských vzťahov medzi pacientom a sestrou, medzi ošetrojúcim personálom a rodinou, medzi lekármi a sestrami a medzi sestrami,
- usmernenie správania a jednania pri profesionálnych výkonoch v ošetrovateľstve so zámerom porozumieť človeku, pochopiť jeho ťažkosti a podľa možnosti mu pomôcť,
- vhodným spôsobom sa usilovať o uspokojovanie terapeutických, sociálnych, kultúrnych, duchovných a iných potrieb pacientov.

Ošetrovateľské ciele môžeme dosiahnuť iba systematickou starostlivosťou, ktorá sa uskutočňuje v určitom prostredí zdravotníckeho, zdravotnícko-sociálneho zariadenia alebo v domácnosti (Fišerová, J. s. a.).

Psychiatrickí pacienti majú rovnaké práva ako ostatní občania, aj právo odmietnuť liečbu, čo častokrát zapríčiňuje etické problémy ošetrovateľskému personálu. Pacienti musia byť informovaní o starostlivosti a liečbe, ktorá sa im poskytuje. Morálne princípy etiky zahŕňujú autonómiu a sebaurčenie založené na rešpekte, konaní dobra, vyhýbaní sa

ublíženiu, pravdivosti, spravodlivosti alebo rovnocennosti prístupov k zdravotníckej starostlivosti.

Pre sestry je veľmi dôležité, aby uvažovali o duševných poruchách ako o reakciách na záťažové podmienky každodenného života. Keďže duševné poruchy môžu súvisieť s chemickou nerovnováhou je potrebné, aby sestry využívali biopsychosociálny pohľad na pacienta s duševnou poruchou.

Zvláštnosti v správaní psychiatrického pacienta a jeho prežívanie sveta sa môžu javiť ako stavy, ktoré poznáme z bežného života. Duševne chorý je vystavený obmedzeniam, ktoré na neho kladie jeho choroba a najviac nesie bremeno sociálneho hodnotenia svojej choroby (Baudiš et al., 2002).

Etika v psychiatrii

Hospitalizácia na psychiatrii predstavuje dôležitú a nezastupiteľnú formu starostlivosti o duševne chorých. Cieľom hospitalizácie je dosiahnutie úplného fyzického a duševného zdravia chronicky alebo dlhodobejšie chorých osôb, alebo čo najvýraznejšie zmiernenie následkov ochorenia.

Dnešná psychiatria už nepovažuje psychiku ako niečo samé osebe a stabilné, ale zohľadňuje, že psychika určitého človeka sa počas celého života vyvíja. Všetky aspekty psychiky podliehajú v priebehu života vývoju (Bleuler, 1998). Príznaky duševných porúch sa vyskytujú v starobe podobne ako v iných vekových kategóriách.

Najčastejšími psychickými poruchami sú poruchy kognitívnych funkcií, stavy zmätenosti a depresie. Tieto poruchy menia bezprostredne prežívanie kvality života, vyvolávajú pocit nespokojnosti, nepokoja, strachu a úzkosti, vedú k poruchám spánku (Payne et al., 2005).

Psychické ochorenie je v prvom rade ťažký osobný údel. Symptómy a narušené psychické funkcie môžu byť mimoriadne vytrvalé. Veľmi závažné sú predsudky voči ľuďom s „iracionálnym“ myslením a správaním. Postihnutí sú ohrození neporozumením a vylúčením zo spoločnosti. Tento postoj aj dnes prekáža primeranému hodnoteniu postihnutých a potrebnej psychiatrickej liečbe. Izolácia psychicky chorého vedie k individuálnym a spoločenským predsudkom. Väčšina chorôb má dočasný charakter a spontánne alebo pri liečbe ustupuje. Psychické choroby sú nesprávne všeobecne považované za ťažko liečiteľné s neistotou, čo sa týka výsledku. Psychické postihnutia závisia od druhu duševnej poruchy, ale aj od ich sociálneho hodnotenia.

Psychicky chorí sú ambivalentne prijímaní vlastnými rodinami. Často sa v rodinách vyskytujú pocity hanby a viny, ktoré bránia rodinám obrátiť sa na profesionálov. Chronicky psychicky chorí aj dnes žijú v nebezpečenstve. Násilné oddelenie od rodiny, strata zamestnania, priateľov, vedú k zosilneniu izolácie a osamoteniu, ktoré sú zasa východiskom k tomu, že ochorenie sa chronifikuje. Priebeh mnohých psychických chorôb je agravovaný tým, že chýba nevyhnutná terapia. Byť psychicky chorým môže často niesť so sebou negatívne sociálne ohodnotenie, môže tiež znamenať narušenie cti, chorí sú vykreslení ako

nebezpečné monštrá, schopné akejkolvek krutosti. Za týchto podmienok to majú ťažké najmä tí chorí, na ktorých je ochorenie aj vidieť (Eikermann, 1999).

Vážne psychické ochorenie môže viesť k poruchám, ktoré pacienta vylučujú zo spoločnosti. Negatívne prejavy sami o sebe prispievajú k psychosociálnej diskvalifikácii. V dôsledku toho sa u chorého môžu rozvinúť ďalšie problémy s duševným zdravím (depresia, úzkosť a iné). So znížením sebaúcty a stratou nádeje na kvalitný život má chorý sebapoškodzovacie a sebavražedné úmysly (Beer et al., 2005).

Eticky problémové oblasti a úlohy:

- a) ochrana pacientov pred nevhodným správaním, zásahom do ich slobôd a pred nátlakom,
- b) zdôrazňovanie práv pacientov, snaha o to, aby psychiatrickí pacienti (vrátane pacientov so zníženou kompetenciou) mohli čo v najväčšej miere rozhodovať sami o sebe a spôsobe svojho života,
- c) snaha o zmenu prístupu spoločnosti k psychiatrickému pacientovi, kultúra správania sa pracovníkov v zdravotníctve pri poskytovaní psychiatrickej ošetrovateľskej starostlivosti, spolupráca s rôznymi inštitúciami verejnej správy v prospech chorých (Lajkep et al., 2006).

Deklarácia ľudských práv a duševného zdravia vychádza z luxorskej deklarácie, ktorá bola vyhlásená v roku 1989 Medzinárodnou federáciou duševného zdravia. Zdôrazňuje základné ľudské práva a odvodzuje z nich základné prvky. Pokiaľ ide o duševne chorých, nepovažuje duševne chorého v žiadnej situácii a za žiadnych okolností za vyčleneného z ľudskej spoločnosti, má sa jednáť s ním ako s rovným (Baštecký, 1997).

Medzi základné práva psychiatrických pacientov sa zaraďuje:

1. Právo denného života

Pacient má právo na ľudskú dôstojnosť, občianske práva, humánne prostredie, minimum obmedzení, slobodu pohybu s určitým obmedzením, právo na majetok, komunikáciu a návštevy pri hospitalizácii.

2. Právo na informácie

Informácie, ktoré sú napr. o dĺžke pobytu, o liečebných možnostiach, o právnom postavení, o ošetrojúcom personáli, o prevoze, preklade na iné oddelenie.

3. Práva o postavení pacienta

Medzi tieto práva zaraďujeme súhlas s liečbou s určitými výnimkami, dôvernosť dát a dokumentácie, súkromie, nebyť obmedzovaný a izolovaný, o právnom zastúpení, o termíne prepustenia (Baudiš, et al., 2002).

Psychiatria sa viac stretá s etickými problémami ako iné klinické disciplíny. Rozhodovanie o poskytovaní starostlivosti sa týka zvlášť:

- **rizikových skupín osôb** – hospitalizovaní chorí, starí ľudia, ľudia s mentálnou retardáciou, ľudia zbavení spôsobilosti k právnym úkonom, osoby v domovoch dôchodcov,

- **rizikových situácií** – nedobrovoľná hospitalizácia, súhlas informovať pacienta o liečebných postupoch, jednanie s agresívnym chorým, elektrokonvulzívna liečba, fyzické obmedzovanie, informovanosť a súhlas pacienta s výskumom, mlčanlivosť zdravotníkov, informácie príbuzným a iné.

Práva psychiatricky chorých sa rozvíjajú úmerne v súvislosti s rozvojom všeobecných a ľudských práv (Baudiš et al., 2002).

Psychické choroby zmenia psychiku i správanie pacienta, ale psychiatrickí pacienti majú také isté práva ako ostatní pacienti. Majú rovnaké práva na informácie, odmietnutie liečby, na ukončenie hospitalizácie a pod. Psychiatrické ochorenia neznamenajú spochybnenie práv pacientov. Nemožno ich pokladať za neschopných a nekompetentných rozhodovať o sebe, ak nie sú súdnou cestou zbavení svojprávnosti (Kopecká et al., 2003).

Každý lekár môže zdokumentovať, či pacient je alebo nie je schopný robiť rozhodnutia. Formálne psychiatrické posúdenie je potrebné vtedy, keď sú pochybnosti o pacientovom status mentális. Keď je pacient posúdený ako schopný robiť rozhodnutia, môže vykonať informovaný súhlas. Dôležité je tiež pacienta informovať o všetkých faktoch týkajúcich sa jeho stavu. Informácie, ktoré sa pacientovi obvykle poskytujú sú diagnóza, liečba, následky a prognóza. Ak sú tieto informácie vhodne prezentované, potom je pacient schopný robiť rozhodnutia. Samozrejme sú aj výnimky, čo sa týka požiadaviek na informovaný súhlas. Je to v naliehavých situáciách, ktoré môžu znamenať život alebo smrť, event. v prípadoch keď je posúdený nedostatok duševných schopností alebo keď bol pacient súdne zbavený spôsobilosti, keď sa pacient vzdá svojho práva na informovaný súhlas a v prípade, kedy lekár rozhodne, že informovanie pacienta by prinieslo viac škody ako úžitku (Blumenfeld et al., 2006).

Aj keď si ochorenie pacienta vyžaduje individuálny prístup, je potrebné, pokiaľ nás pacient dokáže akceptovať a vnímať, aby bol informovaný o svojej liečbe. Pacienti chcú byť informovaní a chcú mať možnosť radiť sa. Informovaný pacient možno už nie je jednoduchým pacientom z minulosti. Prostredníctvom informácií a tým aj možnosti vyrovnávať sa s vlastným ochorením sa stáva niekým, kto spolu s ošetrovateľským tímom (lekár, sestra, psychológ), hľadá cesty primerane zvládnuť svoje ochorenie. Informovaný pacient je spokojnejší, pacient ktorý aktívne a spoľahlivo spolupracuje na terapeutickom procese. Dôkladné informovanie považuje tiež za prejav úcty zdravotníckych pracovníkov k nemu (Trenckmann et al., 2005).

K psychiatrickej liečbe a hospitalizácii dochádza vo väčšine prípadov so súhlasom chorého. Ak dôjde k situácii, kedy je pre duševnú poruchu chorý nebezpečný sebe (napr. sebavražedným správaním, odmietaním potravy) alebo okoliu (fyzická agresivita voči druhým osobám) a hospitalizáciu odmieta, možno ju realizovať aj bez jeho súhlasu (Malá et al., 2002).

Nedobrovoľná hospitalizácia

Vo väčšine prípadov sú pre nedobrovoľnú hospitalizáciu pacienta špecifické kritériá. Nedobrovoľnú hospitalizáciu duševne chorého môže lekár indikovať len vtedy, keď ochrana okolia alebo pacienta samého je dôležitejšia než zachovanie jeho vlastnej slobody.

Dôvodom pre nedobrovoľnú hospitalizáciu môže byť:

Ohrozenie seba :

- hroziaca samovražda,
- samovražedný pokus,
- odmietnutie naliehavo nutnej liečby.

Ohrozovanie druhých:

- priame ohrozenie druhých,
- nepriame ohrozenie (pri zanedbávaní starostlivosti),
- pri neprimeranom správaní.

Dĺžka nedobrovoľnej hospitalizácie závisí od závažnosti prípadu a aplikovaných procedúr.

Agresívny pacient a jeho obmedzenia

V situáciách keď je pacient nepokojný, agitovaný, agresívny, môže dôjsť k ohrozeniu okolia alebo sebapoškodeniu pacienta. Ak nie je možné situáciu zvládnuť vhodným terapeutickým prístupom alebo liekmi, je možné pristúpiť k aplikácii obmedzovacích opatrení. Nakoľko sa jedná o metódy, ktoré vážne zasahujú do osobnej slobody pacienta je potrebné dodržiavať niektoré zásady, ktoré prispievajú k minimalizácii rizika vzniku rôznych komplikácií, či už somatických, psychických alebo právnych (Marková et al., 2006).

„Mimoriadne osobne náročné je použitie telesného donútenia pacienta kvôli akceptovaniu diagnostického alebo terapeutického úkonu. Všeobecne platí: telesné donútenie, použitie telesnej sily pri ošetrovaní sa má minimalizovať. Má sa objaviť ako krajný, krátkodobý prostriedok, keď zlyhávajú iné možnosti a diagnostický alebo terapeutický úkon je jednoznačne indikovaný pre medicínske ciele“ (Frank, 2008, s.88).

Na psychiatrických i somatických oddeleniach sa stretávame s agresivitou veľmi často. Dôležité pre sestry je včas rozpoznať možné násilie a urobiť opatrenia k zaisteniu bezpečnosti všetkých zúčastnených. S prejavmi nepokoja a agresivity sa stretávame predovšetkým u pacientov v akútnom štádiu duševných porúch. Ide väčšinou o nepokoj, ktorý má príčinu v klinickom stave, nie v úmyselnom správaní. S násilím bývajú spojené osobnostné poruchy, alkohol, intoxikácie, psychózy, bolesť.

Zvládnutie nepokojných chorých s prejavovým alebo iba s potenciálnym sklonom k násiliu je veľmi náročné a vyžaduje si dlhodobú prípravu a zručnosť. Prvým krokom k zvládnutiu nepokoja je potrebné rozpoznať nepokoj spojený s kvalitatívnou poruchou vedomia ako je delírium a mráкотný stav, nepokoj spojený s patickou náladou alebo dezorganizáciou katatónneho charakteru, od stavov, ktorých psychologická motivácia môže byť chorobná, ale je zrozumiteľná. Pacient sa vo veľkej časti prípadov hroziaceho konfliktu bojí viac svojho okolia a zdravotníckeho personálu. Pod vplyvom bludov, halucinácií, depersonalizácie a prežitkov pasivity bojuje o zachovávanie stratenej kontroly nad situáciou. Strach môže byť vystupňovaný tak, že vedie k násilnostiam, najmä ak je pacient konfrontovaný s nejakým všeobecným alebo špecifickým spúšťačom násilia, aroganciou alebo neprimeraným autoritatívnym postojom zdravotníkov, nedodržiavaním bezpečnej

telesnej vzdialenosti alebo situáciou vhodnou k pokusu o únik alebo uchopenie kontroly nad situáciou. Ak nepokoj a sklon k násiliu v priebehu hospitalizácie alebo v období, ktoré mu bezprostredne predchádza, vyžaduje farmakoterapeutický výkon, je tiež nutné vysvetliť jeho dôvody, ciele a spôsob prevedenia. Pokiaľ to situácia dovoľuje, je výhodné sa vyhnúť parenterálnej aplikácii a narušeniu telesnej integrity pacienta, pretože to môže výrazne posilniť jeho strach. Je lepšie použiť tekuté formy liekov, eventuálne sa dohodoriť na podaní tabletky. Problémom zostáva fyzické obmedzenie chorých. Každé zariadenie by malo mať vypracované presné štandardy postupov, ktoré umožňujú kontrolu ich uplatňovania. Izolačná miestnosť je pasívny obmedzovací prostriedok, obmedzovanie je zrozumiteľné a ponecháva pacientovi aspoň čiastočnú slobodu. Obmedzenie na posteli si vyžaduje bezchybnú aplikáciu zo strany zdravotníkov. Po vysvetlení a informácii o výkone je treba výkon urobiť s výraznou prevahou, krátko, rýchlo, bez možnosti nedôstojných situácií a emócií zo strany zdravotníkov alebo pacienta. Veľmi dôležitá je občianska zdvorilosť. Nikdy sa nepúšťame s nepokojným pacientom do konfrontácie a nezostávame s ním osamote. Pri styku sa vyhýbame náhlym a nečakaným pohybom. Základným pravidlom pri všetkých výkonoch podávaných proti vôli chorého, eventuálne i výkony, s ktorými pacient pasívne, ale bez dôvery súhlasí, že budú s pacientom prebrané vhodnou formou pred aplikáciou a pri nej. Dodatočne je potrebné zhodnotiť a opakovane vysvetliť výkon po zlepšení stavu pacienta. Spomienka na výkon nesmie vytvoriť emočnú jazvu, ktorá by v budúcnosti narušila vzťah medzi pacientom a ošetrovateľským tímom (Baudiš et al., 2002)

Stavy, ktoré sú často sprevádzané ohrozujúcim sa správaním:

- psychotické stavy, keď chorý reaguje na svoje halucinácie, bludy, nemá pohľad na situáciu a ohrozuje seba i okolie,
- sebvražedné úmysly, najčastejšie u psychotických a depresívnych pacientov,
- intoxikácia liekmi, drogami, alkoholom, abstinenčné príznaky,
- organické psychosyndrómy,
- asociálne správanie,
- hormonálna disharmónia (popôrodné stavy).

Obmedzujúce prostriedky:

- terapeutické opatrenia obmedzujúce voľný pohyb a správanie pacienta (izolácia, obmedzenie na lôžku),
- terapeutické opatrenia uplatňované bez súhlasu pacienta (podávanie liekov) (Marková et al., 2006).

Pacient môže byť v psychiatrickej ošetrovateľskej starostlivosti obmedzovaný spôsobmi:

- mechanické obmedzenie – fixácia pacienta pomocou popruhov, kabátika,
- manuálne obmedzenie – pacientovi v pohybe bráni ošetrovateľský personál, pri manuálnom obmedzení pacienta nasleduje vo väčšine prípadov podanie liečiva (Beer et al., 2005).

Ak je pacient psychomotoricky nepokojný, agresívny, odmieta lieky a stav pacienta sa nezlepšuje ani po podaní psychofarmák, a aby nedošlo k úrazu pacienta, je možná fixácia, ktorú nariadi lekár.

Pri ošetrovaní pacienta, ktorý je fixovaný, musí byť zabezpečený sústavný dohľad sestrou, ktorá sleduje vedomie pacienta a zabezpečuje základné biologické potreby (výživa, vyprázdňovanie, telesná teplota, pitný režim, hygiena).

Vhodné je týchto pacientov vyčleniť do určenej izby alebo na psychiatrickú jednotku intenzívnej starostlivosti.

Správanie zdravotníckych pracovníkov musí byť taktné a ohľaduplné, pritom cieľavedomé a upokojujúce, rešpektujúce dôstojnosť chorého (Hašto, 1998).

Zásady pri fixovaní pacientov:

- Fixovať pacienta by mali vždy aspoň štyri osoby. Musia sa používať fixačné popruhy, nikdy povraz, lano alebo uteráky. Posteľ musí byť povlečená.
- Musíme dať pacientovi možnosť, aby s týmto ošetrovaním súhlasil, nemali by sme však s ním o tom zjednávať.
- Počas celého procesu by mal byť jeden zdravotnícky pracovník pre pacienta stále viditeľný a stále mu vysvetľovať, čo sa s ním bude robiť.
- Pacient má byť fixovaný na všetkých štyroch končatinách, pričom nohy majú byť vystreté.
- Z dosahu pacienta sa musia odstrániť všetky nebezpečné predmety, vrátane prsteňov, topánok, zápaliiek, guľôčkových pier a ceruziek.
- Hlava pacienta by mala byť mierne podložená, aby sa predišlo novej aspirácii.
- Fixovaného pacienta nenechávame dlhší čas osamote.
- Pri fixovaní sa musí hneď začať s farmakologickou liečbou.
- Po upokojení pacienta sa v päť minútových intervaloch uvoľňuje vždy jedna fixácia, až keď je pacient nakoniec fixovaný len na jednej ruke a jednej nohe (skrížene). Nikdy nenechať fixovanú len jednu končatinu ruku alebo nohu na jednej strane.

Pri ošetrovaní pacienta, ktorý je fixovaný, musí byť zabezpečený sústavný dohľad sestrou, ktorá sleduje vedomie pacienta a zabezpečuje základné biologické potreby (výživa, vyprázdňovanie, telesná teplota, pitný režim, hygiena) (Hašto, 1998).

Záver

Každú psychickú poruchu je potrebné chápať v kontexte celého života duševne chorého. Nálepkovanie, resp. stigmatizácia chorého kontaktom s psychiatriou je i dnes aktuálna. Duševná choroba funguje ako silná sociálna stigma. U duševne chorých ide o skrytú stigmú. Chorý koná pod vplyvom vlastnej menejcennosti, a tým podnecuje okolie, aby ho za menejcenného považovalo (Bártlová, 2005).

Duševne chorý človek bol a zostáva v inom postavení ako človek s telesnou chorobou. Zatiaľ čo vo väčšine prípadov telesnej choroby má chorý dobre ohraničený úbytok schopností spojený s poruchou funkcie niektorého orgánu alebo orgánového systému,

u duševne chorého je takéto ohraňenie menej zreteľné (Baudiš et al., 2002). Osobitosť psychiatrického ošetrovateľstva je hlavne v schopnosti sestier terapeuticky komunikovať, vedieť vytvoriť a udržať s pacientom terapeutický vzťah, rozumieť správaniu pacienta, precítiť emocionálne, ale aj myšlienkové pochody človeka v konkrétnej situácii, vedieť rozpoznať jeho potreby a riešiť denné problémy pri starostlivosti o pacienta s duševným ochorením. Práca sestry v psychiatrickom ošetrovateľstve si vyžaduje nielen odbornú pripravenosť, ale aj osobnostnú zrelosť sestry. Práca sestry nespočíva iba vo vykonávaní ošetrovateľských výkonov, ale aj v osobnom angažovanom prístupe k chorému.

Od sestry sa vyžaduje neustála psychická vyrovnanosť, sebaovládanie, trpezlivosť, tolerancia, láskavosť, ľudský prístup k chorému.

Základnou etickou požiadavkou je prejav záujmu o problémy chorého, ocenenie jeho úsilia o spoluprácu a vytrvalosť. Sestra musí nevyhnutne uplatňovať v práci psychologické princípy. Premieňa živelný, náhodný prístup k chorému na psychologicky erudovaný, ktorého cieľom je poznať mechanizmy vyrovnania sa človeka s chorobou.

Zoznam bibliografických odkazov:

- BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociológia medicíny a zdravotníctví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 124 s. ISBN 80-247-1197-4
- BAŠTECKÝ, J. 1997. *Psychiatrie, právo a spoločnosť / Postavenie duševne nemocného ve spoločnosti a v právnych predpisoch/*. Praha: Galén. 1997. 218 s. ISBN 80-85824-45-0.
- BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. 2002. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80-7262-104-1.
- BEER, D. M., PEREIRA, S.M., PATON, C. 2005. *Intenzívni péče v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 292 s. ISBN 80-247-0363-7.
- BLEULER EUGEN. 1998. *Učebnica psychiatrie (Vybrané kapitoly)*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1998. 356 s. ISBN 80-967277-6-1.
- BLUMENFIELD, M., TIAMSON, M. L. A. 2006. *Konzultačná / Liaison/ Psychiatria (Consultation-Liaison Psychiatry)*, Praktická príručka. Trenčín: Vydavateľstvo F. Pro mente sana s.r.o., 2006. 225 s. ISBN 80-88952-9.
- EIKELMANN BERND. 1999. *Sociálna psychiatria. Základné poznatky a prax*. Originál vyšiel pod názvom: Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Grundlagen und Praxis. 2., durchgesehene und ergänzt Auflage. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1998, vydal: Edícia Tetralóg, 9. zväzok, Ed. : P. Nawka, P. Černák, J. Hašto.: Vydavateľstvo F, Trenčín 1999, 172 s. ISBN 80-88952-02-6.
- FARKAŠOVÁ, D., ET AL.. 2005. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin: Osveta. 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
- FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovateľstve. Pomocný učebný text*. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických odborů, s. a. 60 s.
- FRANK VILIAM. 2008. *Etické aspekty v psychiatrii s. 88* . In Šoltés, L., ET AL. Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Martin: Osveta, 2008. 253 s. ISBN 978-80-8063-287-8.

- GLASA, J., 2000. Praktický prístup k riešeniu etických problémov v ošetrovateľskej praxi. In *Medicínska etika a bioetika*. ISSN 1335-0560. 2000. roč. 7, s. 3-4.
- HAŠTO, J. 1998. *Naliehavé situácie v psychiatrii*. Diagnóza a terapia /Príručka pre prax/. V spolupráci s nadáciou Betlehem vydáva farmaceutická firma Lundbeck., 1998. 116 s.
- JANOSIKOVÁ, E. DAVIESOVÁ, L. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 1999. 544 s. ISBN 80-8063-017-8.
- KOPECKÁ, K., KOPECKÝ, P. 2003. *Zdravie a klinika chorôb*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2003. 695 s. ISBN 80-8063-117-4.
- LAJKEP, T. 2006. Etika a právo v psychiatrii. In *Psychiatrie pro praxi*. ISSN 1213-0508. 6, 2006.
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. 2002.: *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-70-00.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. 2006. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha. Grada Publishing a.s. , 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- PAYNE, J. a kolektív. 2005.: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005 181 s. ISBN 80-7254-657-0.
- TRENCKMANN, U., BANDELOV, B. (preložil a doplnil Hašto, J.) 2005. *Psychiatria a psychoterapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005. 280 s. ISBN 80- 88952-26-3.

Kontaktná adresa:

PhDr.Šimovcová Darina, PhDr. Matišáková Iveta, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne
Študentská 2
911 50 Trenčín
simovcova@tnuni.sk

ABSTRAKTY Z PRÍSPEVKOV NA KONFERENCII

Editori uverejnili v tejto sekcii zborníka znenie len tých abstraktov, ktoré sa nenachádzajú v plnom znení príspevkov v predošlej sekcii.

EDUKÁCIA PACIENTA S TUBERKULÓZOU CHRBTICE

Harvanová Ivana, Kovalčíková Katarína, Kober Lukáš

Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, Vyšné Hágy, Vysoké Tatry

Kľúčové slová: Kostná (osteoartikulárna) tuberkulóza. Spondylitis tuberculosa. Edukácia pacienta. Rehabilitácia. Farmakoterapia.

Tuberkulóza ako nešpecifické infekčné ochorenie je stále veľkým strašiakom aj v dnešnej dobe. Kostná (osteoartikulárna) tuberkulóza je pojem menej známy a aj pacienti prichádzajúci na naše oddelenie nám často kladú množstvo základných otázok o tomto ochorení. Naše zistenia dospeli k tomu, že nielen pacienti ale aj samotný zdravotníci majú medzery vo vedomostiach o tomto ochorení, preto sa laikom nedostáva dostatočným informáciám a následne je miera deficitu vedomostí pacientov vysoká. Objektom skúmania v našej práci boli pacienti s kostnou (osteoartikulárnou) tuberkulózou, ktorí sú súčasťou väčšiny ľudí s nedostatočnými alebo skreslenými vedomosťami o tuberkulóze, na základe čoho boli vypracované edukačné návrhy a materiály pre prax sestry, ktorá prichádza s takýmito pacientmi do kontaktu a pre ktorú je edukácia ako aj samotný výskum neoddeliteľnou súčasťou kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Analýza prieskumu potvrdila deficit vedomostí pacientov s kostnou tuberkulózou týkajúce sa samotnej diagnózy, užívania liekov, rehabilitácie a domácej starostlivosti, ale aj deficitu sestier, ktoré aj dnes v modernom ošetrovateľstve nedokážu komplexne uplatňovať svoje nadobudnuté teoretické vedomosti a zručnosti v praxi, pričom ide o nápomocný produkt zlepšujúci zdravotno-výchovnú činnosť sestier.

Mgr. Ivana Harvanová
NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy
Odd. mimoplúcnej tbc – 5. A
Vysoké Tatry 059 84

OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT MALNUTRÍCIE SENIOROV S POUŽITÍM KLASIFIKAČNÝCH SYSTÉMOV OŠETROVATEĽSTVA

Poledníková Ľubica

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Katedra ošetrovateľstva Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva

Malnutrícia je jeden z vážnych problémov geriatrického veku. Ako uvádzajú zahraničné štúdie, viac ako 40 % hospitalizovaných pacientov je malnutričných, pričom najväčšia prevalencia je u starších pacientov a malých detí. Až 50 % malnutričných sú starí pacienti a frekvencia malnutrície sa zvyšuje výskytom chronických a nádorových ochorení. Vo veku nad 80 rokov sa mierne prejavy malnutrície vyskytujú takmer u všetkých jedincov bez ohľadu

na ich socioekonomické postavenie (85 %) (Zadák, 2004). Podľa Krajčíka (2008) malnutrícia je tiež problém v zariadeniach dlhodobej starostlivosti, kde výskum ukazuje prevalenciu 54 % u novoprijatých a 23 až 85 % u ostatných obyvateľov týchto zariadení.

Cestou riešenia tohto problému je tímová práca zdravotníkov, t.j. lekárov, asistentov výživy alebo nutričných terapeutov a sestier.

Nástroj k vyššej efektívite práce sestry vidíme v rozvoji a používaní štandardizovaného jazyka v ošetrovateľstve, ktorý charakterizuje novú éru v ošetrovateľskej vede. Štandardná terminológia aplikovaná cez klasifikačné systémy ošetrovateľstva - Klasifikačný systém ošetrovateľských diagnóz – NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association), Klasifikačný systém ošetrovateľských intervencií – NIC (Nursing Interventions Classification) a Klasifikačný systém výsledkov ošetrovateľstva – NOC (Nursing Outcomes Classification) spája ďalších poskytovateľov starostlivosti a v konečnom dôsledku je aj ukazovateľom efektivity ošetrovateľskej starostlivosti.

V našom príspevku, zatiaľ len v teoretickej rovine, sa orientujeme na ošetrovateľský manažment ošetrovateľskej diagnózy Nevyvážená výživa – menej než je potreba tela s využitím vybraných súborov klasifikačných systémov NIC a NOC so zameraním na jeho špecifiká u pacienta/klienta vyššieho veku. Prvým empirickým výstupom našej práce sú zistenia o výskyte malnutrície v populácii seniorov žijúcich v čase nášho skúmania v troch prostrediach – v domácom prostredí, v dome pre seniorov a v nemocnici. Na získanie údajov sme použili mini-nutričné posudzovanie (Mini Nutritional Assessment - MNA).

Kľúčové slová: Malnutrícia. Výživa. Klasifikačné systémy ošetrovateľstva. NANDA. NIC. NOC. Senior.

Kontaktná adresa:

PhDr. Ľubica Poledníková

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre

Kraskova 1, 94974 Nitra, Slovenská republika

e-mail : lpolednikova@ukf.sk

ENTERÁLNA VÝŽIVA

Priesolová Zuzana

Ústredná vojenská nemocnica – fakultná Ružomberok, Neurologická klinika

Enterálna výživa je neodmysliteľnou súčasťou starostlivosti o pacienta, ktorý z rôznych príčin nemôže byť živený prirodzenou cestou. Väčšinou ide o pacientov, ktorí sú v kritickom stave, v bezvedomí, po NCMP, alebo kde je porucha prehĺtania a hrozí riziko aspirácie, alebo v dlhodobej malnutricii, katabolizme. Bez dostatočného príjmu energie nie je možná šanca na uzdravenie. Pri rozhodovaní a spôsobe výživy zohľadňujeme základné ochorenie, tráviaci systém, dobu zabezpečenia výživy a technické vybavenie odd. Pred začatím výživy je potrebné urobiť základné laboratórne vyšetrenia a vyšetrenia nutričných

parametrov, videofluoroskopické vyšetrenie, odobratie anamnézy osobnej, rodinnej, sociálnej, alergickej, výživovej. Po získaní všetkých údajov sa indikuje enterálna výživa, oligoména alebo polyména. Podáva sa cez NGS, PEG, PER OS bôlusovo, intermitentne, alebo kontinuálne cez enterálnu pumpu so špeciálnym setom. Pred a počas podávania enterálnej výživy sestra zabezpečuje:

správnou polohu plk, aspiruje žalúdočný obsah, správne podáva ordinovaný prípravok, stravu rozvrhne aby sa rešpektovala 6-8 hod. prestávka, sleduje črevnú peristaltiku, kontroluje zavedenie NGS, pri podávaní dáva pozor, aby sa nedostal vzduch do žalúdka, po podaní EV preplachuje sondu čajom, alebo vodou, vedie záznam v ošetrovateľskej dokumentácii, sleduje nežiadúce účinky (hnačky, vracanie).

Medzi najčastejšie používané sesterské diagnózy patria:

strach, diskomfort v súvislosti so zavedenou NGS, riziko vzniku dekubitu v súvislosti so zavedenou NGS, potenciálny deficit tekutín v súvislosti s intoleranciou EV.

Môžeme povedať, že cieľom EV je napraviť malnutríciu, zabrániť progresívnej bielkovinovej a energetickej malnutriícii, znížiť morbiditu a optimalizovať metabolickú situáciu.

Kľúčové slová: Enterálna výživa (EV). Oligoména. Polyména. Nasogastrická sonda (NGS). Perkutánná endoskopická gastrotómia (PEG).

VYUŽITIE INFORMAČNÝCH ZDROJOV PRI PODPORE VÝUČBY V OŠETROVATEĽSTVE ZALOŽENEJ NA DÔKAZOCH

Kadučáková Helena

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch je pomerne novým, účelným fenoménom, ktorý sa stáva súčasťou kurikul viacerých zahraničných bakalárskych, magisterských a doktorandských študijných programov. Jednou z jeho hlavných charakteristík je kontinuálna zmena v ošetrovateľstve, založená na najnovších dostupných dôkazoch, ktoré prináša ošetrovateľský výskum. Získanie najnovších dostupných dôkazoch sa realizuje pomocou informačných zdrojov, jazykových zručností a počítačovej gramotnosti.

PODPORA VÝUČBY V OŠETROVATEĽSTVE POMOCOU ELEKTRONICKEJ KNIŽNICE

Kadučáková Helena

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Informačná spoločnosť sa ocitla v záplave rôznych viac či menej kvalitných a hodnoverných elektronických prameňov. Príchodom tejto novej éry dokumentov sa zmenili služby, činnosti a funkcie knižníc. Popri klasických - tlačených - materiáloch a informačných prameňoch sa využívajú aj rôzne elektronické informačné zdroje, ktoré sa stali samozrejmosťou a súčasťou informačnej komunikácie. Tieto zdroje predstavujú rôzne databázy, textové či multimedialne dokumenty prístupné online alebo na CD-ROMoch. Informačnú explóziu zastaviť nedokáže. Našou úlohou, snahou a cieľom má byť vybrať z mora informácií tie najkomplexnejšie, najkvalitnejšie, najrelevantnejšie pre výučbu .

VYUŽITIE SOCIÁLNEHO PORADENSTVA V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

Sirotiaková Zuzana

Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok- Fakultná nemocnica, Klinika otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku

Sociálna práca má na Slovensku široké uplatnenie. Sociálny pracovník pracuje aj v oblasti zdravotníctva, kde využíva sociálne poradenstvo- základné sociálne poradenstvo. V sociálnom poradenstve je dôležitý vzťah medzi klientom a sociálnym pracovníkom. Sociálny pracovník musí mať potrebné zručnosti, aby zvládol prácu s klientom. Sociálny pracovník berie klienta ako bio- psycho- sociálnu- spirituálnu bytosť. Sociálny poradca má dobre poznať sám seba, lebo jeho základným pracovným nástrojom je on sám. V ošetrovateľskej praxi využíva sociálny pracovník svoje poznatky zo sociálneho zabezpečenia, zdravotného poistenia, prostredníctvom metód sociálneho poradenstva sprevádza pacienta v jeho životnom úseku, ktorý je spojený z jeho ochorením.

Kľúčové slová: Sociálne poradenstvo, Sociálny poradca, Metódy sociálneho poradenstva, Sociálna sestra, Sociálne zabezpečenie.

SESTRA A JEJ PRACOVNÉ PROSTREDIE

Bančejová Jozefína, Janičková Marta, Pallaiová Melánia

Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny, Fakultná nemocnica L. Pasteura Košice

V príspevku sa zameriavame na sestry, ktoré vykonávajú zdravotnícke povolanie v kategórii sestra a ich pracovné prostredie. Povolanie sestry, i keď je fyzický i psychický náročné, predsa je krásne a ušľachtilé. Pre výkon tohto povolania nestačí mať potrebné vzdelanie a spĺňať podmienky, ktoré stanovil zákon a plniť si povinnosti sestry ale je potrebné mať aj prosociálne správanie. Len tak sestra nachádza vo svojom povolaní pozitíva, ktoré jej prinesú potešenie. Úlohou spoločnosti je vytvárať také pracovné podmienky, ktoré umožnia vykonávať prácu bez poškodenia zdravia. V príspevku popisujeme faktory, ktoré pôsobia na sestru v pracovnom prostredí, prežívanie a správanie sestry v práci a pripomíname akú dôležitú úlohu zohráva motivácia v pracovnom procese. Ďalej interpretujeme, ktoré faktory najviac negatívne vplyvajú na sestry v ich pracovnom prostredí, aké zlepšenia by sestry prijali na pracovisku, čo sestry považujú za najdôležitejšie pri výkone povolania, či sestry považujú svoje povolanie za stresujúce. Súčasťou príspevku sú aj odporúčania pre prax, ktoré majú prispieť k lepšiemu pracovnému prostrediu sestry.

Kľúčové slova: Sestra. Pracovné prostredie. Faktory prostredia. Povolanie. Ošetrovateľstvo.

ÚLOHA SESTRY V EDUKÁCII RODINY ONKOLOGICKY CHORÉHO PACIENTA

Kovalčíková Katarína, Kober Lukáš, Harvanová Ivana

Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, Vyšné Hágy

Kľúčové slová:

Onkologický pacient. Rodina a príbuzní onkologicky chorého. Sestra a onkologicky chorý. Starostlivosť o onkologického pacienta. Prieskum.

Téma rakoviny a onkologických ochorení je v súčasnej dobe veľmi aktuálna a rozšírená. Onkologické ochorenia predstavujú veľký zásah do života nielen samotného chorého, ale i jeho celej rodiny. Naším cieľom je priblížiť problematiku rakoviny a onkologických ochorení, ktorých v posledných rokoch stále pribúda, objasniť príčiny vzniku, diagnostiku, symptómy a liečbu onkologických ochorení, ale najmä poukázať na problémy onkologicky chorého pacienta v rodine, na potrebu pomoci zo strany rodiny, a poskytnúť príbuzným rady, ako sa o nich starať v domácom prostredí. Nesmierne dôležité miesto a úlohu pri ošetrovaní a komplexnej starostlivosti o takto chorého má sestra a ďalší zdravotnícki pracovníci. Onkologické ochorenie je vážnym, často smrteľným ochorením, ktoré prináša so sebou veľa bolesti, utrpenia. Je potrebné, aby príbuzní dostali informácie a vedeli, ako sa o chorého

starat', ako uspokojiť jeho potreby, byť mu hlavne oporou v ťažkých chvíľach choroby a psychicky ho podporovať. V prieskumnej časti sme chceli zistiť, či sú príbuzní informovaní o ochorení člena rodiny, či vedia o potrebách chorého, ako ich uspokojiť, a do akej miery zmenilo onkologické ochorenie v rodine ich život.

KAUŠITZ, J., ALTANER, Č. a kolektív autorov. 2003. *Onkológia*. 1.vyd. Bratislava: VEDA, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 2003. 712 s.

ISBN 80-224-0711-9.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006. 211 s. ISBN 80-247-1777-8.

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. a kolektív. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006, 328 s.

ISBN 80-247-1716-6.

KRTIČKOVÁ, K. 2005. *Onkologicky nemocný v rodině*. In: *Psychologie dnes*, 2005, roč. 11, č. 2, s. 22 – 23. ISSN 1212-9607.

O'CONNOR, M., ARANDA, S. a kol. 2005. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

Mgr. Katarína Kovalčíková
NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy
Odd. PaF I. – 1. D
Vysoké Tatry 059 84

ETIKA V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

Bohátková Hana, Struhařová - Žofčáková Monika

FN Brno, Neurochirurgická klinika, Centrum pro léčbu cévních onemocnění mozku – JIP B

Morálka člověka je natolik důvěrně spjata s povoláním, že se často ztotožňují. Jedině uvědomění si lidského povolání umožňuje uvědomit si základy opravdové etiky. Využívání etiky a morálky by mělo být základem každé ošetrovatelské péče. Ne vždy se tak ale děje. Prezentace bude pojednávat o morálce, etických principech a dodržování etického kodexu sester v ošetrovatelském procesu.

Klíčové slova: Etika. Morálka. Etické principy. Komunikace.

ROLA SESTRY V ZOBRAZOVACÍCH VYŠETROVACÍCH METÓDACH: DENZITOMETRIA

Liptáková Karin, Botíková Andrea

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita

Abstrakt:

Sestra zohráva dôležitú úlohu v zobrazovacích vyšetrovacích metódach. V súčasnej dobe sa za veľmi dôležitú považuje denzitometria. Denzitometria- dvojenergiová absorpciometria, ktorá využíva RTG žiarenie, je hlavnou metódou pri diagnostike osteoporózy, ktorá je v súčasnej dobe považovaná za civilizačnú chorobu. Najčastejšími oblasťami na skelete, ktoré sestra meria sú: lumbálna chrbtica v oblasti L1 až L4 a proximálny femur, celotelová denzitometria u detí. Ďalej sa robí aj takzvaný IVA sken- laterálne zdenzitometrovanie chrbtice, ktoré nám poukazuje na morfometriu stavcov. Je preto nesmierne dôležité, aby sestra pracujúca v tejto oblasti mala aj špecifické vedomosti, ktoré môže prakticky aplikovať v primárnej, sekundárnej i terciálnej prevencii osteoporózy.

Kľúčové slová: Denzitometria. Zobrazovacie vyšetrovacie metódy. RTG žiarenie. Osteoporóza. Rola sestry pri denzitometrii. Rola sestry.

VEDENIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE V ÚVN SNP RUŽOMBEROK-FN

Darmošová Renáta

ÚVN SNP Ružomberok – fakultná nemocnica

Ošetrovateľská prax realizovaná registrovanou sestrou musí spĺňať kritériá stanovené Zákonom č.576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a byť poskytovaná metódou ošetrovateľského procesu s vedením ošetrovateľskej dokumentácie v súlade s odborným usmernením MZ SR č. 07594/2009 – OZS. Kvalitne vedená ošetrovateľská dokumentácia je odrazom úrovne profesionálnej praxe a je veľmi dôležitá pri dokazovaní, že starostlivosť bola poskytnutá štandardne a lege artis. V príspevku je prezentovaný podrobný pohľad na vedenie zdravotnej dokumentácie používanej na pracoviskách ÚVN SNP v Ružomberku- FN. Osobitne je príspevok venovaný aj ošetrovateľskej dokumentácii a špecifikám týkajúcich sa foriem jej vedenia, zápisov a právnych nariadení.

Kľúčové slová: Zdravotná dokumentácia. Ošetrovateľská dokumentácia. Právne nariadenie. Formy vedenia. Zápis.

CELKOVÁ ANESTÉZA U PACIENTOV S OCHORENÍM DIABETES MELLITUS

Jasenčárová Zuzana, Bujnovská Jana, Fúriková Svetlana

Oddelenie anestézie a intenzívnej medicíny FNLP Rastislavova 43 Košice

Polovica diabetikov sa vo svojom živote podrobí aspoň jedenkrát operačnému zákroku. Celková operačná mortalita diabetikov je asi päťkrát vyššia ako nediabetikov, hoci niektoré štúdie to popierajú. Na rozdiel od iných pacientov perioperačné postupy u pacientov s DM majú niektoré špecifiká a zmeny liečby. Zmeny v príjme potravy, stres, metabolické požiadavky atď. sťažujú starostlivosť o diabetika. Predoperačná glykémia by sa mala pohybovať v rozmedzí 6,8 – 8,0 mmol/l. V poslednom prípade je potrebné merať hodnoty glykémie pred a po operácii á 2-4 hod, v prípade potreby podávať elektrolyty. Diabetik by mal byť operovaný medzi prvými ráno. Výber anestetík je menej dôležitý ako monitorovanie glykémie a liečba potencionálnych porúch v spojitosti s diabetom. U diabetikov je zvlášť vhodná epidurálna a nízka spinálna anestézia. Všetky opatrenia sú dôležité aby sme sa vyhli ťažkým komplikáciám spojených so zmenami glykémie a zmenami metabolizmu, ktoré môžu viesť až k život ohrozujúcim situáciám.

Kľúčové slová: Celková anestézia. Diabetes mellitus. Epidurálna anestézia. Spinálna anestézia. Antidiabetiká. Inzulín. Hypoglykémia. Hyperglykémia.

CERTIFIKOVANÝ KURZ BAZÁLNEJ STIMULÁCIE V OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Pavelová Ľuboslava

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Abstrakt

Bazálna stimulácia je jedným z ošetrovateľských konceptov vhodných pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý patrí v súčasnosti v zahraničí medzi najpopulárnejšie a najrozšírenejšie. Podľa Friedlovej (2003, s.14) „...ošetrovateľská starostlivosť podľa konceptu bazálnej stimulácie (ďalej KBS) je vysoko profesionálna, vychádzajúca z individuálnych potrieb pacienta, zohľadňuje maximálne jeho návyky a jeho jedinečnosť a poskytuje mu pedagogickú podporu v bežných denných činnostiach“.

Cieľom certifikovaného seminára bolo definovať základné prvky Konceptu bazálnej stimulácie a rozšíriť ošetrovateľské kompetencie personálu. **Základnými témami seminára** boli integrácia prvkov Konceptu bazálnej stimulácie do ošetrovateľskej starostlivosti, význam dotykov pre kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, autobiografická anamnéza, 9 centrálnych ošetrovateľských cieľov a využívanie jednotlivých vybraných prvkov Konceptu bazálnej

stimulácie v praxi. Súčasťou seminára boli praktické cvičenia vo dvojiciach a skupinách, rozbor videozáznamov, diskusia, plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti podľa Konceptu bazálnej stimulácie v simulovaných situáciách. **Seminár bol určený** pre sestry zo všetkých odborov medicíny, študentov a pedagógov odborných predmetov ošetrovateľstva, sociálnych pracovníkov a všetkých, ktorí pracujú s ťažko postihnutými a chorými deťmi, ľuďmi. Odborným garantom bola PhDr. Karolína Friedlová - Praxisbegleiter für Basale stimulation in der Pflege z Inštitútu Bazálnej Stimulácie, s.r.o., vzdelávacej inštitúcie akreditovanej MZ ČR a MPSV ČR vo Frýdku Místku.

Kľúčové slová: Koncept bazálnej stimulácie. Certifikovaný Kurz. Sestra. Ošetrovateľská starostlivosť. Katedra ošetrovateľstva v Nitre.

Zoznam bibliografických odkazov:

- BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. 2009. *Community nursing for nurses : textbook for nurses in community care*. 1. vyd. Brno : Národné centrum ošetrovateľstvá a nelékařských zdravotníckých odborů, 2009. 157 s. ISBN 978-80-7013-497-9.
- FRIEDLOVÁ, K. 2003. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovateľské péči*. Frýdek – Místek : Tiskárna Kleinwachter, 2003.
- FRIEDLOVÁ, K. 2005. *Bazální stimulace pro učitele předmětu OŠETROVATEĽSTVÍ*. Frýdek-Místek : INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2005. ISBN 80-239-6132-2.
- KRIŠTOFOVÁ, E., MESÁROŠOVÁ, J. 2003. Sestra v 21. Storočí. In: *Sestra*, roč. II., 2003, október, s. 8. ISSN 1335-9444.
- KRIŠTOFOVÁ, E., PAVELOVÁ, Ľ. 2004. Koncept bazálnej stimulácie. In *Sestra*, 2004. roč. III., č. 9, s. 8. ISSN 1335-9444.
- LÍŠKOVÁ, M., NÁDASKÁ, I. a kol., 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. Martin : Osveta, 2006. 70 s. ISBN 80-8063-216-2.
- NÁDASKÁ, I., KRIŠTOFOVÁ, E. 2004. Význam neverbálnej komunikácie v práci sestry. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*, roč. II., 2004, č.5, s. 10. ISSN 1336-183X.
- SCHMIDTOVÁ, Z., SLAMKOVÁ, A., ZRUBCOVÁ, D. 2009. Vplyv konceptu bazálnej stimulácie na kvalitu spánku gerontopsychiatrických pacientov In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. - ISSN 1336-183X. - Roč. 7, č. 1(2009), s. 8-10
- SCHMIDTOVÁ, Z., SLAMKOVÁ, A., ZRUBCOVÁ, D. 2009. Edukácia rodiny onkologického pacienta - Education of oncologic patient's family In: *Ošetrovateľský obzor*. - ISSN 1336-5606. - Roč. 5, č. 4 (2008), s. 122-126.
- SLAMKOVÁ, A., ZRUBCOVÁ, D., SCHMIDTOVÁ, Z., POLEDNÍKOVÁ, L. 2009. Efektívna neverbálna komunikácia-vyššia kvalita seniora s nádorovým ochorením? In: *Edukační zborník XXIX Brnenské onkologické dny*. - Brno: Masarykův onkologický ústav, 2005. - ISBN 80-86793-05-2. - S. 329.
- VŮRŮSOVÁ, G. a kol., 2005. *Interné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta 2005. ISBN: 80-8063-192-1.
- ZRUBCOVÁ, D., NÁDASKÁ, I., SLAMKOVÁ, A. 2005. Terapeutická komunikácia. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*, roč. III., 2005, č. 1. , s. VII. ISSN 1336-183X.

Kontaktná adresa

PhDr. Pavelová Ľuboslava,
Katedra ošetrovateľstva FSVaZ, UKF v Nitre
e-mail: lpavelova2@ukf.sk

METÓDA E-LEARNINGU VO VÝUČBE SESTIER

Cibríková Silvia, Magurová Dagmar, Ondriová Iveta

Prešovská univerzita v Prešove- Fakulta zdravotníctva v Prešove

E-learning je jednou z foriem učenia, podporujúcim vyžívanie multimedialných zdrojov ako aj zaistenie jednoduchého, rýchleho, priestorovo a časovo neobmedzeného prístupu k novým informáciám. Cieľom aplikovania IKT a použitia e-learningu ako progresívnej podpory vzdelávania je dosiahnuť vysokú efektivitu a kvalitu vzdelávania. Zároveň ide o integráciu moderných výučbových metód do vzdelávacieho procesu, ktorej podstatou je individualizácia, flexibilita a samostatnosť študentov. Výhodou je aj to, že podporuje tímovú prácu študentov; umožňuje efektívnejšie využívanie pracovného času; zaisťuje jednoduchý, rýchly, priestorovo a časovo neobmedzený prístup k novým informáciám; dosahuje sa trvalá spätná väzba s možnosťou korekcie nesprávnych postupov. Snahou metódy e-learningu ako progresívnej podpory interného a externého vzdelávania, je dosiahnuť priblíženie výučby všetkým skupinám študujúcich v oblasti technickej gramotnosti, zvýšenie šance získavania a využívania informácií pri zachovaní vysokej efektivity a kvality vzdelávania.

Kľúčové slová: E-learning. Vzdelávanie. Multimedialne zdroje. Študent. Efektivita.

ETICKÉ ASPEKTY INKONTINENCIE ŽIEN

Nemethová Helga, Dobšinská Jana

Ústredná vojenská nemocnica, ulica Generála M. Vesela 21, Ružomberok,
ZDRAVSTAR s.r.o., Madačova 5 Ružomberok.

Hlavnou témou našej práce je poukázať na problémy žien s inkontinenciou moču, ktoré sa dotýkajú každodenného života a ovplyvňujú ich kvalitu. Inkontinencia moču má negatívny vplyv na biologickú, psychickú a sociálnu oblasť, a tým aj výrazné zníženie kvality života žien. Inkontinencia moču obmedzuje až znemožňuje fungovanie ženy vo vlastnej rodine, na pracovisku a medzi priateľmi. Vplýva na jej sebavedomie, čo vedie k pocitom menejcennosti, bezmocnosti, sociálnej izolácii až k psychickým zmenám. So zreteľom na tieto vážne dôsledky sa vynára aj úloha nás sestier, a to najmä na poli edukácie, poradenstva a psychickej podpory klientiek. Zo strany ošetrojúceho personálu má tento problém i etický rozmer, ktorý predpokladá nielen pochopenie ale i podporu a rady pre liečenie inkontinencie moču.

Prínosom pre ošetrovateľskú prax je možnosť publikácie prednášky na odborných seminároch prípadne ako pomocný materiál pri nástupe mladých sestier pre lepšie pochopenie problematiky inkontinencie moču. Veríme, že naša práca prispeje ku skvalitneniu práce v starostlivosti o inkontinentné ženy.

Kľúčové slová: Inkontinencia moču. Žena. Kvalita života. Etický prístup. Sestra.

INTERFERÓNY – MÝTY A POVERY

Priesolová Viera

Ústredná vojenská nemocnica – fakultná Ružomberok, Neurologická klinika

Sclerosi multiplex je chronické, celoživotné ochorenie CNS, založené na interakcii medzi dvoma rozhodujúcimi udržujúcimi systémami – nervovým a imunitným. V posledných rokoch zaznamenávame v liečbe sclerosis multiplex obrovský pokrok. Je síce pravda, že liek na vyliečenie ochorenia ešte nemáme, ale spoznali sme mnohé zákonitosti a pochopili sme, že sclerosis multiplex musíme liečiť komplexne. Cieľom liečby je zastavenie progresie ochorenia a zlepšenie kvality života pacientov. Medzi lieky, ktoré sú schopné modifikovať prirodzený priebeh ochorenia zaraďujeme interferóny – Avonex, Rebif, Betaferón a iné ako Copaxone, Tysabri. Navzájom sa líšia aktívnou látkou, pôvodcom, frekvenciou podávania, veľkosťou dávky a spôsobom podávania.

Tak ako o samotnom ochorení sclerosis multiplex i o týchto interferónoch sa šíria rôzne mýty a povery. Dnešnou témou sú tieto 4 mýty:

- účinnosť závisí od frekvencie podávania,
- účinnosť závisí od veľkosti dávky,
- v prípade progresie ochorenia treba prejsť na „účinnnejší“ interferón,
- neutralizačné protilátky proti interferónom nepredstavujú problém.

Jednotlivé mýty sú objasnené na základe výsledkov rôznych štúdií. Pre prehľadnosť sú doplnené tabuľkami, grafmi a obrázkami.

Kľúčové slová: Sclerosis multiplex. Liečba sclerosis multiplex. Interferóny, účinnosť interferónov, neutralizačné protilátky, imunogénnosť

DÔLEŽITOSŤ EDUKÁCIE PRI ENDOKRINNÝCH CHOROBÁCH V GRAVIDITE

Simočková Viera

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, Katedra pôrodnej asistencie

Kľúčové slová

Edukácia. Gravidita. Endokrinné choroby. Diabetes mellitus.

Edukačný proces má významné miesto v rámci ošetrovateľskej starostlivosti.

Autorka v článku poukazuje na dôležitosť edukácie pri endokrinných chorobách v gravidite. Pozornosť je upriamená na tehotnú s gestačným diabetom mellitus – najčastejšej endokrinnou chorobou v gravidite, nakoľko samotná tehotnosť má diabetogénny vplyv. Tehotenstvo s uvedeným ochorením je vysoko rizikové pre matku aj plod, keďže sa u tehotnej na začiatku ochorenia neprejavujú takmer žiadne nápadné symptómy. Dôležitá je edukácia zameraná na selfmonitoring a nutnosť ďalšej aktívnej spolupráce. Ide hlavne

o kontinuálne monitorovanie glykémie, glykozúrie, hmotnosti a vedenie záznamov o prevedenej kontrole.

Včasnou edukáciou, pri ktorej dôležitú úlohu zohrávajú pôrodné asistentky, sa dá predísť mnohým komplikáciám.

Zoznam použitej literatúry

DŽUMELOVÁ, M., UJČEKOVÁ, K., MORAUČÍKOVÁ, E. Špecifická edukácie pacientky s diabetes mellitus I. typu pri plánovaní rodičovstva : (2. časť). In *Dias : časopis pre zdravý a aktívny život s diabetom*. ISSN 1337-6055, 2008, roč. 3, č. 3, s. 28-29.

HOLOMÁŇ, Karol et al. 1. vydanie. *Vybrané kapitoly z pôrodnictva*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2004. 212 s. ISBN 80-88824-55-9.

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovateľství*. Vydanie 1. české. Praha : Grada, 2004. 993 s. ISBN 80-247-0668-7.

Kontaktná adresa

doc. PaedDr. PhD. Viera Simočková, PhD.

Katedra pôrodnej asistencie FZ KU v Ružomberku

e-mail: simockova@ku.sk

SESTRA JAKO ČLENKA MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÍMU

Struhařová - Žofčáková Monika, Bohátková Hana

FN Brno, Neurochirurgická klinika, Centrum pro léčbu cévních onemocnění mozku – JIP B

Sestry byli nedílnou součástí zdravotnictví od jeho počátku a stejně jako ono se pořád vyvíjejí a zdokonalují. Presentace nás ve stručnosti provede historií a porovná ji se současným trendem a požadavky které jsou na sestry kladeny v dnešní době.

Klíčové slová: Florence Nightingalová. Spolupráce. Multidisciplinární tým. Etika. Ošetrovateľství.

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O ADOLESCENTNÉ MATKY V KOMUNITNÝCH CENTRÁCH

¹ Mašlejová Magdaléna, ² Magurová Dagmar, ² Galdunová Helena

¹ FNsP J.A. Reimana v Prešove, Klinika gynekológie a pôrodnictva, ² Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva

V komunitnom ošetrovateľstve nie je klientom jednotlivec, ale celá komunita. Komunita je sociálna skupina determinovaná geografickými rozmermi a/ alebo rovnakými hodnotami a záujmami. Jej členovia sa poznajú a sú vo vzájomnej interakcii. Sestry pracujúce

v komunitnom ošetrovatelstve sa musia včas, správne rozhodnúť a riešiť problém. Komunitné ošetrovatelstvo zamerané na ženy, rodičky, ale aj adolescentné matky zahrňuje mimo ošetrovateľských intervencií aj predpoklady sestry koordinovať prácu poskytovateľov starostlivosti z rôznych odborov mimo iného aj poradenské, edukačné, manažérske, obhajovacie aktivity, ako aj konkrétnu a cieľavedomú pomoc budúcej matke počas tehotenstva, ale aj po narodení dieťaťa. V príspevku chceme poukázať na konkrétne dve komunitné centra určené pre tehotné dievčatá a maloleté matky s rôznymi zdravotnými problémami vyplývajúce často z ich zaužívaného spôsobu života, hygienických návykov, žijúce niekedy pod prahom životného minima, niektoré z nich pochádzajúce aj z málo podnetného prostredia.

Kľúčové slová: Komunita. Komunitné ošetrovatelstvo. Matka adolescentka. Sestra.

VÝZNAM PRIMÁRNEJ PREVENIE OSTEOPORÓZY V DETSKOM VEKU

Mrosková Slávka, Schlosserová Alena, Požonská Martina

Fakulta zdravotníctva Prešovskej Univerzity v Prešove

Osteoporóza je Svetovou zdravotníckou organizáciou definovaná úbytkom kostnej hmoty, poruchami architektúry kosti a tendenciou k fraktúram. Kosť je metabolicky vysoko aktívne tkanivo, v ktorom prebieha neustály remodelačný cyklus. Najväčší prírastok kostnej hmoty býva do 18.roku, aj keď pokračuje približne do 30.roku života, kedy sa dosiahne peak bone mass (vrchol kostnej hmoty). Po dosiahnutí maximálneho množstva kostnej hmoty dochádza s postupujúcim vekom u každého človeka k jeho úbytku, ktorý nie je možné odvrátiť, iba správnu životosprávu (resp. liekmi) zbrzdiť. Vo výhode je ten jedinec, ktorého „východzia pozícia“ – dobre vybudovaný skelet – je čo najlepšia. Vzhľadom k stúpajúcej dĺžke života je veľmi dôležitá prevencia kostných zmien v starobe, ale tá musí začať práve v detstve a adolescencii. Činnosti orientované na primárnu prevenciu osteoporózu sú teda z tohto hľadiska oveľa významnejšie ako tie, ktoré majú sekundárny charakter. Primárna prevencia osteoporózy sa pritom zameriava na ovplyvniteľné faktory remodelačného cyklu ako je prísun vápnika, fosforu, vitamínu D a K, a priberanú a pravidelnú pohybovú aktivitu.

Kľúčové slová. Osteoporóza. Deti. Adolescenti. Primárna prevencia. Stravovanie. Pohyb.

ZDRAVOTNÉ UVEDOMENIE ŽIEN S INKONTINENCIOU MOČU

Novyzedláková Mária

Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita v Ružomberku

Príspevok sa zaoberá prieskumom inkontinencie moču u žien. Neschopnosťou udržať moč trpí každá druhá žena. Inkontinencia moču predstavuje pre ženu zdravotný a spoločenský problém.

Cieľom prieskumu bolo zistiť postoje žien k inkontinencii moču.

Metódou dotazníka rozdeleného na tri časti A,B,C sme posudzovali vedomosti a postoj žien k inkontinencii moču, aké majú problémy pri vyprázdňovaní moču, techniky zvládania inkontinencie moču a záujem o spoluprácu so zdravotníckymi pracovníkmi. Výber prieskumného súboru bol zámerný. Tvorili ho respondentky so samovoľným únikom moču – 140 respondentiek. Priemerný vek respondentiek bol 54,30 rokov.

Analýzou dotazníka sme zistili, že respondentky chápu inkontinenciu moču ako problém, ktorý sa dá riešiť. Únik moču dávajú do súvislosti s pôrodom a gynekologickými operáciami. 60 % navštívilo a 40 % nenavštívilo lekára v súvislosti s únikom moču, najčastejšie do 1 roka trvania ťažkostí. U respondentiek, ktoré navštívili zdravotnícke zariadenie sa problém samovoľného úniku moču riešil operačnou liečbou, cvikmi svalov panvového dna, behaviorálnymi technikami, medikamentóznou liečbou. Respondentky, ktoré nevyhľadali zdravotnícke zariadenie, problémy s únikom moču riešili používaním hygienických pomôcok, obmedzovaním príjmu tekutín, častejším vyprázdňovaním močového mechúra. Zdrojom informácií ako označili respondentky bol lekár, literatúra, internet. Respondentky sú prístupné ďalším informáciám.

Prieskumom sme zistili, že postoj žien k problému močovej inkontinencie závisí od zdravotného uvedomenia, hygienického štandardu, informovanosti a dôvere k zdravotníckym pracovníkom.

Pri riešení problému inkontinencie moču má nezastupiteľnú úlohu sestra. Vypracovaný edukačný plán na posilnenie svalov panvového dna a hygienickú starostlivosť môže byť praktickou pomôckou pre sestry.

ETIKA PRÍSTUPU SESTRY K HOSPITALIZOVANÝM DEŤOM

Rapčíková Tatiana

Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Deti patria do špecifickej skupiny pacientov, pričom tieto špecifiká nesúvisia len s uspokojovaním biologických potrieb dieťaťa, ale hlavne so psycho-sociálnymi aspektmi jeho osobnosti. Vo všeobecnosti platí, že čím je ochorenie vážnejšie, tým podstatnejšie a významnejšie zasahuje do psychiky dieťaťa a negatívne pôsobí na celý jeho vývoj. Hospitalizácia znamená výrazný zásah do integrity detskej osobnosti. Choré dieťa je

izolované. V nemocnici je často konfrontované s viac či menej náročnými diagnostickými a terapeutickými postupmi a inými negatívnymi vplyvmi nemocničného prostredia.

Vnímovavá sestra by si mala uvedomiť túto skutočnosť a zvoliť taký prístup ku chorému dieťaťu, ktorý bude zdrojom istoty a zároveň toho, že dieťa môže sestru dôverovať. Dôležitým medzníkom vo vzťahu dieťa – sestra je prístup sestry k dieťaťu pri jeho prijímaní na lôžkové oddelenie. Nemenej dôležitá je i príprava dieťaťa na diagnostické i terapeutické zákroky. V súvislosti s ňou vždy rešpektujeme vek dieťaťa i jeho rozumovú úroveň.

Deti, hlavne tie, ktoré sú hospitalizované bez rodičov, sú ohrozené hospitalizmom, ktorého prevenciou je najmä citlivý prístup sestry a vhodné zamestnávajúce dieťaťa.

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, má šancu byť pre dieťa osobou, zásluhou ktorej sa dieťa čím skôr vráti do domáceho prostredia.

Kľúčové slová: Dieťa. Hospitalizácia. Sestra. Prístup.

PRÍPRAVA DIEŤAŤA SO ZÁVAŽNÝMI POPÁLENINAMI NA LETECKÝ TRANSPORT

Stopiaková Zuzana, Droppová Zuzana, Haličková Valéria, Vinklerová Vlasta

Klinika anestéziológie, resuscitácie a intenzívnej starostlivosti,
Ústredná vojenská nemocnica SNP, Fakultná nemocnica, Ružomberok

Abstrakt: Príspevok tvorí kazuistika.. Vozidlom RLP bolo z domu na traumatologickú ambulanciu privezené dva a pol ročné dieťa so závažnými popáleninami po výbuchu benzínu. Dieťa po lokálnom ošetrení prevezené na našu kliniku, kde je poskytnutá urgentná starostlivosť a dieťa sa pripraví na letecký transport na špecializované pracovisko.

Kľúčové slová: Dieťa. Popálenina: Urgentná starostlivosť. Letecký transport.

ÚLOHA SESTRY PRI SLEDOVANÍ SRDCOVÉHO VÝDAJA PRÍSTROJOM VIGILEO

Gondárová-Vyhničková Helena, Berešík Marián, Macková Marcela

Ústredná vojenská nemocnica SNP, Fakultná nemocnica, Ružomberok, Klinika anestéziológie,
resuscitácie a intenzívnej medicíny,

Abstrakt: Základným parametrom, ktorý informuje o perfúzii tkanív a ich zásobení kyslíkom je srdcový výdaj. Kardiovaskulárne ochorenia môžu byť spojené so zvýšeným srdcovým výdajom, ako je to v priebehu infekcie a sepsy, alebo zníženým srdcovým výdajom pri kardiomyopatii a srdcovom zlyhávaní.

Presné meranie srdcového výdaja je dôležité v klinickej medicíne, lebo poskytuje lepšiu diagnostiku a následne možnosť rozhodnúť o liečbe. Sestra sa spolupodieľa na kontinuálnom monitorovaní srdcového výdaja. Na našom oddelení používame metódu získavania hodnôt srdcového výdaja z periférnej artérie cez Flo Trac sensor a monitor Vigileo.

Kľúčové slová: Srdcový výdaj. Flo Trac sensor. Monitor Vigileo. Sestra.

ETIKA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI.

Bujdošová

Abstrakt: V centre každej zdravotníckej starostlivosti je chorý alebo umierajúci človek a hlavným cieľom paliatívnej starostlivosti je zmierniť a predchádzať utrpeniu. Paliatívna starostlivosť usiluje o zabezpečenie pohody a kvality života a zdôrazňuje, že nasmerovanie starostlivosti určuje sám pacient. Sestry a ďalší zdravotnícki pracovníci sprevádzajú človeka v závere života motivovaní úctou k jeho poslednej ceste a k vrodenej dôstojnosti každého jedinca vo všetkých obdobiach jeho života.

VÝZNAM EDUKÁCIE V PREVENCII TUBERKULÓZY

Kober Lukáš, Kovalčíková Katarína, Harvanová Ivana

Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, Vyšné Hágy, Vysoké Tatry

Kľúčové slová: Tuberkulóza. Rizikové skupiny. Edukácia. Prevencia. Prieskum.

Tuberkulóza je najstarším infekčným zabijakom ľudstva a aj dnes je závažnou hrozbou pre zdravie. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) ju prirovnáva k časovanej bombe. Ak sa ľudstvu nepodarí zneškodniť túto „bombu“, môže sa stať, že jedného dňa bude musieť bojovať s chorobou, ktorá bude rezistentná voči liekom, a ktorá sa bude šíriť vzduchom a bude prakticky rovnako nevyliciteľná ako AIDS. Hlavným cieľom praktickej časti práce bolo zistiť vedomosti a úroveň informovanosti u pacientov s diagnózou respiračná tuberkulóza empirickou formou zberu údajov – dotazníkom, ktorý pacienti vyplňali anonymne a počas liečby v ústavnom zariadení. Analýza prieskumu potvrdila základný problém a to, že pacienti nemajú dostatok informácií o svojom ochorení, zdravotnícki pracovníci nevenujú edukácii primeranú pozornosť a absentujú edukačné materiály, ktoré by zjednodušili zdravotno-výchovné pôsobenie zdravotníkov na pacientov s tuberkulózou. Všetky vyhodnotené čísla nás viedli k tomuto záveru. Zdravotno-výchovná činnosť týkajúca sa zdravotných znalostí o infekčnosti, prenose, liečbe a možnostiach ochrany pred tuberkulózou má výrazné medzery. Absencia edukačných materiálov zameraných nie len na prevenciu tuberkulózy, ale aj na zásady správania sa na izolovanom oddelení, užívaní predpísaných

liekov, diéte a hygiene je zjavná. Je dôležité, aby si práve sestry začali uvedomovať, že okrem ošetrovateľských výkonov, ktoré sú nevyhnutné pri liečbe pacienta ako súčasť terapeutického procesu, je o nič menej dôležitou súčasťou ich práce aj poskytovanie zdravotnej výchovy, resp. edukácie. V mnohom je práve edukácia nesmierne dôležitým článkom k tomu, aby si pacient uvedomil závažnosť svojej diagnózy. Liečba bude prebiehať správnym smerom len vtedy, ak pacient pochopí, akým ochorením trpí a aká je tá správna cesta k vyliečeniu.

Zoznam bibliografických odkazov:

- KOBER, L. Specifika ošetrovateľskej péče o cizince. In: *Sestra*, 2008, č. 10. s. 24., ISSN 1210-0404
- KOBER, L., SISKÁ, V. *Tuberkulóza ako stigma*. In: Zborník „Zdravie a etika“ 2009/a, Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok, s. 18 – 21, ISBN 978-80-8084-409-7
- SOLOVIČ, I. a kol. *Tuberkulóza. Vybrané kapitoly*. Poprad: Slza, 2008. 197 s., ISBN 978-80-970024-4-2
- SOLOVIČ, I., KOTULÁKOVÁ, J. 2005. Nové rizikové skupiny pri tuberkulóze na Slovensku. In: *Interná medicína*, č.1, roč.5/2005, s. 13-17, ISSN 1335-8359.

Mgr. Lukáš Kober
NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy
Odd. PaF I. – 1. D
Vysoké Tatry 059 84

VZDELÁVANIE, AKO PRINCÍP REGULAČNÉHO MECHANIZMU V PROCESSE PODPORY OŠETROVATEĽSKEJ PROFESIE

Matulníková Ľudmila, Uríčková Alena

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita

Abstrakt

Cieľ práce: Cieľ výskumu bol zameraný na realizáciu rozsahu činností sestry v ošetrovateľskej praxi. Posudzovali a hodnotili sme v akej miere sestry považujú princíp vzdelávania za súčasť regulačného mechanizmu a do akej miery požadujú oblasť výučby a vzdelávania posilniť v legislatívnom rámci. **Materiál a metodika:** V kvantitatívnom výskume sme získali empirické dáta metódou dotazníka, ktorý obsahoval 21 otázok. Súbor tvorilo 450 sestier, pracujúcich v troch zdravotníckych lôžkových zariadeniach, návratnosť dotazníka bola 71,1%. Hypotézy sme testovali, počítali sme Spearmannov koeficient poradovej korelácie. Údaje boli analyzované a štatisticky vyhodnotené počítačovým programom SPSS 11,5. **Výsledky:** Zistili sme štatisticky významné závislosti medzi vekom, dĺžkou odbornej praxe a oblasťou výučby. Sestry, ktoré majú viac rokov odbornej praxe (16 rokov a viac) a staršie sestry (vek od 41 a viac) uvádzajú, že v oblasti výučby nepovažujú za dôležité posilniť kompetencie sestry. Signifikantné výsledky sme zistili aj v oblasti

praktického vyučovania, výskumu, regulačných mechanizmov. **Záver:** Konštatujeme, že sestry v závislosti od veku a dĺžky odbornej praxe neprikladajú význam jednotlivým princípom v rámci regulačného mechanizmu a nepovažujú ich v plnej miere za dôležité pre rozvoj profesie. Efektívna a kvalitná ošetrovateľská prax si však vyžaduje posilňovať rolu sestry v systéme sociálnej regulácie profesiovej činnosti, preto je potrebné vo vzdelávacích programoch zdôrazňovať význam vzájomných vzťahov medzi kompetenciami, princípmi regulačných mechanizmov a ošetrovateľskou profesiou.

Kľúčové slová: Vzdelávanie sestier. Rozsah činnosti. Regulačný mechanizmus. Rola. Profesia sestry.

INDEX AUTOROV

- B**
- Bačíková Zuzana 14
 Balázsiová Zuzana 133
 Bančejová Jozefína 220
 Beňo Pavol 14
 Berešík Marián 230
 Bohátková Hana 221, 227
 Botíková Andrea 222
 Bratová Andrea 186
 Bujdošová 231
 Bujnovská Jana 223
- C**
- Cibriková Silvia 110, 225
- D**
- Darmošová Renáta 189, 222
 Dobšínská Jana 225
 Droppová Zuzana 230
 Durný Peter 193
- F**
- Fúriková Svetlana 223
- G**
- Galdunová Helena 227
 Galková Michaela 82
 Gondárová-Vyhničková Helena
 230
 Gulášová Ivica 14
- H**
- Halečková Danka 124
 Haličková Valéria 230
 Hanáček Ján 133
 Harvanová Ivana 216, 220, 231
 Hejzlarová Marta 189
 Herinková Anna 103
 Hlinková Soňa 68
 Hudáková Zuzana .. 34, 87, 124
- C**
- Chrústová Adriana 164
- I**
- Ilievová Ľubica 30, 186
 Ižová Marcela 46
- J**
- Jakubeková Jarmila 30
 Janičková Marta 220
 Jasenčárová Zuzana 223
- K**
- Kadučáková Helena 218, 219
 Kaščáková Mária 129
 Kober Lukáš 216, 220, 231
 Kopáčiková Mária 94
 Kovalčíková Katarína 216, 220,
 231
 Kuriplachová Gabriela 129
- L**
- Lajdová Andrea 160
 Lehotská Mária 148
 Liptáková Karin 222
Luljáková Jana 183
- M**
- Macková Marcela 230
 Magerčiaková Mariana 58
 Magurová Dagmar 225, 227
 Majerčíková Katarína 64
 Martinková Jana 160
 Mašlejová Magdaléna 227
 Matišáková Iveta 198, 205
 Matulníková Ľudmila 232
 Moraučíková Eva 164
 Mrosková Slávka 174, 228
- N**
- Nemethová Helga 225
 Novotná Zuzana 110, 137
 Novotný Jozef 94
 Novyzedlákova Mária 73, 87,
 229
- O**
- Ondriová Iveta 225
- P**
- Pallaiová Melánia 220
 Pavelová Ľuboslava 143, 223
 Poledníková Ľubica 216
 Požonská Martina 174, 228
 Priesolová Viera 226
 Priesolová Zuzana 217
- R**
- Rapčíková Tatiana 229
 Rovná Silvia 51, 154
- S**
- Schlosserová Alena 174, 228
 Simočková Viera 226
 Sirotiaková Zuzana 219
 Stančíak Jaroslav 94
 Stopiaková Zuzana 230
 Struhařová - Žofčáková Monika
 221, 227
- Š**
- Šimová Zuzana 137
 Šimovcová Darina 198, 205
 Šproch Michal 193
- T**
- Tupá Miriam 113
 Tupý Jaromír 113
- U**
- Uričková Alena 232
- V**
- Vicáňová Michaela 51, 154
 Vinklerová Vlasta 230
- W**
- Wiczmándyová Darina 64
- Z**
- Zrubáková Katarína 20, 103

Názov : Zborník z konferencie
**NOVÉ TRENDY VO VZDELÁVANÍ A PRAXI OŠETROVATEĽSTVA
A PÔRODNEJ ASISTENCIE**

Recenzenti : doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.
doc. PhDr. Mgr. Vladimír Littva, PhD. MPH

Vydalo : VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku

Počet strán : 235

Náklad : 200 výtlačkov

Vydanie : prvé

Formát : A 4

Vydané : 2010

Uverejnené články neprešli jazykovou korektúrou. Za jazykovú stránku zodpovedajú v plnom rozsahu autori článkov.

ISBN 978-80-8084-548-3