

PREŠOVSKÁ UNIVERZITA V PREŠOVE
FAKULTA ZDRAVOTNÍCKYCH ODBOROV
FAKULTNÁ NEMOCNICA J.A.REIMANA V PREŠOVE



molisa 12

Medicínsko - ošetrovateľské listy Šariša



Prešov, 2016

EDITOR

doc. PhDr. Ľubica Derňarová, PhD., MPH.

MOLISA 12

Medicínsko - ošetrovateľské listy Šariša zborník

RECENZENTI

doc. PhDr. Štefánia Andraščíková, PhD., MPH.

doc. PhDr. Ľubica Derňarová, PhD., MPH.

doc. MUDr. Alexander Kiško, CSc.

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

doc. MUDr. František Németh, PhD.

MUDr. Janka Leško-Andraščíková, PhD.

JUDr. Vladimír Volčko

PhDr. Ľubica Rybárová, PhD.

PhDr. Dagmar Magurová, PhD.

PhDr. Anna Hudáková, PhD.

PhDr. Iveta Ondriová, PhD.

PhDr. Jana Činová, PhD.

PhDr. Kamila Kociová, PhD.

PhDr. Ľubomíra Lizáková, PhD.

PhDr. Slávka Mrošková, PhD.

PhDr. Silvia Cibříková, PhD.

PhDr. Wioletta Mikuláková, PhD.

PhDr. Zuzana Šimová, PhD.

PhDr. Jana Cuperová, PhD.

PhDr. Ľudmila Miženkova, PhD.

PhDr. Silvia Žultáková, PhD.

Ing. Bc. Danko Boguská, PhD.

PhDr. Bc. Alena Schlosserová, PhD.

PhDr. Terézia Fertaľová, PhD.

PhDr. Ivana Argayová, PhD.

PhDr. Tatiana Šantová, PhD.

PhDr. Andrea Šuličová, PhD.

PhDr. Marta Jakubíková, PhD.

PhDr. Andrea Obročníková, PhD.

PhDr. Lucia Kendrová

PhDr. Valéria Mašterová

TECHNICKÁ SPOLUPRÁCA

Mgr. Zuzana Farkašová

Ing. Beáta Stajančová

© VYDALA

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

v spolupráci s Fakultnou nemocnicou s poliklinikou J.A. Reimana v Prešove

VYDANIE

Prvé

ROK VYDANIA

2016

POČET STRÁN

243

NÁKLAD

60 ks

TLAČ

A-print s.r.o. , 082 36 Lipovce, Prešov 2016

ISBN: 978-80-555-1666-0

EAN: 9788055516660

Autori príspevkov zodpovedajú za ich obsah a jazykovú správnosť.

OBSAH

<i>Argayová I., Miženkova L., Vitková M., Kurťaková G.</i> MANAŽMENT MIMORIADNÝCH UDALOSTÍ V ZDRAVOTNÍCTVE.....	6
<i>Cinová J., Ondriová I., Šuličová A., Šantová T., Šimová Z.</i> REŠPEKTOVANIE PRÁV UMIERAJÚCICH PACIENTOV V KLINICKJ PRAXI	21
<i>Čuj J., Gajdoš M., Kozel M., Kračmar B.</i> MOŽNOSTI TERAPIE A VÝBERU VHODNEJ NÁHRADY PREDNÉHO SKRÍŽENÉHO VÄZU KOLENA U ŠPORTOVCOV	24
<i>Derňárová L., Šantová T., Šuličová A., Šimová Z., Novotná Z., Cinová J., Kiško, A.,</i> INOVATÍVNE SPÔSOBY EDUKÁCIE RODIČOV A DETÍ S OCHORENÍM DIABETES MELLITUS I. TYPU	31
<i>Gajdoš M., Čuj J., Kozel M., Jandová S.</i> FYZIOTERAPEUTICKÉ POSTUPY PO CHIRURGICKEJ LIEČBE SYNDRÓMU KARPÁLNEHO TUNELA	33
<i>Karahutová R.</i> LABORATÓRNA MEDICÍNA Z POHĽADU SESTIER A LABORANTOV - JEDEN CIEĽ SPOKOJNÝ PACIENT	41
<i>Kaščáková M., Majerníková L., Obročníková A.</i> PROGREDUJÚCA OŠETROVATEĽSKÁ PRAX V OFTALMOLÓGII – ZÁKLADNÝ RAMEC KOMPETENCIÍ PODĽA MODELU VEĽKEJ BRITÁNIE	44
<i>Kmec J.</i> FIBRILÁCIA PREDSIENÍ – KARDIOVERZIA NA SÍNUSOVÝ RYTMUS	50
<i>Kmec J.</i> FIBRILÁCIE PREDSIENÍ - DEFINÍCIA, KLASIFIKÁCIA A KLINICKÉ PREJAVY.	58
<i>Kocúrová Frajťová L., Kmec J., Semjanová A., Mikuľák M.</i> TRANZIENTNÁ ŤAŽKÁ HYPERTROFIA ĽAVEJ KOMORY U PACIENTA S VEĽKOBUNKOVÝM NON-HODGKINOVÝM LYMFÓMOM – KAZUISTIKA.....	62
<i>Lizáková L., Mrošková S., Horanská V.</i> UPLATŇOVANIE PRÁV DETSKÉHO PACIENTA PRI POSKYTOVANÍ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI.....	70
<i>Lizáková L., Horanská V., Novotná Z., Mašterová V., Semanová E.</i> KVALITA ŽIVOTA U PACIENTOV PO AMPUTÁCII KONČATÍN	75
<i>Lizáková L., Mašterová V., Novotná Z.,</i> INOVAČNÉ PRVKY DUÁLNEHO VZDELÁVANIA V ODBOROCH LABORATÓRNE VYŠETROVACIE METÓDY A OŠETROVATEĽSTVE NA FAKULTE ZDRAVOTNÍCKYCH ODBOROV – SIMULAČNÉ LABORATÓRIUM	80

<i>Longauerová A., Cuperová J., Mikuláková W.</i> STRAVOVACIE NÁVYKY VYBRANEJ SKUPINY SENIORIEK	83
<i>Magurová D., Kuriplachová G., Mrošková S., Andraščíková Š.</i> ŠPECIFIKÁ KOMUNITNEJ STAROSTLIVOSTI O MIGRANTOV	91
<i>Majerníková L., Magurová D., Miroslava U.</i> PREVENCIA HEPATITÍDY TYPU C VO VÄZENSKOM PROSTREDÍ V SLOVENSKEJ REPUBLIKE	101
<i>Majerníková L., Ondriová I., Fertalová T.</i> ÚROVEŇ ZÁŤAŽE OPATROVATEĽA O CHORÉHO PRÍBUZNÉHO S DEMENCIOU – PILOTNÁ ŠTÚDIA	105
<i>Majerníková L., Kaščáková M., Obročníková A.</i> EDUKÁCIA AKO JEDEN Z DÔLEŽITÝCH FAKTOROV PRE VYKONÁVANIE SELFMONITORINGU GLYKÉMIE U PACIENTOV S DIABETES MELLITUS	110
<i>Miženkova L., Rybárová D., Argayová I., Jusková M.</i> STRACH A ÚZKOSŤ PACIENTA AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM V PERIOPERAČNOM OBDOBÍ	116
<i>Mrošková S., Schlosserová A., Suranovská A.</i> SPRÁVANIE DOJČIAT A BATOLIAT PRI JEDENÍ A KONZUMÁCIA SLADKOSTÍ..	124
<i>Mrošková S., Lichvárová S., Cibíriková S.</i> POUŽÍVANIE NEFARMAKOLOGICKÝCH POSTUPOV SESTRAMI U DETÍ S DETSKOU MOZGOVOU OBRNOU	128
<i>Nechvátal P., Kozel M., Kendrová L., Homzová P., Urbanová K., Cicholesová T.</i> PREHĽAD VYBRANÝCH PRÍRODNÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOV V RAKÚSKU..	134
<i>Németh F., Kiško A., Babčák M.</i> VPLYV POHYBOVEJ AKTIVITY NA ŽIVOT SENIOROV	137
<i>Novotná Z., Argayová I., Sontág D.</i> OSOBITOSTI OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI PRI APLIKÁCII CHEMOTERAPIE TYPU YONDELIS.....	142
<i>Novotný R., Beňová K., Novotná Z.</i> HYPERTENZIA A KARDIOVASKULÁRNE KOMPLIKÁCIE U SENIOROV	149
<i>Novotný R., Novotná Z., Eliašová A., Beňová, K.</i> PROFESIJNÁ MEDICÍNSKA ETIKA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE.....	153
<i>Obročníková A., Kaščáková M., Majerníková L.</i> ROLA SESTRY V DETEKCII VYBRANÝCH ONKOLOGICKÝCH OCHORENÍ.....	158
<i>Obročníková A., Majerníková L., Magurová D.</i> UPLATNENIE EDUKAČNEJ KOMPETENCIE V PREVENCII ONKOLOGICKÝCH OCHORENÍ	165

<i>Ralbovská R., Levá J.</i> PSYCHOSOCIÁLNI INTERVENCE POSKYTOVANÁ ZDRAVOTNICKOU ZÁCHRANNOU SLUŽBOU	173
<i>Rybárová L., Štefaníková A.</i> HODNOTENIE PSYCHICKEJ ZÁŤAŽE SESTIER.....	178
<i>Slanina S.</i> NEFARMAKOLOGICKÁ LIEČBA FIBRILÁCIE PREDSIENÍ.....	189
<i>Slaninková J., Ondriová I., Horňáková A., Packová A.</i> ŽIVOTNÝ ŠTÝL U ADOLESCENTOV	194
<i>Sýkora A., Roháč J.</i> FENOMÉN DISKRIMINÁCIE	201
<i>Sýkora A., Roháč J.</i> BEZPEČNOSŤ A OCHRANA ZDRAVIA PRI PRÁCI.....	205
<i>Šimová, Z. , Šuličová, A., Novotná, Z. , Šantová, T., Cinová, J.</i> EMOCIONÁLNE VYČERPANIE U SESTIER V PALIATÍVNEJ A HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI.....	209
<i>Šuličová A., Šantová T., Šimová Z., Cinová J.</i> PÁDY U SENIOROV S PORUCHAMI CHÔDZE A ROVNOVÁHY	213
<i>Tymlová J., Hlubková Z., Kačorová J.</i> INFORMOVANOSŤ RODIČŮ O PÉČI U DĚTÍ S ASTMATEM A BRONCHITIDAMI .	219
<i>Urbanová K., Mikuláková W., Kozel M.</i> VYBRANÉ MOŽNOSTI TERAPIE OSLABENÉHO HLBOKÉHO STABILIZAČNÉHO SYSTÉMU CHRBTICE	224
<i>Vavrošová J., Závacká I., Blahutová P.</i> MIGRACE A ZDRAVÍ	231
<i>Vitková , Argayová I., Boguská D., Medvecová E.</i> MULTIKULTÚRNE ASPEKTY V OŠETROVATELSKEJ PRAXI	236

MANAŽMENT MIMORIADNÝCH UDALOSTÍ V ZDRAVOTNÍCTVE

Argayová, I.¹, Miženkova, E.¹, Vitková, M.^{1,2}, Kurtáková, G.²

¹ Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove,

² FALCK Záchraná a.s.

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá manažmentom mimoriadnych udalostí v zdravotníctve. Manažment mimoriadnych udalostí (rizík) pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti sa považuje za efektívny nástroj riadenia, ktorý zabezpečuje komplexnú starostlivosť a má významný vplyv na zvyšovanie kvality poskytovaných služieb. Cieľom riadenia rizík je znížiť výskyt tých nežiaducich udalostí, ktoré by mohli akýmkoľvek spôsobom poškodiť zdravie pacienta či zamestnanca, majetok alebo povesť zdravotníckeho zariadenia.

Kľúčové slová: Manažment. Mimoriadne udalosti v zdravotníctve. Ošetrovateľská starostlivosť. Riziká.

Abstract

The article is dedicated to the management of special events in health care. The management of special events (risks) which occurred with the providing of nursing care is considered as an effective managing tool which secures complex nurture and has a significant influence on the quality increase of provided services. The purpose of the risk management is to decrease the appearance of unwanted events which could in any way harm the patient, employee, property or the reputation of the health care institution.

Key words: Management. Special events in health care. Nursing care. Risk.

MIMORIADNE UDALOSTI

Udalosťou môžeme nazývať situáciu, keď dôjde k pochybeniu pri výkone starostlivosti o pacienta pri procedúrach, alebo keď dôjde k pochybeniu pri realizácii lekárskeho ordinácií a následkom je poškodenie zdravia pacienta, zamestnanca či majetku.

Mimoriadne udalosti zahŕňajú:

chyby v stratégii liečby, liekové chyby, pády, neopatrné alebo nebezpečné správanie zamestnancov alebo pacientov, zlyhanie prístrojovej techniky a ostatné (Hanzlová a kol., 2008). Za mimoriadnu udalosť Škrlovi (2008) považujú akúkoľvek udalosť, pri ktorej došlo k pochybeniu v priebehu liečby, výkonu alebo procedúry a má za následok rôzne stupne poškodenia zdravia pacienta. Ako uvádzajú autorky Ralbovská, Knezović (2010) manažment rizík spočíva v plánovaní, organizovaní a riadení komplexného programu aktivít tak, aby bolo možné identifikovať, vyhodnotiť a eliminovať riziká, ktoré môžu viesť k zraneniu pacientov alebo zamestnancov a k strate alebo poškodeniu majetku s následnou finančnou stratou. Súčasným trendom je zvyšovanie kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a manažment rizík je jednou z možností, ktorá k nemu prispieva. Prístup k bezpečnej starostlivosti je základným právom každého pacienta, teda každý má právo neutrpieť škodu spôsobenú nedostatočným fungovaním zdravotníckych služieb či zanedbaním zdravotnej starostlivosti (Barteková, 2012).

V zdravotníckych zariadeniach sa môžeme najčastejšie stretnúť:

- zámiena pacienta, výkonu, orgánu, na ktorom má byť výkon prevedený,
- chybné podanie lieku,
- pády pacientov,
- napadnutie pacienta či personálu,
- samovražda pacienta v zdravotníckom zariadení,
- únos dieťaťa zo zdravotníckeho zariadenia,
- poškodenie pacienta zdravotníckou technikou (popálenie od elektródy na operačnej sále),
- poškodenie pacienta pri výkone (popálenie pri dezinfekcii operačného poľa),
- zámiena diéty (podanie iného jedla ako má pacient ordinovanú lekárom),
- únik informácií zo zdravotnej dokumentácie (Marx, 2008).

Manažment mimoriadnych udalostí (rizík) pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti sa považuje za efektívny nástroj riadenia, ktorý zabezpečuje komplexnú starostlivosť a má významný vplyv na zvyšovanie kvality poskytovaných služieb (Gyalogová, 2009). Cieľom riadenia rizík je znížiť výskyt tých nežiaducich udalostí, ktoré by mohli akýmkoľvek spôsobom poškodiť zdravie pacienta či zamestnanca, majetok alebo povesť zdravotníckeho zariadenia (Barteková, 2012). Podľa zákona č. 578/2004 Z. z. poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zabezpečuje systém kvality tak, aby sa vzťahoval na všetky

činnosti, ktoré môžu v zdravotníckom zariadení ovplyvniť zdravie osoby alebo priebeh jej liečby a na personálne a materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia. Ide o poskytovateľom písomne dokumentovaný systém.

- **Nozokomiálne nákazy**

„Nozokomiálne nákazy – každá infekcia exogénneho alebo endogénneho pôvodu, ktorá vznikla v príčinnej súvislosti s pobytom v zdravotníckom zariadení“ (Barteková, 2012, s. 35). Za nozokomiálnu nákazu sa považuje aj nákaza, ktorá sa vzhľadom na svoju inkubačnú dobu prejaví po prepustení pacienta zo zdravotníckeho zariadenia alebo po jeho preložení do iného zdravotníckeho zariadenia. Ak inkubačná doba nie je známa, za nozokomiálnu nákazu možno považovať takú, ktorá vznikne 48 až 72 hodín po prijatí do zdravotníckeho zariadenia, keď dochádza k najčastejšiemu vzniku tejto nákazy. Za nozokomiálne nákazy sa nepovažujú infekcie, s ktorými pacient do nemocnice prichádza. Nozokomiálne infekcie sa považujú za veľmi závažné infekcie s mnohými negatívnymi následkami na zdravotnom stave pacienta. Riziko ich vzniku sa zvyšuje s rozvojom lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti, zavádzaním nových diagnostických a terapeutických metód, invazívnych zákrokov, s rozširujúcim sa spektrom podávaných antibiotík a aj podceňovaním aseptických postupov (Kelčíková, Kučmová, 2012). Infekciami spojenými so zdravotnou starostlivosťou sú všetky infekcie pacienta zistené počas hospitalizácie a neboli zistené pri jeho prijíme do zdravotníckeho zariadenia. Výskyt infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou nie je obmedzený len na nemocnice. V súčasnosti sa preto upúšťa od názvu nemocničné alebo nozokomiálne nákazy. Vyskytujú sa i v lekárskejších ambulanciách, ale aj v sociálnych, rehabilitačných zariadeniach a domovoch pre seniorov. O výskyte však rozhoduje kvalita práce celého kolektívu pracovníkov, ale aj v značnej miere práca sestier. Týka sa to predovšetkým dodržiavania hygieny rúk, správnych postupov intravenózne katetrizácie, cievkovaniamočového mechúra, prevencie vzniku dekubitov a kontroly dodržiavania správnych postupov pri čistiacej a dezinfekčných výkonoch. Závažným problémom súčasného zdravotníctva sa stala aj rezistencia bakteriálnych kmeňov na antibiotiká, s podobnými dôsledkami ako majú nemocničné nákazy. Rezistencia narastala od zavedenia antibiotík do klinickej praxe. V súčasnosti sa už v niektorých nemocniciach šíria bakteriálne kmene rezistentné na všetky skupiny klinicky dostupných antibiotík. Kontakt s pacientom je rizikovým faktorom zvyšujúcim možnosť prenosu pôvodcov nemocničných nákaz alebo kmeňov rezistentných na antibiotiká. Priamemu prenosu nemocničných patogénov je možné zabrániť dôsledným vykonávaním čistiacej a dezinfekčných prác. Cestou k zamedzeniu nepriameho prenosu nemocničných patogénov je dôsledné dodržiavanie hygieny rúk (Langšádl, 2011).

Z hygienicko-epidemiologického režimu je umývanie a následná dezinfekcia rúk jednoduchou, ale pritom najvýznamnejšou klinickou procedúrou v prevencii exogénnych nozokomiálnych nákaz a najdôležitejším profylaktickým opatrením v nemocničnej hygiene. Hygienicko-epidemiologický režim je komplex preventívnych a represívnych opatrení a požiadaviek na prevádzku zdravotníckych zariadení, ktorý je zameraný na zabránenie vzniku a šírenia infekčných ochorení alebo vedie k ich odstráneniu (Kelčíková, 2008). Ruky zdravotníkov sa podieľajú na väčšine diagnostických, terapeutických a ošetrovateľských výkonov. Dôsledným dodržiavaním hygieny rúk u všetkých zdravotníkov je možné predísť profesionálnym infekciám. Pre zabezpečenie hygieny rúk je nevyhnutné, aby na rukách zdravotníckych pracovníkov neboli prstene, náramky, nalakované a dlhé nechty (Langšádl, 2012).

- **Pády**

„Pád je definovaný ako mimoriadna udalosť, keď pacient neplánovane klesne k podlahe“ (Barteková, 2012, s. 35). Riziká zo strany pacienta sú predovšetkým vek nad 65 rokov, poruchy hybnosti a chôdze, závraty, poruchy zraku a sluchu, slabosť, únava, dezorientácia, lieky a podobne. Aj samotné prostredie (zlé osvetlenie, mokrá podlaha, zlé umiestnený nábytok) má určitý podiel na vzniku pádov. Pády predstavujú veľmi závažný problém, ktorý vždy znižuje kvalitu života pacienta a je potrebné mu venovať zvýšenú pozornosť, ako v zdravotníckom zariadení, tak i v domácej starostlivosti. Výskyt pádov sa zvyšuje s vekom pacienta, s množstvom pridružených ochorení a s narastajúcou nesamostatnosťou. Základným atribútom k úspešnému zavedeniu programu pre zníženie rizika pádu pacientov je predovšetkým plný stav zdravotníckeho personálu. Pri nedostatočnom počte zdravotníkov v zмене sa riziko pádu pacienta úmerne zvyšuje. Je veľmi dôležité, aby malo každé oddelenie vytvorené funkčný a dokonalý systém odovzdávania zmien ako ústne, tak i písomne, pretože neúplná informovanosť pri odovzdávaní služby má obrovský dopad na bezpečie pacienta. Každé zdravotnícke zariadenie by malo mať na svojich oddeleniach zavedený program ku zníženiu výskytu pádov a pravidelne vyhodnocovať jeho efektivitu. Taký program by mal byť založený na zbere dôležitých údajov, názorov i potrieb personálu týkajúcich sa pádov. Od personálu sa očakáva ochota hlásiť svoje chyby v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, znalosť rizík a preventívnych opatrení pre pacientov (Vybíhalová, 2011).

- **Dekubity**

„Dekubity sú rany, ktoré sa vyvíjajú v dôsledku predĺženého externe aplikovaného tlaku v horných vrstvách pokožky a následne sa rozširujú aj radiálne a do hlbších vrstiev“ (Miertová a kol., 2011, s. X). Predstavujú relatívne špecifické ochorenie postihujúce pacientov s krátkodobou alebo dlhodobou zníženou pohyblivosťou. Pri ich vzniku sa uplatňujú viaceré faktory – majú multifaktoriálny vznik. Hlavným cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je zabrániť šíreniu preležanín. V prvom rade musíme odstrániť tlak na tkanivá. Pacienta minimálne každé dve hodiny polohujeme, aby sme zabránili tlaku postihnutých oblastí. Používame špeciálne antidekubitárne matrace, molitanové venčiky, podložné koleso. Starostlivosť o pacienta s dekubitom je výzva pre ošetrojúci personál, pre pacienta i pre jeho okolie. Z toho dôvodu je nevyhnutné venovať zvýšenú pozornosť identifikácii rizikových faktorov a prevencii vzniku dekubitov. Ak však už preležanina vznikne, treba vhodným terapeutickým postupom a správnou ošetrovateľskou starostlivosťou výrazne skrátiť dĺžku liečby, a tým aj zlepšiť kvalitu života (Kollárová, Demo, 2012). Výskyt dekubitov vo veľkej miere ovplyvňuje úroveň vnímania a hodnotenia kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Je známe, že nedostatok programov zameraných na prevenciu vzniku dekubitov spôsobujú ich zvýšený výskyt. Starostlivosť o pacienta s preležaninami je fyzicky a časovo náročná, preto by sa mali skutočne využiť všetky preventívne programy na predchádzanie dekubitom. Treba mať neustále na pamäti, že liečba preležanín zvyšuje dĺžku hospitalizácie, zvyšuje časovú snímku práce zdravotníckeho pracovníka a je mnohokrát drahšia než náklady na ich prevenciu (Kontrová, 2011).

- **Riziko pochybenia**

Nekvalitná komunikácia môže nastať v dôsledku zlých medziľudských vzťahov na pracovisku, nesprávneho pochopenia verbálnych alebo telefonických príkazov lekára, chybného podania liečiva v súvislosti so zlou komunikáciou, nedostatočnej komunikácie a straty záujmu o chorého (Barteková, 2012). Aj Šebeková (2010) medzi najčastejšie pochybenia sestier zaraďuje:

- Neprofesionálna komunikácia sestier s pacientom a s jeho príbuznými - nevhodná komunikácia sestier, ale aj ostatných zdravotníckych pracovníkov, je najčastejším zdrojom sťažností a žiadostí o preverenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti konkrétnej osobe.
- Neplnenie ordinácie lekára - nesledovanie bilancie tekutín pacienta, nesledovanie základných fyziologických funkcií.
- Polohovanie a kŕmenie ležiaceho pacienta.
- Nedostatočná, chaotická, nečitateľná ošetrovateľská dokumentácia.

Riziko pochybenia ošetrojúceho personálu je súčasťou každodenného liečebného i diagnostického výkonu. Charakter tohto rizika je taký, že ho možno iba redukovať, ale nikdy nie úplne vylúčiť. V prípade akéhokoľvek pochybenia závisí iba od stupňa jeho závažnosti a druhu, či dôjde k poškodeniu zdravia pacienta alebo dokonca jeho smrti (Gažiová, 2012, Morovicsová, 2008).

- **Poškodenie pacienta**

Osobný vplyv na pacienta sa nazýva iatrogénia, tento vplyv môže byť pozitívny (prispievajúci k liečbe) a negatívny (zhoršuje priebeh terapie). Iatrogénia je poškodenie pacienta, spôsobené zdravotníckym personálom. Poškodenie pacientov sa vyskytuje:

- pri zabezpečovaní prevádzky zdravotníckeho zariadenia – problémy s dostupnosťou zdravotnej starostlivosti, s objednávaním, s odkladaním výkonov, problémy so zdravotníckou dokumentáciou;
- pri určovaní diagnózy – nedostatok času na pacienta, neposkytnutie priestoru na pacientove otázky, chybné určenie diagnózy;
- pri informovaní výsledkov vyšetrení – pacienta ponechávame v neistote, neúplne informovanie;
- pri terapii a ošetrovateľskej starostlivosti – nedostatok času na pacienta, nevhodné oslovenie pacientov, nedbalé vykonávanie intervencií;
- pri informovaní záveru a prognózy – pacient často nebýva poučený o tom, čo mu je, čo má a čo nemá robiť.

Najpodstatnejšie však je, že týmto poškodeniam pacienta sa dá zabrániť, pokiaľ sa na nich myslí (Balková, 2004).

PREVENCIA MIMORIADNYCH UDALOSTÍ

Prevencia a ošetrovateľská starostlivosť o dekubity zostáva výzvou v celom systéme zdravotnej starostlivosti a predovšetkým pre všetkých poskytovateľov dlhodobej starostlivosti. Holistický prístup k starostlivosti o pacienta s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie na zlepšenie starostlivosti prinesie aj zníženie nákladov (Bajamová, Krajčík, 2012).

Preventívne opatrenia

Úlohou primárnej prevencie je posilniť zdravie človeka a zvýšiť jeho odolnosť voči chorobám, a to prostredníctvom zdravotnej výchovy, očkovaním proti určitým ochoreniam a taktiež včasným vyhľadávaním rizikových faktorov a kontrolou rizikových osôb. Sekundárna prevencia – zastavenie chorobného procesu jeho včasným odhalením a zodpovedajúcou liečbou. Tá má zabrániť výskytu, a tak aj rozvoju chronického stavu. Sekundárna prevencia sa uplatňuje až po vzniku choroby a jej cieľom je zvládnuť vývoj chorobného procesu, zabrániť tvorbe komplikácií, trvalých následkov, invalidity alebo prechodu do chronického štádia ochorenia. Terciárna starostlivosť spočíva v obnove zdravia a zabezpečení optimálneho fungovania organizmu v rámci možností daných ochorením (Farkašová, 2005).

Podľa Bartekovej (2012) je potrebné sa v rámci preventívnych opatrení zamerať na:

- ochranné oblečenie, pomôcky,
- údržbu prístrojov, revíziu,
- procesuálny manuál s jasne definovanými rizikami,
- segregáciu finančných, materiálnych, ľudských a informačných aktivít,
- minimalizáciu už spôsobených škôd.

Monitorovanie mimoriadnych udalostí pomáha identifikovať slabé miesta v starostlivosti o pacienta, poukazuje na opakujúce sa problémy, ktoré majú vplyv na kvalitu a bezpečie poskytovanej starostlivosti. Pokiaľ sú pochybenia zdravotníkov hlásené, je možné analyzovať situácie, ktoré vedú k mimoriadnym udalostiam a iniciovať zmeny, ktoré povedú k ich odstráneniu. Nástroje, ktoré môžu manažéri rizík využiť pri riešení a prevencii rizík:

- RCA – Root Cause Analysis – analýza skutočných príčin – používa sa v prípade, kedy už k mimoriadnej udalosti došlo.
- FMEA – Failure Mode and Effect Analysis – analýza možností vzniku a následky zlyhania – predstavuje metódu identifikovania a prevencie potenciálnych problémov či pochybení.
- FTA – Fault Tree Analysis – analýza stromu porúch – určuje nielen hlavnú príčinu, ale i všetky príčiny (Škrľa, Škrlová, 2008).

Ošetrovateľský personál treba viesť k tomu, aby venoval pozornosť problematike úrazov, pádov a vzniku dekubitov, aby sa tak zvyšovali preferencie oddelenia a celej nemocnice. Je potrebné, aby ošetrovateľský personál mal dôkladný prehľad o každom pacientovi, poznal hlavne riziká, ktoré môžu pacienta ohroziť (Líšková, 2012).

Prevencia nozokomiálnych nákaz

Pri poskytovaní kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti z pohľadu Bartekovej (2012) je dôležité:

- vykonávať vyšetrovacie a liečebné úkony až po umytí rúk,
- používať prípravky na dezinfekciu na alkoholovej báze,
- používať jednorazový materiál,
- činnosti vykonávať podľa štandardov,
- nenechávať uzávery na spojovacie hadičky a preplachy voľne položené, nekryté a neoznačené,
- dezinfikovať spoje infúzných setov so spojovacou hadičkou.

Prevencia je špecifický a komplexný proces, ktorý od zdravotníckeho pracovníka vyžaduje skĺbenie vedomostí, zručností, zdravotníckeho myslenia, primeranej automatizácie správnych návykov, zodpovednosti a záujmu o danú vec. Sestra sa preto musí aktívne vzdelávať po celý svoj život, musí si neustále rozširovať vedomosti a reagovať na zmeny, aby tak dokázala sprostredkovať vždy nové, presné a zrozumiteľné skutočnosti (Langšádl, 2011).

Prevencia pádov

Do základných preventívnych opatrení patrí: identifikácia rizikového pacienta a určenie stupňa jeho ohrozenia pádom. Tento krok by mal byť jeden z najdôležitejších pri prijatí pacienta na oddelenie z hľadiska poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Ako tento proces prebehne, môže si každé zdravotnícke zariadenie zvoliť samo, avšak musí byť kvalitný a cielený, pretože je kľúčový pre identifikáciu rizikových faktorov a nastavovania preventívnych opatrení. Táto metóda identifikácie rizika pádu by mala byť zrealizovaná spolu s ďalšími skríningovými metódami. Predchádzať pádom je možné vďaka starostlivej anamnéze, zhodnotením rizika pádu, edukáciou pacientov, častými kontrolami, sledovaním zmien zdravotného stavu, primeraným osvetlením, protišmykovou, čistou podlahou, vhodne umiestnenému nočnému stolíku, zabrzdeným lôžkam, fungujúcou signalizáciou, používaním bočníc, umiestnením držiadiel v sociálnych miestnostiach, na chodbách (Barteková, 2012).

Prevencia dekubitov

Súčasťou starostlivosti o pacienta s rizikom vzniku dekubitov je účelná prevencia. Aby prevencia dekubitov bola efektívna a úspešná, je veľmi dôležitá správna organizácia a manažment starostlivosti v

rámci preventívnych zásahov. Jej súčasťou je realizácia starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu a dodržiavanie štandardov (Matišáková, Gerlichová, 2011).

Dobre organizovaná a kvalitná ošetrovateľská starostlivosť má zásadný význam nielen v liečbe dekubitov, ale predovšetkým pri ich prevencii, ktorá spočíva v:

- polohovaní,
- používaní antidekubitových pomôcok,
- dostatočnej výživy a hydratácii,
- hygiene,
- ochrane pred infekciami (Barteková, 2012).

Účinné metódy primárnej prevencie sú predovšetkým včasná mobilizácia a rehabilitácia pacienta, polohovanie, komplexná liečba akútneho ochorenia a úprava celkového stavu, rozvaha medikácie, hygienická starostlivosť o pokožku a sliznice podľa individuálnych potrieb pacienta, adekvátny príjem potrebných živín, stopových prvkov, minerálov a vitamínov. Sekundárna prevencia sa zameriava na včasné odhalenie vzniknutého dekubitu a zahájenie efektívnej terapie. Aktivity terciálnej prevencie sú zamerané na predchádzanie vzniku komplikácií (prevencia vzniku infekcie) a už existujúcich dekubitárnych lézií (Straková a kol., 2011). Za najúčinnjší spôsob riešenia problematiky dekubitov je považovaná včasná prevencia. Je dôležité mať zavedenú stratégiu na prevenciu. Vznik dekubitov závisí na prítomnosti a miere rizikových faktorov. Skorá identifikácia týchto faktorov a ich vyhodnocovanie je prvým krokom pri prevencii. Identifikácia rizikových faktorov umožňuje u rizikových pacientov aplikovať intenzívne opatrenia (Fiederová, 2008).

ANALÝZA MIMORIADNYCH UDALOSTÍ V PRAXI

Vznik mimoriadnych udalostí v zdravotníckych zariadeniach je významným ošetrovateľským problémom, ktorý vyžaduje veľkú pozornosť zo strany ošetrovateľského personálu z dôvodu zníženia a odstránenia utrpenia pacienta. To bolo námetom pre spracovanie tejto problematiky, kde najúčinnším spôsobom riešenia vzniku mimoriadnych udalostí je považovaná predovšetkým prevencia. Na základe osobných skúseností s uvedenou problematikou a z dostupnej literatúry sme konkretizovali:

Ako sú sestry konfrontované pri vzniku mimoriadnej udalosti na oddelení?

Pre uskutočnenie výskumu sme si stanovili hlavný cieľ a tri čiastkové ciele. Naším hlavným cieľom bolo zmapovať výskyt mimoriadnych udalostí pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti na vybraných pracoviskách a poukázať na význam prevencie mimoriadnych udalostí v ošetrovateľskej praxi.

Čiastkové ciele:

- 1. Identifikovať príčiny vzniku mimoriadnej udalosti u sestier v internistických a chirurgických odboroch.**
- 2. Zmapovať riziká, ktoré hrozia pacientom počas hospitalizácie v internistických a chirurgických odboroch.**
- 3. Zistiť možný dopad uvedenej mimoriadnej udalosti na zdravotný stav pacienta v internistických a chirurgických odboroch.**

Hypotézy výskumu

Hypotéza 1:

H1_o Predpokladáme, že neexistujú štatisticky významné rozdiely medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických pri posudzovaní príčin vzniku mimoriadnej udalosti na ich pracovisku.

H1_A Predpokladáme, že existujú štatisticky významné rozdiely medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických pri posudzovaní príčin vzniku mimoriadnej udalosti na ich pracovisku.

Hypotéza 2:

H2_o Predpokladáme, že neexistujú štatisticky významné rozdiely pri posudzovaní rizík medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických.

H2_A Predpokladáme, že existujú štatisticky významné rozdiely pri posudzovaní rizík medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických.

Hypotéza 3:

H3_o Predpokladáme, že neexistujú štatisticky významné rozdiely v názoroch medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických na možný dopad uvedenej mimoriadnej udalosti na zdravotný stav pacienta.

H3_A Predpokladáme, že existujú štatisticky významné rozdiely v názoroch medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických na možný dopad uvedenej mimoriadnej udalosti na zdravotný stav pacienta.

Výskumné otázky

1. Aké príčiny vzniku mimoriadnej udalosti sú najčastejšie u sestier v internistických a chirurgických odboroch?
2. Ktoré riziká hrozia pacientom počas hospitalizácie v internistických a chirurgických odboroch?
3. Aký je možný dopad uvedenej mimoriadnej udalosti na zdravotný stav pacienta v internistických a chirurgických odboroch?

Metodika výskumu

Nástrojom pre získanie všetkých relevantných informácií a údajov sa stal anonymný neštandardizovaný dotazník. Úvod neštandardizovaného dotazníka tvorilo oslovenie sestier, ich oboznámenie s účelom dotazníka, uistenie o anonymite a dobrovoľnej účasti pri jeho vyplňaní. Položky v dotazníku boli formulované ako zatvorené. Záver dotazníka tvorili identifikačné údaje: vek, vzdelanie, dĺžka praxe v profesii sestry a pracovisko, na ktorom sestry pracujú. Dotazník sme distribuovali v časovom horizonte január - február 2015. Distribuovali sme spolu 210 dotazníkov do dvoch zdravotníckych zariadení - v Levoči a v Krompachoch, a to po súhlase námestníčok pre ošetrovateľskú starostlivosť. Návratnosť dotazníkov bola 95,2%. Pri spracovaní a analýze získaných údajov prieskumu sme jednotlivé údaje uložili a zaradili do databázy vytvorenej pomocou programu Microsoft Excel pre Windows Office 2007 a boli spracované matematicko-štatistickými metódami: triedenie údajov, spracovanie údajov, výpočet absolútnej a relatívnej početnosti. Zamerali sme sa na rozbor jednotlivých položiek. Použili sme Studentov T - test pre dva nezávislé výbery.

Charakteristika výskumného súboru

Vzhľadom na aktuálnosť problematiky sme sa rozhodli pre realizáciu šetrenia v zdravotníckych zariadeniach v Levoči a v Krompachoch. Výskumný súbor tvorilo spolu 200 respondentov - 100 sestier pracujúcich v internistických a 100 sestier v chirurgických odboroch. Sestry boli zaradené do výskumnej vzorky na základe zámerného výberu, s rôznou dĺžkou odbornej praxe, rôzneho veku a s rôznym stupňom vzdelania.

Tabuľka 1 Vek respondentov

Vek sestier	internistické	chirurgické
	odbory	odbory
	n	n
minimálny	21	24
maximálny	57	59
priemerný	38	39

(Zdroj : vlastné spracovanie)

Z tabuľky 1 vyplýva, že minimálny vek sestier pracujúcich v internistických odboroch bol 21 rokov, maximálny vek bol 57 rokov. Priemerný vek týchto sestier bol 38 rokov. Sestry pracujúce v chirurgických odboroch mali minimálny vek 24 rokov, maximálny vek 59 rokov. Ich priemerný vek bol 39 rokov.

Tabuľka 2 Dĺžka odbornej praxe respondentov

Dĺžka odbornej praxe	internistické	odbory	chirurgické	odbory
	n	%	n	%
0 - 5 rokov	25	25	18	18
6 - 10 rokov	16	16	14	14
11- 15 rokov	6	6	9	9
16 - 20 rokov	22	22	24	24
viac ako 20 rokov	31	31	35	35

(Zdroj : vlastné spracovanie)

Tabuľka 2 poukazuje na to, že 25% sestier z internistických a 18% sestier z chirurgických odborov má dĺžku praxe v rozmedzí od 0 do 5 rokov, od 6 do 10 rokov pracuje 16% sestier z internistických a 14% sestier z chirurgických odborov. Dĺžka praxe od 11 do 15 rokov je u 6% sestier z internistických a 9% sestier z chirurgických odborov. Rozmedzie praxe od 16 do 20 rokov má 22% sestier z internistických a 24% sestier z chirurgických odborov. Pozoruhodné je, že 31% sestier z internistických a 35% sestier z chirurgických odborov pracuje viac ako 20 rokov.

Tabuľka 3 **Dosiahnuté vzdelanie respondentov**

	internistické	odbory	chirurgické	odbory
Dosiahnuté vzdelanie	n	%	n	%
SZŠ	48	48	57	57
VOV	18	18	23	23
VŠ	34	34	20	20

(Zdroj : vlastné spracovanie)

Z internistických odborov 48% sestier a z chirurgických odborov 57% sestier má ukončenú SZŠ. VOV má 18% sestier z internistických a 23% sestier z chirurgických odborov. Vysokoškolské vzdelanie dosiahlo 34% sestier z internistických a 20% sestier z chirurgických odborov.

V príspevku sa sústreďujeme na štatisticky významné potvrdené rozdiely. Zároveň sme sa snažili splniť podmienku o približne rovnakom počte respondentov v oboch skupinách. Podrobne sme preskúmali namerané hodnoty z pohľadu rozdelenia respondentov na sestry pracujúce v internistických a sestry pracujúce v chirurgických odboroch. Studentovým T - testom sme overovali hypotézu.

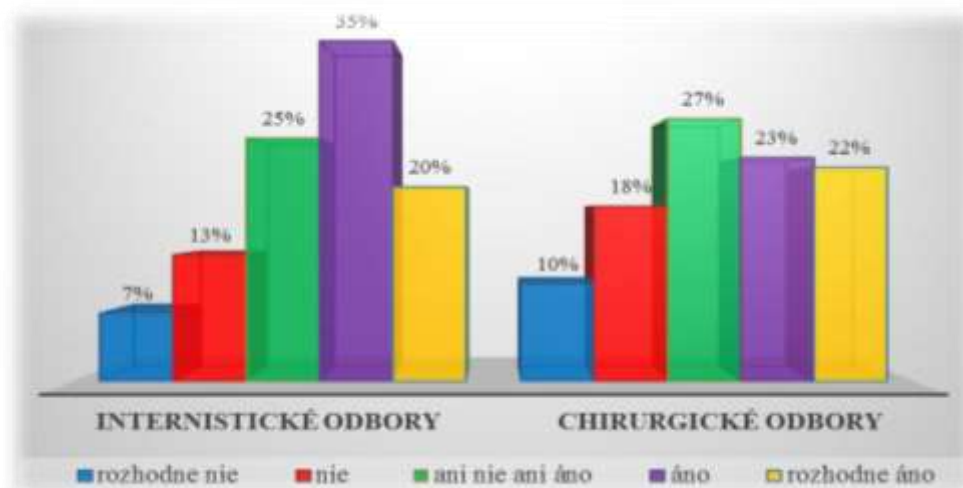
Hypotéza 1:

H₁₀ Predpokladáme, že neexistujú štatisticky významné rozdiely medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických pri posudzovaní príčin vzniku mimoriadnej udalosti na ich pracovisku.

H_{1A} Predpokladáme, že existujú štatisticky významné rozdiely medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických pri posudzovaní príčin vzniku mimoriadnej udalosti na ich pracovisku.

Na základe T - testu zamietame nulovú hypotézu na hladine 5%, $p = 0,046412$. Platí alternatívna hypotéza, potvrdili sa štatisticky významné rozdiely medzi sestrami pracujúcimi v internistických a chirurgických odboroch pri posudzovaní príčin vzniku mimoriadnej udalosti.

Zlá adaptácia pacienta na nemocničné prostredie



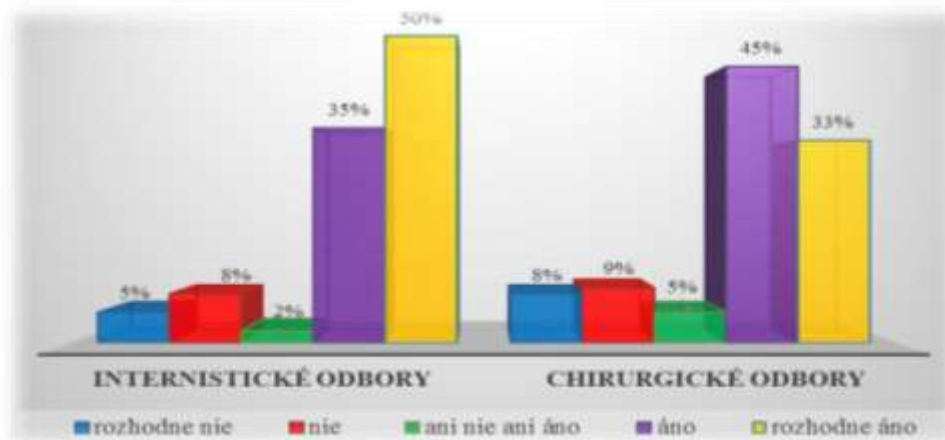
Graf 1 Odpovede respondentov na zľú adaptáciu pacientov v nemocničnom prostredí

(Zdroj : vlastné spracovanie)

Z nášho grafu 1 vyplýva, že ako jednu z príčin mimoriadnej udalosti považujú sestry zľú adaptáciu pacienta na nemocničné prostredie. V našom prieskume odpoveď áno potvrdilo 35% sestier z internistických odborov a rozhodne áno odpovedalo 20% sestier z toho istého odboru. V prípade chirurgických odborov 23% sestier odpovedalo áno, 22% sestier určite áno. Opačný názor zastáva

z internistických odborov 13% sestier nie, 7% sestier rozhodne nie a z chirurgických odborov 18% sestier nie, 10% sestier rozhodne nie.

Imobilita pacienta



Graf 2 Odpovede respondentov na imobilitu pacienta
(Zdroj :vlastné spracovanie)

Odpovede sestier z internistických odborov na imobilitu pacienta sú nasledovné: 35% odpovedalo áno, 50% rozhodne áno, 8% sestier nie a 5% rozhodne nie. Sestry z chirurgických odborov uviedli: 45% áno, 33% rozhodne áno, 9% nie a 8% rozhodne nie.

V druhej časti výskumu sme zisťovali možné riziká, ktoré hrozia pacientom počas hospitalizácie, alebo pravdepodobnosť možného výskytu mimoriadnej udalosti na pracovisku sestier. Sústredili sme sa aj na overenie rizík medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických. Overovali sme T - testom hypotézu:

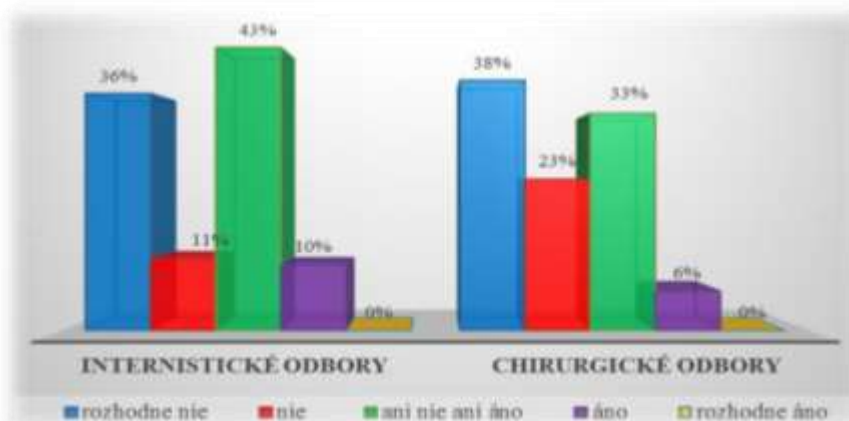
Hypotéza 2:

H_{2o} Predpokladáme, že neexistujú štatisticky významné rozdiely pri posudzovaní rizík medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických.

H_{2A} Predpokladáme, že existujú štatisticky významné rozdiely pri posudzovaní rizík medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických.

Pri porovnávaní Študentovým T - testom sme zistili, že existujú štatisticky významné rozdiely pri posudzovaní rizík medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických, a to na hladine 1%, $p = 0,034177$. Aj v tomto prípade platí alternatívna hypotéza.

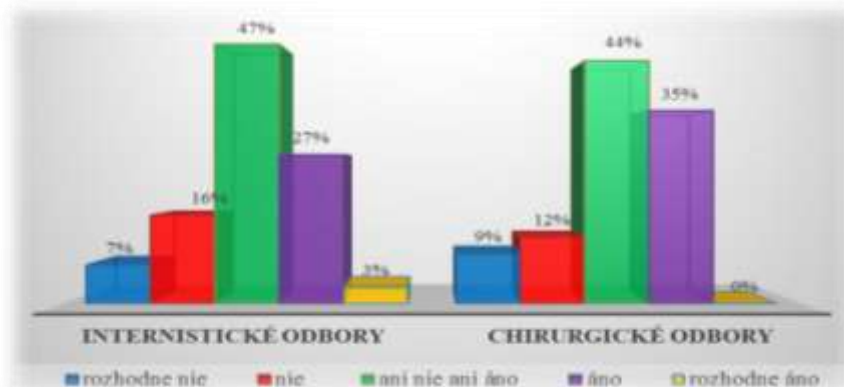
Pád pacienta



Graf 3 Pád pacienta
(Zdroj : vlastné spracovanie)

Na grafe vidieť, že z internistických odborov k pádu pacienta sa vyjadrilo 10% áno, 11% sestier nie, 36% sestier rozhodne nie a z chirurgických odborov 6% sestier áno, 23% nie, 38% sestier rozhodne nie.

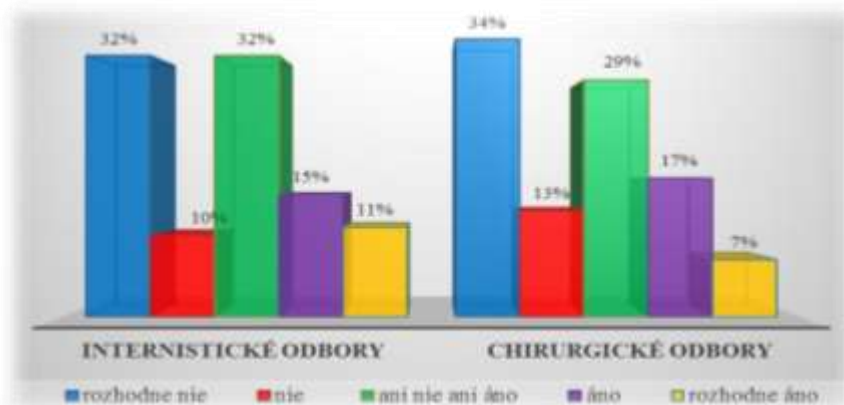
Vznik dekubitu



Graf 4 Vznik dekubitu
(Zdroj : vlastné spracovanie)

Zo šetrenia vyplýva, že z internistických odborov 27% sestier odpovedalo áno, 3% rozhodne áno a z chirurgických odborov 35% sestier áno súhlasí so vznikom dekubitu. Nesúhlasí s týmto výrokom z internistických odborov 16% sestier nie, 7% rozhodne nie a z chirurgických odborov 12% sestier nie, 9% rozhodne nie.

Nozokomiálna nákaza



Graf 5 Nozokomiálna nákaza
(Zdroj : vlastné spracovanie)

Nozokomiálna nákaza je rizikom vzniku mimoriadnej udalosti z hľadiska 15% sestier áno, 11% sestier rozhodne áno a z chirurgických odborov 17% áno, 7% rozhodne áno. Opačný názor má z internistických odborov 10% nie, 32% rozhodne nie a z chirurgických odborov 13% nie, 34% rozhodne nie. V poslednej časti prieskumu nás zaujímal názor sestier na možný dopad uvedenej mimoriadnej udalosti na zdravotný stav pacienta. Studentovým T - testom sme overovali nasledujúcu hypotézu.

Hypotéza 3:

H_{3o} Predpokladáme, že neexistujú štatisticky významné rozdiely v názoroch medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických na možný dopad uvedenej mimoriadnej udalosti na zdravotný stav pacienta.

H_{3A} Predpokladáme, že existujú štatisticky významné rozdiely v názoroch medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických na možný dopad uvedenej mimoriadnej udalosti na zdravotný stav pacienta.

Študentovým T – testom sme zistili, že existujú štatisticky významné rozdiely v názoroch medzi skupinou sestier pracujúcich v odboroch internistických a chirurgických pri posudzovaní rizík signifikantný na hladine 1%, $p = 0,002062$.

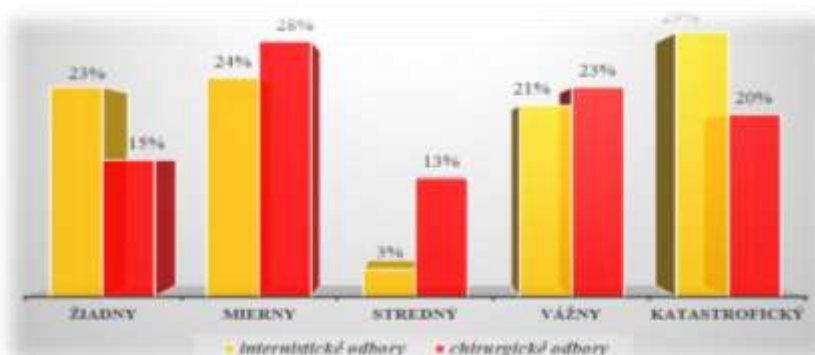
Pád pacienta



Graf 6 Pád pacienta
(Zdroj: vlastné spracovanie)

Pád pacienta ako možný dopad na zdravotný stav pacienta je z hľadiska sestier internistických oddelkov 10% žiadny, 34% mierny, 26% stredný, 14% vážny, 16% katastrofický a z chirurgických oddelkov 12% sestier uviedlo žiadny, 32% mierny, 24% stredný, 15% vážny, 17% katastrofický.

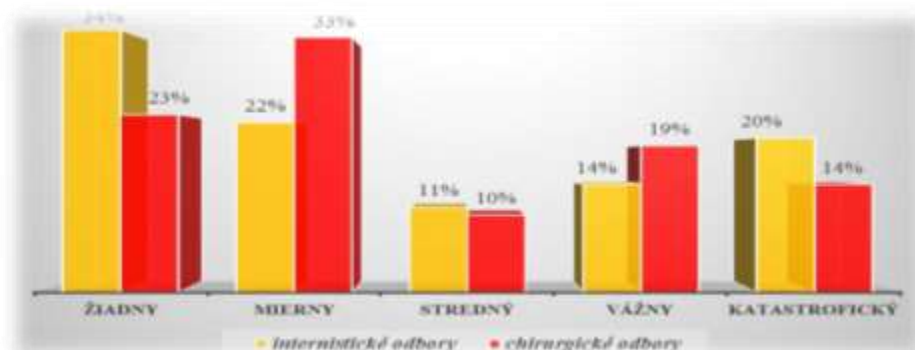
Vznik dekubitu



Graf 7 Vznik dekubitu
(Zdroj: vlastné spracovanie)

Na vznik dekubitu ako možný dopad na zdravotný stav pacienta z internistických oddelkov odpovedalo 23% sestier žiadny, 24% mierny, 3% stredný, 21% vážny, 29% katastrofický a z chirurgických oddelkov 15% žiadny, 28% mierny, 13% stredný, 23% vážny, 20% katastrofický.

Nozokomiálna nákaza



Graf 8 Nozokomiálna nákaza
(Zdroj : vlastné spracovanie)

Nozokomiálna nákaza ako možný dopad na zdravotný stav pacienta vyjadrilo z internistických odborov 34% sestier žiadny, 22% mierny, 11% stredný, 14% vážny, 20% katastrofický a z chirurgických odborov 23% sestier odpovedalo žiadny, 33% mierny, 10% stredný, 15% vážny, 14% katastrofický.

Diskusia

Výskumného šetrenia sa zúčastnilo spolu 200 sestier (100 sestier z internistických a 100 sestier z chirurgických odborov) z dvoch nemocníc na Slovensku, a to z nemocnice v Levoči a v Krompachoch. Minimálny vek sestier z internistických odborov bol 21 rokov, maximálny vek 57 rokov. Priemerný vek sestier bol 38 rokov. Sestry v chirurgických odboroch mali minimálny vek 24 rokov, maximálny vek 59 rokov. Priemerný vek sestier bol 39 rokov. Z výsledkov vyplýva, že v oboch odboroch pracujú sestry približne rovnakého veku. V prieskume sme sa zamerali aj na dĺžku odbornej praxe sestier. Zistili sme, že v týchto dvoch nemocniciach pracujú sestry pracovne staršie. Najviac sestier 31% z internistických a 35% z chirurgických odborov pracuje viac ako 20 rokov. 22% sestier z internistických odborov a 24% sestier z chirurgických odborov má dĺžku odbornej praxe v rozmedzí od 16 do 20 rokov. Väčšina sestier má ukončené stredoškolské vzdelanie, a to 48% sestier z internistických a 57% z chirurgických odborov. Potešujúce je, že sestry dosiahli aj vysokoškolské vzdelanie. Z internistických odborov to bolo 34% sestier a z chirurgických 20% sestier.

Cieľ 1. Identifikovať príčiny vzniku mimoriadnej udalosti u sestier v internistických a chirurgických odboroch.

Bezpečnosť je stav, v ktorom sú odstránené, alebo minimalizované riziká a z nich vyplývajúce možné ohrozenia, ktoré môžu vyústiť do kríz alebo mimoriadnej udalosti. Monitorovanie mimoriadnych udalostí pomáha identifikovať slabé miesta v starostlivosti, poukazuje na opakujúce sa problémy, ktoré majú vplyv na kvalitu a bezpečnosť poskytovanej starostlivosti. Realizáciou ošetrovateľskej starostlivosti nesú sestry na svojich pleciach veľkú časť zodpovednosti za život a zdravie pacienta. Vo svete veľmi rýchlo narastajúcich nových informácií, inovácií a kreativity, nie je možné, aby sa každé zdravotnícke zariadenie snažilo dosiahnuť špičkových výsledkov vymýšľaním vlastných metód a techník, či inovačných procesov. V príspevku sme sa sústredili na najčastejšie príčiny vzniku mimoriadnej udalosti. Charakteristickou vlastnosťou každého organizmu je adaptácia, ktorá zahŕňa spôsob vyrovnania sa so vzniknutými zmenami. Osobitné postavenie nadobúda hospitalizovaný pacient. Ako jednu z príčin mimoriadnej udalosti považujú sestry zľú adaptáciu pacienta na nemocničné prostredie. Potvrdilo to z internistických odborov 35% sestier áno, 20% sestier rozhodne áno a z chirurgických odborov 23% sestier áno, 22% sestier určite áno. Ďalšou príčinou mimoriadnych udalostí sú podľa sestier aj zmeny zrakového a sluchového vnímania. Uviedlo to z internistických odborov 35% sestier áno, 21% sestier rozhodne áno a z chirurgických odborov 41% sestier áno, 8% sestier rozhodne áno. Medzi mimoriadne udalosti z internistických odborov zaradilo 26% sestier áno, rozhodne áno 45% sestier a z chirurgických odborov 24% sestier áno, 38% sestier rozhodne áno zmeny rovnováhy pacienta, kedy môže dôjsť k úrazu alebo poraneniu. Komunikácia je neoddeliteľnou súčasťou celého systému poskytovania zdravotnej starostlivosti. Výsledky analýzy sú dôkazom, že komunikácia s pacientom na všetkých úrovniach poskytovania zdravotnej starostlivosti je veľmi dôležitá. V klinickej praxi a pravidelnej ošetrovateľskej starostlivosti môžu vzniknúť najrôznejšie prekážky, ktoré bránia v kvalitnej komunikácii. Jazyková prekážka je zapríčinená rýchlym nezrozumiteľným prejavom. Komunikačné bariéry zo strany pacienta sú z internistických odborov pre 36% sestier áno, 17% sestier rozhodne áno a z chirurgických odborov pre 39% sestier áno, 17% sestier rozhodne áno príčinou vzniku mimoriadnej udalosti. Odpovede sestier svedčia o tom, že k mimoriadnej udalosti môže dôjsť aj keď pacient nepožiadala o pomoc. Konštatujeme to na základe výsledkov, kde z internistických odborov odpovedalo 37% sestier áno, 41% sestier rozhodne áno a z chirurgických odborov 35% sestier áno, 33% sestier rozhodne áno.

Zmeny alebo poruchy pamäti sú typické pre starobu, ale vyskytujú sa už aj v mladom veku. Klesá schopnosť prijímať nové informácie, ukladať ich do pamäti a ďalej spracovávať. Z internistických odborov 25% sestier uviedlo áno, 40% sestier rozhodne áno a z chirurgických odborov 32% sestier áno, 31% sestier rozhodne áno. Vo väčšine prípadov išlo o staršiu generáciu pacientov. U ležiacich pacientov sa zhoršuje kapilárne prekrvenie kože s rizikom vzniku dekubitov. Pri imobilite sa znižuje schopnosť samostatnosti a narastá závislosť na iných ľuďoch. S obmedzením životného priestoru sa postupne imobilný dostáva do izolácie a zníženia kvality života. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti u imobilných pacientov je predísť komplikáciám, ktoré vznikajú v súvislosti s mobilitou, alebo redukovať či eliminovať komplikácie, ktoré už existujú. Imobilitu z internistických odborov 35% označilo áno, 50% rozhodne áno a z chirurgických odborov 45% áno, 33% sestier rozhodne áno, ako mimoriadnu udalosť. Častokrát sa stáva, že mimoriadna udalosť vznikne aj vtedy, keď pacient nepoužije signalizačné zariadenie. S týmto súhlasí z internistických odborov 32% sestier áno, 42% rozhodne áno a z chirurgických odborov 39% áno, 24% rozhodne áno. Výsledky nasvedčujú, že väčšina sestier považuje za mimoriadnu udalosť na svojom oddelení zľú adaptáciu pacienta na nemocničné prostredie, zmeny rovnováhy, zmeny vnímania

a pamäti. Jednou z príčin je aj komunikačná bariéra, imobilita, nepožiadanie pacienta o pomoc, či nepoužitie signalizačného zariadenia.

Cieľ 2. Zmapovať riziká, ktoré hrozia pacientom počas hospitalizácie v internistických a chirurgických odboroch.

U sestier sme sa snažili zmapovať možné riziká, ktoré hrozia pacientom počas hospitalizácie v zdravotníckych zariadeniach v Levoči a Krompachoch. Sestry mali možnosť zakrúžkovať jednu pravdepodobnosť možného výskytu mimoriadnej udalosti na ich pracovisku. Pri zakrúžkovaní čísla 1 – rozhodne nie, neočakáva sa žiadna pravdepodobnosť výskytu mimoriadnej udalosti alebo možného rizika, ktoré hrozí pacientom počas hospitalizácie. Číslo 2 alebo nie znamená, že vzniká nízka – zriedka sa vyskytujúca pravdepodobnosť možného výskytu mimoriadnej udalosti. Odpoveď sestier neviem (3) je možná pravdepodobnosť, kedy hrozí riziko 1 až 2x do roka. Ak sestry uviedli 4 (áno) je to očakávaná pravdepodobnosť výskytu alebo očakávané riziko. Rozhodne áno (5) znamená istú hrozbu výskytu, ktorá sa môže vyskytovať každý deň. Z toho dôvodu je potrebná identifikácia rizikového pacienta, vytýčením rizikových faktorov skríningovou metódou a pravidelné prehodnotenie zdravotného stavu pacienta. Informovaný súhlas pacienta je podmienkou každého vyšetrovacieho a liečebného výkonu. Pacient má právo odmietnuť alebo prerušiť zdravotný výkon. Informovanému súhlasu predchádza poučenie. Ošetrojúci zdravotnícky pracovník je povinný informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Ak sú pacienti informovaní, zapojení do procesu liečby, dosahujú nielen lepších výsledkov liečby, ale môžu tiež zohrávať veľkú úlohu v prevencii pochybení, a tým zvýšiť bezpečnosť poskytovanej starostlivosti. V každodennom živote zdravotníkov sa vyskytujú situácie, pri ktorých pacient odmieta navrhovanú liečbu. K tejto problematike sa z internistických odborov 25% sestier vyjadrilo nie, 15% rozhodne nie a z chirurgických odborov 27% nie, 23% rozhodne nie, nemá problém so súhlasom pacienta s výkonom, vyšetrením, liečbou. Odpovede sestier však poukazujú na fakt, že v klinickej praxi sa sestry stretávajú aj s tým, že pacient aj napriek poučeniu odmieta dať informovaný súhlas. Z uvedeného vyplýva, že spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, informovaný súhlas, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu sú súčasťou zápisu do zdravotnej dokumentácie (Trylčová, 2013). Na oddeleniach sa často vyskytujú riziká ako riziko pádu, nozokomiálne nákazy, nečitateľné záznamy v zdravotníckej dokumentácii, nedostatočná údržba zdravotníckej techniky alebo riziko chybnéj identifikácie pacienta. Šindelářová (2013) v roku 2011, z celkového počtu prijatých pacientov 3084, bolo 2003 rizikových (65%), 532 (17%) malo pád v anamnéze a 43 spadlo na oddeleniach, to je 1,4%. Podobné výsledky boli i v roku 2012, kedy z celkového počtu prijatých pacientov 3221 malo riziko pádu 2189 (68%), pád v anamnéze sa vyskytol u 552 (17%), a na oddeleniach spadlo 44, to je 1,4%. Domnievame sa, že príčinou je vysoký vekový priemer hospitalizovaných pacientov, v mnohých prípadoch i nedostatočný záujem o danú problematiku a v neposlednom rade nízky počet zdravotníckeho personálu. Na vzniku pádu v zdravotníckom zariadení sa môže podieľať tiež zmena prostredia pacienta, zmena zdravotného stavu, akútne zníženie samostatnosti, zahájenie rehabilitácie či zmena liekov. Sestry z internistických odborov sa k pádu pacienta vyjadrili nasledovne: 11% sestier odpovedalo nie, 36 % sestier rozhodne nie a z chirurgických odborov 23% nie, 38% sestier rozhodne nie. Horáková (2012) sa vo svojej práci zaoberala aj rizikami pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, kde bolo identifikované riziko pádu, tímom vyhodnotené s istou pravdepodobnosťou, ako riziko hroziace kontinuálne so strednými dôsledkami, ktoré môže spôsobiť až vážnu ujmu na zdraví.

Zaručená metóda prevencie vzniku dekubitov neexistuje, ale poznáme širokú škálu preventívnych opatrení, týkajúcich sa hlavne kvalitnej ošetrovateľskej techniky. Výsledky výskumu konštatujú, že so vznikom dekubitu súhlasia sestry z internistických odborov 27% sestier odpovedalo áno, 3% rozhodne áno a z chirurgických odborov 35% sestier áno súhlasí so vznikom dekubitu. Na porovnanie Miňhová (2011) uvádza, že 5 respondentov (4,9%) udáva, že vznik dekubitov u pacientov neočakáva, 12 respondentov (11,8%) sa domnieva, že vznik dekubitov sa vyskytuje zriedka, 54 respondentov (52,9%) tvrdí, že vznik dekubitov hrozí príležitostne a 31 respondentov (30,4%) udáva vysokú pravdepodobnosť výskytu dekubitov u pacientov. Vavrušková (2010) vo svojom výskume poukazuje na názory sestier na situácie, ktoré by považovali za mimoriadnu udalosť, ktorá by sa mala hlásiť. Alarmujúce je, že 45 % sestier nepovažuje dekubitus za mimoriadnu udalosť. Tento výsledok dokazuje, že je nutné pripraviť formulár na hlásenie výskytu dekubitov a sestry edukovať. Nemocničné nákazy, odborne nozokomiálne infekcie sú postrachom pacientov, lekárov a zdravotníckych zariadení. Nemocnice a zdravotnícke zariadenia sú z epidemiologického pohľadu rizikové pracoviská. Sú to infekčné pracoviská zaťažené vysokým rizikom vzniku a prenosu rôznych infekcií. Nemocnice na celom svete bojujú s týmto fenoménom s väčšími, či menšími úspechmi. Riziko vzniku nemocničnej nákazy narastá s dĺžkou hospitalizácie a množstvom vykonaných invazívnych vyšetrení. Nozokomiálna nákaza je rizikom vzniku mimoriadnej udalosti z hľadiska len 15% sestier áno, 11% sestier rozhodne áno a z chirurgických odborov

17% áno, 7% rozhodne áno. Podobný výskum robila Miňhová (2011), v ktorom z celkového počtu 102 respondentov (100%) hodnotí 12 respondentov (11,8%) stupeň rizika nozokomiálnej infekcie ako minimálne riziko, 25 respondentov (24,5%) hodnotí stupeň rizika ako nízke riziko, 28 respondentov (27,4%) hodnotí stupeň rizika ako stredné riziko, 32 respondentov (31,4%) hodnotí stupeň rizika ako vysoké riziko, 5 respondentov (4,9%) hodnotí stupeň rizika ako riziko extrémne.

Cieľ 3. Zistiť možný dopad uvedenej mimoriadnej udalosti na zdravotný stav pacienta v internistických a chirurgických odboroch.

V tejto časti príspevku sme zisťovali názory sestier na možný dopad uvedenej mimoriadnej udalosti na zdravotný stav pacienta. Číslo 1 znamená žiadny dopad na zdravotný stav pacienta – zdravie pacienta nie je poškodené, mierny dopad (2) je minimálne alebo dočasné poškodenie zdravia, stredný dopad (3) znamená stredne vážne poškodenie zdravia, ktoré vyžaduje predĺženú hospitalizáciu, vážny dopad (4) je vážne poškodenie zdravia, trvalé následky a katastrofický dopad (5) môže znamenať smrť pacienta. Jednou zo základných ľudských potrieb je potreba istoty a bezpečia. Je to potreba vyhnúť sa ohrozeniu a nebezpečenstvu. Pacient v priebehu hospitalizácie môže stratiť pocit bezpečia. Dôvody môžu byť rôzne, okrem obáv z výkonov, bolesti, nesamostatnosti a iných môže byť pocit bezpečia narušený nedôverou ku zdravotníckemu personálu, jeho odbornosti či spoľahlivosti. Zodpovednosťou každej sestry je zaistiť bezpečie pacienta. K tomu potrebuje mať dobrý prehľad o pacientovi, ktorému starostlivosť poskytuje, a o rizikách, ktoré ich môžu ohroziť, poškodiť či zhoršiť jeho zdravotný stav. Vyhodnotenie rizík spočíva v analýze identifikovaných rizík a určení priorít v ich riešení. Riziká musia byť vyhodnotené v dimenzii pravdepodobnosti výskytu i vážnosti následkov. Vznik dekubitu ako možný dopad na zdravotný stav pacienta z internistických odborov uviedlo 23% sestier žiadny, 24% mierny, 3% stredný, 21% vážny, 29% katastrofický a z chirurgických odborov 15% žiadny, 28% mierny, 13% stredný, 23% vážny, 20% katastrofický. Je nutné zmieriť sa s myšlienkou, že bez ohľadu na kvalifikáciu a dĺžku praxe aj sestry môžu pochybovať. Nozokomiálna nákaza má možný dopad na zdravotný stav pacienta. Z internistických odborov odpovedalo 34% sestier žiadny, 22% mierny, 11% stredný, 14% vážny, 20% katastrofický a z chirurgických odborov 23% sestier odpovedalo žiadny, 33% mierny, 10% stredný, 15% vážny, 14% katastrofický. Zámena vzorky biologického materiálu má dopad na zdravotný stav podľa sestier z internistických odborov u 9% sestier žiadny, u 27% mierny, u 41% stredný, u 12% vážny, u 15% katastrofický a z chirurgických odborov má u 10% žiadny, u 17% mierny, u 48% stredný, u 11% vážny, u 10% katastrofický. Výsledky dokazujú, že názory sestier na možný dopad uvedenej mimoriadnej udalosti na zdravotný stav pacienta sú rôznorodé. Hlbšou analýzou sa nám potvrdili štatisticky významné rozdiely medzi sestrami pracujúcimi v internistických a chirurgických odboroch pri posudzovaní príčin vzniku mimoriadnej udalosti, pri posudzovaní rizík a v názoroch sestier na možný dopad mimoriadnej udalosti na zdravotný stav pacienta.

Návrhy a odporúčania pre ošetrovateľskú prax

Na základe výsledkov výskumu môžeme navrhnúť všeobecne platné závery a odporúčania pre manažment zdravotníckych zariadení:

- zaistiť edukáciu sestier formou seminárov, kde by boli prezentované možné riziká pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, a to stratégiou ku zvýšeniu bezpečia pacientov,
- poskytnúť informácie o nežiadúcich udalostiach, ktoré sa vyskytli v ich nemocnici a v iných zdravotníckych zariadeniach.

Návrhy pre vedúce sestry:

- analyzovať mimoriadne udalosti na oddelení (príčiny, dôsledky incidentu),
- oboznámiť sestry s mimoriadnymi udalosťami, aby sa tak predišlo následkom,
- zabezpečiť dostatočný počet ošetrojúceho personálu, aby bola poskytnutá kvalitná ošetrovateľská starostlivosť.

Návrhy pre sestry:

- venovať zvýšenú pozornosť a dohľad nad rizikovým pacientom,
- poznať problematiku, ba aj možnosti prevencie mimoriadnych udalostí,
- oboznámiť sa s obsahom mimoriadnych udalostí - prevádzková schôdza, seminár,
- poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť podľa ošetrovateľských štandardov,
- správna edukácia pacienta a rodinných príslušníkov o prevencii mimoriadnych udalostí.

ZÁVER

Zaistiť poskytovanie bezpečnej starostlivosti je jednou z priorít zdravotníctva na všetkých úrovniach. Vyžaduje preto aktívne zapojenie odbornej, tak i laickej verejnosti. V tomto procese plní svoju úlohu štát, zdravotnícke zariadenie, pacient a zdravotnícki pracovníci. Cieľom je trvalé znižovanie rizík pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Aby sa však liečebná a ošetrovateľská starostlivosť stala bezpečnejšia, musia členovia multidisciplinárneho tímu byť presvedčení o vážnosti súčasnej situácie

a so zaujatím hľadať cesty, ako bezpečie pacienta zlepšiť a riziká pochybenia a nežiadúcich udalostí v našom

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. BAJAMOVÁ, E. - KRAJČÍK, Š. 2012. Nové usmernenia v prevencii a ošetrovaní dekubitov. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2012, roč. XI, č. 1 - 2, s. 20 - 22.
2. BALKOVÁ, I. 2004. Ako môžeme poškodiť pacienta. In Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia. ISSN 1336-183X, 2004, roč. II, č. 3, s. IX - X.
3. BARTEKOVÁ, A. 2012. Riadenie rizík pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2012, roč. XI, č. 5 - 6, s. 34 - 35.
4. BRIESTENSKÁ, K. 2005. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti na anestéziologicko-resuscitačnom oddelení. In Revue ošetrovateľstva a laboratórných metodík. ISSN 1335-5090, 2005, roč. XI, č. 1, s. 38 - 40.
5. FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. Ošetrovateľstvo – teória Martin : Osveta, 2005. 215 s. ISBN 978-80-8063-182-4.
6. FIEDEROVÁ, L. 2008. Sledování prevalence dekubitů jako indikátoru kvality péče ve Fakultní nemocnici Plzeň. Sestra. 2008, č. 11, s. 34-35. Dostupné z internetu: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra-priloha/sledovani-prevalence-dekubitu-jako-indikatoru-kvality-pece-ve-fa-397981>.
7. FRANTOVÁ, M. - BEŤKOVÁ, M. 2010. Prevencia pádov u hospitalizovaných pacientov. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2010, roč. IX, č. 1 - 2, s. 14 - 15.
8. GÁŽIOVÁ, M. 2012. Právna zodpovednosť za medikačné omyly. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2012, roč. XI, č. 11 - 12, s. 16 - 17.
9. GYALOGOVÁ, J. 2009. Stratégia manažmentu rizík. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2009, roč. VIII, č. 7 - 8, s. 30 - 31.
10. HANZLOVÁ, E. a kol. 2008. Management rizik ošetrovateľské péče v českých nemocnicích. In Sestra. ISSN 1210-0404, 2008, roč. 18, č. 10, s. 30 - 31.
11. HORÁKOVÁ, A. 2012. Projekt řízení rizik při poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních. Zlín : Fakulta managementu a ekonomiky. 2012. Diplomová práce. 106 s.
12. JAKUŠOVÁ, V. 2010. Základy zdravotníckeho manažmentu. Martin : Osveta, 2010. 142 s. ISBN 978-80-8063-347-9.
13. KATUŠČÁK, D. 2008. Ako písať záverečné a kvalifikačné práce. Nitra : Enigma, 2008. 161 s. ISBN 978-80-89132-45-4.
14. KELČÍKOVÁ, S. 2008. Hygiena rúk v zdravotníckych zariadeniach. In Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia. ISSN 1336-183X, 2008, roč. VI, č. 4, s. IX - X.
15. KELČÍKOVÁ, S. - KUČMOVÁ, S. 2012. Hygiena rúk, významný faktor prevencie nozokomiálnych infekcií na urologickej klinike. In Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia. ISSN 1336-183X, roč. X, č. 1, s. I - IV.
16. KOLLÁROVÁ, L. - DEMO, S. 2012. Dekubit – stále pretrvávajúci ošetrovateľský problém. In Revue medicíny v praxi. ISSN 1336-202X, 2012, roč. 10, č. 5, s. 17 - 18.
17. KONTOVÁ, E. 2011. Preležaniny vo svetle právnych predpisov. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2011, roč. XI, č. 7 - 8, s. 32 - 33.
18. LANGŠÁDL, L. 2011. Sestra a infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X, č. 9 - 10, s. 22 - 24.
19. LANGŠÁDL, L. 2011. Pôvodcovia nozokomiálnych infekcií a cesty ich prenosu. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X, č. 9 - 10, s. 11 - 12.
20. LANGŠÁDL, L. 2012. Hygiena rúk v zdravotníctve. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2012, roč. XI, č. 1 - 2, s. 24.
21. LÍŠKOVÁ, M. a kol. 2012. Mimoriadne udalosti ako aspekt starostlivosti. In Aspekty práce pomáhajících profesí. Sborník. Praha : Manus, 2012. ISBN 978-80-86571-15-7, s. 185 - 194.
22. MARX, D. 2008. Analýza rizika při poskytování zdravotní péče - možnosti prevence [online]. 2008 [citované 2014-11-01]. Dostupné na internete: WWW:<<http://www.euroeduka.eu/stahnout/20080924/4.pdf>>.
23. MASKALÍKOVÁ, T. 2009. Systém zabezpečenia kvality ošetrovateľskej starostlivosti. In Medicínsko – ošetrovateľské listy Šariša. Zborník. Prešov : Prešovská univerzita, 2009. ISBN 978-80-8068-882-0, s. 122 - 124.
24. MATIŠÁKOVÁ, I. - GERLICHOVÁ, K. 2011. Prevencia dekubitov u geriatrického pacienta. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2011, roč. XI, č. 7 - 8, s. 29 - 31.
25. MIERTOVÁ, M. a kol. 2011. Vybrané aspekty ošetrovania dekubitov. In Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia.. ISSN 1336-183X, 2011, roč. IX, č. 2, s. X - XII.

26. MIŇHOVÁ, M. 2011. Vybraná bezpečnostní rizika v ošetrovateľskej praxi. České Budejovice : Zdravotně sociální fakulta. 2011. Bakalárska práca. 96 s.
27. MOROVICSOVÁ, E. 2008. Iatropatogénia, sorrorigénia a možnosti ich prevencie. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2008, roč. VII, č. 7 - 8, s. 22 - 23.
28. RALBOVSKÁ, R., KNEZOVÍČ, R. 2010. Management. Praha: Evropské vzdělávací centrum. 2010. 120 s. ISBN 978-80-87386-04-0
29. STRAKOVÁ, E. a kol. 2011. Riziká vzniku dekubitů. In Sborník k IV. Mezinárodní konference všeobecných sester a pracovníků vzdělávajících nelékařská zdravotnická povolání. 2011. ISBN 978-80-7399-196-8, s. 247 - 250.
30. ŠEBEKOVÁ, V. Najčastejšie pochybenia sestier. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2010, roč. IX, č. 1 - 2, s. 4 - 5.
31. ŠINDELÁŘOVÁ, E. 2013. Problematika pádů na lůžkovém oddělení z pohledu všeobecné sestry. Plzeň : Fakulta zdravotnických odborů. Bakalárska práca. 2013. 81 s.
32. ŠKRLA, P. - ŠKRLOVÁ, M. 2008. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
33. VAVRÚŠKOVÁ, G. 2010. Management rizik. Olomouc : Fakulta zdravotnických věd. Diplomová práca. 2010. 90 s.
34. VYBÍHALOVÁ, L. 2011. Problematika pádů u geriatrických pacientů. In Sestra. ISSN 1210-0404, 2011, roč. 21, č. 4, s. 44 - 45.
35. Vyhláška MZ SR č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia
36. WICZMÁNDYOVÁ, D. 2011. Základy manažmentu v sociálnej práci. Učebné texty. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2011. 43 s.
37. TRYLČOVÁ, M. 2013. Zdravotnícka dokumentace. Plzeň : FZS. 2013. Diplomová práca. 107 s.

Kontakt na autora:

PhDr. Ivana Argayová, PhD.

Katedra UZS FZO PU v Prešove

ivana.argayova@unipo.sk

REŠPEKTOVANIE PRÁV UMIERAJÚCICH PACIENTOV V KLINICKJ PRAXI

Cinová, J., Ondriová, I., Šuličová, A., Šantová, T., Šimová, Z.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov,
Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Autori v príspevku do pozornosti uvádzajú problematiku rešpektovania práv umierajúcich pacientov v klinickej praxi. Poukazujú na výsledky prieskumu zameraného na vnímanie náročnosti rešpektovania práv umierajúcich pacientov z pohľadu zdravotníckej verejnosti. Respondetmi prieskumu boli sestry a lekári poskytujúci paliatívnu starostlivosť umierajúcim, nevynímajúc ani detských pacientov.

Kľúčové slová: Umierajúci pacient. Dôstojnosť. Práva umierajúcich. Zdravotnícka verejnosť. Ošetrovateľská prax. Medicínska prax.

Abstract

The authors have focused to the issue of respecting the rights of dying patients in clinical practice. They point to the results of a survey on the perception of difficulty respecting the rights of dying patients in terms of healthcare. The respondents research were doctors and nurses providing palliative care to patients dying and pediatric patients, too.

Keywords: Dying patient. Dignity. Rights dying. Public health. Nursing practice. Medical practice.

Úvod

V minulosti u pacientov neboli rešpektované žiadne práva a to z dôvodu preferovania paternalistického prístupu. O formulovaných právach pacienta sa začína postupne uvažovať až na začiatku 70. rokov 20. storočia, kedy sa ľudia stávajú vzdelanejšími, chcú prevziať plnú zodpovednosť za svoj život. Jeden z prvých kódexov Práv pacientov formuloval v roku 1971 David Anderson (farmakológ, Virginia). Následne v roku 1972 prijala Asociácia amerických nemocníc *Práva pacientov*, ktorých uplatňovanie v klinickej praxi je v súčasnosti samozrejmosťou vo všetkých vyspelých krajinách. Chrániť a rešpektovať základné ľudské práva, zvlášť ľudskú dôstojnosť patrí k etickým povinnostiam sestry a lekára. Tri fenomény, akými sú narodenie, život a smrť predstavujú univerzálnu a nevyhnutnú skúsenosť ľudstva, ako aj samotného jedinca. Jednu z mnohých náročných situácií, ktorými sú sestra a lekár konfrontovaný počas klinickej praxe predstavuje stretnutie sa so smrťou a umieraním. Etické otázky súvisiace s problematikou umierania a smrti predstavujú po stránke ľudskej a profesionálnej najnáročnejšiu oblasť, nakoľko smrť zasahuje človeka v oblasti biologickej, psychickej, no nevynímajúc ani oblasť sociálnu (Haškovcová 2002, In: Aadland, Matulayová 2011). Každý umierajúci človek má právo zomrieť pokojnou a dôstojnou smrťou, bez rozdielu veku, pohlavia, národnosti, farby pleti či iných atribútov. Je len na zdravotníckych pracovníkoch, do akej miery sú schopní toto právo pacientom umožniť. Zdravotnícka verejnosť má voči umierajúcim oveľa väčšie záväzky, ako len tie medicínske a ošetrovateľské (Novotný, Novotná, Ondriová 2010). Umieranie s utrpením je častou príčinou, ktorá významným spôsobom dehonestuje dôstojnosť človeka. Väčšina umierajúcich pacientov (približne 80% onkologických) trpí silnými bolesťami, bez optimálnej úľavy (Janáčková 2007). Právo na dôstojné umieranie má v sebe zakoncipované aj zrieknutie sa „úpornej liečby“, čo sa ale nepokladá za eutanáziu (Nemečková a kol. 2008, In: Aadland, Matulayová 2011). Dôstojné umieranie v sebe neoddeliteľne spája nielen kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej a lekárskej starostlivosti ale aj pacientovo subjektívne hodnotenie a prežívanie konca života. Kvalita života umierajúceho pacienta vychádza z toho, ako pacient svoju nepriaznivú a nezvratnú situáciu vníma, ako ju hodnotí on sám. Medzi základné práva, ktorých rešpektovanie je predpokladom dôstojnej smrti patria právo na úľavu, zmiernenie bolesti a utrpenia, právo na poskytnutie humánnej starostlivosti, právo na to, aby umierajúceho v posledných chvíľach života sprevádzala osoba jemu blízka. Umierajúci pacient má zároveň právo na dôsledné rešpektovanie písomnej žiadosti ne byť resuscitovaný alebo odmietnuť liečbu (Magurová, Rybárová, Cibriková 2007). V klinickej praxi to predstavuje rešpektovanie pacienta, ktorý je ľudskou bytosťou až do smrti.

Metodológia a vzorka prieskumu

Jedným z čiastkových cieľov prieskumného zistenia bolo identifikovať mieru náročnosti rešpektovania práv umierajúcich pacientov z pohľadu zdravotníckej verejnosti. Údaje sme od respondentov získavali jednotlivými položkami v nami vytvorenom neštandardizovanom dotazníku. Vzorku prieskumu tvorilo v celkovom počte 70 respondentov v zastúpení zdravotníckej verejnosti/ lekári a sestry poskytujúci

paliatívnu starostlivosť v prešovskom a košickom kraji. Prvú skupinu respondentov tvorilo 50 sestier (96 % žien a 4 % mužů), respondentmi druhej skupiny boli 20 lekári (55 % mužů a 45 % žien).

Analýza a interpretácia parciálnych zistení prieskumu

Tabuľka 1 Miera náročnosti rešpektovania práv dospelého umierajúceho pacienta

<i>možnosti odpovedí</i>	sestra		lekár	
	n	%	n	%
právo na úľavu a zmiernenie bolesti	20	24	9	26
právo na humánnu starostlivosť	12	14	5	15
právo na sprevádzanie blízkou osobou	17	20	5	15
právo na dôstojné zomieranie	19	22	10	29
právo nebyť resuscitovaný alebo odmietnuť aplikáciu liečebných zákrokov a postupov	17	20	5	15

Z prieskumného zistenia, na ktorom sa zúčastnilo 50 sestier (100%) a 20 lekárov (100%) konštatujeme, že pre obe skupiny respondentov je náročné rešpektovať v klinickej praxi práva umierajúcich pacientov. Ich vyjadrenia k vnímaniu náročnosti v rámci jednotlivých práv umierajúcich boli nasledovné: možnosť rešpektovania *práva na úľavu a zmiernenie bolesti* označilo za náročné 20 sestier (24%) a 9 lekárov (26%), možnosť uplatňovať *právo na humánnu starostlivosť* označilo 12 sestier (14%) a 5 lekárov (15%), možnosť uplatňovať *právo na sprevádzanie blízkou osobou* označilo 17 sestier (20%) a 5 lekárov (15%), možnosť *práva na dôstojné zomieranie* uviedlo 19 sestier (22%) a 10 lekárov (29%). Náročné v praxi je pre 17 sestier (20%) 5 lekárov (15%) uplatňovať *právo na dôsledné rešpektovanie písomnej žiadosti nebyť resuscitovaný alebo odmietnuť aplikáciu liečebných zákrokov a postupov*.

Tabuľka 2 Miera náročnosti rešpektovania práv umierajúcich detí

<i>možnosti odpovedí</i>	počet respondentov (n)	%
právo na úľavu a zmiernenie bolesti	39	78
právo na humánnu starostlivosť	6	12
právo na sprevádzanie blízkou osobou	20	40
právo na dôstojné umieranie	31	62

Prieskumného zisťovania v rámci problematiky náročnosti rešpektovania práv umierajúcich detí sa zúčastnilo 50 (100%) sestier poskytujúcich paliatívnu starostlivosť umierajúcim deťom. Z výsledkov prieskumu je evidentné, že najnáročnejšie je pre 39 (78%) sestier v praxi rešpektovať *právo na úľavu a zmiernenie bolesti*. Náročné je zároveň pre 31 (62%) sestier rešpektovať a v praxi uplatňovať *právo na dôstojné umieranie*.

Diskusia

Zdravotnícky pracovníci sú viazaní povinnosťou realizovať také kroky, intervencie, ktoré sú výlučne orientované v prospech pacienta. To znamená nezostať nečinný, ale aktívne sa zaoberať potrebami každej sféry bytia aj umierajúceho pacienta. U umierajúcich pacientov to predstavuje všestranné uspokojovanie potrieb, rešpektovanie práv, individuálnych a vekových osobitostí, rovnako ako aj štádií ochorenia. Hegyi a kol. (2000) klasifikujú práva nevyliciteľne chorých a umierajúcich do troch dominantných skupín s dôrazom na právo komplexnej paliatívnej starostlivosti, právo na sebaurčenie a slobodné rozhodovanie, nevynímajúc ani právo na život a ochranu proti úmyselnému usmrteniu. V praxi to konkrétne predstavuje rešpektovanie práva pacienta smerujúceho k tomu, aby až do jeho smrti bol rešpektovaný ako ľudská bytosť. Ďalej zdôrazňujú, že umierajúci pacient má právo na nádej a nezáleží na tom, že sa mení jeho životná perspektíva. Má právo vyjadriť svoje city a emócie týkajúce sa starostlivosti o neho, ako aj právo na stálu starostlivosť i napriek tomu, že sa cieľ „uzdravenie“ z jeho choroby mení na „zachovanie pohodlia a kvality života“. Okrem iného má právo nezomrieť opustený a tiež byť ušetrený bolesti. Má právo na poctivé odpovede na svoje otázky a nebyť klamaný. Umierajúci

pacient má právo na pomoc rodiny a na pomoc pre rodinu v súvislosti s prijatím svojej smrti. Má právo zomrieť v pokoji, dôstojne a pritom si uchovať svoju individualitu. V neposlednom rade je nutné rešpektovať právo umierajúceho na láskavé pochopenie svojich rozhodnutí, názorov a byť ošetrovaný pozornými, láskavými, citlivými a skúsenými ľuďmi. Základné práva odvodené z dôstojnosti smrteľne chorých a umierajúcich sú však neustále ohrozené mnohými faktormi. Medzi tieto faktory Munzarová (2005) zaraďuje nedostatočnú dostupnosť paliatívnej starostlivosti a kontroly bolesti, zanedbávanie starostlivosti o telesné utrpenie a nedostatočný ohľad na psychosociálne a spirituálne potreby, umelé predlžovanie procesu umierania, nedostatočnú vzdelanostnú úroveň tých, ktorí poskytujú paliatívnu starostlivosť, obmedzenú alebo žiadnu starostlivosť a podporu blízkym umierajúceho pacienta, obavy pacienta zo straty autonómie, úplnej závislosti, chýbajúce alebo nevhodné sociálne inštitucionálne prostredie, ktoré umožňuje pokojnú rozlúčku pacienta s príbuznými a priateľmi. Fabuš, Kulichová, Ondrová (2007) apelujú, že je potrebné zmeniť ľahostajnosť zdravotníckej a laickej verejnosti k problematike umierania, k problematike umierajúcich chorých. Výsledky realizovaných empirických zistení, ktoré sú obsahom tohto príspevku sú predstreté parciálnym spôsobom, no v závere konštatujeme, že poskytovanie paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti, ako aj paliatívnej medicíny má v súčasnosti významné opodstatnenie. Z tohto dôvodu je potrebné v tejto oblasti realizovať aj výskumy v oveľa väčšej miere, na základe ktorých by navrhnuté odporúčania boli efektívnym prínosom pre ošetrovateľskú a medicínsku prax.

Záver

Práva pacientov nie sú zákonné normy, ale etické. Z tohto vyplýva, že ich nedodržiavanie v klinickej praxi nemôže byť súdne vymáhané ani trestané. Uplatňovanie etických noriem a ich transformáciu do mravných povinností významne ovplyvňujú etické komisie a vedúci pracovníci jednotlivých kliník/oddelení (Ondriová a kol., 2015). Napriek významným pokrokom v zdravotníctve sú pacienti dennodenne konfrontovaní s porušovaním ich práv. Aj keď pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti máme pred sebou ešte dlhú cestu, snahy všetkých kompetentných by mali nepretržite smerovať k jej skvalitňovaniu. Je nutné vyzdvihnúť poskytovanie paliatívnej starostlivosti na Slovensku na štandard európskych krajín. Nespochybniteľným je aj fakt, že kvalita paliatívnej starostlivosti bude narastať iba za predpokladu, ak kvalita života terminálne chorých a umierajúcich pacientov nadobudne prednosť pred ekonomickým faktorom.

Zoznam bibliografických odkazov

1. AADLAND, E., MATULAYOVÁ, T. a kol. 2011. *Etické reflexie v pomáhajúcich profesiách*. Prešovská univerzita v Prešove, 2011, 192 s., ISBN 978-80-555-0331-8.
2. CINOVÁ, J., ONDRIOVÁ, I. 2012. *Hodnotenie paliatívnej starostlivosti*. Košice: 2012, ISBN 978-80-971061-0-2.
3. FABUŠ, S., KULICHOVÁ, M., ONDROVÁ, L. 2007. Liečba nevyliciteľných na Slovensku. In *Bolest*, 2007, roč. 10, č. 2, s. 18. ISSN 1212- 0634.
4. HUDÁKOVÁ, A., OBROČNÍKOVÁ, A., CINOVÁ, J. 2011. Potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia. In: *Zborník Ošetrovateľstvo medzi teóriou a praxou*. 1. vydanie, Tatranská Kotlina, 2011. s. 298 - 306. ISBN 978-80-89542-06-2.
5. HUDÁKOVÁ, Z. 2011. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava: Tlačiareň sv. Alžbety, s.r.o. 2011. 342 s. ISBN 978-80-8132-016-3.
6. MAGUROVÁ, D., RYBÁROVÁ, L., CIBRÍKOVÁ, S. 2007. Charta práv umierajúcich pacientov a etické princípy paliatívnej starostlivosti. In *Molisa 4*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2007, s. 107-108, ISBN 978-80-8068-622-2.
7. NOVOTNÝ, R., NOVOTNÁ, Z., ONDRIOVÁ, I. 2010. Kontextuálny transkultúrny medicínsky model v etike zodpovednosti. In *Molisa 7*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2010. ISBN 978-80-555-0233-5, s. 98-99.
8. ONDRIOVÁ, I. a kol. 2014. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej etiky*. Vydavateľstvo PU v Prešove, 2014, 141 s., ISBN 978- 80- 555 – 1176- 4.
9. ONDRIOVÁ, I. a kol. 2015. *Vybrané kapitoly zo zdravotníckej etiky*. Vydavateľstvo PU v Prešove, 2015, 192 s., ISBN 978- 80- 555 – 1507- 6.
10. ONDRIOVÁ, I. a kol. 2015. *Vybrané kapitoly z manažérskej etiky*. Vydavateľstvo PU v Prešove, 2014, 100 s., ISBN 978- 80- 555 – 1120 - 7.

Kontakt na autora:

PhDr. Mgr. Jana Cinová, PhD.

Katedra OSE FZO PU v Prešove

jana.cinova@unipo.sk

MOŽNOSTI TERAPIE A VÝBERU VHODNEJ NÁHRADY PREDNÉHO SKRÍŽENÉHO VÄZU KOLENA U ŠPORTOVCOV

Čuj J.^{1,2}, Gajdoš M.^{1,2}, Kozel M.¹, Kračmar B.²

¹Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra fyzioterapie

²Univerzita Karlova v Prahe, Fakulta telesnej výchovy a športu, Katedra športu v prírode

Abstrakt

Plastika predného skríženého väzu kolena (*ligamentum cruciatum anterior*) sa stáva čoraz častejším operačným zákrokom pri poškodení alebo ruptúre tohto väzu u vrcholových športovcov, rekreačných športovcov, ale aj u bežnej populácie. Pri neustálom napredovaní rôznych operačných techník v ortopédii ale aj v iných lekárskejších odboroch, sme sa zamerali na porovnanie dvoch najčastejších odoberaných štepov, ktoré sú následne implantované v mieste chýbajúceho väzu. Zamerali sme sa na miesto odobratia štepu, spôsob implantácie a ukotvenia štepu, a predovšetkým sme porovnali odolnosť štepov voči zaťaženiu. Porovnali sme aj názory a skúsenosti viacerých lekárov, ortopédov, ktorý štep odporúčajú pre aktívnych športovcov a pre nešportujúcu populáciu.

Kľúčové slova: Kolenný kĺb. Predný skrížený väz. Artrioskopia.

Abstract

The sculpture of cruciatum anterior ligament (LCA) is becoming more and more frequent surgical operation for an injury or rupture of this ligament in elite athletes, recreational athletes, but often in the general population. With the constant progress of various surgical techniques in orthopedics but also in other medical specialties we aimed to compare two most common subscribed grafts are implanted in place of the missing ligament. We focused at the place of graft, implantation method of anchoring a graft, and above all, we compared the resistance versus load of both grafts. We compared the views and experience of several practitioners, orthopedists, which graft is recommended for active athletes and the general population.

Key words: The knee. The cruciatum anterior ligament. The arthroscopy.

Úvod

K poraneniu štruktúr kolenného kĺbu dochádza v dnešnej dobe čoraz častejšie nielen u vrcholových alebo rekreačných športovcov, ale aj u bežnej populácie. Vzrastanie počtu takýchto poranení prispieva aj dnešná zrýchlená doba, väčšie nároky na jedinca, hlavne pri vrcholovom športe, nedostatočná regenerácia, ale aj zdokonalenie športového vybavenia a podmienok, ktoré vedú k zvýšeniu rýchlosti a tým aj k zvýšeniu rizika poškodenia pohybového aparátu.

Pri poranení mäkkých štruktúr kolena dochádza najčastejšie k poškodeniu meniskov a predného krížneho väzu. Kolenný kĺb je najzložitejším kĺbom v ľudskom tele, zároveň je jeden z nosných kĺbov, preto je vystavený neustálemu mechanickému zaťaženiu. Pre funkciu nosného kĺbu má vytvorené najkomplikovanejšie zosilňujúce kĺbne väzy (*ligamentum cruciatum anterior* - LCA, *ligamentum cruciatum posterior* - LCP, *ligamentum collaterale mediale*, *ligamentum collaterale laterale*, *ligamentum popliteum obliquum* (obr. 1)). Hlavnými funkciami väzov sú stabilizácia kolena, zamedzenie abnormálneho posunu a rotáciám kĺbných plôch. Kolenný kĺb má dve hlavné funkcie, umožňuje rozsah pohybu medzi tíbiou a femurom a zabezpečuje optimálny prenos tlakových síl, ktoré vznikajú svalovou činnosťou a telesnou hmotnosťou. Základným postavením kolenného kĺbu je extenzia. V tomto postavení sú napnuté postranné ligamentá a väzy na dorzálnnej strane kĺbneho puzdra. Toto postavenie nazývame „uzamknuté koleno“. Aktívny pohyb kolena do flexie je v rozsahu asi 140°, pasívne môžeme dosiahnuť rozsah pohybu 160°. Pri pohybe kolena do flexie a extenzie sú koordinátormi pohybu skrížené väzy kolena. Pri pohybe kolena do rotácie musí byť koleno vo flexii, pri extendovanom kolennom kĺbe je rotačný pohyb nemožný z dôvodu napnutia postranných kolenných väzov.



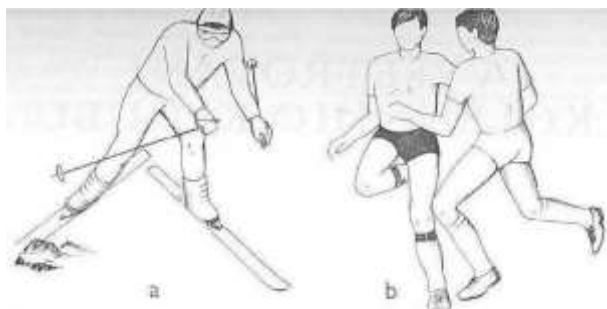
Obrázok č. 1 Ligamentá kolenného kĺbu

Skrížené väzy kolena

LCA začína na vnútornej ploche mediálneho kĺbneho kondylu stehennej kosti a pokračuje na prednú interkondylárnu plochu. Je tvorený dvoma zväzkami, anteromediálnym a posteromediálnym podľa toho ako sú umiestnené na tibii.

Voči posterolaterálnemu zväzku, ktorý je postavený viac dorzálne a kaudálne je v oblasti femuru umiestnený zväzok anteromediálny viac proximálne a ventrálne. Predný skrížený väz spolu so zadným skríženým väzom zabezpečujú stabilitu kolena v sagitálnej rovine. LCA zabráňuje tibii vo ventrálnom posune, LCP bráni posunu tibie dorzálne. Flexory kolena ťahajú tibiou dorzálnym smerom a tým chránia predný skrížený väz, vďaka tomu sú flexori kolena synergistami LCA, naopak extenzory sú synergistami LCP. Oba skrížené väzy kolena zabráňujú hyperextenzii kolenného kĺbu (Gross, 2005; Čihák, 2006; Kolař, 2009).

K poraneniu LCA dochádza predovšetkým pri športovej aktivite, kedy je spôsobené najčastejšie priamym násilím, dôsledkom poranenia LCA najmä u populácii športovcov je dlhé vynútené prerušenie ich športových aktivít (Thacker, 2003). Štatisticky je známe, že ruptúra LCA je 10krát častejšia ako ruptúra LCP (Podškupka, 2005). Poranenia predného skríženého väzu sú často spojené s poškodením mediálnych štruktúr - ligamentum collaterale mediale a meniscus medialis, dohromady označované ako „unhappy trias” (Hart, Štipčák 2010). Riziko poranenia je u ženskej populácie vyššie ako u mužskej, je to zapríčinené väčšou laxacitou ligament, menším svalovým objemom, mierne oneskorenou svalovou odpoveďou a možno aj vplyvom hormónov (Šingliarová, 2012). Mechanizmus poškodenia LCA je násilná vnútorná rotácia počas terminálnej fázy extenzie, typické u futbalu a pri lyžovaní (obr. 2). Ďalšia možnosť poškodenia je pri násilnej hyperextenzii, napríklad ak sa futbalista netrafí nohou do lopty, vplyvom pokračujúcej zotrvačnosti dôjde ku hyperextenzii kolena a k poškodeniu LCA. K ojedinelému poškodeniu dochádza pri dvíhaní ťažkého bremena z podrepu plnou silou extenzorov. Vplyvom ťahu m. quadriceps femoris môže dôjsť k ventrálnemu posunu tibie s následnou ruptúrou LCA. Pri úraze 30-50% pacientov udáva pocit počuteľného prasknutia, u väčšiny pacientov dochádza k výraznému opuchu a hemartros (Podškupka, 2005; Kolař, 2009; Kendrová, 2015).



Obrázok č.2 Poranenie väzivového aparátu kolenného kĺbu

U lyžiara (a) sa jedná o poškodenie pravého kolenného kĺbu, u futbalistu vľavo (b) ide o poškodenie ľavého kolenného kĺbu.

Pri vyšetrovaní poraneného predného skríženého väzu postupujeme podľa Bartoníčka (2004) systematicky a to najskôr odoberaním anamnézy, pri ktorej nás predovšetkým zaujíma mechanizmus úrazu. Pokračujeme vyšetrením aspekciou, kde porovnávame obe dolné končatiny. Sledujeme opuch, sfarbenie kože, jazvy, valgozitu alebo varozitu. Palpačným vyšetrením sledujeme výpotok a pohyblivosť pately, následne vyšetříme rozsahy pohyblivosti oboch kolenných kĺbov do flexie, extenzie a rotácie. Po týchto vyšetreniach pristupujeme k vyšetreniu stability kolena. Testy pre zhodnotenie poškodenia LCA sú Lachmanov test a predný zásuvkový test (Dungl, 2005; Kolař, 2009).



Obrázok č.3 MRI snímka ruptúry LCA

Terapia poškodeného LCA

Konzervatívna terapia je v súčasnosti pri poškodení LCA indikovaná čoraz menej (Liddle, 2008). Táto terapia sa doporučuje predovšetkým pri čiastočných ruptúrach, pri osobách staršieho veku, ktorý majú nízku pohybovou aktivitu. Využíva sa aj u osôb, ktoré majú výrazne vyvinuté svalstvo v oblasti kolena, ktoré udrží koleno stabilné, v neposlednej rade sa ku konzervatívnej terapii pristupuje u mladších jedincov, u ktorých sa ešte neukončil rast (Liddle, 2008). Ako kompenzáciu funkcie poškodeného LCA môžeme využiť zvýšenú aktivitu synergistov predného skríženého väzu, teda m. biceps femoris, m. semitendinosus a m. semimembranosus. Miera kompenzácie závisí na stave neuromuskulárneho systému danej oblasti (Chaloupka, 2001).

Operačná terapia je pri liečbe ruptúry LCA stále čoraz viac využívaná. Dôvod pre voľbu operačnej terapie je hlavne v skvalitnení operačných techník a postupov. Ďalším dôvodom sú aj neustále sa zvyšujúce nároky na pohybovú aktivitu jednotlivca. Operačná terapia zabráňuje vzniku osteoporózy (Montgomery, 2011). K akútnej operácii sa pristupuje len zriedka, pre nie príliš priaznivé pooperačné výsledky spojené s vznikom artrofibrózy. Operácia sa zvyčajne odkladá na dobu 6 - 8 týždňov po úraze (Rybka, 2006).

Samotný operačný výkon sa prevádza artroskopicky. Používajú sa rôzne druhy náhrad väzu - štepy z:

- ligamentum patellae ,
- šľacha m. semitendinosus,
- náhrady od darcov (Višňa, 2007).

V súčasnej dobe sa najčastejšie používajú štepy z ligamentum patellae a z šľachy m. semitendinosus. Štep z ligamentum patellae (obr. 4), nazývaný B-T-B (bone-tendo-bone), je obvykle vyberaný pre športovcov s vysokými nárokmi na pohybovú záťaž a teda ja na pevnosť štepu. Naopak štep z šľachy m. semitendinosus je vhodnejší pre menší rez a menšiu femuropatelárnu bolesť. Využíva sa najmä u pacientov, ktorý pracujú v kľaku (Hart, 2007).

V porovnaní kvality patelárneho štepu a štepu z hamstrigov vyplýva, že z dlhodobého hľadiska nie sú rozdiely medzi zvolenými štepami. Novšie štúdie z roku 2011 poukazujú na to, že u pacientov so štepom z ligamentum patellae je výskyt osteoartrózy vyšší (Sajovic, 2011), podľa štúdie autora Granan (2009) sa predpokladá, že sa každý mesiac od ruptúry LCA zvyšuje poškodenie chrupavky o 1%.

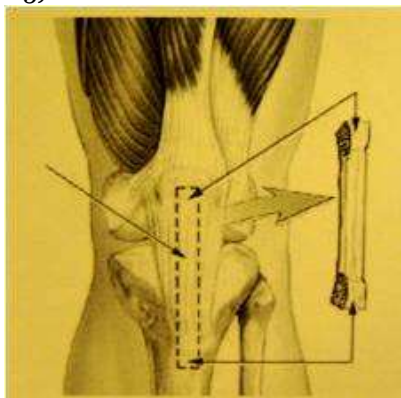


Obrázok č. 4 Patelárny (B-T-B) štep

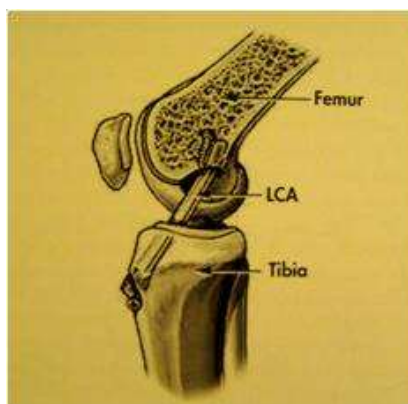
Príčiny zlyhania štepu vo svojej štúdii popísal Akhtar (2011). Zo štúdie vyplýva, že zlyhanie štepu zapríčinilo v 52% traumatické poškodenie. Nasleduje biologické zlyhanie v 40% prípadoch a za 5,5% zodpovedajú technické chyby pri implantácii štepu. U 2% pacientov bola ruptúra štepu spôsobená infekciou. Autori poukazujú na potrebu edukácie pacientov ako prevenciu následných traumatických poškodení.

Patelárny (B-T-B) štep

Pri voľbe patelárneho štepu sa odoberá stredná časť úponovej šľachy m. rectus femoris pod patelou s dvomi kostnými časťami na oboch koncoch štepu (obr.5). Jedna časť kostného ukončenia štepu je odobratá z pately a druhá koncová časť z tibie. Odoberatý štep je asi 10cm dlhý a 9mm široký, upravený v mieste kostených ukončení (Lupták,2012). Štep sa po upravení artroskopicky implantuje do kolenného kĺbu v mieste pôvodného LCA a následne sa pevne zafixuje. Časom prechádza histologickou prestavbou a vhojením do okolitých kostí. Po 6 mesiacoch sa štep úplne zahojí a vzniká takmer plnohodnotná náhrada pôvodne poškodeného väzu. Z hľadiska biomechaniky je tento štep veľmi pevný a odolný voči zaťaženiu, avšak pacienti sa pomerne často sťažujú na bolesť v oblasti miesta odobratia štepu. Tento typ štepu je vhodný najmä pre aktívnych športovcov a pre športy s rotačnou záťažou kolena (Hart, Štipčák, 2010; Kendrová, 2015).



Obrázok č.5 Schéma odobratia B-T-B štepu



Obrázok č.6 Schéma umiestnenia štepu

Štep z hamstringov - STGR technika

Pri tejto operačnej technike sa odoberajú dve šľachy zo skupiny priťahovačov stehna z m. semitendinosus a m. gracilis (STGR - SemiTendinosus GRacilis). Odoberá sa približne 20cm šľachy, ktorá sa upravuje do tvaru štvorpletenca s dĺžkou asi 10cm a hrúbkou 7 - 9mm (Lupták, 2012). Takto pripravený štep sa artroskopicky implantuje do kolena v mieste pôvodného LCA a zafixuje sa pomocou vstrebateľných skrutiiek. Časom, ako pri B-T-B štepe, prechádza k histologickej prestavbe a vhojením do okolitých štruktúr. Štep je pripravený na plnú záťaž po 6 - 8 mesiacoch (obr. 7). Tento typ štepu je výhodnejší z hľadiska menšej pooperačnej bolesti v oblasti kolenného kĺbu, nevýhoda štepu je dlhší čas zrastania štepu a následné oslabenie sily flexorov kolenného kĺbu o 10% a v porovnaní s B-T-B štepom má menšiu pevnosť (Hart, Štipčák, 2010). Štep z hamstringov je indikovaný najmä u žien, seniorov, mladých jedincov kde došlo k ruptúre počas rastu a po uzávere rastových chrupaviek, pri dysplázii pately (Musil, 2005).



Obrázok č. 7 STGR štep

Diskusia

Možnosti liečby pri ruptúre LCA sú dve, operačná alebo konzervatívna terapia. Voľba terapie závisí na viacerých faktoroch. Predovšetkým záleží na veku pacienta a na poškodení pridružených okolitých štruktúr. Ďalej sa berie do úvahy športová aktivita pacienta, stupeň nestability kolena a motivácia pacienta k vyliečeniu (Dungl, 2005).

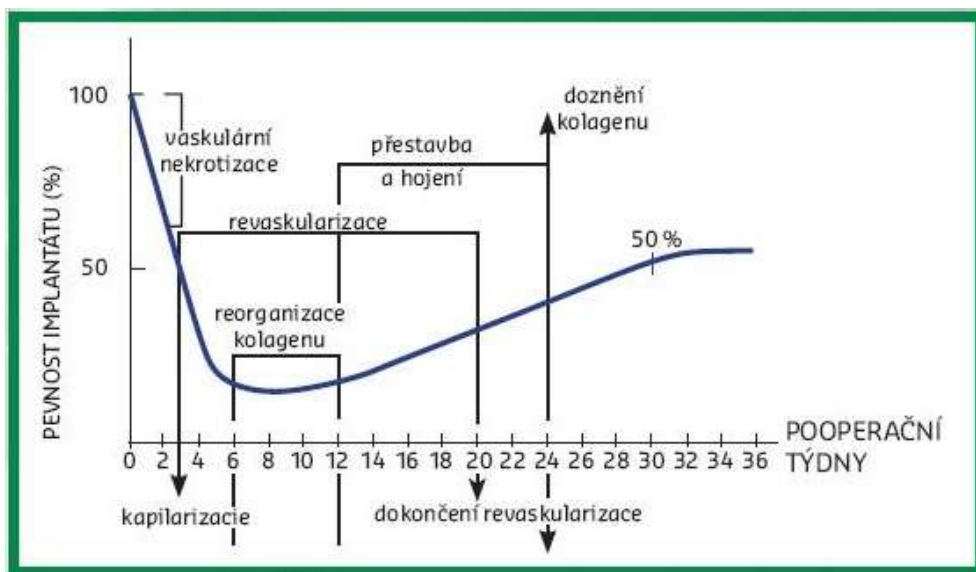
Doktor Andrew Montgomery (2011) podporuje operačnú liečbu, tvrdí že pri konzervatívnej terapii je dôležité brať do úvahy vznik osteoartrózy. Liečba osteoartrózy monohonásobne prevyšuje náklady na liečbu ako pri prvotnej operatívnej liečbe ruptúry LCA. Osteoartróza sa radí k najdrahším ochoreniam vzhľadom na vysoké náklady na lieky, fyzioterapiu, kúpeľnú liečbu ale aj vzhľadom na počet priznaných invalidných dôchodkov. Predčasná invalidita môže viesť k zníženiu sebestačnosti, depresiám a k úzkosti (Kendrová, 2014). Podľa štúdia z roku 2009 sa predpokladá, že sa každý mesiac od poškodenia LCA zvyšuje poškodenie chrupavky o 1% (Montgomery, 2011).

Podľa doktora Coopera (2011) je najčastejšou indikáciou k operácii nestabilita kolena. Jeho výskum poukazuje na to, že po operácii sa zlepši fyzický stav pacienta vo viac ako 90% prípadov, pričom sa väčšina pacientov vracia späť do agresívneho športového alebo pracovného prostredia.

Delincé a Ghafil (2011) vo svojej publikácii porovnávajú konzervatívnu a operatívnu terapiu. Z výsledkov ich štúdie vyplýva, že sa nedá jednoznačne potvrdiť ktorá terapia je vhodnejšia. Pri voľbe terapie je nutné vziať do úvahy mnoho faktorov - vek, pohlavie, športová aktivita a iné. Autori odkazujú na najnovšie publikácie, ktoré popisujú, že aj konzervatívna terapia môže poskytnúť uspokojivé výsledky u mnohých pacientov.

Štúdia Ekstrand (2011) u profesionálnych futbalistov ukazuje, že 97% poranení LCA sú liečené chirurgicky, pričom do 10 mesiacov od plastiky sa 94% futbalistov vracia do plnej záťaže.

Ruptúra LCA sa stáva v súčasnosti častou diagnózou nielen u aktívnych športovcov. Terapia je vo väčšine prípadov operačná náhrada pôvodného väzu štepom. Porovnali sme najčastejšie odoberané štepy, patelárny B-T-B štep a štep z hamstringom STGR technika. Všeobecne platí, že patelárny štep lekári odporúčajú aktívnym a vrcholovým športovcom. V porovnaní so STGR štepom, ktorý lekári doporučujú rekreačným športovcom a nešportovcom, má patelárny štep výhody v pevnosti a v rýchlejšom hojení, teda v rýchlejšom návratu športovca k plnej záťaži. Nevýhodou B-T-B štepu je výrazná jazva a častá pooperačná a dlhodobá bolestivosť v oblasti pately. STGR štep odoberaný z hamstringov má síce dlhšiu dobu hojenia, ale po dokonalom zhojení sa jeho pevnosť a odolnosť voči zaťaženiu dá prirovnať k B-T-B štepu. Výhody STGR štepu sú v malej jazve na boku kolenného kĺbu, výhodné najmä u žien, a v minimálnej pooperačnej a dlhodobej bolestivosti.



Obrázok č.7 Graf pevnosti B-T-B štepů v pooperačnom období

Záver

Voľba štepů je predovšetkým na znalostiach ošetrojúceho lekára, ktorý odporučí vhodnejší typ štepů pre daného pacienta. Voľba závisí aj na okolitých faktoroch ako sú pohlavie, vek, športová aktivita pacienta, pridružené diagnózy a iné.

Pri porovnaní oboch techník je podľa nášho názoru štep odobratý z ischiokrurálnych svalov univerzálnejší z hľadiska veku, pohlavia, pracovnej záťaže a aktívnej či rekreačnej športovej aktivity

Literatúra

- AKHTAR, M., BHATTACHARYA, R., OHLY, N. Revision ACL reconstruction – causes of failure and graft choices. *Br J Sports Med*, 2011, 45.
- BARTONÍČEK, J., HEŘT, J. *Základy klinické anatomie pohybového aparátu* 1.vyd., Praha: Maxdorf, 2004, ISBN 80-7345-017-8.
- COOPER, N. Anterior cruciate ligament reconstructions, the debate continues - with another response by Assoc Prof Hooper. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 2011, č. 124.
- ČECH, O., SOSNA, A., BARTONÍČEK, J. *Poranění vazivového aparátu kolenního kloubu*. 1. Vydání Praha: Avicenum, 1986, ISBN 08 – 088 – 86.
- ČIHÁK, R. *Anatomie 1, 2. Upravené a doplněné vydání*. Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-7169-970-5.
- DELINCÉ, P., GHAFIL, D. Anterior cruciate ligament tears: conservative or surgical treatment? A critical review of the literature. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2011, 48-61.
- DUNGL, P. *Ortopedie, 1 vydání*, Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2005, ISBN 80-247-0550-8.
- EKSTRAND, J., A 94% return to elite level football after ACL surgery a proof of possibilities with optimal caretaking or a sign of knee abuse? *Knee Surgery Sports Traumatology*, 2011, 19:1–2.
- GRANAN, L., BAHR, R., LIE, S., ENGBRETSSEN, L. Timing of Anterior Cruciate Ligament Reconstructive Surgery and Risk of Cartilage Lesions and Meniscal Tears, *Am Journal Sports Med*, 2009, 37(5):955-61.
- GROSS, J., FETTO, J., ROSEN, E. *Vyšetření pohybového aparátu, Vydání 1.*, Praha: TRITON s.r.o., 2005. 434-435 s., ISBN 80-7254-720-8.
- HART, R., KREJZLA, J., ŠVÁB, P. Přesnost cílení kostních kanálů při plastice předního zkříženého vazů- přínos počítačové navigace, *Acta Chirurgiae Orthopaedicae et Traumatologiae Cechoslovaca*, 2007, 74, 118-125, ISSN 0001-5415.
- HART, R., ŠTIPČÁK, V. 2010. Přední zkřížený vaz kolenního kloubu. Praha: Maxdorf. 224 s. ISBN 97-80-7345-229-2.
- CHALOUPKA, R. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, ISBN-10: 80-7013-341-4.
- KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd.* Praha: Galén, 2009, ISBN 978-80-7262-657-1.

15. KENDROVÁ, L., IŠTOŇOVÁ, M., NECHVÁTAL, P., JENČÍKOVÁ, J. Fyzioterapia a jej vplyv na aktivitu denného života u pacientov s gonartrózou. *Physiotherapia Slovaca*. 2014, roč. 4, č. 1, s. 38-45. ISSN 1338-1601.
16. KENDROVÁ, L. a kol. Fyzioterapia kolenného kĺbu po plastike ligamentum cruratum anterior. Molisa. 2015, roč. 11, č.1. ISBN 978-80-555-1288-4.
17. LIDDLE, A. IMBULDENIYA, A., HUNT, D. Transphyseal reconstruction of the anterior cruciate ligament in prepubescent children. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 2008, 90(10):1317-22.
18. LUPTÁK, 2012. Poranenia kolenného kĺbu – skrížené väzy. Autor článku: Prim. MUDr. Vladimír Lupták, časopis Bedeker zdravia. Dátum vydania: 13.3.2012 [online]. 2012. Dostupné z: <<http://www.zzz.sk/?clanok=120761>>
19. MONTGOMERY, A. Can many anterior cruciate ligament (ACL) ruptures heal without surgery? *Journal of the New Zealand Medical Association*, 2011, 124, 1336.
20. NÝDRLE, M., VESELÁ, H. *Jedna kapitola ze speciální rehabilitace poranění kolenního kloubu, 1. vydání*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992, ISBN 80-7013-128-4.
21. PILNÝ, J. et al. *Prevence úrazů pro sportovce*, Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1675-6.
22. PODŠKUPKA, A. *Koleno*. In *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing, 2005, s 953-1026, monografie.
23. RYBKA, V. et al. *Syndrom bolestivého kolena. 1.vyd.*, Praha: Galén, 2006, ISBN 80-7262-391-5.
24. SAJOVIC, M., STRAHOVNIK, A., SKAZA, K. Quality of life and clinical outcome comparison of semitendinosus and gracilis tendon versus patellar tendon autografts for anterior cruciate ligament reconstruction: an 11-year follow-up of a randomized controlled trial, *Am J Sports Med.*, 2011, 39(10):2161-9.
25. ŠINGLIAROVÁ, H. Lézia predného krížneho väzu kolena ako modelka de-aferentačnej traumy. *Rehabilitačná medicína & fyzioterapia*. 2012;2: s 63-67. ISSN 1338-4759.
26. THACKER, S. B., STROUP, D.F., BRANCHE, C.M., GILCHRIST, J., GOODMAN, R.A., & PORTER KELLING, E. Prevention of knee injuries in sports: a systematic review of the literature. *Journal of Sport Medicine and Physical Fitness*. 2003, 43(2), s 165-179. ISSN 1827-1928.

Kontakt na autora:

Mgr. Jakub Čuj

Katedra FYZ FZO PU v Prešove

jakub.cuj@unipo.sk

INOVATÍVNE SPÔSOBY EDUKÁCIE RODIČOV A DETÍ S OCHORENÍM DIABETES MELLITUS I. TYPU

Derňárová, E., Šantová, T., Šuličová, A., Šimová, Z., Novotná Z., Činová, J., Kiško, A.,

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

V príspevku autorky informujú o schválenom projekte Kega č. 024PU-4/2016 s názvom *Inovatívne spôsoby edukácie rodičov a detí s ochorením diabetes mellitus I. typu*. Kolektív spolupriešiteľov pod vedením vedúcej projektu doc. PhDr. Lubice Derňárovej, PhD., MPH si určil ako hlavný cieľ projektu vytvoriť multimediálnu príručku obsahovo orientovanú na edukáciu rodičov a detí s DM I. typu, nevynímajúc ani študentov nelekárskych študijných odborov, študentov pedagogiky a učiteľov materských a základných škôl.

Kľúčové slová: Projekt Kega, Inovatívne metódy, Diabetes mellitus 1. typu.

Abstract

The authors were informed about the project Kega n. 024PU-4/2016 called for innovative ways of education of parents and children with diabetes mellitus I.type . The team of co-workers under the leadership of project leader doc. PhDr. Lubica Derňárová, PhD., MPH has determined as the main objective of the project is to create a multimedia content-oriented manual on the education of parents and children with DM I.type, not excluding students of non-medical fields of study, student teachers and teachers of kindergartens and primary schools .

Keywords: KEGA project , Innovative techniques, Diabetes mellitus I.type

Úvod

Výskyt jedného z najzávažnejších chronických ochorení Diabetes mellitus sa v európskom meradle i celosvetovo neustále zvyšuje. Incidencia ochorenia nepretržite, ba až alarmujúco narastá. V súčasnej dobe má v EÚ toto ochorenie 10% obyvateľov, do roku 2030 sa predpokladá nárast ochorenia v populácii na 16,6 %.

Počet novodiagnostikovaného ochorenia diabetes mellitus I. typu u mladšej populácie narastá, vo vekovej skupine 0 – 19 rokov bolo evidovaných za 1 rok 272 nových prípadov vrámci SR. Z porovnania údajov z predchádzajúcich rokov je vidieť rastúci počet novodiagnostikovaných pacientov s DM I. v tejto vekovej skupine. Inzulínom bolo liečených 95 % pacientov. Z počtu liečených inzulínom je 77 % liečených intenzifikovaným režimom – t. j. inzulínom podávaným v množstve 3 a viac denných dávok so súčasným selfmonitoringom glykémii (NCZI).

DM je ochorenie, ktoré významne zasiahne život nielen celej rodiny chorého dieťaťa, ale hlavne jednotlivca samotného. Toto ochorenie výrazne mení a ovplyvňuje kvalitu života. Starostlivosť o dieťa s DM I. vyžaduje veľa vedomostí, schopností, tiež disciplínu a hlavne ochotu učiť sa a spolupracovať. Vzhľadom na uvedené skutočnosti považujeme za potrebné vyzdvihnúť význam edukácie rodičov a detí (Ovšonková, 2012). Edukácia predstavuje pre dieťa s ochorením DM 1. typu, ako aj pre jeho rodičov v rámci zvyšovania kvality života nesmierny význam. Dieťa pri primárnom diagnostikovaní ochorenia nie je prepustené z nemocnice, pokiaľ ono, ako aj aspoň jeden z rodičov nemá základné informácie o ochorení, jeho prejavoch, komplikáciách, diéte, podávaní inzulínu, selfmonitoringu, o vedení denníka diabetika a základných zásadách životosprávy. Pokiaľ to vek dieťaťa dovoľuje, aj ono je rôznou mierou účastné na edukácii, ktorá sa vykonáva individuálne alebo skupinovú formou (Koval' a kol., 2008). Po prekonaní prvej záťaže spôsobenej diagnostikovaním ochorenia možno začať u dieťaťa, ako aj u jeho rodiny, s edukáciou komplexnej starostlivosti. Edukácia predstavuje prostriedok k zlepšeniu kvality života dieťaťa s ochorením diabetes mellitus 1. typu vo všetkých jej dimenziách. Vplyv edukácie na kvalitu života možno efektívne monitorovať. V popredí je hierarchia potrieb konkrétneho pacienta a jeho rodiny. Dobré vedomosti a správna motivácia pacienta by mali viesť k tzv. compliance-k aktívnej spolupráci s odborným tímom.

O záujme aktívne sa zapojiť do edukácie svedčí aktivita rodičov detí s diabetom, ktorí vo svojej petícii žiadajú ministerstvo zdravotníctva o realizáciu nasledujúcich opatrení: urgentne prehodnotiť a riešiť počet odborných diabetologických centier (ODC) vzhľadom na počet pacientov s DM 1; zakladať edukačno – psychologické centrá pre potreby diabetických pacientov; a rodičov detí s diabetom, prehodnotiť spôsob úhrady edukácií zdravotnými poisťovňami a prispôsobiť počet edukácií pacientov individuálnym potrebám diabetických pacientov; pracovať na programe celospoločenskej osvetu v problematike všetkých typov DM a túto osvetu robiť celoplošne počas celého roku a nie iba pár dní pred medzinárodným dňom diabetikov (Nociarová, Pilková). Akčný plán celonárodnej edukácie

je súčasťou aj programovej náplne Slovenského Národného diabetologického programu (NDP) v zhode s výzvou EU, ktorý vypracovala Slovenská diabetologická spoločnosť (Martinka, 2012). Na základe uvedených faktov je cieľom nášho projektu vytvorenie multimediálnej príručky zameranej na edukáciu rodičov a detí s diabetes mellitus (DM) I. typu s využitím multimediálnej prezentácie (DVD nosiča). Súčasne bude príručka vydaná aj v printovej podobe. Jedným z parciálnych cieľov tohto projektu je implementovať komplexné využívanie moderných prostriedkov informačno-komunikačných technológií do edukačného procesu a názorne a zrozumiteľne spracovať vybranú problematiku prostredníctvom audiovizuálnych informácií. Multimediálna príručka má pomôcť rodičom a deťom s novozisteným ochorením získať dôležité vedomosti a praktické zručnosti pri komplexnej starostlivosti o dieťa s ochorením diabetes mellitus 1. typu. Príručku môžeme využiť ako moderný a atraktívny prostriedok, ktorý pomôže skvalitniť výučbu študentov nelekárskych zdravotníckych odborov ale aj študentov pedagogiky. V atraktívnej podobe ju chceme poskytnúť materským a základným školám pre zvýšenie informovanosti učiteľov o problematike ochorenia DM. Snahou je zlepšenie integrácie dieťaťa v školskom prostredí, zníženie absencií na vyučovaní, udržanie optimálneho zdravotného stavu a pozornosti počas vyučovania-minimalizácia komplikácií, minimalizácia vymieškaných hodín a zabezpečenie dobrého školského prospechu. Využitie vidíme aj v poskytnutí príručky zdravotníckym zariadeniam, kde sú hospitalizované deti s novo-diagnostikovaným ochorením pre účely edukácie rodičov a podľa vekových osobitostí aj samotných detí. Zároveň by sme chceli umožniť širokej verejnosti online prístup k edukačným videám s problematikou zameranou na ochorenie diabetes mellitus 1. typu. Zvýšenie úrovne informovanosti rodičov, detí a pedagógov zlepšuje kompenzáciu diabetu a minimalizuje výskyt komplikácií, následne znižuje finančný dopad na rodinu ako aj celospoločenské ekonomické náklady na liečbu tohto ochorenia.

LITERATÚRA

- KOVAL, J. a kol. 2008. *Pediatric a pediatrické ošetrovateľstvo-vybrané kapitoly*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove-Fakulta zdravotníctva, 2008. 270 s. ISBN 978- 80 8068- 837- 0.
- KVAPIL, M. 2010. *Diabetologie*. Praha: TRITON, 2010, 282 s. ISBN 978-80-7387-381-3.
- LEBL, J., PRUHOVÁ, Š., ŠUMNÍK, Z. a kol. 2008. *Abeceda diabetu*. 3. vydanie. Praha: Maxdorf, 2008. s. 184. ISBN 978-80-7345-141-7.
- MARTINKA, E. 2012. SDS. [online]. [citované 2016-03-21]. Dostupné na internete: http://www.diaslovakia.sk/contentData/0225/N%C3%A1rodn%C3%BD_diabetologick%C3%BD_program_predlo%C5%BEEen%C3%BD_MZSR.pdf
- MICHÁLEK, J., ŠTEFÁKOVÁ, M. 2007. *Diagnóza cukrovka*. II. vyd. Bratislava: Kontakt, 2007. 176 s. ISBN 80-968985-3-4.
- MOKÁŇ, M. a kol. 2008. *Diabetes mellitus a vybrané metabolické ochorenia*. Martin: Vydavateľstvo P+M, 2008. 1003 s. ISBN 978-80-969713-9-8.
- NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E.: 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2010, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- NOCIAROVÁ, B., PILKOVÁ, L. *Otvorený list ministrovi zdravotníctva Slovenskej republiky a prezidentovi Slovenskej republiky o potrebách pacientov s diagnózou diabetes mellitus 1. typu*. OZ diabetikinfo.sk.]. [citované 2016-03-21]. Dostupné na internete: http://www.peticie.com/otvoreny_list_ministrovi_zdravotnictva_od_pacientov_s_diabetom
- OVŠONKOVÁ, A. MOZOLOVÁ, M. 2012. *Ošetrovateľstvo. Kvalita života rodičov a detí s diabetes mellitus 1. typu* [online]. Listopad 2012, roč. 2, č. 4, s. 143 -148. [cit. 2014-11-01]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2012/04/143-kvalita-zivota-rodicov-a-deti-sdiabetes-mellitus-1-typu.pdf
- MICHÁLEK, J., ŠTEFÁKOVÁ, M. 2007. *Diagnóza cukrovka*. II. vyd. Bratislava: Kontakt, 2007. 176 s. ISBN 80-968985-3-4.
- MOKÁŇ, M. a kol. 2008. *Diabetes mellitus a vybrané metabolické ochorenia*. Martin: Vydavateľstvo P+M, 2008. 1003 s. ISBN 978-80-969713-9-8.
- NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E.: 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2010, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

Kontakt na autora:

Doc. PhDr. Ľubica Derňarová, PhD.

Katedra OSE FZO PU v Prešove

lubica.dernarova@unipo.sk

FYZIOTERAPEUTICKÉ POSTUPY PO CHIRURGICKEJ LIEČBE SYNDRÓMU KARPÁLNEHO TUNELA

Gajdoš M.¹, Čuj J.¹, Kozel M.¹, Jandová S.²

¹Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra fyzioterapie

²Univerzita Karlova v Praze, FTVS, Katedra kinantropologie

Abstrakt

Syndróm karpálneho tunela predstavuje problém, na riešení ktorého sa podieľajú neurológovia, neurochirurgovia, praktickí a rehabilitační lekári a fyzioterapeuti. Základom pre úspech v liečbe je správne a včasné stanovenie diagnózy. Medzi diagnostické postupy patrí mimo elektromyografického vyšetrenia aj klinické vyšetrenie a provokačné testy. Aj keď sa chirurgickou liečbou lieči nakoniec väčšina pacientov, operácia a následná rehabilitácia majú spravidla lepší výsledok ak ligamentum ešte nie je priveľmi zhrubnuté. Významnou súčasťou pooperačnej starostlivosti je fyzioterapia. Cieľom príspevku je poukázať na význam fyzioterapie po operačnej liečbe syndrómu karpálneho tunela. Fyzioterapiou sa snažíme prostriedkami kinezioterapie, manuálnych techník a fyzikálnej terapie ovplyvniť po operácii funkciu ruky.

Kľúčové slová: Karpálny tunel, Fyzioterapia, Kinezioterapia, Fyzikálna terapia.

Abstract

Carpal tunnel syndrome is a problem, the solution of which involved neurologists, neurosurgeons, general practitioners and rehabilitation physicians and physiotherapists. The basis for the success of the treatment is correct and timely diagnosis. Among the diagnostic procedures it falls outside the electromyographic examination and clinical examination and provocation tests. Although the surgical treatment of most patients treated at the end, the operation and subsequent rehabilitation generally have high loss and a more ligament is thickened too. An important part of post-operative care physiotherapy. The aim of this paper is to highlight the importance of physical therapy after surgical treatment of carpal tunnel syndrome. Physiotherapy means we try physiotherapy, manual techniques and physical therapy after surgery affect hand function.

Kez words: Karpal tunnel, Physiotherapy, Kinezioterapia, Physical therapy.

Úvod

Syndróm karpálneho tunela charakterizuje súbor príznakov ischemizácie n. medianus v zápästnej úžine, spôsobené zmenou priestorových vzťahov v karpálnom tuneli. Jeho výskyt v populácii je okolo 2-14% v závislosti na veku, pohlaví, povolání, telesnej výške, z časti aj na vrodených menších rozmeroch karpálneho tunela. Najviac sa vyskytuje u pacientov vo veku 40- 60 rokov, nízkej výšky, často obojstranne a častejšie u žien ako u mužov (v pomere 2 až 4:1). Priebeh ochorenia je väčšinou chronického charakteru, ale môže vzniknúť aj akútne (napr. po traume - fraktúre distálneho rádia). Vyskytuje sa častejšie u manuálne pracujúcich ľudí zaťažujúcich pri práci zápästné kĺby – zamestnanci pošty, pokladníci v obchode, skladníci, pracovníci pri výrobnom páse, zdravotné sestry, pracovníci v stavebníctve (práce s kliešťami, šrubovák, vibračnými nástrojmi, ako je motorová píla, pneumatické kladivo), hudobníci (strunové hudobné nástroje), užívatelia PC (práce s klávesnicou a myšou v nevhodnej polohe). Základom bolestí sú parestézie, vazomotorické zmeny a preťaženie ruky pri zmene pohybového stereotypu.

Faktory prispievajúce k vzniku SKT môžu byť: zlomeniny karpálnych kostí, tendovaginitída šliach flexorov prstov, degeneratívne zmeny synovie a väziva, vznik reaktívnych osteofitov, opuch mäkkých tkanív z dôsledku preťažovania, vrodené úzky karpálny tunel, genetická predispozícia, neuropatia, napr. diabetes mellitus, reumatické choroby, dna, porucha funkcie

štítnej žľazy, infekčné choroby – lymska borelióza, septická artritída, tuberkulóza, expanzívne lézie v karpálnom tuneli – hematóm, ganglióm, neurofibrom, lipom, osteom, chondrosarkóm, metastázy, gravidita, menopauza. (Ehler, Amber 2002; Jeffrey a kol. 2005).

Klinické prejavy syndrómu karpálneho tunela

Dominujú parestézie a dysestézie volárnej časti palca, ukazováka, prostredníka a radiálnej časti prstenníka, mediálnej palmárnej časti dlane príslušných prstov. Takmer patognomické sú nočné dysestézie miznúce obvykle po rozcvičení (zvesenie ruky a jej pretrepanie je najtypickejší úľavový manéver). Po rôzne dlhej dobe sa príznaky zvyrazňujú. Problémy sa začínajú objavovať aj cez deň v dlhšie

trvajúcej nepriaznivej polohe a pri rôznych denných činnostiach (zapínanie gombíkov, držanie malých predmetov dlhšiu dobu), postupne sa objavuje strata citlivosti. Bolesti často vyžarujú do lakťa, až ramena.

Poruchy motoriky

Typické je zníženie svalovej sily prejavujúce sa hypotrofiou až atrofiou thenaru (mäkké, vyhladené svalstvo thenaru, palec je trvalo v addukcii, tvar „opičej ruky“). Je oslabený stisk, alebo úchop, oslabená volárna abdukcia palca a je nedokonalá opozícia palca (príznak mlynčeka palcov – pacient nedokáže urobiť plynulé cirkumdukčné pohyby palca – „očko“ z 1. a 2. prstu, alebo „OK“ príznak). Pre neschopnosť izolovanej flexie distálneho článku 1. a 2. prstu (posledný článok palca a ukazováka) pacient nespraví úchop „štipkou“. Pri úchope ruky má chorý vždy natiahnutý palec (straight thumb sign, príznak fľaše). Charakteristický je príznak pri pokuse o zovretie ruky v päst, kde palec, ukazovák a čiastočne prostredník zostávajú v extenzii a ruka akoby prisahala (Schwurhand – „prisahajúca ruka“).



(<http://www.sempersa.sk/index.php/blog/121-preaujte-ruku-v-praci-pozor-na-poruchy-citlivosti>)

Vegetatívne poruchy

Prítomné sú zmeny sudomotoriky – potivosť a reaktibilita ciev.

Podľa klinického nálezu sa dá syndrom karpálneho tunelu rozdeliť do 3. stupňov:

1. stupeň – ľahký stupeň – intermitentné iritačné symptómy (parestézie až dysestézie), bolesti až kŕče v inerváčnej oblasti *nervus medianus*, fyzikálne sa dá vyvolať len pozitívne provokačné testy, eventuálne hypersenzitívnu odpoveď na vibračný stimul, to znamená, že je prítomná len iritácia *n. medianus*, bez prítomnosti zánikových príznakov – bez poruchy motoriky, nie sú prítomné hypotrofie a hypestézie.
2. stupeň – stredne ťažký stupeň – pozitívne provokačné testy, strata akrálnej motoriky – svalové oslabenie, porucha úchopu, možná hypotrofia svaloviny thenaru a ďalších svalov inervovaných z *nervus medianus*, je znížená vibračná perцепcia v distribúcii *n. medianus*, vyskytujú sa hypestézie.
3. stupeň – ťažký stupeň – svalové atrofie, senzitívne symptómy sú trvalé, abnormálna dvojbodová diskriminačná citlivosť, zánikové príznaky sú výrazné – atrofie svalov thenaru, typický tvar ruky „prisahajúcej ruky“.

Klinický obraz môže byť ovplyvnený anastomózami medzi *n. medianus* a *n. ulnaris* (Martin-Gruberova anastomóza na predlaktí či Cannie-Richeova anastomóza v dlani), symptómy môžu postihnúť všetky prsty.

Príznaky nastupujú obvykle postupne a sú prevažne senzitivnej povahy. Medzi subjektívne príznaky pacientov patrí mravenčenie (parestézie) prstov, hlavne v pokoji. Ďalej to môžu byť parestézie dlane, chrbtu ruky s propagáciou na predlaktí. Ako kritérium SKT je udávané nočné alebo ranné budenie pre parestézie v ruke a to aspoň dva krát týždenne. Príznaky SKT sa stupňujú hlavne v nočných hodinách, čo je spôsobené nevhodnou polohou zápästia v spánku, kedy dochádza k útlaku *nervus medianus*. Motorické príznaky sú väčšinou zanedbateľné, čo je spôsobené len malým podielom *nervus medianus* na inervácii svalstva ruky distálne od karpálneho tunela. Výskyt bolesti je pri SKT veľmi častý. Príčinou nie sú len parestézie, ale vazomotorické zmeny, ktoré vznikajú v dôsledku preťaženia ruky pri zmene stereotypu. Náhlý alebo postupný ústup bolesti v neskorších štádiách SKT neznamená zlepšenie stavu, ale naopak

jeho progresiu a to v dôsledku zániku senzitivných vlákien (Dufek, 2006). Nočná bolesť po potrasení rukou väčšinou mizne, no môže pacienta budiť zo spánku aj niekoľko krát za noc. Tieto príznaky môžu byť spôsobené aj nedostatočným prekrvením horných končatín pri nočnom poklese krvného tlaku. Tento pokles je ale fyziologický a nepoukazuje na syndróm karpálneho tunela. Pacienti sa sťažujú na zníženú manuálnu zručnosť a pocity pálenia špičiek prstov či precitlivenie samotných prstov (Dufek, 2006).

Klinické vyšetrenie

Najdôležitejšia súčasť klinického vyšetrenia je dôkladná anamnéza. Dôraz pri zbere anamnestických údajov v tomto prípade kladieme na pracovnú anamnézu. Pýtame sa na druh práce, pracovnú polohu, vibračnú alebo jednostrannú záťaž. V osobnej anamnéze nás predovšetkým zaujímajú prekonané choroby, chronické choroby a úrazy. U žien je nutná aj lieková anamnéza, v ktorej zisťujeme či pacientka neužíva hormonálnu antikoncepciu, ktorá zvyšuje laxicitu väziva. Veľmi dôležitý je aj presný opis príznakov ktoré pacient pociťuje. Po anamnéze nasleduje neurologické vyšetrenie citlivosti a svalovej sily oboch horných končatín (Kurča, Kučera 2004; Szarowská 2007).

Provokačné testy

Tinelov test sa vyšetruje ľahkým poklepom na ligamentum carpi transversum, ktorý vyvolá parestézie v senzitivnej zóne poklepu. Test je pozitívny asi u 60% pacientov.

Ak sa príznaky šíria distoproximálnym smerom na predlaktí, označujeme ho ako *Obrátený Tinelov test* (Gross a kol. 2005).

Phalenov zápästný test - pri 60° palmárnej flexii zápästia zužuje priestor karpálneho tunela. Pacient vykonáva palmárnu flexiu v zápästiach oboch rúk a oprie ich dorzálnou stranou ruky o seba. Test je pozitívny, keď sa počas 60 sekúnd v tejto polohe objavia parestézie alebo pocit necitlivosti v prstoch inervovaných nervus medianus. Pozitivita u 80 % pacientov (Gross a kol. 2005, Michalíček, 2014).

Phalenov extenčný, al. obrátený test sa testuje opretím dlaní s natiahnutými prstami oproti sebe a so zatlačením od krajnej dorzálny flexie (120°). Tento test môžeme vyšetřovať aj spôsobom, keď si pacient položí predlaktie na podložku a zápästie nechá voľne visieť cez okraj podložky. Test je pozitívny v prípade, keď sa objavia parestézie prípadne bolesť v senzitivnej zóne nervus medianus (Gross a kol. 2005).

vzdialenosti a hodnotíme schopnosť rozpoznať dva body v senzitivnej inervačnej oblasti nervus medianus (Gross a kol. 2005). *Napínací test nervus medianus* patrí medzi menej známe skúšky. Vykonáva sa maximálna extenzia zápästia spôsobená tlakom na tretí prst, ktorá vyvolá bolesti v oblasti inervovanej nervus medianus na prednej ploche predlaktia (Gross a kol. 2005). *Kompresný manžetový test* - 30s s aplikáciou tlaku 150 torr na oblasť zápästia alebo podobný tlak vyvinutý stiskom. Pozitivita u 50 % pacientov. (Michalíček, 2014). *Elevačný test horných končatín* (podľa Lewita) – 30 s. v ľahu na chrbte, horné končatiny v predpažení, flexia v rsamenných kĺboch.

Blokáda nervu v mieste úžiny

Jedným z často používaných diagnostických postupov je aj aplikácia lokálneho anestetika, trimecain a bupivacain, ktorý je obvykle spojený s miestnym podaním steroidu triamcinolu. Ak sa naozaj jedná o SKT, tak by po obstreku mali vymiznúť všetky, prípadne väčšia časť typických príznakov SKT. Pri tejto možnosti diagnostiky treba počítať aj s jatrogénnym poškodením nervu pri nesprávnej technike obstreku (Kurča, Kučera 2004).

Elektromyografia (EMG)

Elektromyografické vyšetrenie pri podozrení na SKT je nutnosťou pre stanovenie diagnózy, ďalšom sa rozhodovaní o operačnej liečbe, ako aj pre sledovanie výsledkov samotnej liečby. Samotná elektrodiagnostika SKT spočíva vo vyšetrení motorického a senzitivného vedenia vzruchov nervus medianus (Ehler, 2008). Pri kompresii nervus medianus v karpálnom tuneli dochádza najprv k fokálnej demyelinizácii – lézii myelínovej pošvy v určitom segmente nervu. Lézia jednotlivých axónov s rozvojom denervačného syndrómu sa rozvíja pri dlhšie trvajúcom útlaku nervu.

K diagnostike SKT sa používajú hlavne metódy, ktoré testujú rýchlosť vedenia motorickými aj senzitivnými vláknami nervus medianus v oblasti karpálneho tunela. Výsledky môžeme porovnávať s rýchlosťou vedenia nervus medianus na zdravej končatine. Senzitivná neurografia je štandardné vyšetrenie senzitivných vlákien nervus medianus a nervus ulnaris druhého alebo tretieho prsta obojstranne. Stimulácia týchto dvoch na zápästí a registrácia senzitivného nervového akčného potenciálu (SNAP) pomocou prstienkovej elektródy. Ak je pri stimulácii nervus medianus a nervus ulnaris rozdiel latencie SNAP pre 4. prst väčší než 0,4 ms., jedná sa pravdepodobne o SKT.

Senzitívne vlákna nervus medianus pre 4. prst sú najviac postihnuté – distálna latencia senzitívnych vlákien (DSL) je najdlhšia a amplitúda SNAP je najnižšia (Smrčka a kol. 2007). Vyšetrenie motorických vlákien nervus medianus sa vykonáva snímaním povrchovou elektródou z musculus abductor pollicis brevis a stimuláciou v zápästí. Pri 37% pacientov podľa Náhlavského sa SKT objavuje predĺžením distálnej motorickej latencie (DML). Senzitivita sa zvýši pri porovnaní DML nervus medianus a nervus ulnaris. Ďalším testom je porovnanie DML musculus interosseus volaris s DML musculus lumbricales 2. prstu (Náhlavský, 2006).

Ihlová EMG je invazívna a bolestivá metóda, ktorá preukáže prípadný výskyt axonálneho motorického postihnutia pri ťažších formách SKT. Najčastejšie sa vyšetruje musculus abductor pollicis brevis. Hlavnou indikáciou pre túto metódu sú diferenciálne diagnostické dôvody (Náhlavský, 2006).

Štádia postihnutia

Najľahším štádiom postihnutia nervus medianus v karpálnom tunely je postihnutie prvého stupňa. V tomto prípade ešte nie je nutné pristupovať k operačnému riešeniu.

Príznaky prvého ľahkého stupňa sú:

- ✓ objavuje sa len iritácia n. medianus bez prítomnosti zánikových príznakov,
- ✓ intermitentné príznaky, EMG vyšetrenie – spomalené vedenie vzruchov karpálnym tunelom, CMAP
- ✓ a SNAP s normálnou amplitúdou,
- ✓ hypersezitívne reakcie na vibračný stimul.

Druhým štádiom postihnutia je 2. stredne ťažký stupeň. V prípade tohto stupňa sa uvažuje o možnosti operačnej liečby.

Príznaky stredne ťažkého stupňa sú:

- ✓ svalové oslabenie, hypotrofia thenaru,
- ✓ môžu sa objavovať zánikové príznaky,
- ✓ pozitívne provokačné manévry,
- ✓ znížená vibračná percepcia v distribúcii nervus medianus,
- ✓ EMG vyšetrenie – spomalené vedenie karpálnym tunelom pokles amplitúdy CMAP alebo SNAP do 50%.

Tretie štádium postihnutia je najťažší stupeň, kedy sa odporúča bezodkladná operácia v záujme zachovania funkcie ruky do budúcnosti.

Príznaky ťažkého stupňa postihnutia sú:

- ✓ svalová atrofia,
- ✓ výrazné zánikové príznaky,
- ✓ trvalé senzitívne príznaky,
- ✓ EMG vyšetrenie – spomalené vedenie v karpálnom tunely, pokles amplitúdy, CMAP alebo SNAP nad 50% alebo bez odpovede (Smrčka, 2007).

Terapia

Samotná terapia SKT sa vo veľa prípadoch líši. Príčinou je, že liečba je zabezpečovaná lekármi rôznych odborov: Všeobecný lekár, neurológ, neurochirurg, chirurg, ortopéd, plastický chirurg a rehabilitačný lekár. Rozdiely vidíme aj vo forme liečby, teda či sa zvolí konzervatívna alebo operačná liečba a taktiež v časovom naplánovaní operačného zákroku.

Konzervatívna liečba

Rehabilitácia je latinský pojem, ktorý sa dá doslovne preložiť ako „znovuschopenie“ jedinca s telesným postihnutím. Pod rehabilitáciu môžeme teda zaradiť množstvo liečebných metód.

Úprava životosprávy

Pacientom sa odporúča v rámci liečby, aby sa vyhýbali činnostiam, ktoré boli pomenované ako činnosti spôsobujúce SKT u daného pacienta a taktiež aby sa vyhýbali repetitívnym pohybom a používali ergonomické pomôcky pri práci s počítačovou myšou alebo opierky pre zápästie. Vhodné sú aj prestávky v práci alebo časté zmeny polohy. Keď je to nutné, pacientovi je naordinovaný aj kľudový režim (Zálesák, 2011).

Farmakoterapia

V akútnej fáze ochorenia, keď sú bolesti neznesiteľné sa ako kauzálna liečba ordinuje farmakoterapia, konkrétne podávanie analgetík. Nesmie sa pritom zabúdať na to, že bolesť je príznak, ktorý nás informuje o funkčnosti senzitívnych vlákien nervus medianus. Pri dlhodobejšom podávaní analgetík dôjde síce k vymiznutiu bolesti, čo sa pokladá za liečebný úspech. Niekedy je ale vymiznutie bolesti

signalizáciou organickej poruchy nervu ťažkého stupňa. Výnimkou je podávanie antireumatík, ktoré okrem analgetického pôsobenia, pôsobia kladne aj na tendosynovitiídu postihnutých šliach v karpálnom tuneli (Zálešák 2011).

Antiflogistický a antiedematózný účinok môžu mať steroidy ako triamcinolon alebo prednison. Celkové podávanie týchto liekov sa však pri diagnóze SKT neosvedčilo ako prelomové v liečbe. Podľa dôkazov nie sú o nič účinnejšie než placebo (Zálešák, 2011). Injekčná aplikácia kortikosteroidov priamo do miesta útlaku môže slúžiť ako liečba kauzálna, ale aj paliatívna. Podľa dôkazov táto liečba zaisťuje u pacientov so SKT 1. a 2. stupňa výrazné zmiernenie príznakov pretrvávajúcich až mesiace po aplikácii. Mnoho pacientov udáva zmiernenie ťažkostí až na jeden rok. Úspech liečby závisí na správnej technike prevedenia aplikácie. Mechanické poranenie nervu, ale aj výraznejšia traumatizácia okolitých štruktúr vpichom môže mať na svedomí zhoršenie stavu pacienta a jeho prognózu uzdravenia sa. Ako podpornú liečbu môžeme použiť lieky alebo výživové doplnky s pozitívnym vplyvom na metabolizmus a trofiku periférnych nervov ako sú napr. vitamíny skupiny B, kyselina alfa-lipová alebo kokarboxyláza. Ich účinok je však limitovaný nutnosťou odstránenia kompresie nervu (Cleland, 2010).

Chirurgická liečba

Ak klinický a EMG nález potvrdzuje diagnózu SKT druhého alebo tretieho stupňa, je indikovaná operatívna liečba. Okrem ťažkého štruktúrneho poškodenia nervu je indikáciou pre operačnú terapiu aj nedostatočný efekt konzervatívnej liečby do 6 mesiacov alebo progresia príznakov SKT (Náhlovský, 2006).

Cieľom operačného riešenia je preťatie ligamentum carpi transversum a uvoľnenie nervus medianus. Operácia sa môže vykonať klasickým otvoreným prístupom alebo endoskopickým. Operácia sa väčšinou prevádza na oddeleniach dennej chirurgie s lokálnou anestézou, no nie je vylúčená aj celková anestéza po zvážení všetkých vedľajších účinkov. Rez pri operácii klasickým prístupom je vedený v osi 3. prstu v ryhe pri thenare a proximálne končí v ohybovej ryhe zápästia. Váz sa pretína postupne pozdĺžne stredom a potom sa uvoľňuje jeho distálny a proximálny okraj (Náhlovský, 2006).

Pri endoskopickom riešení SKT sa overili viaceré techniky, z ktorých je najpoužívanejšia technika J. Mennona. Jedná sa o prístup z jedného vstupu. Po incízii sa zavedie kanyla s obturátorom a endoskopom s tridsaťstupňovou optikou. Potom sa zavedie nôž a pod kontrolou zraku sa pretne ligamentum carpi transversum (Kanta, 2006).

Fyzioterapia pri syndróme karpálneho tunela

Fyzioterapia pri syndróme karpálneho tunela by mala predstavovať súbor systematických opatrení. Vzorový predpis podľa Michalíčka obsahuje 6. bodov.

1. kineziologický rozbor
2. reflexná alebo klasická masáž, prípadne prehriatie parafrínom, ultrazvuk
3. mobilizačné a mäkké techniky periférnych kĺbov a svalov ruky (predlaktie, lakte)
4. taktilná a propioceptívna stimulácia s možným využitím techník Brugger konceptu
5. analytická kinezioterapia – izolované pohyby jednotlivých postihnutých svalov, prípadne aj koordinácie
6. nácvik funkčného úchopu ruky, jemnej motoriky, výcvik poškodených funkcií

Kinezioterapia

Kinezioterapia počas imobilizácie:

Po operácii SKT je dôležitá včasná rehabilitácia. Keď je rana a jazva ešte nezhojená a musí byť imobilizovaná, aktívne cvičíme pohyby jednotlivých prstov, lakťový kĺb, supináciu-pronáciu a pohyby ramenného kĺbu (abdukcia, horizontálna abdukcia a addukcia, flexia, extenzia a rotácia). Využívame polohu v ľahu, v sede aj v stoji. Je nutné časté polohovanie končatiny vo zvýšenej polohe. Zaraďujeme taktiež aj izometrické kontrakcie svalov hornej končatiny a ľahké kondičné cvičenie celého tela.

Kinezioterapia po imobilizácii:

Pred cvičením je vhodné aplikovať mäkké techniky pre uvoľnenie kože, podkožia a fascii na celej hornej končatine. Pre zlepšenie rozsahu pohybu v kĺboch pridávame postizometrickú relaxáciu (PIR) a k zlepšeniu joint play použijeme mobilizáciu karpálnych kostičiek, metakarpov a jednotlivých článkov prstov. Najskôr nacvičujeme izolované pohyby jednotlivých svalov a až po ich zvládnutí zaraďujeme funkčné cviky svalových skupín. Na začiatku volíme pasívne pohyby, ktoré pacient môže vykonávať doma sám niekoľko krát denne. Facilitáciu môžeme vykonávať aj s pomocou techniky sestry Kenny alebo môžeme využiť niektoré pohybové vzorce (napr. otváranie a zatváranie ruky – flečné a extenčné vzorce) a posilovacie techniky podľa PNF. Náročnosť na vykonávanie tejto metodiky je pre terapeuta a rovnako aj pacienta vysoká, čo je miernou nevýhodou oproti iným metódam. Aktívne cvičenia vykonávame v

polohách podľa svalového testu a slúži predovšetkým k zvýšeniu svalovej sily. Venujeme sa takisto aj nácviku jemnej motoriky, úchopov a inštrukcií pacienta na domáce cvičenie (Hromádková, 2002).

Mobilizačné techniky

Mobilizácia kĺbov slúži na zlepšenie pohyblivosti kĺbových plôch proti sebe. Ak je táto kĺbová vôľa obmedzená, hovoríme o funkčnej blokade kĺbu. Znížená vzájomná pohyblivosť kostičiek zápästia môže mať vplyv aj na funkciu nervovociévného zväzku, takže aj na n. medianus, ktorý je utláčaný v karpálnom tunely. Každý kĺb má kĺbové púzdro, ktoré je spevnené silným ligamentóznym aparátom. Táto sústava býva zdrojom pohybového obmedzenia jednotlivých segmentov. Vyšetrovanie aj mobilizácia je identická. Vždy jeden segment fixujeme a druhým pohybujeme v zmysle translácie. Interfalangeálne kĺby mobilizujeme smerom dorzopalmárnym a laterolaterálnym za súčasnej distrakcie. V metakarpofalangeálnych kĺboch pridávame aj rotáciu. Zápästie mobilizujeme v supinácii v smere dorzálnym v interkarpálnom kĺbe a v pronácii smerom palmárnym v radiokarpálnom kĺbe. Časová náročnosť tejto metódy je asi 10-15 minút.

Fyzická námaha terapeuta je nízka keďže ide o mobilizáciu kĺbov ruky. Nároky sa pacienta nie sú prakticky žiadne. Výhodou je autoterapia pacientom v domácom prostredí, pri určitých kĺboch (Lewit, 2003).

Príklady fyzikálnej terapie

Antiedematózný účinok

- Pulzný ultrazvuk aplikujeme podľa veľkosti plochy 3-5 min.; 0,8-1 W/cm², PIP 1:4, ERA 1 cm², semistaticky, 3 MHz, celkovo 9x, 2-3 x týždenne – dynamická aplikácia na svalové bruško hypotrofického svalu, nedávať na poškodený aj zdravý nerv a nad pevnú kosť !

Priamy trofotropný a priamy antiedematózný účinok

- Vákuum kompresnej terapie – napr. Extremiter: pretlak +4KPa na 20 s, podtlak -4 až -8 kPa, 40-60 s doba aplikácie 20 min., 12x celkovo, 2-3x týždenne

Trofotropný účinok

Pre lokálne zlepšenie metabolizmu, prekrvenie, eutonizáciu a regeneráciu tkaniva. Na ovplyvnenie patologickej dráždivosti je možné vyskúšať efekt štvorkomorovej galvanizácie. Využitie anelektronu pre analgéziu a dysestéziu.

- Hydrolgalvan – intenzita podprahovej senzitivnej I_{max}: 40 mA, teplota vody 37 °C, 30 min., step 5 min., celkový počet 12x, 3x týždenne
- Vírivé kúpele hornej končatiny – tlak: 2 atm., teplota – 38 °C, 10-20 min., step 2 min., frekvencia 3x týždenne, celkovo 5-7 x.

Biostimulačný účinok

Laser – 4-4,5 J/cm², 9,3 Hz, 3-5 min., 2x týždenne, 12 x celkovo, plošná aplikácia nad hojaci sa nerv

Biolampa – 1x denne, celkovo 12 x, 20 min., aplikácia nad hojací sa nerv vo vzdialenosti najmenej 3-5 cm

Analgetický účinok

- Magnetoterapia – pulzné magnetické pole (PMP) podľa programu použitého prístroja, napr. nízkofrekvenčný 70 Hz, 11-13 mT, solenoid priemer 20 cm, 3x týždenne, 12x celkovo, dĺžka aplikácie 20 min.
- Nízkofrekvenčné DD prúdy s analgetickou frekvenciou – Diadynamik: DF1, CP3, LP 3', intenzita prahová alebo nadprahová senzitivna, 3x týždenne, 12x celkovo
- Nízkofrekvenčné (Nf) – napr. H-vlna – f 50 (100) Hz, gangliotropná aplikácia, ploché elektródy 2 x 3 cm nad C6 a Th 1, intenzita nadprahovo senzitivna po celú dobu aplikácie, dĺžka aplikácie 10-15 min., step 1 min., 15 x celkovo, denne, neskôr 3x týždenne (nedávať transregionálne!) (Michalíček, 2014).

Termoterapia

Aplikovať pred kinezioterapiou

- Infralampa IR-A – 8 min., teplé Kenny zábalý (50-60°C), parafín 56°C, 5-8 min.

Elektrostimulácia

Využíva sa pri oslabených svaloch na denervované svalové vlákna (podľa svalového testu do 3 stupňov a menej). Najčastejšie šikmé impulzy s pozvoľným nástupom intenzity a väčšou dĺžkou impulzu (viac ako 10 ms). Platí zásada rovnakej elektródy: detekcia motorického bodu, vyšetrovanie I/t krivky. Pre detekciu motorického bodu slúžia pravouhlé impulzy s dĺžkou 1-5 ms a frekvenciou 0,3-0,15 Hz (1 impulz za 3-6 s) v režime constant voltage v mieste, kde najmenšou intenzitou vyvoláme kontrakciu.

Kazuistika

Pacient niekoľko rokov pracuje ako stolár. Prvé problémy začal pozorovať pacient zhruba pred rokom a pol. Na pravej hornej končatine cítil nepríjemné brnenie v palci a ukazováku, hlavne po námahe. Neskôr začal pociťovať aj kľudové bolesti. Pacient absolvoval 2 obstreky v priebehu polroka, ktoré mu pomohli, ale len dočasne. Pred operáciou mal typické parestézie 1.-3. prstu s nočnými bolesťami. EMG vyšetrením bol potvrdený syndróm karpálneho tunela na pravej hornej končatine, na ľavej bol nález lepší, ale s hraničnými hodnotami. 10.12.2016 absolvoval operáciu karpálneho tunela na pravej HK klasickým prístupom. Stehy boli odstránené 10 dní po operácii. Naplánovaná je aj operácia SKT na ľavej hornej končatine. Pacient neužíval žiadne lieky proti bolesti, momentálne je práceneschopný. Pacient uvádza, že po operácii sa stav zlepšil a trpnutie prstov úplne vymizlo. Ruku si fixuje v strednom postavení elastickým obvazom. Cieľom fyzioterapeutického plánu bolo navrátenie stratených alebo oslabených funkcií po operácii SKT. Ošetriť jazvu, zvýšiť rozsahy pohybov a svalovej sily a zmierniť pooperačné bolesti. Pacient bol rehabilitovaný ambulantne. Jazva po operácii bola zhojená. Bolesť pacient pociťoval pri pohybe hlavne v palci a druhom prste. V rámci fyzioterapie pacient absolvoval mäkké techniky mäkkých štruktúr v okolí pooperačnej jazvy a ruky, mobilizačné techniky na kĺby prstov a zápästia, fyzikálnu terapiu a kinezioterapiu. Kinezioterapia bola zameraná na zlepšenie rozsahov pohybu v zápästnom kĺbe aj ostatných kĺbov hornej končatiny a na zlepšenie funkcie ruky, kde sme využili aj PNF metodiku. Pacient bol poučený aj o domácom cvičení najmä o precvičovaní si úchopov ruky. Fyzikálna terapia pozostávala z aplikácie laseru 2x týždenne a pulzného ultrazvuku 3x týždenne po dobu 3. týždňov. Po 6. týždňoch rehabilitačnej liečby došlo k výraznému zlepšeniu hybnosti zápästia a prstov. Takisto sa zlepšila úchopová funkcia pravej ruky a jednotlivé úchopy zostali bez akéhokoľvek obmedzenia.

Somatometrické vyšetrenie

Goniometrické vyšetrenie pravého zápästného kĺbu pred a po absolvovaní fyzioterapie:

Pred terapiou		Po terapii	
50	Dorzálna flexia	60	
75	Palmárna flexia	85	
20	Ulnárna dukcia	25	
35	Radiálna dukcia	35	

Goniometrické vyšetrenie prstov pravej ruky

Pred			Po		
MP	IP		MP	IP	
50°	60°		60°	75°	
MP	PIP	DIP	MP	PIP	DIP
85°	90°	75°	85°	95°	75°
85°	95°	75°	90°	95°	80°
85°	90°	80°	90°	95°	80°
90°	90°	80°	90°	95°	80°

Funkčný test úchopu

Pred terapiou	Typ úchopu	Po terapii
70%	Štipec	100%
60%	Laterálny úchop	100%
90%	Valcový úchop	100%
90%	Guľový úchop	100%
80%	Hákový úchop	100%
70%	Štipka	100%
70%	Pisársky úchop	100%

Vyšetrenie svalovej sily vybraných svalov zápästia a ruky testom podľa Jandu

Pred terapiou	Sval	Po terapii
4	Flexor carpi radialis	5
4	Flexor carpi ulnaris	5
3	Extensor carpi radialis longus et brevis	5
4	Extensor carpi ulnaris	5
4	Lumbricales II,III,IV,V	5
4	Flexor digitorum superficialis	5

4	Flexor diggitorum profundus	5
4	Interossei dorsales	5
4	Abd. Dig. V. Interossei volares	5
3	Opponens digiti minimi	5
3	Opponens pollicis	5
3	Flexor pollicis brevis	5
4	Extensor pollicis brevis	5

Záver

Operácia ruky je považovaná až za „hodinársku prácu“ kvôli tomu, že ruka je anatomicky veľmi zložitý orgán. Preto je výsledok operácie vo veľkej miere závislý od dobrej práce operátora. Ale aj po dobre zvládnutom operačnom zákroku, sa liečba ešte nekončí. Čo začal chirurg, musí dokončiť fyzioterapeut. Cieľom fyzioterapie je, aby bol výsledný funkčný stav uspokojivý pre pacienta. Len kvalitne vykonanou fyzioterapiou môžeme doceliť to, že sa pacient po vydatenej operácii môže s obnovenou funkciou ruky vrátiť k predošlým pracovným a voľnočasovým aktivitám.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. CLELAND, A., 2010. *Central sensitization does not identify patients with carpal tunnel syndrome who are likely to achieve short-term success with physical therapy* [online]. [cit. 2014-10-27]. Dostupné z: <http://download.springer.com/static/pdf/662/art%253A10.1007%252Fs00221-010-2436-7.pdf?auth66=14122582599955e4c6a968b58a63ba69d413b59b33&ext=.pdf>
2. DUFEK, J., 2006. Profesionální syndrom karpálního tunelu. In: *Neurologie pro praxi*. Roč. 7, č. 5, s. 254-256. ISSN 1213-1814.
3. EHLER, E. 2008. Současné trendy v EMG. In: *Neurologie pro praxi*. Roč. 9, č. 9, s. 65-68. ISSN 1213-1814.
4. EHLER, E. a Z. AMBLER, 2002. *Mononeuropatie : Trendy soudobé neurologie a neurochirurgie, svazek 3*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-125-4.
5. GROSS, J., M. FETTO, J. a E. ROSEN, 2005. *Vyšetření pohybového aparátu*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-720-8.
6. HROMÁDKOVÁ, J., 200. *Základy fyzioterapie*
7. JEFFREY, M. aj., 2005. *Vyšetření pohybového aparátu*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-720-8.
8. KADAŇKA, Z. 2010. *Učebnice speciální neurologie*. Brno: MU. ISBN 978-80-210-5320-5.
9. KANTA, M., E. EHLER, D. LAŠTOVIČKA, C. DAŇKOVÁ, J. ADAMKOV a S. ŘEHÁK, 2006. Možnosti chirurgické léčby syndromu karpálního tunelu. In: *Neurologie pro praxi*. Roč. 7, č. 3, s. 153-15. ISSN:1213-1814.
10. KURČA, E. a P. KUČERA, 2004. Syndróm karpálneho tunela – patogenéza, diagnostika a liečba. In: *Neurol.pro praxi*. Roč. 5, č. 2, s. 91-95 ISSN 1213-1814.
11. LEWIT, K., 2003. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně. 5. vydání*. Praha: Grada. ISBN 8-86645-04-5
12. NÁHLOVSKÝ, J., 2006. *Neurochirurgie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-319-2.
13. MICHALÍČEK, P., 2014. *Manuál rehabilitační a fyzikální terapie*. Bratislava: Dr. Josef Raabe, s.r.o. ISBN 978-80-8140-108-4.
14. PODĚBRADSKÝ, J., 2009. *Fyzikální terapie*. Praha: Grada. ISBN 9788024728995
15. RANC, V. a A. PAVLÍK, 2005. Syndrom karpálního tunelu – problém z pohledu revizního lékaře. In: *Listy revizního lékaře*. Roč. 9, č. 3, s. 46-48 ISSN 1212-2904.
16. SMRČKA, M., V. VYBÍHAL a M. NĚMEC, 2007. Syndrom karpálního tunelu. In: *Neurologie pro praxi*. Roč. 8, č. 4, s. 243-246. ISSN 1213-1814.
17. SZAROWSKÁ, R., 2007. *Úžínové syndromy I.: Syndrom karpálního tunelu*. Olomouc: Grada. ISBN 80-7013-172-1.
18. VODVÁŘKA, T., 2005. Úžínové syndromy. In: *Interní medicína pro praxi*. Roč. 3, č. 2, s. 74-80. ISSN 1803-5256.
19. ZÁLEŠÁK, B., 2011. Syndrom karpálního tunelu. *Medicína po promoci*. In: *Časopis postgraduálního vzdělávání lékařů: dvuměsíčník*. Roč. 12, č. 5, s. 62-63. ISSN 1212-9445.
20. 9445.

Kontakt na autora:

Mgr. Miloslav Gajdoš

Katedra FYZ FZO PU v Prešove

miloslav.gajdos@unipo.sk

LABORATÓRNA MEDICÍNA Z POHĽADU SESTIER A LABORANTOV - JEDEN CIEĽ SPOKOJNÝ PACIENT

Karahutová R.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Abstrakt

V súčasnosti je pacient stredobodom multidisciplinárneho prístupu zdravotníckych odborov, pričom jediným cieľom tohto snaženia je poskytovanie najlepšie nožnej dostupnej zdravotnej starostlivosti. Pre najefektívnejšie dosiahnutie tohto cieľa je nevyhnutné identifikovať, analyzovať a eliminovať možné vzájomné bariéry medzi jednotlivými odbormi zahrnutými v liečebno-preventívnom procese. Laboratórna medicína je základným pilierom, na ktorom sa stavia správna diagnostika a preto je komunikácia medzi sestrou a laboratóriom nevyhnutná pre pacienta. Úspešnosť laboratória závisí nielen od výsledkov testov, ale aj od pracovných postupov, medzi ktoré patrí aj predanalytická fáza, ktorá môže až 60% ovplyvniť výsledok pacienta. Spoločným cieľom je spokojnosť a dobrý zdravotný stav pacienta.

Kľúčové slová: Sestra. Laborant. Pacient. Laboratórna medicína. Predanalytická fáza.

Abstract

Currently, the patient is center point of multidisciplinary approach of health care disciplines. The sole aim of this effort is to provide the best possible care available. To effectively achieve this goal it is necessary to identify, analyze and eliminate potential barriers between professionals in disciplines involved. . Laboratory medicine is the cornerstone of correct diagnosis and therefore the correct communication between nurse and laboratory is very important. Success depends not only on the test results but as well on the operating procedures - which include preanalytical phase which may affect the final results by up to 60% The common goal is the satisfaction and good health of the patient.

Keywords: nurse, lab technician, patient, laboratory medicine, preanalytical phase

Zdravotné sestry tvoria dôležitý článok v poskytovaní zdravotníckej starostlivosti, pretože bez nich by nebolo možné realizovať klinickú medicínu v praxi. Stávajú sa čoraz dôležitejšími členmi zdravotníckeho tímu, lebo práve ony sú v najužšom kontakte s pacientom (Dysková, Zemličková, Judičáková 2012). Pre pacienta je sestra ľudsky najbližšia osoba. V britskom časopise The Lancet v roku 2000 uverejnili, že na mnohých klinikách USA sa opúšťa termín doktor a pacient a nahrádza sa slovami klient a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Briti skôr, ako prevzali nové termíny, sa opýtali pacientov, ktorým z týchto pojmov by dali prednosť: 77% sa páči názov pacient, 23% by chcelo byť klientom, názov klient sa nepáči 47% opýtaných a 14% sa nepáči slovo pacient. (Schreiber 2001). Väčšina ľudí, ktorí sú chorí sa cítia ako pacienti, nie ako klienti (Staňková 2009). Na Slovensku vnímame chorého človeka ako pacienta. Názov pochádza z latinského slova, čo v preklade znamená trpezlivý, znášajúci utrpenie. Sestra vníma pacienta ako ľudskú komplexnú bytosť, s ktorou je fyzicky v kontakte. Laborant vníma pacienta ako dôležitú biologickú vzorku, ktorú doručia do laboratória. Pre laboranta validovaný a vydaný výsledok pacienta je najdôležitejším výstupom, zatiaľ čo pre sestru je iba jedným z niekoľkých výsledkov, získaných zo spoločných laboratórnych a vyšetrovacích zložiek. Laborant ovláda referenčné rozmedzia vyšetrovaných laboratórnych parametrov, sestra sa spolieha na referenčný rozsah uvedený vo výsledkovom liste (Gerlichová a spol. 2013). Častým problémom je nesprávny odber biologického materiálu. Väčšina vyšetrení v laboratóriu sa robí zo séra, ktoré sa získa centrifugáciou. Po centrifugácii sa získa svetložltá tekutina, ktorá sa vkladá do analyzátorov, alebo sa pipetuje na analýzu vzorky. Nie všetky sestry vedia, že prudkým vystreknutím do skúmavky môže krv hemolyzovať, hemolýza môže ovplyvniť výsledky niektorých biochemických parametrov. Ak nie je pacient dostatočne pripravený na odber, napríklad nie je dodržaný čas lačnenia, môže byť sérum chylózne, čo môže tiež ovplyvniť niektoré parametre. Takéto odbery nie sú správne a je nutné odber opakovať, čo sa niekedy nepáči sestre, alebo lekárovi.

Aby sme mohli zabezpečiť správny odber vzorky u pacienta, musíme najprv definovať to, čo za správny a štandardný odber považujeme. Odber krvi a moču je základná denná činnosť zdravotnej sestry, ktorá je zodpovedná za kvalitu odberu. Niektorí by mohli povedať, že na odbere sa nedá nič pokaziť, že to zvládne každá sestra, ale je to naozaj pravda? Je veľa faktorov, ktoré môžu ovplyvniť analýzu vzorky. Jedná sa o faktory neovplyvniteľné, ktoré nevieme ovplyvniť. Sú to pohlavie, rasa, vek a periodické zmeny koncentrácie niektorých látok v krvi behom dňa, týždňa, mesiaca, roka a ovplyvniteľné faktory, o ktorých musíme pacienta poučiť, aby sme zabránili skresleniu laboratórnych vyšetrení (Staňková

2009). Dôkladné poučenie pacienta pred odberom biologického materiálu je prvým krokom objektívnych výsledkov laboratórneho vyšetrenia.

K diagnostike a liečbe pacientov svojou prácou prispieva aj medicínske laboratórium. Poskytuje spoľahlivé výsledky lekárom, ktorí sa môžu na ne spoľahnúť, vďaka kvalitným a špecifickým testom, a vysokoodborným personálom.

Laboratórna medicína poskytuje lekárovi veľmi dôležité informácie pre určenie diagnózy, stanovenie rizika, stupňa a prognózy ochorenia, monitorovanie priebehu liečby, detekciu komplikácií, skrining a výskum, mapovanie stavu a vypracovanie prehľadov (Cebecauer, Lukáč, Rovenský 2000).

Aby mohol vyšetrujúci lekár správne posúdiť stav vyšetrovanej osoby, potrebuje čo najviac informácií. Zdrojom informácií sú laboratórne vyšetrenia, ktoré umožňujú posúdiť zdravotný stav jedinca. Cieľom laboratórneho vyšetrenia je získať analyticky spoľahlivý a porovnateľný výsledok, ktorý umožní diagnostické rozhodovanie. Chybné výsledky môžu viesť až k ireverzibilnému poškodeniu stavu pacienta. Je veľmi dôležité, aby laboratória pracovali na vysokej profesionálnej úrovni a boli vybavené vhodnou prístrojovou technikou (Balla 2011). Diagnostický proces sa začína indikáciou na vyšetrenie a skladá sa z niekoľkých etáp. Medzi úlohy medicínskeho laboratória môžeme zaradiť zodpovednosť za predanalytické, analytické a postanalytické spracovanie biologického materiálu pacientov. Nedodržanie a porušenie zásad správneho odberu je hlavným dôvodom interpretácie falošne negatívnych, alebo falošne pozitívnych výsledkov. Predanalytická fáza je najčastejším zdrojom chýb (Stecová et al. 2010). Pracujem v privátnom laboratóriu, a spolupracujeme so zmluvnými ambulanciami. Veľmi nám záleží na tom, aby bola spokojnosť na oboch stranách, ako na strane lekára a sestry, tak na strane pacienta. Preto spracované informácie o predanalytickej fáze poskytujeme všetkým spolupracujúcim lekárom a sestram vo forme seminárov, ktoré sa konajú na našom pracovisku. V rámci predanalytickej fázy sa treba venovať:

- Požiadavke lekárov na vyšetrenia, teda zodpovedajúcej palete vyšetrení, rýchlosti dodania výsledku, kvalite vyšetrenia.
- Príprave pacienta na odber, vrátane poučenia pacienta, spôsobu odberu biologického materiálu, označenie biologického materiálu, aby nedošlo k zámene pacientov, príprave a správne vypísaniu žiadanky. Ak je potrebné prerušiť podávanie liečiv, ktoré by mohli ovplyvniť výsledky. Obmedziť, alebo neobmedziť príjem tekutín. Pred vyšetrením by sa mal pacient vyhnúť fyzickej námahe. To sú dôležité kroky, ktoré my v laboratóriu nemôžeme ovplyvniť, lebo je to činnosť, ktorú vykonávajú odberové sestry na ambulancii, ale môže to až 60 % ovplyvniť analytickú fázu.
- Zberu a transportu biologického materiálu
- Identifikácii pacienta v laboratóriu
- Príprave vzoriek na analýzu.

Veľmi dôležitou premisiou laboratórnej medicíny je analytická presnosť merania. Chyby v analytickej fáze za ostatné roky klesajú. V súčasnosti sa odhadujú len na 20 % zo všetkých chýb. Analytická fáza zahŕňa:

- Výber vhodnej prístrojovej techniky.
- Výber vhodnej analytickej metódy.
- Sledovanie analytickej kvality (interná a externá kontrola kvality).
- Zámena vzorky (chybné označenie pri preberaní alebo príprave).
- Nedostatočná ochrana materiálu pred svetlom.
- Nesprávna centrifugácia.
- Opakované rozmrazovanie vzorky.
- Kontaminácia.
- Nedodržanie časových limitov na spracovanie.

Postanalytická fáza činnosti klinického laboratória sa obvykle definuje ako súbor činnosti a opatrení, zabezpečujúcich kontrolu, validáciu a interpretáciu výsledkov laboratórných vyšetrení, vykonaných u príslušného pacienta. Súčasťou postanalytickej fázy je aj transfer výsledkov vyšetrení k indikujúcemu lekárovi a odborná komunikácia kompetentného personálu s lekárom. Spolu s predanalytickou a analytickou fázou tvorí tak jednotný celok z hľadiska organizácie, efektivity a kvality práce laboratória (Sečník, Sečníková 2010).

Postanalytická fáza predstavuje:

- Medicínsku validáciu výsledkov
- Preverovanie a spracovanie referenčných hodnôt
- Interpretáciu a závery
- Spôsob doručenia výsledkov ošetrovateľom, prenosy výsledkov cez internet

- Vzdelávanie vlastného personálu
- Odborná komunikácia s lekármi a poskytovanie informácií
- Hlásenie výsledkov telefonicky v kritickom intervale

Ambulancie od laboratória dostávajú komplexný servis, čím si zabezpečujeme dodržanie správnej predanalytickej fázy. Dodávame im komplet odberový uzavretý systém, zabezpečili sme im elektronické objednávanie materiálu. Výsledky im zasielame písomne aj elektronicky.

Cieľom tohto príspevku je poukázať nato, že je nevyhnutná spolupráca lekárov a sestier s laborantmi. Musia sa odstrániť vzájomné bariéry medzi jednotlivými odbormi zahrnutými v liečebno-preventívnom procese, a to komunikáciou a spoluprácou. Príčina môže byť i v samotnej podstate zdravotníckych odborov. Laboranti by mali mať základne znalosti o ošetrovateľských postupoch a procesoch, sestry by mali mať väčší prehľad o práci v laboratóriu a praktickom význame jednotlivých vyšetřovaných parametrov. Obe profesie by mali mať vypracované spoločné guidelines pre manažment vzoriek. Postgraduálne vzdelávanie sestier a laborantov by malo zaradiť do učebného plánu aj základy ošetrovateľstva pre laborantov, a pre sestry základy laboratórnej medicíny. Na našom pracovisku je samozrejmosť komunikovať s ambulanciami. Nedostatky a nedorozumenia sa snažíme odstrániť hneď po doručení vzorky do laboratória. So zmluvnými ambulanciami, s ktorými spolupracujeme aspoň raz ročne pripravujeme seminár, kde ich informujeme o nových vyšetřeniach a o zmenách v laboratórnych postupoch. Informácie podávame aj vo forme bulletinu, ktorý zasielame na každú ambulanciu. Osobný prístup ľudí z laboratória k lekárovi a sestre by mala byť v dnešnej medicíne samozrejmosť, ktorá vedie k spoločnému cieľu, a to pomáhať ľuďom, ktorí to potrebujú a spokojný pacient.

Literatúra

1. BALLA, J. et al., 2011. Akreditácia a kvalita v medicínskom laboratóriu. In: Laboratórna diagnostika. Roč. XVI, č.1-2, str. 122-126. ISSN 1335-2644.
2. CEBECAUER, L., LUKÁČ, J., ROVENSKÝ, J., 2000. Laboratórne vyšetřovacie metódy v reumatológii. In: ROVENSKÝ, J., PAVELKA, K. a kol. *Klinická reumatológia*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-022-4.
3. DYSKOVÁ, T., ŽEMLIČKOVÁ, T., JUDÍČÁKOVÁ, M., 2012. Jedinečná úloha sestry v ošetrovateľskej starostlivosti. In: Preklenutím rozdielov zvyšujeme dostupnosť a rovnosť v starostlivosti pacienta/klienta [online]. ISBN 978-80-555-0736-1. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Judicakova1/subor/Dyskova.pdf>
4. SEČNÍK, P., SEČNÍKOVÁ, A., 2010. Postanalytická fáza – aké nástroje máme k dispozícii a ako ich využívame. In: Laboratórna diagnostika. Roč. XV., č. 1-2, str. 31-32. ISSN 1335-2644.
5. SCHREIBER, V., 2001. V novém století: pacient, klient, nebo zákazník? [online] In: Vesmír. Č. 3, roč. 2001, str. 129. ISSN 1214-4029. Dostupné z: <http://casopis.vesmir.cz/files/file/fid/867/aid/5670>
6. STAŇKOVÁ, A., 2009. Odběr krve – žádná věda?. In: Sestra [online]. Č. 4, roč. 2009. ISSN 12-10-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/odber-krve-zadna-veda-418591>
7. STECOVÁ, A., BELICOVÁ, Z., SCHENKOVÁ, K., VLNIEŠKOVÁ, K., BÚRAN, J., 2010. Zabezpečenie predanalytickej a postanalytickej fázy vo veľkom laboratóriu. In: Laboratórna diagnostika. Roč. XV., č. 1-2, str. 32. ISSN 1335-2644.

Kontakt na autora:

Mgr. Renáta Karahutová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

PROGREDUJÚCA OŠETROVATEĽSKÁ PRAX V OFTALMOLÓGII – ZÁKLADNÝ RAMEC KOMPETENCIÍ PODĽA MODELU VEĽKEJ BRITÁNIE.

Kaščáková, M., Majerníková, E., Obročníková, A.

*Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva, Prešovská univerzita v Prešove*

Súhrn

Príspevok informuje o pokročilej praxi ošetrovateľstva v oftalmológii podľa modelu Veľkej Británie. Vymedzuje definíciu, zručnosti a roly sestry, aktivity a perspektívy pokročilého ošetrovateľstva v oftalmológii. Predstavuje kvalifikačný rámec kompetencií, ktorý tvorí jadro špecializácie ošetrovateľstva v oftalmológii. Je určený sestram na troch úrovniach klinickej praxe. Zameriava sa na vedomosti, zručnosti a intervencie, ktoré sú rozšírené a špecifické pre sestry pracujúce na všetkých oftalmologických pracoviskách.

Kľúčové slová: Pokročilá prax. Ošetrovateľstvo v oftalmológii. Sestra. Kompetencie.

Survey

The contribution informs about advanced practice in ophthalmic nursing by model Great Britain. Which defines the definition, skills and roles nurses, the activities and perspectives advanced practice in ophthalmic nursing. It also provides qualifications framework competencies, which forms the core of specialization ophthalmic nursing. Is determined nurses on three levels clinical practice. Is focused on the knowledge, skills and interventions that are extended and specific to nurses working on all of ophthalmic workplace.

Key words: Advanced practice. Ophthalmic Nursing. Nurse. Competencies

Úvod

Rozvoj ošetrovateľstva sa v poslednom období výrazne posunul do nových dimenzií v mnohých krajinách sveta. Podstatou spomínaného fenoménu je rozšírenie a značné posilnenie autonómie sestier. Prioritne sa do popredia dostáva nová forma poskytovania zdravotnej starostlivosti označovaná ako pokročilá ošetrovateľská prax (Kontrová, 2010). Dynamický rozvoj ošetrovateľstva v oftalmológii bol zaznamenaný v posledných desaťročiach aj vo Veľkej Británii. Dôvodom inovácie boli potreby praxe, aby sa splnili požiadavky pre dynamickejšiu, dostupnejšiu a ekonomicky efektívnejšiu zdravotnú starostlivosť. Legislatíva, vzdelanie, sústavné vzdelávanie, normy, protokoly a štandardy umožňujú sestram pracujúcim v oftalmologických zariadeniach vykonávať kompetencie (napr. predpis liekov, odporúčenie príslušného špecialistu a pod.), ktoré v minulosti boli výhradne len doménou lekára. V súčasnosti sa začleňujú k štandardným kompetenciám sestier, ktoré vykonávajú ošetrovateľskú prax v oftalmológii. Sestra pracuje samostatne, podľa potreby v spolupráci s lekárom a ďalšími odborníkmi, čo viedlo k zintenzívneniu a modernizácii oftalmologickej starostlivosti o pacientov. Uvedená forma poskytovania zdravotnej starostlivosti o pacientov s ochoreniami oka dostala názov pokročilá ošetrovateľská prax v oftalmológii a je plne rešpektovaná zdravotníkmi pracovníkmi ako aj pacientmi.

Všeobecná charakteristika pokročilej ošetrovateľskej praxe.

Pokročilá ošetrovateľská prax sa podľa Schober, Affara (2006) dostala do popredia v posledných desaťročiach ako uznávaná zdravotná starostlivosť. Celosvetová zdravotná politika konštatuje, že je potrebné uznávať pokročilú ošetrovateľskú prax nakoľko je optimálnym ošetrovateľským príspevkom pre zdravotnú starostlivosť. Spomínaná ošetrovateľská starostlivosť sa realizuje prostredníctvom rozšírenia úloh ošetrovateľskej praxe a je efektívnou stratégiou pre zlepšenie zdravotnej starostlivosti (Buckley, 2008). Kontrová (2010) poukazuje na fakt, že v rôznych krajinách pokročilá ošetrovateľská prax implementuje širokospektrálne roly sestry, ktoré vychádzajú zo získanej špecializácie, alebo zo zamerania na určité skupiny pacientov. Do značnej miery predstavuje prechod roly z lekárov na sestry s cieľom znížiť nároky na čas lekára, zlepšiť prístup pacientov k starostlivosti a znížiť náklady na zdravotnú starostlivosť. Najvyššiu tendenciu k výkonu odborných činností majú sestry v primárnej alebo v ambulantnej starostlivosti. Sestry poskytujú súbor služieb, ktoré by inak vykonávali lekári (napr. prvý kontakt s pacientom, kontinuálnu starostlivosť o pacienta s chronickými chorobami, objednávanie pacientov na vyšetrenia). V nemocniciach ide najmä o zabezpečenie vedenia a riadenia starostlivosti, vzdelávanie a dohľad na ošetrovateľský personál a podporu adekvátnych štandardov kvality zdravotnej starostlivosti a bezpečnosti pacientov.

Medzinárodná rada ošetrovateľstva (ICN) v roku 2008 navrhla štandardné definovanie pokrokovej sestry, ako Advanced Practice Nurse je registrovaná sestra, ktorá získala odborné vedomosti a zručnosti pre rozhodovanie, kompetencie klinickej rozšírenej praxe a vlastnosti, formované kontextom krajiny, v ktorej vykonáva odborné pracovné činnosti. Odporúčaná vstupná úroveň vzdelania je magisterské štúdium (Kontrová, 2010).

Pokročilá ošetrovateľská prax v oftalmológii podľa modelu Veľkej Británie.

Podľa (Marsden, 2007) príčinou vzniku pokročilej ošetrovateľskej praxe v oftalmológii vo Veľkej Británii bol nedostatok skúsených očných lekárov, pretože sa implementovali nové modely práce, konfigurácia služieb, následne vznikla požiadavka na inováciu zdravotnej starostlivosti o pacientov a zníženie čakacej doby na zdravotnú starostlivosť. Nástupom sestier pracujúcich v oftalmologických zdravotníckych zariadeniach a výberom moderných postupov poskytovanej starostlivosti sa uľahčuje efektívna starostlivosť o pacientov, čo inkorporuje pozitívne výsledky v praxi.

V začiatkoch implementácie pokročilej ošetrovateľskej praxe vo Veľkej Británii sa zdôrazňovali súvislosti s post – modernou kultúrou a so zvýšenou profesionalizáciou zdravotníctva. Zásadný dôraz sa kládol na interdisciplinárny prístup a odklon od tradičného biomedicínskeho modelu zdravotnej starostlivosti na vyslovene holistický prístup, ktorý má podľa skúsenosti zvýšený dôraz na skvalitnenie zdravotnej starostlivosti o pacientov.

Pokročilá prax v oftalmologickom ošetrovateľstve vychádza z:

1. Definície pokročilej ošetrovateľskej praxe. (Cox, 2010) ju definuje ako súbor zručností, ktorými sa vykonáva klinická anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, vhodné príslušné vyšetrenie, predpisovanie liečby po odsúhlasení protokolov na základe výskumu alebo konsenzu a poskytovanie poradenstva a konzultácií o prognóze a manažmente ochorenia.

2. Vymedzenie pokročilej ošetrovateľskej praxe, ktorá nastavuje hranice pre rozvoj budúcej praxe, nových pokrokových rolí reagujúcich na potrebnú zmenu a na pokročilú klinickú prax, výskum a vzdelávanie s cieľom zlepšiť profesionálnu prax ako celok. Požiadavka na vzdelanie je magisterský stupeň alebo schopnosť demonštrovať vedomosti magisterského stupňa vzdelania a následné postgraduálne špecializované vzdelávanie, ktoré sú zamerané na rozšírenie role pacienta a jeho rodinu. Na vykonávanie špecifickej role v pokročilej ošetrovateľskej praxi v oftalmológii má kompetenciu len registrovaná sestra, s ukončeným vysokoškolským vzdelaním tretieho stupňa v odbore ošetrovateľstvo a špecializovaným postgraduálnym vzdelaním z kliniky očných chorôb. Sestra je skúseným praktikom a odborne vzdelaná, a tak je schopná diagnostikovať a liečiť, a v prípade potreby odporučiť vhodného špecialistu. Sestra pri poskytovaní pokročilej ošetrovateľskej praxe okrem spolupráce s lekárom, vykonáva túto prax aj samostatne a je právne zodpovedná za starostlivosť ktorú poskytuje. Má intervencie vykonávať klinické rozhodnutia, ktoré sú založené na vyšetrení a zároveň môže liečiť pacientov nezávisle (Marsden, 2007).

3. Zručnosti sestry v pokročilej ošetrovateľskej praxi. Rada ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie Veľkej Británie určila komplexný súbor zručností pre pokročilú ošetrovateľskú prax. Sestra vykonáva spomínané zručnosti v súlade s platnými legislatívnymi pokynmi a protokolmi. Poskytuje pokročilú ošetrovateľskú prax a vykonáva u pacienta:

- komplexnú anamnézu, fyzikálne vyšetrenie, využíva odborné vedomosti a klinické úsudky na identifikáciu potencionálnej diagnózy a v prípade potreby odporúča ďalšie vyšetrenia a stanovuje konečnú diagnózu,
- rozhoduje o liečbe a vykonáva ju, vrátane predpisovania liekov, alebo odporučí príslušného špecialistu,
- využíva rozsiahle skúsenosti z praxe plánovať a poskytnúť kvalifikovanú a komplexnú starostlivosť na zlepšenie zdravia pacientov,
- podľa potreby zabezpečuje sociálnu starostlivosť zahrňujúcu aj iných členov tímu podieľajúcich sa na zdravotnej starostlivosti,
- zaisťuje poskytovanie kontinuálnej zdravotnej starostlivosti, vrátane nadväzujúcich návštev,
- hodnotí a vyhodnocuje s pacientom účinnosť liečby a starostlivosti, vykonáva zmeny podľa potreby,
- pracuje samostatne, ale často aj ako súčasť multidisciplinárneho zdravotníckeho tímu, poskytuje vedenie a zaisťuje, že každý pacient má liečbu a starostlivosť poskytovanú na osvedčených postupoch (Cox, 2010).

4. Roly sestry v pokročilej ošetrovateľskej praxi. Základom pokročilej ošetrovateľskej praxe sú roly sestry, ktoré vykonáva v klinickej praxi. Roly sestry vykonávané v klinickej praxi sú spojené s jej zručnosťami pre výkon pokročilej ošetrovateľskej praxe. Základné pokročilé role sestry sú zamerané na:

- fyzikálne vyšetrenie, diagnostiku a liečenie chorôb,
- objednávanie na vyšetrenia a interpretáciu ich výsledkov nezávisle na lekárovi, ktorými sa stanovuje preventívna zdravotná starostlivosť prostredníctvom podpory zdravia a vzdelávania,
- objednávanie liekov a predpisovanie liekov,
- riadenie žiadateľov o zdravotnícke služby na základe počtu obyvateľov, v ideálnom prípade zahŕňa jednotlivcov, rodiny a/alebo celé komunity,
- využíva stratégie riadenia pre poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti a efektívneho využitia zdrojov (Cox, 2010).

5. Aktivity pokročilej ošetrovateľskej praxe v oftalmológii. V súčasnosti pokročilá ošetrovateľská prax v oftalmológii vymedzuje hranice nových pokrokových rolí reagujúcich na zmenu v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti s cieľom zlepšiť starostlivosť o pacientov s ochoreniami oka. Sestry v tomto procese majú kľúčové postavenie nezávislým vykonávaním aktivít, ktoré sú spojené so zručnosťami a rolami pokročilej ošetrovateľskej praxe:

- poskytovanie prvej pomoci,
- manažment liečenia sivého zákalu,
- vykonávanie malých chirurgických zákrokov, vrátane postupov ako sú incízie a drenáže zápalových procesov na mihalniciach (napr. chalazión) a odstraňovanie papilómov,
- manažment liečby YAG - laserom (capsulotómia a iridectómia),
- manažment glaukomového ochorenia,
- vedie vyšetrenia fluorescenčnou angiografiou,
- posúdenie celkového zdravotného stavu a komplexné posúdenie pri očných ochoreniach a poraneniach oka,
- zabezpečenie komplexnej starostlivosti po operácií sivého zákalu,
- manažment liečenia botulotoxínom (Cox, 2010).

6. Perspektívy pokročilej ošetrovateľskej praxe v oftalmológii. Perspektívy pre rozvoj pokročilej praxe v oftalmologickom ošetrovatelstve sú nasledovné:

- sestry musia byť pripravené prostredníctvom vhodných vzdelávacích programov, aby flexibilne reagovali na meniace sa potreby a nové reformy v zdravotníckom systéme,
- ošetrovatelstvo v oftalmológii musí presvedčivo vyjadriť svoju unikátnu podstatu a jedinečné odborné perspektívy pokročilej praxe,
- perspektívou do budúcnosti je vnímať pacienta pri poskytovaní pokročilej ošetrovateľskej praxe v oftalmológii z iného hľadiska ako je medicínsky,
- pre pokročilé ošetrovatelstvo v oftalmológii holistický pohľad na pacienta je výzvou do budúcnosti,
- poskytovať starostlivosť o pacienta v rôznych situáciách adresne smerovanej na celkovú starostlivosť pri komplexnom uspokojovaní potrieb pacienta (Cox, 2010).

Základný kvalifikačný rámec kompetencií, určujúci jadro špecializácie ošetrovatelstva v oftalmológii pre výkon pokročilej praxe

Roach (1992) definuje kompetencie ako stav vedomostí, úsudku, zručností, energie, skúsenosti a motivácie, vyžadujúce adekvátne reagovať na požiadavky profesionálnych pracovných povinností (Royal College of Nursing, 2009).

Predkladaný kvalifikačný rámec kompetencií určuje jadro špecializácie oftalmologického ošetrovatelstva pre výkon pokročilej praxe. Je výsledkom niekoľkoročnej práce britských sestier, kde hnacím motorom bolo uznanie potreby kompetenčného rámca, ktorý umožňuje sestram pracujúcim na všetkých oftalmologických pracoviskách popísať a ukázať ich spôsobilosť vykonávať zložité a mnohokrát málo chápané špecifické pracovné činnosti.

Kvalifikačný rámec kompetencií má tri úrovne klinickej praxe. Výkon ošetrovateľskej praxe v oftalmológii v každej úrovni je podmienený príslušným špecializovaným vzdelávaním v odbore oftalmológia a ošetrovatelstva v oftalmológii, pričom vzdelávanie zabezpečujú príslušné kompetentné vzdelávacie inštitúcie (napr. Royal College of Nursing - Vysoká Kráľovská škola ošetrovatelstva v Londýne), ktoré selektujú tri úrovne klinickej praxe:

1. Úroveň: Kompetentná sestra /sestra začínajúca profesionálnu prax v odbore/.
2. Úroveň: Skúsená / špecialista – sestra.
3. Úroveň: Senior odborník/expert – sestra.

Kompetencie pokročilej ošetrovateľskej praxe v oftalmológii majú mnohostranné zameranie s prepojením na rôzne oblasti:

- pomáhajú sestram plánovať profesionálny rozvoj v praxi,

- slúžia ako model starostlivosti o pacientov s chorobami oka a poruchami zraku pre sestry, ktoré začínajú profesionálnu prax,
- poskytujú zamestnávateľovi informáciu o vzdelanostnej úrovni sestry a kariérnom postupe,
- slúžia ako podklad pre vzdelávacie inštitúcie, kedy a ako plánovať ďalší edukačný proces sestry,
- redukujú priepasť medzi teóriou a praxou, aby sa zaistila konzistencia v rámci celého očného sektoru,
- poukazujú na jedinečný prínos starostlivosti, ktorú vykonávajú sestry v oftalmologických zdravotníckych zariadeniach,
- poskytujú model na využitie rozvoja nových rolí pokročilého ošetrovateľstva v oftalmológii v primárnej starostlivosti a zrakovej rehabilitácii,
- poskytujú rámec pre ďalší progresívnejší vývoj vzťahov ošetrovateľstva v oftalmológii (Royal College of Nursing, 2009).

Jadro špecializácie:

Výber a použitie holistických kompetencií. Nižšie predkladané Jadro špecializácie ošetrovateľstva v oftalmológii poskytuje náhľad na základný rámec špecifických kompetencií pre sestry na troch úrovniach klinickej praxe. Kompetenčný kvalifikačný rámec je zameraný na vedomosti, zručnosti a intervencie, ktoré sú rozšírené a špecifické pre sestry pracujúce na každom očnom pracovisku (Royal College of Nursing, 2009).

Kompetentná sestra: má komplexné vedomosti z anatómie a fyziológie telesných systémov vo vzťahu k očnému a príbuzným systémom; preukazuje základné vedomosti k liečebným očným procesom; využíva vedomosti z fyziológie, ktoré súvisia s očným systémom a s nim príbuznými systémami; využíva vedomosti abnormálnej očnej patológie, aby sa zabránilo negatívnym účinkom na človeka; demonštruje základné vedomosti patopsychologických očných problémov, ktoré sú spoločné v oftalmologickej praxi; rozpoznáva a popisuje príznaky bežných očných problémov používajúc obmedzený rozsah terminológie; rozumie princípom riadenia ľudí s očnými problémami, poraneniami; spravuje a poskytuje poradenstvo o farmakologicky bežne užívaných liekoch, vo vlastnej oblasti praxe; chápe právne otázky, ktoré sa týkajú dodávok a aplikácie očných liekov; preukazuje pochopenie pojmov myopia, hypermetropia, astigmatizmus a vysvetľuje ako korigovať tieto refrakčné chyby; chápe a rozumie princípom použitia pomôcky na zväčšenie; demonštruje pochopenie pre použitie konkávnych, konvexných šošoviek; chápe vhodné použitie rozličných zdrojov svetla, ktoré môžu zväčšiť tlač bez použitia zväčšenia; identifikuje, ako použitie rôznych farieb, textúr a kontrastov môže pomôcť zrakovo postihnutým; presne vyhodnocuje všetkých pacientov a rozpoznáva aktuálne a potencionálne problémy, ktoré si môžu vyžadovať pozornosť; zbiera informácie na získanie anamnézy osobnej, rodinnej, sociálnej, terajšieho stavu a prostredia pacienta; vytvára obraz na získanie širšieho pohľadu v rámci hodnotenia pacienta; vykonáva základné oftalmologické vyšetrenia; demonštruje efektívne techniky pri vyšetrení zraku; demonštruje schopnosť vyhodnotiť zrakové funkcie; posudzuje schopnosť motivácie pacienta a opatrovateľa pri riadení vlastnej starostlivosti o zdravie, dokumentuje jasne a presne informácie o pacientovi; vie, ako získať prístup k dodatočným informáciám o pacientovi, ako a kedy je vhodné komunikovať s ním za účelom získania informácií; identifikuje rizikové správanie sa pacienta vo vzťahu k dodržiavaniu odporúčaných liečebných inštrukcií; zabezpečuje spojenie medzi pacientom/opatrovateľmi a ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu, vrátane iných agentúr, aby sa zabezpečila optimálna starostlivosť; hodnotí bolesť a využíva účinné metódy na úľavu bolesti a vedľajších účinkov; demonštruje vhodnú prípravu prostredia a pacienta, ktorý podstupuje oftalmologické procedúry, aby poskytovaná intervencia zabezpečovala zdravie, bezpečnosť, dôstojnosť a súhlas; rozvíja vedomosti o možných psychologických účinkov očných problémov na dieťa; demonštruje dosah možných účinkov detských očných problémov na rodinu a priateľov; preukazuje vedomosti o psychologických účinkoch hospitalizácie na deti a ich rodiny; preukazuje vedomosti o dôležitosti súhlasu najbližších príbuzných s liečebným procesom; pozná práva mladistvých, ktorí dosiahli vek 16 rokov, že môžu dať súhlas na liečenie; využíva znalosti identifikovať, zlepšiť a hlásiť aktuálne a potencionálne riziká u detí; demonštruje vedomosti o anatomických rozdieloch u detí; vie rozpoznať či dieťa má bolesť a to najmä vo vzťahu k očným problémom, a pozná prístupy k vhodným stratégiám proti bolesti; posudzuje bolesť u detského pacienta na základe odporúčaných pediatrických hodnotiacich škál vie okamžite podať zodpovedajúce pediatrické lieky proti bolesti a sledovať ich účinok.

Skúsený / špecialista – sestra: využíva celý rad ošetrovateľských stratégií na zmiernenie psychických a duševných vplyvov na fyzické a emocionálne aspekty pri očných chorobách u jednotlivcov, rodiny a podporovateľov; posudzuje, plánuje a stanovuje priority pri starostlivosti o pacientov s očnými chorobami a úrazmi; je identifikovaná ako hlavný odborník zásad a princípov starostlivosti vykonávanej na oddelení a/alebo ďalších iniciatív pri rozvoji odborných vedomostí ako je Rámcový systém národnej

služby starostlivosti o zdravie; pôsobí aktívne ako pedagóg a zdroj vedomostí pre ďalších odborníkov v rámci oftalmologickej starostlivosti, ako aj pre profesionálov z iných odborov; hodnotí holisticky/komplexne, stanovuje priority a plánuje starostlivosť o pacienta v rámci podmienok bežnej praxe; používa štandardizovaný prístup k identifikácii pacientových potrieb pri poskytovaní starostlivosti; je schopná posúdiť, naplánovať a implementovať liečebné plány; interpretuje celý rad klinických údajov týkajúcich sa očných chorôb a úrazov, aby sa umožnili včasné a účinné intervencie; iniciuje príslušné očné vyšetrenie; triedi zhromaždené materiály z vyšetrenia, aby sa poskytlo racionálne odôvodnenie na klinické rozhodnutie, ktoré sa má vykonať; reaguje na identifikované rizikové správanie pacienta a minimalizuje ich vplyv v súlade s pokynmi starostlivosti.

Senior odborník/exper – sestra: využíva expertné vedomosti na posúdenie a určenie priorít pri liečení a zachovaní bezpečnosti širokého spektra pacientov s rôznymi očnými problémami; využíva vedomosti umožňujúce kriticky vyhodnotiť údaje o pacientovi s očnými problémami za účelom výberu a implementácie vhodnej starostlivosti, predvída účinky klinickej diagnózy na jednotlivca, rodiny/podporovateľov, nastavuje starostlivosť na zvýšenie pohody a vhodnej reakcie pacienta; predpokladá u pacienta pravdepodobný liečebný proces a využíva vlastné odborné znalosti, aby sa dosiahol čo najlepší výsledok; zabezpečuje pravidelný prísun liekov a hodnotí účinky farmakologickej intervencie v súlade s národnou a miestnou politikou a klinických pokynov; predpisuje lieky v súlade s existujúcou legislatívou a normami; formuluje a dokladá ako pracovisko a služby sa podieľajú na základnej starostlivosti podľa národného rámca a národných štandardov; využíva odborné vedomosti na vytvorenie a podporu kreatívnych a inovačných riešení, súvisiacich s problémami praxe; prekladá odborné vedomosti vo formulároch, ktoré sú k dispozícii na všetkých stupňoch oftalmologického a iného vzdelávania, zdravotníckych profesionálov v praxi; využíva odborné vedomosti kriticky vyhodnocovať údaje pre výber a zavedenie zodpovedajúcej starostlivosti; presne vedie očné posúdenie a fyzikálne vyšetrenie príslušných oblastí liečenia a interpretuje nálezy; iniciuje a presne interpretuje širokú škálu vyšetrení v súlade s pokynmi a platnými protokolmi (Royal College of Nursing, 2009).

Záver

Z uvedeného príspevku je možné konštatovať, že ošetrovateľstvo v oftalmológii nepredstavuje iba tzv. aplikáciu liekov do oka. Inkorporuje v sebe širokú škálu odborných a špecializovaných zručností a výkonov, ktoré sestry uplatňujú v praxi. Na medzinárodnej úrovni sa tieto praktiky považujú za pokrokové. Sestry ako poskytovatelia modernej pokročilej praxe sa prispôbujú vývoju, rozvíjajú svoju prax za účelom splnenia očakávaní svojich pacientov a verejnosti. Pokročilá ošetrovateľská prax v oftalmológii podľa modelu Veľkej Británie určuje hranice pre rozvoj budúcej praxe, nových pokrokových rolí reagujúcich na potrebnú zmenu a na pokročilú klinickú prax s dôrazom na výskum a vzdelávanie s cieľom zlepšiť profesionálnu prax ako celok. V čom spočíva hodnota oftalmologického ošetrovateľstva? Odpoveď na spomínanú otázku poskytuje Needham a kol. (2009). Autori uvádzajú, že sestra/specialista v oftalmologickom ošetrovateľstve stojí náklady, avšak náklady možno považovať za dobrú investíciu, ak sa má za to, že ide o poskytovanie efektívnej starostlivosti o zdravie a zdravie zrakového orgánu. Sestry pracujúce v oftalmologických pracoviskách môžu zvýšiť efektívnosť a účinnosť starostlivosti prostredníctvom zníženia čakacích dób, poradovných a zlepšiť klinickú účinnosť. Rovnako majú kľúčovú úlohu v celom spektre starostlivosti o zdravie zrakového orgánu. Výskum poukazuje na pozitívnu koreláciu medzi už zamestnanými kvalifikovanými sestrami a kvalitnou starostlivosťou o pacienta. Vyplýva to zo štúdií Mark a kol. z roku 2004 a Needleman a kol. z roku 2001 a 2002. Fórum oftalmologického ošetrovateľstva previedli prvý prieskum, ktorého cieľom bolo zistiť podiel ošetrovateľstva v oftalmológii na starostlivosti pacientov s očnými ochoreniami. Dospeli k následovnému záveru, že „oftalmologické ošetrovateľstvo ako špecializácia môže byť nákladovo efektívna, a môže podporovať pozitívne procesy a výsledky starostlivosti o pacienta“ (Waterman, 1995). Avšak sú ešte veľké rozdiely v dostupnosti kvalifikovaných očných sestier. Špecializácia v oftalmologickom ošetrovateľstve disponuje obrovským rozsahom kľúčových zručností a odborných vedomostí v radoch kvalifikovaných sestier (Czuber-Perovec, 2006, Waterman, 1999). (In Needham a kol., 2009).

Literatúra

1. BUCKLEY, CH., PHIPCHUK, D. et. al. Advanced nursing practice: A national framework. Ottawa: Canadian Nurses Association. 2008. 46 s. ISBN 978-1-55119-212-3.
2. COX, C. L. Advancing Practice in Ophthalmic Nursing [online]. 2010 [cit. 2012-09-09]. Dostupné z: http://www.iona-online.org/Professor_Carol_Cox_presentation.pdf
3. KONTOVÁ, L. Pokrokové roly sestier. In Sestra. September-október 2010 s.14-15 ISSN 1335-9444.

4. MARSDEN, J.E. A UK competence based framework for ophthalmic nursing practice. In Day Surgery Australia. 2007, vol.6 no.3, p.15-20. ISSN 1446-8999.
5. Competencies: An Integrated Career and Competency Framework For Ophthalmic Nursing. London: Royal College of Nursing, 2009, 23 s. ISBN 978-1-904114-59-8.
6. NEEDHAM, Y., et. al. The nature, scope and value of ophthalmic nursing. London: Royal College of Nursing. 2009. 20 s. ISBN 978-1-906636-15-8.

Kontakt na autora:

PhDr. Mária Kaščáková, PhD.
Katedra OSE FZO PU v Prešove
kascakova@unipo.sk

FIBRILÁCIA PREDSIENÍ – KARDIOVERZIA NA SÍNUSOVÝ RYTMUS

Kmec, J.

Kardiocentrum FNŠP J.A. Reimana Prešov

ABSTRAKT

Fibrilácia predsiení (FP) predstavuje najčastejšiu pretrvávajúcu srdcovú arytmiu, ktorej prevalencia stúpa s vekom populácie. Najdôležitejším dôvodom pre obnovu sínusového rytmu je zlepšenie symptómov, hemodynamiky, zníženie rizika tromboembolických príhod a prevencia predsieňovej remodelácie. Kardioverziu FP na sínusový rytmus možno vykonať farmakologicky alebo elektricky použitím štandardnej transtorakálnej metódy. Kontrola frekvencie má byť iniciálnym prístupom u starších pacientov s FP a minimálnymi symptómami, kontrola rytmu ako iniciálny prístup sa má zvážiť u mladých symptomatických pacientov. Antiarytmiká sú stále hlavným terapeutickým prostriedkom na liečbu pacientov s FP. Elektrická kardioverzia (EKV) predstavuje procedúru, pomocou ktorej použitím špeciálnych elektród alebo pádiel, naložených na kožu hrudníka a chrbta, je cez stenu hrudníka do srdca aplikovaný synchronizovaný elektrický šok. Najnovšie indikácie pre kardioverziu u pacientov s FP uvádzajú Odporúčania ESC (European Society of Cardiology) pre manažment fibrilácie predsiení z roku 2012 a Odporúčania AHA/ACC/HRS (American College of Cardiology/American Heart Association/Heart Rhythm Society) pre manažment pacientov s FP z roku 2014. Čas vykonania EKV závisí od symptómov a antikoagulačného stavu.

Kľúčové slová: Fibrilácia predsiení, Sínusový rytmus, Farmakologická kardioverzia, Elektrická kardioverzia

ABSTRACT

Atrial fibrillation (AF) is the most common sustained cardiac rhythm disorder, with an increasing prevalence in elderly population. The most important reason to restore sinus rhythm is symptom amelioration, improvement of haemodynamics, reduced risk of thromboembolic events and prevention of atrial remodeling. Cardioversion (CV) of AF on sinus rhythm can be done pharmacologically or electrically using standard transthoracic method. Rate control should be the initial approach in elderly patients with AF and minimal symptoms. Rhythm control as the initial approach should be considered in young symptomatic patients. Antiarrhythmic drugs are still the main therapeutic agents for the treatment of patients with atrial fibrillation. Electrical cardioversion (ECV) is a procedure whereby a synchronized electrical current (shock) is delivered through the chest wall to the heart through special electrodes or paddles that are applied to the skin of the chest and back. The latest indication for electrical cardioversion in patients with AF is introduced in ESC (European Society of Cardiology) Guidelines for the management of atrial fibrillation from 2012 and AHA/ACC/HRS (American College of Cardiology/American Heart Association/Heart Rhythm Society) Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation from 2014. Time performed of CV depends on symptoms and anticoagulation status.

Key words: Atrial fibrillation, Sinus rhythm, Pharmacological cardioversion, Electrical cardioversion

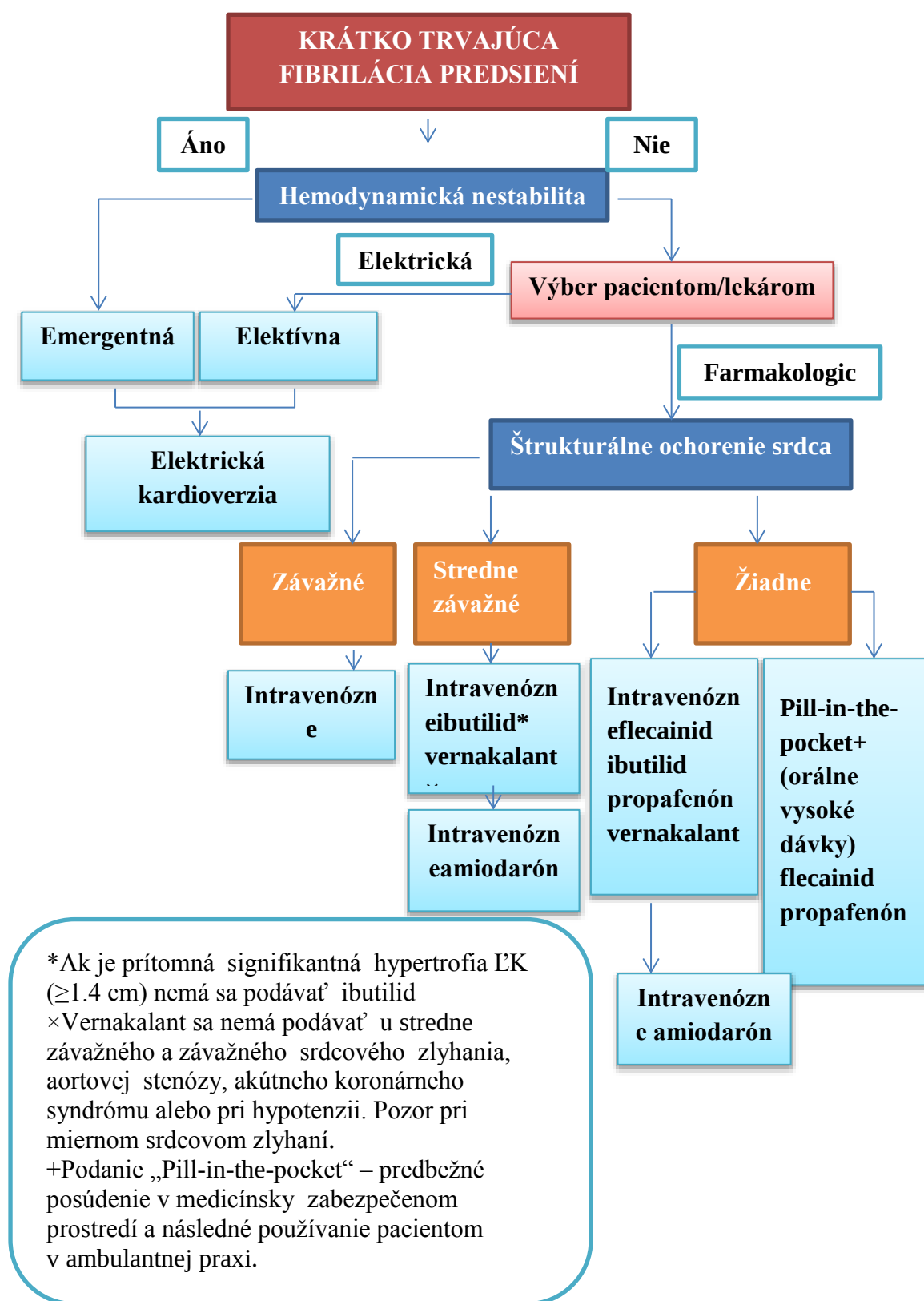
ÚVOD

Fibrilácia predsiení (FP) predstavuje najčastejšiu pretrvávajúcu srdcovú arytmiu, ktorej prevalencia stúpa s vekom populácie. Prítomnosť FP je spätá so zvýšenou mortalitou a morbiditou, so zvýšeným rizikom mozgových príhod a tromboembolizmu a so závažnými hemodynamickými účinkami, ktoré spôsobujú zníženie tolerancie záťaže a srdcové zlyhávanie (Lip, 2001). FP v spojení s kongestívnym srdcovým zlyhaním a diabetes mellitus 2. typu a/alebo metabolickým syndrómom sa považuje za jednu z troch narastajúcich epidémií 21. storočia (Gersh, 2005). **U pacientov s perzistujúcou FP sú v podstate dve cesty manažovania tejto dysrhythmie, a to nastolenie a udržanie sínusového rytmu, alebo kontrola jej komorovej frekvencie.** Obe stratégie môžeme realizovať farmakologicky (antiarytmiká a antikoagulancia), resp. aj nefarmakologickým prístupom. (Fuster, 2001). Najdôležitejším dôvodom pre obnovu sínusového rytmu je zlepšenie symptómov, hemodynamiky, zníženie rizika tromboembolických príhod a prevencia predsieňovej remodelácie (Vardas, 2002).

KARDIOVERZIA

Kardioverziu možno **vykonať farmakologicky použitím antiarytmík** triedy I, III alebo látkami spomaľujúcimi repolarizáciu predsiení (vernakalant) alebo **elektricky** pri použití štandardnej transtorakálnej kardioverzie. Pri oboch typoch je nevyhnutné dodržať zásady prevencie tromboembolických komplikácií a vylúčiť sekundárne príčiny vzniku FP. Okamžitú kardioverziu

uprednostňujeme, ak je pacient symptomatický, hemodynamicky nestabilný, fibrilácia predsiení netrvá dlhšie ako 48 hodín a nie je prítomný trombus v ľavej predsieni. Odložená kardioverzia sa vykonáva po 3-týždňovej príprave pacienta antikoagulačnou terapiou a pokračuje sa v nej minimálne 4 týždne po úspešnej kardioverzii. Dlhodobá antikoagulačná liečba sa riadi prítomnosťou rizikových faktorov tromboembólie. **Spôsob kardioverzie (KV) sa vyberá podľa stavu pacienta a predchádzajúcich skúseností s ukončením fibrilácie predsiení.** Elektrická kardioverzia (EKV) je relatívne jednoduchá a účinná metóda obnovenia sínusového rytmu. Indikuje sa u pacientov s rýchlou komorovou odpoveďou, sprievodnou ischémiou myokardu, angínou pectoris, symptomatickou hypotenziou a zhoršením srdcového zlyhávania, alebo ak ju preferuje pacient. Farmakologická kardioverzia sa používa častejšie, je menej účinná ako EKV, ale nevyžaduje sedáciu alebo anestéziu a uľahčuje výber antiarytmík pre prevenciu rekurencie FP. Väčšina pacientov, ktorí podstupujú farmakologickú kardioverziu, vyžaduje počas infúzie a po infúznej aplikácii antiarytmika kontinuálny medicínsky dohľad a monitorovanie EKG za účelom detekcie proarytmií, ako sú komorové arytmie, sínus arrest a atrio-ventrikulárna (AV)-blokáda (Kmec, 2012). Indikácie pre elektrickú a farmakologickú kardioverziu a výber antiarytmickej liečby pre farmakologickú kardioverziu podľa Odporúčaní ESC pre manažment fibrilácie predsiení sú uvedené na obrázku 1 (Camm, 2012) a podľa Odporúčaní AHA/ACC/HRS pre manažment pacientov s fibriláciou predsiení - elektrická a farmakologická kardioverzia FP a flutteru predsiení (FLP) sú uvedené v tabuľke 1. Odporúčania pre prevenciu tromboembolizmu pri farmakologickej a elektrickej kardioverzii fibrilácie a flutteru predsiení sú uvedené v tabuľke 2 (January, 2014).



Obrázok 1 Indikácie pre elektrickú a farmakologickú kardioverziu a výber antiarytmickej liečby pre farmakologickú kardioverziu krátko trvajúcej fibrilácie predsiení (Camm, 2012)

Tabuľka 1 Odporúčania AHA/ACC/HRS pre manažment pacientov s fibriláciou predsiení - elektrická a farmakologická kardioverzia (Január, 2014)

Odporúčania	T	HD
ELEKTRICKÁ KARDIOVERZIA		
Kardioverzia je odporúčaná pri FP alebo FLP s cieľom nastolenia sínusového rytmu. Ak je kardioverzia neúspešná môžu sa pokusy opakovať.	I	B
Kardioverzia je odporúčaná pri FP alebo FLP s rýchlou komorovou odpoveďou, ktorá neodpovedá farmakologickú liečbu.	I	C
Kardioverzia je odporúčaná pri FP alebo FLP a preexcitácii s hemodynamickou nestabilitou.	I	C
Pri perzistujúcej FP, ak je z klinického hľadiska významné udržanie sínusového rytmu medzi procedúrami je odôvodnené opakovať kardioverziu.	IIa	C
FARMAKOLOGICKÁ KARDIOVERZIA		
Pri neprítomnosti kontraindikácií sú flecainid, dofetilid, propafenón a intravenózne ibutilid vhodné pre kardioverziu FP alebo FLP.	I	A
Amiodarón je vhodný pre farmakologickú kardioverziu FP.	IIa	A
Pre termináciu FP v ambulantných podmienkach sú vhodné propafenón alebo flecainid („pill-in-the-pocket“), ak ich aplikácia bola jedenkrát sledovaná medicínsky zabezpečenom prostredí.	IIa	B
Liečba dofetilidom nemá byť zahájená ambulantne.	III: P	B

Legenda: FP - fibrilácia predsiení, FLP - flutter predsiení, P - poškodenie, T - trieda odporúčaní, HD - hladina dôkazov

Tabuľka 2 Odporúčania AHA/ACC/HRS pre manažment pacientov s fibriláciou predsiení - elektrická a farmakologická kardioverzia - prevencia tromboembolizmu (Január, 2014)

Odporúčania	T	HD
PREVENČIA TROMBOEMBOLIZMU		
FP alebo FLP trvajúce ≥ 48 h. alebo neznámeho trvania vyžadujú najmenej 3 týždne pred a 4 týždne po kardioverzii antikoagulačnú liečbu warfarínom.	I	B
Ak FP alebo FLP trvajúce >48 h. alebo neznámeho trvania, vyžadujú okamžitú kardioverziu, antikoagulačnú liečbu je potrebné podať tak skoro ako je to možné a má pretrvávajúť najmenej 4 týždne.	I	C
Ak FP alebo FLP trvajú <48 hodín a je vysoké riziko MP, odporúčané sú pred alebo bezprostredne po kardioverzii intravenózne heparín alebo LMWH alebo inhibitor faktora Xa alebo DTI. Nasledovať má dlhodobu trvajúca antikoagulačná liečba.	I	C
Dlhodobu trvajúca antikoagulačná liečba sa má po kardioverzii zakladať na tromboembolickom riziku.	I	C
U pacientov s FP alebo FLP trvajúcom ≥ 48 h. alebo neznámeho trvania, ktorí v posledných 3 týždňoch neužívali žiadnu antikoagulačnú liečbu, je odôvodnené vykonať pred kardioverziou TEE a následne ak nie je zistený trombus v LP vykonať kardioverziu. Za predpokladu adekvátnej antikoagulačnej liečby pred TEE, má sa táto udržiavať najmenej 4 týždne po kardioverzii.	IIa	B
Pri FP alebo FLP trvajúciach ≥ 48 h. alebo neznámeho trvania, antikoagulačná liečba dabigatranom, rivaroxabanom alebo apixabanom je odôvodnená 3 týždne pred a 4 týždne po kardioverzii.	IIa	C
Pri FP alebo FLP trvajúciach <48 h. a nízkom tromboembolickom riziku, pred kardioverziou má byť zvažované podanie i.v. heparínu, LMWH, nový orálnych antikoagulantov alebo nemusí byť podaná žiadna antitrombotická liečba.	IIb	C

Legenda: FP - fibrilácia predsiení, FLP - flutter predsiení, LP - ľavá predsieň, LMWH - low-molecular-weight heparin (nízko molekulárny heparín), DTI - Direct thrombin inhibitor, T - trieda odporúčaní, HD - hladina dôkazov, TEE - transezofágová echokardiografia

FARMAKOLOGICKÁ KARDIOVERZIA

Antiarytmiká sú stále hlavným terapeutickým prostriedkom na liečbu pacientov s FP. Ich účinnosť je zvlášť vysoká pri konverzii paroxysmálnej FP na sínusový rytmus a vo zvýšení úspešnosti nefarmakologickej liečby. Stále sú aktuálne otázky o účinnosti, tolerabilite a bezpečnosti týchto liekov. Niekoľko štúdií dokumentovalo veľmi vysokú účinnosť ($> 80\%$) pre rôzne antiarytmiká na nastolenie

sínusového rytmu. Orálna profylaxia alebo katéetrová ablácia nie sú vždy najvhodnejšou prvolíniovou liečbou u pacientov s FP (Kmec, 2012). Alternatívnym liečebným prístupom je **terapia „pill - in - thepocket“** (liečba „tabletká vo vrecku“), pri ktorej pacient zoberie v čase začiatku palpitácií jednotlivú dávku antiarytmika. Najviac sa využívajú antiarytmiká triedy IC flecainid a propafenón (Alboni, 2004). V ostatnom období sa v klinickej praxi začína používať nové antiarytmikum – **vernakalant**, ktorý selektívne predlžuje predsieňové refraktérne periódy, frekvenčne-dependentne spomaľuje predsieňové vedenie bez ovplyvnenia komorových refraktérnych periód. Mechanizmus jeho účinku spočíva v blokade K⁺ kanálov (IK_{Kur}, Ito, IK_r a IK_{ACh}) s predominantným ovplyvňovaním predsieňovej repolarizácie, s frekvenčne dependentnou blokádou Na⁺ kanálov. Nemá efekt na Ca²⁺ kanály (Štúdie ACT - Atrial Arrhythmia Conversion Trial- I,II, III,...) (Pratt, 2010). Napriek obmedzeniam, zostávajú antiarytmiká široko užívané v manažmente symptomatickej FP, a rad nových antiarytmík je v rôznych fázach klinického vývoja (Zimetbaum, 2012, Kmec, 2012). **Kritickým bodom z hľadiska účinnosti a bezpečnosti antiarytmickej liečby je dôsledný a individuálny výber pacientov. Použitie antiarytmík je obmedzené pre ich nežiaduce proarytmické vlastnosti a nekardiovaskulárnu toxicitu.** Zlyhanie súčasnej farmakologickej liečby FP je dôvodom prevývojantiarytmickej liečby, ktorá zahŕňa prevenciu alebo reverziu remodelácie predsieni, ako aj pre vývoj konvenčných blokátorov iónových kanálov s nízkym proarytmickým potenciálom a pre stále častejšie užívanie „upstream“ liečby. Cieľom antiarytmickej liečby je predĺženie času do prvej recidívy FP, zníženie doby trvania FP, rizika mozgovej príhody, hospitalizácií, úmrtnosti, nákladov na zdravotnú starostlivosť a zlepšenie kvality života (Kmec, 2015). Antiarytmiká a ich dávkovanie pri medikamentóznej kardioverzii krátko trvajúcej FP sú vedené v tabuľke 3 (Camm, 2010, Stiell, 2010).

Tabuľka 3 Antiarytmiká a ich dávkovanie pri medikamentóznej kardioverzii (krátko trvajúcej) FP (Upravené podľa Camm, 2010, Stiell, 2010)

Liek	Dávkovanie	Udržiavacia dávka	Riziká
Amiodarón	5 mg/kg i.v. počas 1 h	50 mg/h	Flebitída, hypotenzia. Spomalenie srdcovej frekvencie. Neskoršia konverzia FP na sínusový rytmus.
Flecainid	2 mg/kg počas 10 min. alebo 200-300 mg per os	NA	Nevhodný pre pacientov s významným štrukturálnym ochorením srdca; môže predlžovať trvanie QRS a tiež QT intervalu; môže neželane zvýšiť srdcovú frekvenciu pri konverzii FP na deblokovaný flutter predsieni s prevodom na komory 1 : 1.
Ibutilid	1 mg i.v. počas 10 min.	po 10 min prestávke 1 mg i.v. počas 10 min	Môže spôsobiť predĺženie QT intervalu a „torsades de pointes“; sledovať abnormálne T-U vlny alebo predĺženie QT intervalu. Spomalenie srdcovej frekvencie.
Propafenón	2 mg/kg i.v. počas 10 min. alebo 450-600mg per os		Nevhodný pre pacientov s významným štrukturálnym ochorením srdca; môže predlžovať trvanie QRS; mierne spomaľuje srdcovú frekvenciu, ale môže neželane zvýšiť srdcovú frekvenciu pri konverzii FP na deblokovaný flutter predsieni s prevodom na komory 1 : 1.
Vernakalant	3mg/kg i.v. počas 10 min	Druhá infúzia 2 mg/kg i.v. počas 10 min. po 15 min. prestávke	Dysgeusia, parestézie, kýchanie, kašeľ, hypotenzia, bradykardia. Nevhodný pre pacientov s flutterom predsieni

Legenda:NA – neaplikované, i.v. – intravenózne

ELEKTRICKÁ KARDIOVERZIA

Externá elektrická kardioverzia predstavuje procedúru, pomocou ktorej použitím špeciálnych elektród alebo pádiel, naložených na kožu hrudníka a chrbta, sa cez stenu hrudníka do srdca aplikuje synchronizovaný elektrický výboj. **Cieľom kardioverzie** je prerušiť abnormálny elektrický okruh(y) v srdci a nastoliť normálny rytmus srdca. Elektrický šok spôsobuje súčasne kontrakciu vo všetkých bunkách srdca a tým prerušuje a ukončuje abnormálny elektrický rytmus (typický FP) bez poškodenia srdca (Shea, 2002). Pri EKV je povinná **synchronizácia šoku s vlnou R** s cieľom zabrániť indukcií komorových tachykardií, ktoré sa môžu objaviť, ak šok zasiahne vlnu T (Richard, 2003). Externá EKV

sa vykonáva pri adekvátnej celkovej anestézii a nalačno. Po vykonanej procedúre je potrebné najmenej 3-hodinové EKG a hemodynamické monitorovanie. Za úspešnú sa EKV považuje vtedy, ak po šoku dôjde k terminácii FP dokumentovanej prítomnosťou dvoch a viacerých po sebe idúcich p vln (Camm, 2010). **Účinnosť externej EKV** môže byť v rozmedzí od 20% do 90 % a je veľmi ovplyvnená základnou etiológiou FP (Lip, 2001). **Trvanie arytmie** predstavuje dôležitý faktor združený so zlyhaním EKV. Nastolenie a udržanie sínusového rytmu je menej pravdepodobné u pacientov, u ktorých FP trvá viac ako jeden rok, než u pacientov s kratším trvaním FP (Walsh, 2005). V extérnych defibrilátoroch sa používajú **monofázické alebo bifázické vlnové formy**. Všeobecne sa udáva **vyššia účinnosť bifázického výboja oproti monofázickému** a mnohé štúdie poukázali na **potrebu nižšej energie bifázického výboja** pre úspešnosť EKV. **Bifázické** defibrilátory sú úspešnejšie s použitím **nižšieho počtu výbojov** a ponúkajú úspešnú kardioverziu aj pacientom, u ktorých monofázický výboj nebol úspešný (Kmec, 2010, Kmec, 2006, Secorun Inácio, 2016). Hoci EKV dosahuje vysokú úspešnosť, častá je **rekurencia FP**. Kompletné zlyhanie EKV a bezprostredná rekurencia FP sa objaví u približne 25 % pacientov a subakútna rekurencia v priebehu 2 týždňov v približne rovnakom percente (Fuster, 2006). Z tohto dôvodu sa navrhuje **predliečenie pacientov s FP antiarytmikami** (amiodarónom, flecainidom, propafenónom, ibutilidom alebo sotalolom). Toto predliečenie znižuje nielen počet bezprostredných rekurencií FP, ale v niektorých prípadoch zvyšuje aj úspešnosť EKV (Richard, 2003). Hoci každý pacient s FP môže byť **kandidátom EKV**, výhodnejšie je vykonať túto procedúru u tých, u ktorých možno očakávať udržanie sínusového rytmu po jeho nastolení. Sú tu určité znaky, ktoré predpovedajú úspech alebo neúspech EKV a dlhodobého udržania sínusového rytmu (Kmec, 2010). **Faktory, ktoré predisponujú k rekurencii FP sú:** vek, trvanie FP pred EKV, počet predchádzajúcich rekurencií, zväčšená LP alebo jej znížená funkcia, prítomnosť koronárnej choroby srdca, pulmonálnej choroby alebo mitrálnej valvulárnej chyby. Supraventrikulárne extrasystoly, dlhé - krátke sekvencie, rýchlejšia srdcová frekvencia a zvýšené vedenie predsieňou sú riziká pre rekurenciu FP (Camm, 2010). **Medzi pacientov s najvyššou účinnosťou externej EKV zaradujeme:** mladších (< 60 rokov), pacientov s krátkym trvaním FP (< 1 rok), jedincov bez štrukturálneho srdcového ochorenia (bez valvulárnej choroby, bez dilatácie predsieňe alebo komory, so zachovanou funkciou ľavej komory) a s identifikovateľnými príčinami (ako horúčka, choroby štítnej žľazy) (Lip, 2001).

Aby sme sa vyhli poškodeniu myokardu, interval medzi dvoma nasledujúcimi šokmi by nemal byť kratší ako 1 minúta (Levy, 1998) a u pacientov s implantovaným trvalým kardiostimulátorom alebo implantabilným kardioverter defibrilátorom čas medzi dvoma výbojmi by mal byť okolo 5 minút, tento čas umožňuje zníženie teploty diód, ktoré sú v týchto zariadeniach (Kmec, 2010). Povinnú 3-týždňovú periódu perorálnej antikoagulačnej liečby pred kardioverziou možno skrátiť, ak sa pri transezofágovej echokardiografii (TEE) nezistí trombus v LP/ušku LP. Následná prevencia trmboembolizmu je manažovaná podľa tabuľky 2. **Ak sa pri TEE zistí trombus v LP/ušku LP**, vyžaduje sa liečba AVK (INR 2,0 – 3,0) najmenej 3 týždne a je potrebné opakovať TEE vyšetrenie. Ak je evidentná rezolúcia trombu, kardioverzia môže byť vykonaná a po kardioverzii sa pokračuje liečbou perorálnymi antikoagulanciami doživotne. Ak je stále evidentný trombus, stratégia kontroly rytmu sa môže zmeniť na stratégiu kontroly frekvencie, zvlášť ak sú dobre kontrolované symptómy súvisiace s FP (Camm, 2010). **Komplikácie externej kardioverzie** sú vzácne a patria sem: systémová embolizácia, edém pľúc, hypotenzia, arytmie, poškodenie myokardu, abnormality segmentu ST a vlny T, popálenie kože a dysfunkcia kardiostimulátora. Pacienti môžu byť hypoxickí alebo hypoventilační zo sedácie. Incidencia poškodenia je 1 prípad na 1700 výbojov pre paramedikov (Richard, 2003, Fuster, 2006).

ZÁVER:

Manažment pacientov s FP je zameraný na redukciiu symptómov a prevenciu závažných komplikácií združených s FP. Indikáciou pre obnovu sínusového rytmu je zlepšenie symptómov, hemodynamiky, zníženie rizika tromboembolických príhod a prevencia predsieňovej remodelácie. Kardioverziu možno vykonať farmakologicky použitím antiarytmík triedy I, III alebo látkami spomaľujúcimi repolarizáciu predsiení (vernakalant) alebo elektricky pri použití štandardnej transtorakálnej kardioverzie. Kritickým bodom z hľadiska účinnosti a bezpečnosti antiarytmickej liečby je dôsledný a individuálny výber pacientov. Použitie antiarytmík je obmedzené pre ich nežiaduce proarytmické vlastnosti a nekardiovaskulárnu toxicitu. Zlyhanie súčasnej farmakologickej liečby FP je dôvodom pre vývoj antiarytmickej liečby, ktorá zahŕňa prevenciu alebo reverziuremodelácie predsiení, ako aj pre vývoj konvenčných blokátorov iónových kanálov s nízkym proarytmickým potenciálom pre stále častejšie užívanie „upstream“ liečby. Externá EKV predstavuje, pri splnení indikačných a bezpečnostných opatrení, metódu voľby v liečbe pacientov s perzistujúcou FP.

LITERATÚRA

1. CAMM, A.J., KIRCHHOFF, P., LIP, G.Y.H., et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). In *European Heart Journal*. ISSN 0195-668X. 2010, vol. 31, p. 2369–2429.
2. CAMM, A.J., KIRCHHOFF, P., LIP, G.Y.H., et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of The European Heart Rhythm Association (EHRA). Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). In *European Heart Journal*. ISSN 0195-668X. 2012, vol. 33, p. 2719 – 2747.
3. FUSTER, V., RYDEN, L.E., ASINGER, R.W., et al. ACC/AHA/ESC Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: Executive Summary A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences (Committee to Develop Guidelines for Management of Patients With Atrial Fibrillation) Developed in Collaboration With the North American Society of Pacing and Electrophysiology. In *Eur Heart J*. ISSN 0195-668X. 2001, 22, p. 1852 - 1923.
4. FUSTER, V., RYDEN, L.E., CANNOM, D.S., et al. ACC/AHA/ESC Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation). Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and Heart Rhythm Society. In *Circulation*. ISSN 0009-7322. 2006, vol. 114, p. e257-354.
5. GERSH, B.J., TSANG, T.S.M., BARNES, M.E., et al. The changing epidemiology of non-valvular atrial fibrillation: the role of novel risk factors. In *Eur Heart J*. ISSN 0195-668X. 2005, vol. 7 (Suppl C), p. C5 - C11.
6. JANUARY, C.T., WANN, L.S., ALPERT, J.S., et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. In *JACC*. ISSN 0735-1097. 2014, vol. 64, no. 21, p. 2246 – 2280.
7. KMEC, J. Porovnanie účinnosti monofázickej a bifázickej elektrickej kardioverzie u pacientov s perzistujúcou fibriláciou predsiení. In *Cardiol*. ISSN 1210-0048. 2006, vol. 15, no. 5, p. 265-278.
8. KMEC, J. Fibrilácia predsiení. 1. vyd. Prešov: Cofin, a.s., 2010. 210 s. ISBN 978-80-967145-2-0.
9. KMEC, J. Prehľad farmakoterapie fibrilácie predsiení (aktualizácia pre všeobecných lekárov). In *Viapract*. ISSN 1336-4790. 2012, vol. 5(9), p. 190 – 196.
10. KMEC, J., SLANINA, M., ELIÁŠOVÁ, A. Manažment pacientov s perzistujúcou fibriláciou predsiení – antiarytmická liečba. In *Kardiolog. Prax*. ISSN 1336-3433. 2015, vol. 13 (4), p. 169-174.
11. Lip, GYH. History of atrial fibrillation. In: *Atrial Fibrillation in Clinical Practice*. London: Martin Dunitz Ltd, 2001, p. 3 - 9.. ISBN 1-85317-895-0.
12. LIP, G.Y.H. Atrial Fibrillation in Clinical Practice. First published. London: Martin Dunitz Ltd, 2001, p. 234. ISBN 1-85317-895-0.
13. RICHARD, PH., YAICI, K., RINALDI, J.P., et al. Cardioversion of atrial fibrillation: how and when? In *Eur Heart J*. ISSN 0195-668X. 2003, vol 5 (Suppl H), p. H40 - H44.
14. SHEA, J.B., MAISEL, W.H. Cardioversion. In *Circulation*. ISSN 0009-7322. 2002, vol. 106, no. 22, p. 176.
15. STIELL, I.G., ROOS, J.S., KAVANAGH, K.M. and DICKINSON, G. A Multicenter, open-label study of vernakalant for the conversion of atrial fibrillation to sinus rhythm. In *Am Heart J*. ISSN 1095-1101. 2010, vol. 159, p. 1095-1101.
16. VARDAS, P.E., KANOUPAKIS, E.M. Electrical cardioversion for atrial fibrillation: optimising methods and patient selection. In *Cardiology International*. ISSN 1874-1754. 2002; Atrial Fibrillation special issue-summer 2002, p. S9 - S11.
17. ZIMETBAUM, P. Antiarrhythmic Drug Therapy for Atrial Fibrillation. In *Circulation*. ISSN 0009-7322. 2012, vol. 125, p. 381-389.
18. WALSH, S.J., GLOVER, B.M., ADGEY, A.A.J. The Role of Biphasic Shocks for Transthoracic Cardioversion of Atrial Fibrillation. In *Indian Pacing and Electrophysiology J*. ISSN 0972-6292. 2005, vol. 5, p. 289 – 295.

19. SECORUN INÁCIO, J.F., DOSSANTOS GOMES DA ROSA, M., SHAH, J., et al. Monophasic and biphasic shock for transthoracic conversion of atrial fibrillation: Systematic review and network meta-analysis . In Resuscitation. ISSN 0300-9572. 2016, vol. 100, p. 66–75.

Kontakt na autora:

doc. MUDr. Ján Kmec, PhD., MPH

Kardiocentrum FNŠP J.A. Reimana Prešov, Hollého 14, 081 81 Prešov

e-mail: kmecj@fnspresov.sk

PREHLÁSENIE

Rukopis nebol zaslaný, resp. už publikovaný v inom časopise.

Ján Kmec v.r.

FIBRILÁCIE PREDSIENÍ - DEFINÍCIA, KLASIFIKÁCIA A KLINICKÉ PREJAVY

Kmec, J.

Kardiocentrum FNŠP J.A. Reimana Prešov

SÚHRN

Fibrilácia predsiení (FP) je supraventrikulárna arytmia, ktorej prevalencia a incidencia stúpa s vekom. Fibrilácia predsiení je združená s dvojnásobným rizikom úmrtia, so zvýšeným rizikom cievnych mozgových príhod, tromboembolizmu a srdcového zlyhávania. V našej práci definujeme FP podľa Odporúčaní ESC (European Society of Cardiology) z roku 2012 a klasifikujeme podľa Odporúčaní ESC pre manažment FP z roku 2010 a Odporúčaní AHA/ACC/HRS (American College of Cardiology/American Heart Association/Heart Rhythm Society) pre manažment FP z roku 2014. Tretia kapitola je venovaná klinickým prejavom FP.

Kľúčové slova: Fibrilácia predsiení, Mortalita, Definícia, Klasifikácia

SUMMARY:

Atrial fibrillation (AF) is a supraventricular arrhythmia, whose prevalence and incidence increase with age. AF is associated with a two fold risk of death, with increased risk of stroke, thromboembolism and heart failure. In our work we define AF by ESC (European Society of Cardiology) Guidelines for the management of atrial fibrillation from 2012 and we classify AF by ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation from 2012 and by AHA/ACC/HRS (American College of Cardiology/American Heart Association/Heart Rhythm Society) Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation from 2014. The third chapter describes the clinical manifestations FP.

Key words: Atrial fibrillation, Mortality, Definitions, Classifications

Fibrilácia predsiení (FP) je najrozšírenejšou srdcovou arytmiou (Dentali F, 2012). Zvýšená prevalencia FP je spôsobená zvýšenou schopnosťou liečiť chronické kardiálne a nekardiálne ochorenia, zlepšením diagnostiky FP, predlžovaním života, zvyšovaním prevalence obezity, hypertenzie, zmenami životného štýlu,... V súčasnej dobe, prevalencia FP (2%) je dvakrát vyššia ako bola uvádzaná v poslednom desaťročí. Prevalencia FP sa líši v závislosti od veku a pohlavia. FP sa vyskytuje v 0,12% - 0,16% u jedincov mladších ako 49 rokov, v 3,7% - 4,2% u osôb vo veku 60 – 70 rokov, v 10% - 17% u osôb vo veku nad 80 rokov (Zoni-Berisso M, 2014) a v 21,9% u osôb starších ako 85 rokov (Norberg J, 2013). Fibrilácia predsiení je združená s dvojnásobným rizikom úmrtia, s päťkrát vyšším rizikom cievnych mozgových príhod, so zvýšeným rizikom iných tromboembolických príhod, srdcového zlyhania, hospitalizácií, so zníženou kvalitou života, zníženou kapacitou záťaže a dysfunkciou ľavej komory (Camm, 2012).

1. Definícia fibrilácie predsiení

Fibrilácia predsiení (Obrázok 1) je definovaná ako srdcová arytmia s nasledovnými charakteristikami: 1. Povrchové EKG poukazuje na „absolútnu“ nepravidelnosť RR intervalov (FP je teda niekedy známa ako absolútna arytmia), teda RR intervaly nasledujúce za sebou „sa nesprávajú podľa repetitívneho vzorca“. 2. Na povrchovom EKG chýbajú jednoznačne P vlny. Určitá zdanlivo pravidelná elektrická aktivita predsiení môže byť prítomná v niektorých EKG zvodoch, najčastejšie vo zvode V1. 3. Dĺžka trvania cyklu predsiení (ak je viditeľná), teda interval medzi dvoma aktiváciami predsiení, je zvyčajne variabilná a trvá < 200 ms (> 300/min) (Camm, 2012).



Obrázok 1 EKG pri fibrilácii predsiení

2. Klasifikácia fibrilácie predsiení

Pre FP bolo navrhnutých niekoľko klasifikačných systémov. **FP možno klasifikovať podľa príčiny** (napr. valvulárna vs. nevalvulárna), **časového priebehu** (napr. paroxysmálna vs. permanentná), alebo **na akútnu, chronickú, intermitentnú, konštantnú či perzistujúcu** (Fuster, 2006). Odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti (European Society of Cardiology (ESC)) pre manažment fibrilácie predsiení z roku 2010 rozoznávajú päť typov FP založených na prezentácii a trvaní arytmie:

1. Každý pacient prichádzajúci s FP prvýkrát je považovaný za pacienta s **novodiagnostikovanou FP**, nezávisle od trvania arytmie alebo prítomnosti a závažnosti symptómov súvisiacich s FP.
2. **Paroxysmálna FP** je spontánne terminujúca, zvyčajne do 48 hodín. Hoci paroxysmy FP môžu pokračovať až do 7 dní, časový úsek 48 hodín je klinicky dôležitý – po tomto čase je pravdepodobnosť spontánnej konverzie malá a musí sa zvažovať antikoagulačná liečba.
3. **Perzistujúca FP** je prítomná, keď epizóda FP buď trvá dlhšie ako 7 dní alebo sa vyžaduje na jej ukončenie medikamentózna alebo elektrická kardioverzia (EKV) pomocou synchronizovaného výboja.
4. **Dlhodobo perzistujúca FP** trvá ≥ 1 rok, ak je rozhodnuté o uplatnení stratégie kontroly rytmu.
5. **Permanentná FP** existuje, ak je prítomnosť arytmie akceptovaná pacientom (a lekárom). Teda podľa definície, nie sú u pacientov s permanentnou FP realizované intervencie za účelom kontroly rytmu. Ak by sa v priebehu času prijala stratégia kontroly rytmu, arytmia sa preklasifikuje na „dlhodobo perzistujúcu FP“ (Camm, 2010).

Určité odlišnosti od Odporúčaní ESC uvádzajú Odporúčania AHA/ACC/HRS (American College of Cardiology/American Heart Association/Heart Rhythm) pre manažment pacientov s FP z roku 2014, ktoré definujú jednotlivé typy FP z hľadiska trvania epizód (Tabuľka 1) (January, 2014).

Tabuľka 1 Definícia fibrilácie predsiení: jednoduchá schéma (January, 2014)

TERMÍN	DEFINÍCIA
Paroxysmálna FP	FP, ktorá terminuje spontánne alebo po intervencii do 7 dní od jej začiatku. Epizódy FP sa môžu opakovať s variabilnou frekvenciou
Perzistujúca FP	Nepretržité pretrvávanie FP, ktoré je dlhšie ako 7 dní
Dlhodobo perzistujúca FP	Pretrvávanie FP dlhšie ako 12 mesiacov
Permanentná FP	Termín „permanentná FP“ sa použije vtedy, keď pacient a lekár sa rozhodnú nevykonávať ďalšie pokusy za účelom nastolenia a/alebo udržania sínusového rytmu. Akceptácia FP predstavuje terapeutický prístup zo strany pacienta a lekára skôr než vlastné patofyziologické atribúty FP. Akceptáciou FP sa môžu zmeniť symptómy, účinnosť terapeutických intervencií a preferencie pacienta a lekára sa môžu rozvíjať.
Nevalvulárna FP	FP pri neprítomnosti reumatickej stenózy mitrálnej chlopne, mechanickej alebo bioprotetickej náhrady srdcovej chlopne alebo rekoštrukcie mitrálnej chlopne.

Z praktického hľadiska je vhodné klasifikovať FP aj na silent FP, „lone“ FP a sekundárnu FP.

Silent FP (asymptomatická) sa môže manifestovať komplikáciou súvisiacou s FP (ischemická mozgová príhoda alebo tachykardiomyopatia) alebo môže byť diagnostikovaná na príležitostnom EKG. Silent FP sa môže prezentovať ako hociktorá prechodná forma FP (Camm, 2010).

Termínom „lone“ (**idiopatická**) **fibrilácia predsiení** sa označuje FP vyskytujúca sa u osôb mladších ako 60 rokov pri absencii kardio-pulmonálneho ochorenia (vrátane artériovej hypertenzie), ktoré sa nezistí pri fyzikálnom, elektrokardiografickom, echokardiografickom a ani röntgenovom vyšetrení hrudníka. V priebehu času prakticky každý pacient opustí kategóriu idiopatickej FP buď v dôsledku prekročenia vekovej hranice, alebo objavenia štrukturálneho postihnutia srdca (napr. dilatácie ľavej predsene (LP)). Títo pacienti majú vo vzťahu k tromboembolizmu a mortalite priaznivú prognózu.

Sekundárna FP sa objavuje v prítomnosti akútneho infarktu myokardu, kardiochirurgického zákroku, perikarditídy, myokarditídy, hypertyreoidizmu, pľúcnej embólie, pneumónie či iného akútneho pľúcneho ochorenia, pretože je málo pravdepodobné, že po odstránení základnej príčiny a epizódy sa FP znova objaví. V týchto prípadoch nie je FP primárnym problémom a liečba základného ochorenia spolu s manažmentom epizódy FP zvyčajne vedie k terminácii arytmie bez jej následnej rekurencie (Lévy, 2003).

3. Klinické prejavy fibrilácie predsiení

FP môže byť **symptomatická** alebo **asymptomatická**, pričom epizódy oboch sa môžu vyskytnúť u toho istého pacienta. Pacienti môžu byť asymptomatickí napriek rýchlej frekvencii komorovej odpovede. U väčšiny pacientov je FP symptomatická a predstavuje najčastejšiu arytmiu zodpovednú za hospitalizáciu. Najbežnejšie symptómy zahŕňajú: **palpitácie, únavu, dyspnoe a/alebo skrátený dych, závraty a potenie**. Menej bežné sú **bolesť na hrudníku, edém pľúc a synkopa** (Schwikert, 2000). FP sa môže prvýkrát manifestovať **embolickou komplikáciou** alebo **exacerbáciou kongestívneho zlyhávania srdca** v spojení so základným srdcovým ochorením. FP môže byť spojená s nedostatočnou chronotropnou komorovou odpoveďou. U niektorých pacientov rýchla nekontrolovaná komorová odpoveď môže indukovať **tachykardickú kardiomyopatiu**. Synkopa je zriedkavou, ale vážnou komplikáciou FP a je častá predovšetkým u pacientov s dysfunkciou sínusového uzla alebo s inými štrukturálnymi ochoreniami srdca, ako napr. hypertrofickou alebo dilatálnou kardiomyopatiou. Asymptomatickú FP možno diagnostikovať náhodne počas auskultácie srdca, 12-zvodovým EKG alebo 24-hodinovým Holterovým monitorovaním EKG z dôvodov, ktoré nesúvisia s FP (Kmec, 2010). Klasifikácia symptómov spojených s FP (podľa EHRA (European Heart Rhythm Association) skóre) je uvedená v tabuľke 2 (Camm, 2010).

Tabuľka 2 Klasifikácia symptómov spojených s FP (podľa EHRA skóre) (Camm, 2010).

EHRA trieda	Vysvetlenie
EHRA I	„Žiadne symptómy“
EHRA II	„Mierne symptómy“; bežné denné aktivity nie sú ovplyvnené
EHRA III	„Závažné symptómy“; bežné denné aktivity sú postihnuté
EHRA IV	„Invalidizujúce symptómy“; bežné denné aktivity sú prerušené

Legenda: EHRA – Európska asociácia pre srdcový rytmus, FP – fibrilácia predsiení

Záver

Fibrilácia predsiení je najrozšírenejšou srdcovou arytmiou a je jednou z narastajúcich epidémií 21. storočia. Vzhľadom na jej vplyv na morbiditu a mortalitu pacientov, nie je tak benígnou arytmiou ako sme doposiaľ mysleli. Pre správny manažment FP je potrebná jej exaktná definícia, klasifikácia a včasné rozpoznanie jej klinicky symptomatických ako aj asymptomatických foriem.

LITERATÚRA

1. CAMM, A.J., KIRCHHOF, P., LIP, G.Y.H., et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). In European Heart Journal. ISSN 0195-668X. 2010, vol. 31, p. 2369–2429.

2. CAMM, A.J., KIRCHHOF, P., LIP, G.Y.H., et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). In European Heart Journal. ISSN 0195-668X. 2012, vol. 33, p. 2719–2747.
3. DENTALLI, F., RIVA, N., CROWTHER, M. Efficacy and Safety of the Novel Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Literature. <http://circ.ahajournals.org/content/early/2012/10/15/CIRCULATIONAHA.112.115410>. Print/ISSN: 0009-7322; Online ISSN: 1524-4539.
4. FUSTER, V., RYDEN, L.E., CANNOM, D.S., et al. ACC/AHA/ESC Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revisethe 2001 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation). Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and Heart Rhythm Society. In Circulation. ISSN 0009-7322. 2006, vol. 114, p. e257 - 354.
5. JANUARY, C.T., WANN, L.S., ALPERT, J.S., et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. In JACC. ISSN 0735-1097. 2014, vol. 64, no. 21, p. 2246 –2280.
6. KMEC, J. Fibrilácia predsiení. 1. vyd. Prešov: Cofin, a.s., 2010. 210 s. ISBN 978-80-967145-2-0.
7. LÉVY, S., CAMM, A.J., SAKSENA, S., et al. International consensus on nomenclature and classification of atrial fibrillation. A collaborative project of the Working group on Arrhythmias and the Working Group on Cardiac Pacing of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. In Europace. ISSN 1099-5129. 2003, vol. 5, p. 119-122.
8. NORBERG, J., BÄCKSTRÖM, S., JANSSON, J.-H., JOHANSSON, L. Estimating the prevalence of atrial fibrillation in a general population using validated electronic health data. In Clinical Epidemiology. ISSN 11791349. 2013; vol. 5, p. 475–481.
9. SCHWIKERT, R.A., KIDWEL, G. Tachyarrhythmias. In: MARSO, S.P., GRIFFIN, B.P., TOPOL, E.J. Manual of Cardiovascular medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. ISBN 13 978-0683306859, p. 249 - 280.
10. ZONI-BERISSO, M., LERCARI, F., CARAZZA, T., DOMENICUCCI, S. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. Clinical Epidemiology. ISSN 11791349. 2014, vol. 6, p. 213 – 220.

Kontakt na autora:

doc. MUDr. Ján Kmec, PhD., MPH

Kardiocentrum FNŠP J.A. Reimana Prešov, Hollého 14, 081 81 Prešov

e-mail: kmecj@fnspresov.sk

PREHLÁSENIE

Rukopis nebol zaslaný, resp. už publikovaný v inom časopise.

Ján Kmec v.r.

TRANZIENTNÁ ŤAŽKÁ HYPERTROFIA ĽAVEJ KOMORY U PACIENTA S VEĽKOBUNKOVÝM NON-HODGKINOVÝM LYMFÓMOM – KAZUISTIKA

Kocúrová Frajťová, E. ¹, Kmec, J. ², PhD, Semjanová A. ¹, Mikuľák, M. ¹

¹Kardiocentrum FNŠP Prešov, ²FZO PU v Prešove

Abstrakt

Difúzny veľkobunkový lymfóm B-pôvodu (DLBCL) je najčastejším veľkobunkovým typom non-Hodgkinových lymfómov (NHL). Je veľmi agresívnym lymfómom, v 40% vychádzajúcim z extranodulárnej oblasti. Postihnutý môže byť de-facto akýkoľvek orgán.

Uvádame kazuistiku mladého muža s diagnostikovaným rozsiahlym tumorom retroperitonea, histologicky peroperačne verifikovaným B-NHL, ktorý bol prijatý na našu kliniku pre nové EKG zmeny, pozitívitu kardiomarkerov a echokardiografický nález suspektnej hypertrofickej kardiomyopatie a stredne veľkej perikardiálnej efúzie. Realizované koronarografické vyšetrenie nepreukázalo koronárnu chorobu srdca. V rámci diferenciálnej diagnostiky prichádzala do úvahy hypertrofická kardiomyopatia, sekundárna amyloidóza, ev. infiltrácia myokardu pri hematologickom ochorení. Kontrolné echokardiografické vyšetrenie s odstupom mesiaca po zahájení imunochemoterapie dokumentovalo úplnú regresiu predchádzajúceho nálezu. Pozitívita kardiomarkerov pravdepodobne znamenala ischémiu myokardu pri jeho masívnej infiltrácii lymfocytmi.

Kľúčové slová: Difúzny veľkobunkový lymfóm (DLBCL), Hypertrofia ľavej komory, Masívna infiltrácia myokardu, Extranodulárne postihnutie, Imunochemoterapia

Abstract

Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) is the most common type of large cell Non-Hodgkin lymphoma (NHL). It is a very aggressive lymphoma, originating from extranodal area in 40%. It can actually arise in any organ.

We present a case of a young man with diagnosed large retroperitoneal tumor, histologically perioperative verified as B-NHL, who was admitted to our clinic due to new ECG changes, positive cardiac markers and echocardiographic findings of hypertrophic cardiomyopathy and medium-sized pericardial effusion. Coronary angiography revealed no coronary artery disease. Within differential diagnosis hypertrophic cardiomyopathy, secondary amyloidosis and myocardial infiltration with the malignant lymphoma were considered. One month after the immunochemotherapy, repeated echocardiography evaluation revealed complete regression of previous echocardiographic findings. A positive cardiac markers probably reflected myocardial ischaemia in its massive lymphocyte infiltration.

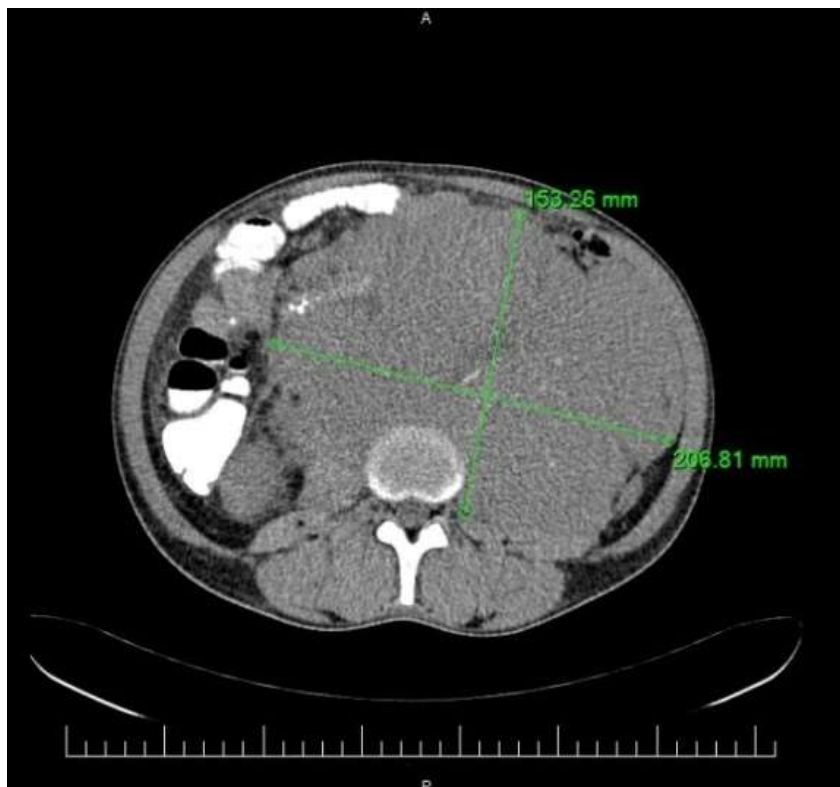
Keywords: Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), Left ventricular hypertrophy, Massive myocardial infiltration, Extranodal involvement, Imunochemotherapy

ÚVOD

Primárne nádory srdca sú veľmi vzácne v porovnaní so sekundárnymi nádormi, ktoré sú asi 20-40 krát častejšie. Klinický obraz nádorov srdca je daný kombináciou srdcového zlyhávania, embolizácie (pri intrakavitárnom raste), arytmií (pri intramyokardiálnom raste) a perikardiálneho výpotku až tamponády (pri infiltrácii perikardu). Symptómy závisia od anatomickej lokalizácie a veľkosti nádoru a nie od histologického typu. Pri nádorovom postihnutí srdca môže vzniknúť rôznym mechanizmom akútny infarkt myokardu – embolizáciou nádorových hmôt alebo externou kompresiou tepny (Dúbrava, 2007). Postihnutie srdca u pacientov s malígnym lymfómom je časté, avšak len zriedka diagnostikované pred smrťou. Podľa autoptických údajov je preukázané až v 25% (Ascherman et al., 2004). Z malígnych lymfómov, konkrétne B non-Hodgkinových lymfómov (B-NHL), je najčastejším práve DLBCL, difúzny veľkobunkový B-lymfóm. Reprezentuje približne tretinu všetkých non-Hodgkinových lymfómov. Ide o agresívny typ lymfómu, jeho typickým príznakom je rýchlo rastúca masa vo vnútorných lymfatických uzlinách. Asi 50% pacientov má pri stanovení diagnózy aj extranodulárne postihnutie, najčastejšie gastrointestinálneho traktu a postihnutie kostnej drene, môže sa šíriť aj do iných vnútorných orgánov, kostí, mozgu či miechy (Vojáček, Kettner, 2009). Základným liečebným postupom je kombinovaná imunochemoterapia - rituximab + CHOP (cyklofosfamid + doxorubicin + vincristin + prednison) (Sakalová, Bátorová, et al., 2010).

KAZUISTIKA

42-ročný muž bez predchádzajúcej kardiovaskulárnej či onkologickej anamnézy bol pôvodne prijatý na interné oddelenie pre bolesti brucha a anamnézu chudnutia (6 kg za posledný mesiac). Pri fyzikálnom vyšetrení bola palpačne zistená paraumbilikálne vľavo bolestivá tvrdá rezistencia siahajúca od epigastria k lopate bedrovej kosti. Neboli popisované opuchy nôh, hepatomegália, ani hmatná lymfadenopatia. Z laboratórnych nálezov bola prítomná elevácia renálnych parametrov, mierna normocytová sideropenická anémia, ťažká hyperkalciémia, elevácia LDH a elevácia zápalových parametrov. Kardioenzýmy CK a CK-MB boli negatívne, TnT nebol odobratý. Na vstupnom EKG neboli popísané zmeny ST segmentu ani inverzie T vln. Röntgenová snímka hrudníka bola bez ložiskových zmien, kardiorakálny index bol 0,40. Realizované CT vyšetrenie brucha potvrdilo patologickú tumoróznou formáciu retroperitonea veľkosti 21x16cm s infiltráciou ľavej obličky, m. psoas, zhrubnutie steny žalúdka a močového mechúra. Ďalej bolo prítomné pneumoperitoneum, hepatomegália a patologická lymfadenopatia v malej panve (Obr. 1).



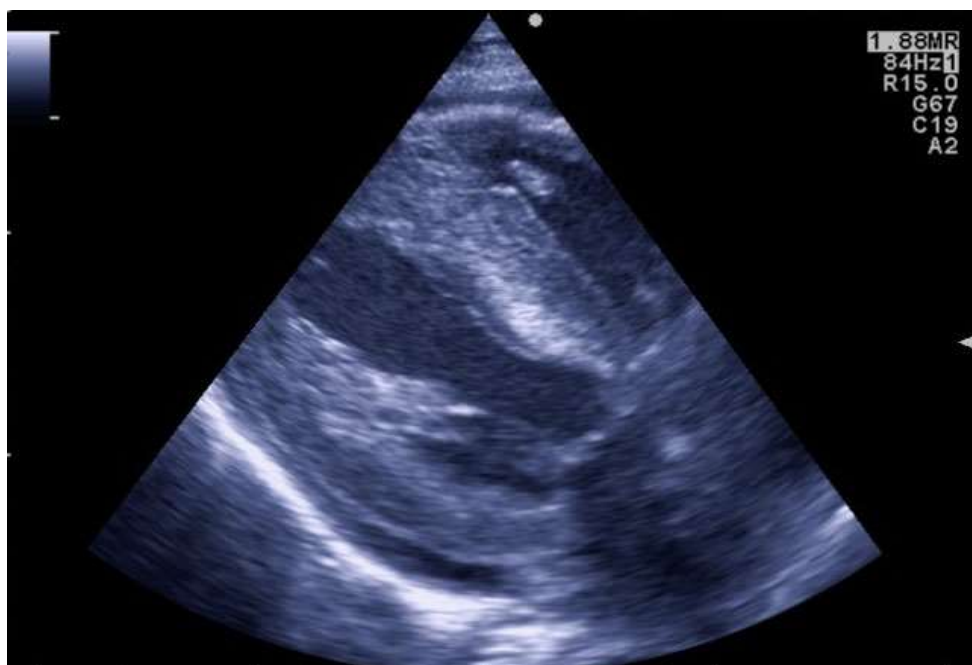
Obr. 1 CT brucha s masívnou tumoróznou formáciou retroperitonea 21x16cm s infiltráciou ľavej obličky, m. psoas, pneumoperitoneum.

Gastrofibroskopické vyšetrenie popísalo kalózný vred na prednej stene žalúdka, krytú perforáciu a peptický vred na zadnej stene žalúdka. Doplnené kolonoskopické vyšetrenie dokumentovalo pankolonoskopicky normálny nález. Pacient bol na základe výsledkov CT vyšetrenia a klinického stavu preložený na chirurgické oddelenie, z peroperačnej biopsie bola stanovená predbežná diagnóza – suspektný B-lymfóm. Po dvojito prečítaní bola stanovená definitívna histologická diagnóza - blastický B-non-Hodgkinov lymfóm (B-NHL), typu DLBCL (difúzny veľkobunkový B-lymfóm), centroblastový variant s GBC fenotypom. V deň prijatia na hematologické oddelenie boli pozorované na 12-zvodovom EKG nové zmeny v zmysle difúzných 2mm ST elevácií vo zvodoch I, II, V4-6 s negatívnymi vlnami T (Obr. 2).

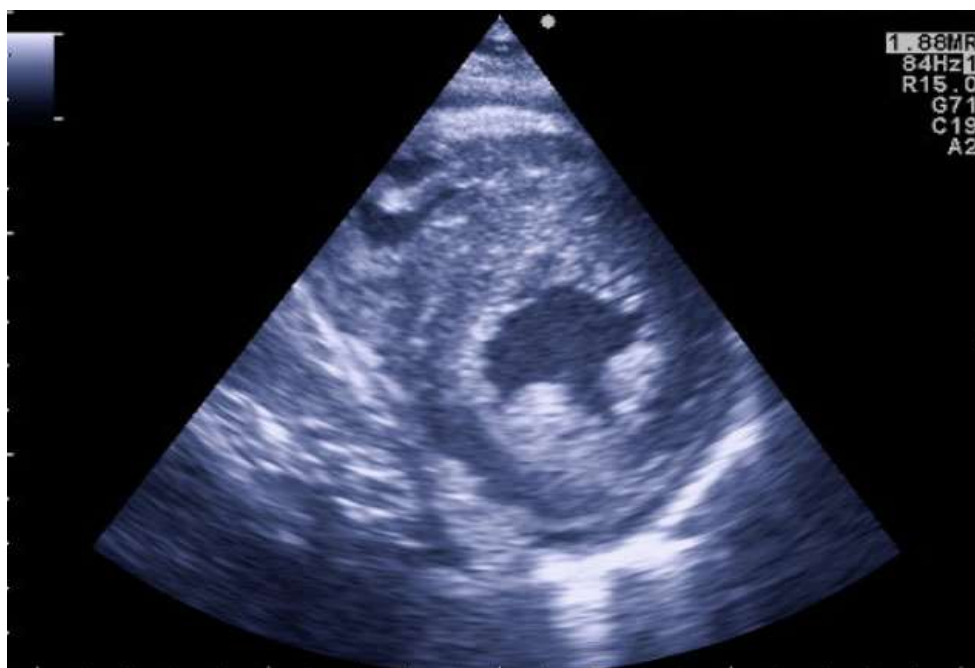


Obr. 2 EKG pacienta pri prijatí na oddelenie kardiológie so známami hypertrofie ľavej komory

Z odobratých laboratórnych výsledkov bola prítomná pozitivita kardiomarkerov, pretrvávala elevácia renálnych aj zápalových parametrov a pozitivita protilátok anti-EBV aj anti-CMV triedy IgG. Subjektívne sa pacient nestožoval na bolesti na hrudníku, dominovali novo vzniknuté opuchy dolných končatín a celková slabosť. Vzhľadom k vyššie popísaným zmenám bolo doplnené kardiologické konziliárne vyšetrenie, dynamika kardiomarkerov a echokardiografické vyšetrenie, ktoré popísalo ťažkú neobštrukčnú hypertrofiu ľavej komory, s diastolicou dysfunkciou 3. typu (reštrikčné plnenie LK), stredne veľkú perikardiálnu efúziu, zachovanú systolicú funkciu ľavej komory s jej EF cca 55% (Obr. 3,4).



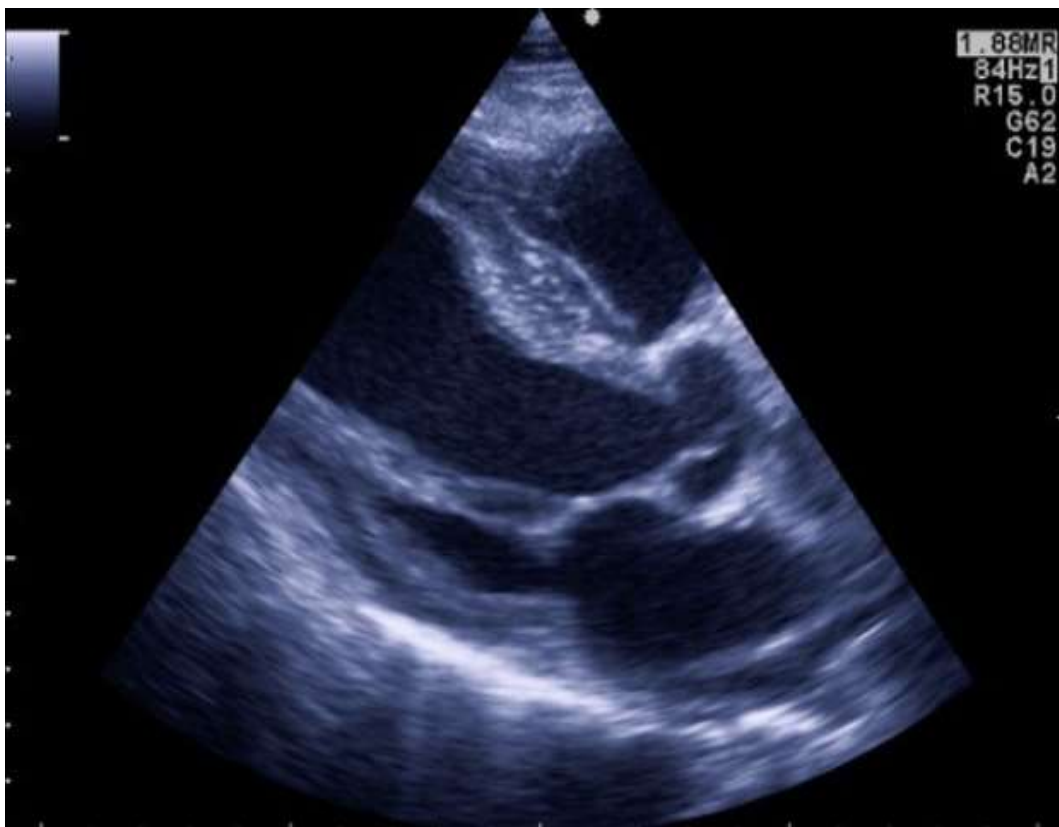
Obr. 3 Echokardiografický obraz hypertrofie ľavej komory a perikardiálneho výpotku za zadnou stenou ľavej komory v PLAX (parasternal long axis) projekcii.



Obr. 4 Echokardiografické znaky hypertrofie ľavej komory a perikardiálnej efúzie v PSAX (parasternal short axis) projekcii.

Pacient bol preložený na našu kliniku za účelom realizácie koronarografického vyšetrenia a ďalšieho manažmentu suspektného akútneho koronárneho syndrómu. Na príjmovom 12-zvodovom EKG boli prítomné stacionárne vyššie popísané zmeny, hladiny kardiomarkerov boli elevované bez ďalšej dynamiky, doplnené koronarografické vyšetrenie dokumentovalo normálny koronarografický nález. V rámci diferenciálnej diagnostiky sme uvažovali o hypertrofickej kardiomyopatii, sekundárnej amyloidóze, ev. o infiltrácii myokardu pri základom ochorení.

Pacient bol preložený späť na hematoonkologické oddelenie, kde bola zahájená imunochemoterapeutická liečba. Po absolvovaní I. cyklu modifikovanej CHOP kúry (rituximab - monoklonálna anti-CD20 protilátka + cyklofosfamid + doxorubicin + vincristin + prednison, s redukciou cyklofosfamidu pre elevované renálne parametre v úvode) sme realizovali kontrolné echokardiografické vyšetrenie, ktoré popisalo regresiu predchádzajúcej masívnej hypertrofie ľavej komory, prítomnú novú ťažkú hypokinézu až dyskinézu apexu a periapikálnych oblastí s EF cca 35-40%, regresiu perikardiálneho výpotku a nezávažné regurgitácie na a-v ústiach (Obr. 5, 6).



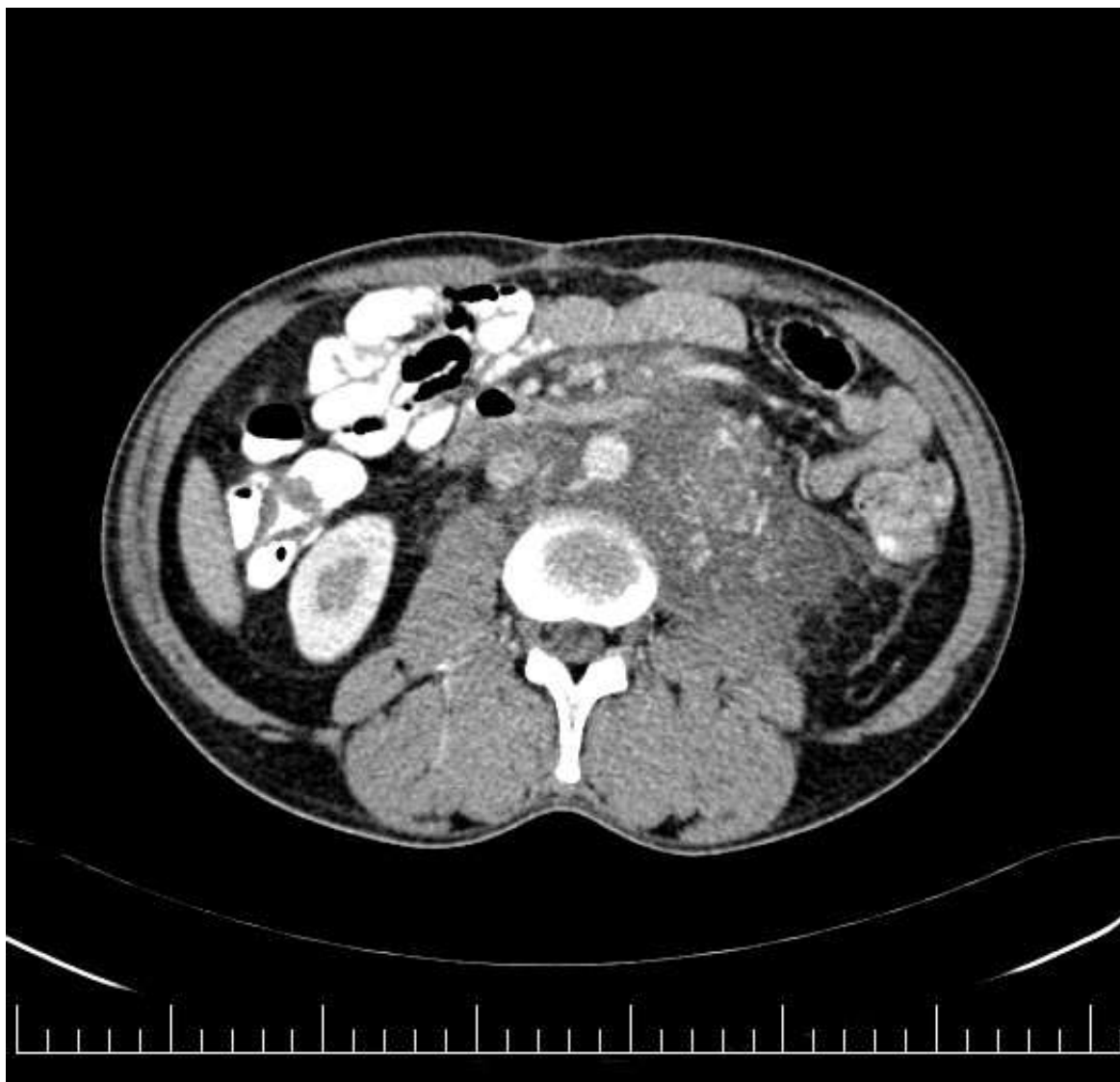
Obr. 5 Parasternálna PLAX projekcia zobrazujúca regresiu ľavokomorovej hypertrofie a dilatáciu apexu.



Obr. 6 PSAX projekcia s redukciou ľavokomorovej hmoty aj perikardiálneho výpotku.

Súčasný ťažký postihnutie apexu a periapikálnych oblastí v zmysle hypokinézy pravdepodobne súvisí s absolvovanou chemoterapiou a jej kardiotoxicitou. Pacient doposiaľ úspešne absolvoval 6 cyklov R-

CHOP kúry aj intratekálnu profylaktickú aplikáciu metotrexátu. Liečbu toleroval, renálne parametre boli v norme. Echokardiografický nález je po 6 cykloch chemoterapie stacionárny, pretrváva hypokinéza apexu a periapikálnych oblastí ako aj redukovaná systolická funkcia ľavej komory s EF 35-40% aj napriek kardiologickej liečbe. Pacient je bez subjektívnych ťažkostí, priberá na váhe, opuchy dolných končatín ustúpili, je vo funkčnej triede NYHA II. Z medikácie t.č. užíva nízkomolekulový heparín v preventívnej dávke vzhľadom na malignitu, inhibítor angiotenzín konvertujúceho enzýmu (ACEI), statín, beta-blokátor, allopurinol, blokátor protónovej pumpy a enterálnu nutričnú podporu (sipping). Kontrolné CT vyšetrenie zamerané na brucho a krk v rámci stagingu ochorenia bolo realizované po absolvovaní 4 cyklov imunochemoterapie. Dokumentuje významnú regresiu tumoróznej masy (Obr. 7).



Obr. 7 CT brucha po 4 cykloch imunochemoterapie s významnou regresiou tumoróznej masy v porovnaní s Obr. 1.

Aj napriek doterajším úspechom u tohto pacienta je jeho ďalšia prognóza neistá vzhľadom k rozsahu postihnutia (III_E štádium) a medzinárodnému prognostickému indexu (IPI), ktorý je najhorší - vysoké riziko, kde 5-ročné prežívanie má len 26% pacientov a kompletnú remisiu dosiahne 44% pacientov (Sakalová, Bátorová, et al., 2010).

DISKUSIA

Charakteristické echokardiografické, EKG a laboratórne zmeny poukazovali u nášho pacienta na hypertrofiu myokardu, diastolickú dysfunkciu ľavej komory a perikardiálnu efúziu. Koronarografické vyšetrenie vylúčilo postihnutie koronárnych tepien. V rámci ďalšej diferenciálnej diagnostiky masívnej hypertrofie myokardu prichádzala do úvahy hypertrofická kardiomyopatia (HKMP), reštrikčná kardiomyopatia, sekundárna amyloidóza srdca, dedičné metabolické poruchy ako Fabryho choroba, hemochromatóza a iné glykogenopatie, ako aj raritný Noonanovej syndróm, pri ktorom ale chýbal typický fenotyp pacienta aj súčasné postihnutie pľúcnice a pravostranných oddielov (Bonow et al., 2012). Hypertrofická kardiomyopatia je autozomálne dominantne dedičné ochorenie prejavujúce sa hypertrofiou svaloviny ľavej komory pri absencii tlakového či objemového preťaženia, ktoré môže túto hypertrofiu svaloviny spôsobiť. Tieto diagnózy exkludoval relatívne rýchly priebeh ochorenia a jeho kardiálnej manifestácie (rozvoj srdcového zlyhania v priebehu niekoľkých týždňov od začiatku hospitalizácie v podobe ťťaždovej dyspnoe, bilaterálneho fluidothoraxu, opuchov nôh, ascitu a hepatomegálie), ako aj rýchla regresia nálezů po prvej dávke účinnej chemoterapie. Pozitívita kardiomarkerov pravdepodobne reflektovala masívnu infiltráciu myokardu lymfocytmi, definitívnu diagnózu by však potvrdila až myokardiálna biopsia, ktorá nebola realizovaná.

V dostupnej, najmä zahraničnej literatúre, sú popísané len raritné prípady infiltrácie myokardu malígnym lymfómom, väčšina z publikovaných prípadov je potvrdená až post mortem (Cho et al., 2002). Malígne lymfómy postihujúce zároveň myokard nachádzame až u 25 % autoptovaných tiel (Niederle et al., 2005). Pacienti s DLBCL majú až v polovici prípadov extranodulárne postihnutie. Dostupné zobrazovacie metódy môžu viesť k ich odhaleniu. V literatúre sú odporúčané 3D rekonštrukčné CT vyšetrenie, MR myokardu s možným zobrazením vzťahov okolitých štruktúr k myokardu a gáliev scintigrafia myokardu. V posledných rokoch je využívaná aj ¹⁸FDG-PET (18F-Fluorodeoxyglucose positron-emission tomography). CT a ¹⁸FDG-PET sú odporúčané ako pre-treatment aj post-treatment vyšetrenia u pacientov s DLBCL kvôli ich vysokej senzitivite (Ischiwata et al., 20). Náš pacient mal primárne diagnostikovaný DLBCL s masívnym extranodulárnym postihnutím gastrointestinálneho traktu, retroperitonea a pravdepodobne aj myokardu. Včas nasadená adekvátne imunochemoterapia viedla k regresii nálezů na srdci aj v ostatných lokalitách.

ZÁVER

Touto kazuistikou chceme poukázať na zriedkavé avšak život ohrozujúce kardiálne postihnutie malígnym lymfómom. Echokardiografia jednou z modalít, ktoré vedú k vysloveniu podozrenia na jeho extranodulárne postihnutie. V prípade zriedkavej myokardiálnej infiltrácie lymfómom je veľmi zložitá stanoviť definitívnu diagnózu ante-mortem, keďže možnosť biopsie myokardu limituje závažnosť klinického stavu pacienta, ktorá je daná predovšetkým srdcovým zlyhávaním a celkovou alteráciou, ako aj samotnou dostupnosťou metódy. Využitím dostupných zobrazovacích techník a dobrou medziodborovou spoluprácou je možné včas vysloviť podozrenie na infiltráciu myokardu lymfoproliferatívnym procesom, stanoviť pracovnú diagnózu, zahájiť empirickú liečbu, a tým predĺžiť prežívanie a kvalitu života pacientov.

LITERATÚRA

1. Dúbrava J., *Malígne tumory srdca*. In: Onkológia Vol. 2 [online], 2007, s. 74-78. Dostupné na internete: http://solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2380&magazine_id=10
2. Gregor, P., Veselka, J. *Kardiomyopatie*. Tábořská, K., Linhart, A. *Nádory srdce*. In: Ascherman, M., et al. *Kardiologie 2. díl*, Praha: Galén, 2004. ISBN 8072622900, s. 825-840, s. 1059-1071.
3. Vojáček, J., Kettner, J., et al. *Speciální problémy v kardiologii*. In: *Klinická kardiologie*, Praha: Nucleus HK, 2009. ISBN 978-80-87009-58-1, s. 744-756.
4. Mistrík, M., Bilele krvinky (leukocyty). In: Sakalová, A., Bátorová, A., et al.: *Klinická hematologie*, Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-324-0, s. 124-129.
5. Joshua, M. Hare. *The Dilated, Restrictive, and Infiltrative Cardiomyopathies*. Barry, J. Marron. *Hypertrophic Cardiomyopathy*. In: Robert O. Bonow, et al.: *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, Single Volume, 9th Edition*, Philadelphia: Elsevier, 2012. ISBN 978-1-4377-0398-6, s. 1561-1594, s.1638-1650.
6. Toman, J. *Primární a sekundární nádory srdce*. In: Niederle, P., et al. *Echokardiografie. 1. díl – Echokardiografie dospělých*. 2. vydání. Praha: Triton 2005. ISBN 80-7254-718-6, s. 299–301.
7. Toshiji Ishiwata, et al. : *Malignant lymphoma with diffuse cardiac involvement detected by multiple imaging examinations: a case report* [online], *Journal of Medical Case Reports* 2012, 6:193. Dostupné na internete: <http://www.jmedicalcasereports.com/content/6/1/193>

8. Jeong-Gwan Cho et al., *A Case of Secondary Myocardial Lymphoma Presenting with Ventricular Tachycardia* [online] *J Korean Med Sci* 2002; 17: 549-51. Dostupné na internete: <http://jkms.org/Synapse/Data/PDFData/0063JKMS/jkms-17-549.pdf>

Kontakt na autora:

MUDr. Kocúrová Frajtová Ľuboslava

Kardiocentrum FNŠP J.A. Reimana Prešov, Hollého 14, 081 81 Prešov

e-mail: luboslava.frajtova@gmail.com

UPLATŇOVANIE PRÁV DETSKÉHO PACIENTA PRI POSKYTOVANÍ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Lizáková E.,¹ Mrošková S.,¹ Horanská V.²

¹ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov,

² Vysoká škola sociálnej práce a zdravotníctva sv. Ažbety, Ústav Bl. Z. Mallu, Košice

Abstrakt

Úvod. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je úloha morálky a etiky nezastupiteľná. Jednou z najdôležitejších súčastí zdravotníckej etiky sú práva pacientov. Problematika práv dieťaťa sa začala rozvíjať ako súčasť hnutia ľudských práv a práv pacientov. **Cieľ.** V prieskume sme chceli poukázať na problematiku dodržiavania práv hospitalizovaného dieťaťa v samotnej praxi, z pohľadu rodičov detí, ktoré boli hospitalizované v nemocničnom zariadení. **Metodika.** Na zber dát bola použitá dotazníková metóda, so zameraním na uplatňovanie práv detského pacienta počas hospitalizácie, z pohľadu rodiča. Prieskum bol realizovaný na detských oddeleniach v Detskej Fakultnej nemocnici na Trieda SNP 1 v Košiciach v mesiacoch január - apríl 2014. Oslovených bolo 50 respondentov, rodičov hospitalizovaných detí. **Výsledky.** Naše zistenia poukazujú na 56% (n=28) informovanosť rodičov o právach ich hospitalizovaných detí. Prieskum poukázal na to, že najviac informáciu získali respondenti z médií (TV a rádio). Zdravotníckeho pracovníka ako zdroj informácií bol len v 14% (n=6). Pri prijatí bolo len 40% (n=20) respondentov informovaných o právach hospitalizovaného dieťaťa a sestry využili hlavne poučenie písomnou formou 75% (n=15). **Záver.** V diskusii porovnávame vlastné zistenia s výsledkami iných autorov, ktorí sa zaberajú problematikou uplatňovania práv hospitalizovaných detských pacientov.

Kľúčové slová: Práva hospitalizovaných detí. Dieťa. Sestra.

Abstract

Introduction. The provision of health care, the role of morality and ethics irreplaceable. One of the most important part of the medical ethics, the rights of patients. The issue of children's rights began to develop as part of the movement for human rights and patients' rights. **Aim:** In the survey, we wanted to highlight the issue of respect for the rights of hospitalized child alone in practice, from the perspective of parents of children who were hospitalized in the hospital. **Methods.** For data collection was used questionnaire method, focusing on the implementation of children's rights during the patient's hospitalization, from a parent's perspective. The survey was conducted on the children's department at the Children's University Hospital in Trieda SNP 1 in Kosice in the months of January-April 2014. 50 respondents were interviewed, parents of hospitalized children. **Results.** Our findings point to 56% (n = 28) parents' awareness of their rights of hospitalized children. The survey reveals that most respondents obtained the information from media (TV and radio). Healthcare workers, as the source of this information was only 14% (n = 6). Upon receipt was only 40% (n = 20) respondents information on rights of hospitalized child and sister used mainly instruction in writing 75% (n = 15). **Conclusion.** In the discussion, we compare their own findings with the results of other authors who'll take the issue of exercise of the rights of hospitalized pediatric patients.

Key words: **Rights of hospitalized children. Child. Sister.**

Úvod

Až do polovice 20. storočia sa nediskutovalo o otázke ľudských práv v oblasti medicíny a už vôbec nie o právach pacienta. Hrôzy 2. svetovej vojny, porušovanie základných ľudských práva a pokusy na ľuďoch poukázali na príniesli potrebu prijať medzinárodné záruky týchto práv. Postupne sa problematika ľudských práv rozšírila na oblasti ľudskej činnosti, kde vznikala možnosť ich porušovania. K týmto patria aj oblasti medicíny, ošetrovateľstva a vzťahov medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom. [4].

Problematika práv dieťaťa sa začala rozvíjať ako súčasť hnutia ľudských práv a práv pacientov. Ľudské práva vychádzajú z teórie ľudských potrieb a ich naplnenia v živote každého človeka. Ľudské práva a práva dieťaťa sú teoreticky rovnaké, ale praktické aspekty oboch sú rozdielne [3]. Rozdielnosť praktických aspektov spočíva v tom, že deti na rozdiel od dospelých predstavujú najzraniteľnejšiu skupinu v ľudskej spoločnosti. Sú najmenej schopné postarať sa o vlastný blahobyt a najnegatívnejšie ich ovplyvňuje nedostatok starostlivosti. Charta práv hospitalizovaných detí bola definitívne schválená na 1. európskej konferencii o hospitalizovaných deťoch v máji 1988 [6].

Cieľ

Cieľom prieskumu bolo poukázať na problematiku dodržiavania práv hospitalizovaného dieťaťa z pohľadu rodičov počas hospitalizácie na detskom oddelení.

Charakteristika súboru

Výber respondentov bol zámerný. Prieskumu sa zúčastnilo 50 respondentov, rodičov hospitalizovaných detí. Vzorku tvorili rodičia vo veku od 20 rokov do 45 rokov. Respondentov vo veku od 20 - 25 rokov bolo 10% (n=5), vo veku od 26 - 30 rokov bolo 22% (n=11). Najpočetnejšiu skupinu respondentov tvorili rodičia vo veku od 31 - 35 rokov 36% (n=18), vo veku od 36 - 40 rokov bolo 28% (n=14) respondentov a od 41 - 45 rokov boli 4% (n=2) respondentov. Všetci rodičia boli hospitalizovaní spolu so svojim dieťaťom.

Podľa dosiahnutého vzdelania respondentov prieskumnú vzorku tvorilo 8% (n=4) respondentov s ukončeným stredným odborným učilištom, stredoškolské vzdelanie (SŠ) malo 50% (n=25) a vysokoškolské vzdelaním bolo 42% (n=21).

Veková hranica detí respondentov, ktoré boli hospitalizované sa pohybovala od 1 mesiaca do 12 rokov. Vek detí do 3 rokov bol u 44% (n=22), od 4 do 6 rokov bol u 30% (n=15) a nad 6 rokov u 26% (n=13).

Zber údajov bol realizovaný v mesiacoch január - apríl 2014 na detských oddeleniach detskej fakultnej nemocnice trieda SNP 1 v Košiciach. Oslovených bolo 50 rodičov hospitalizovaných detí. Návratnosť dotazníkov bola 100%.

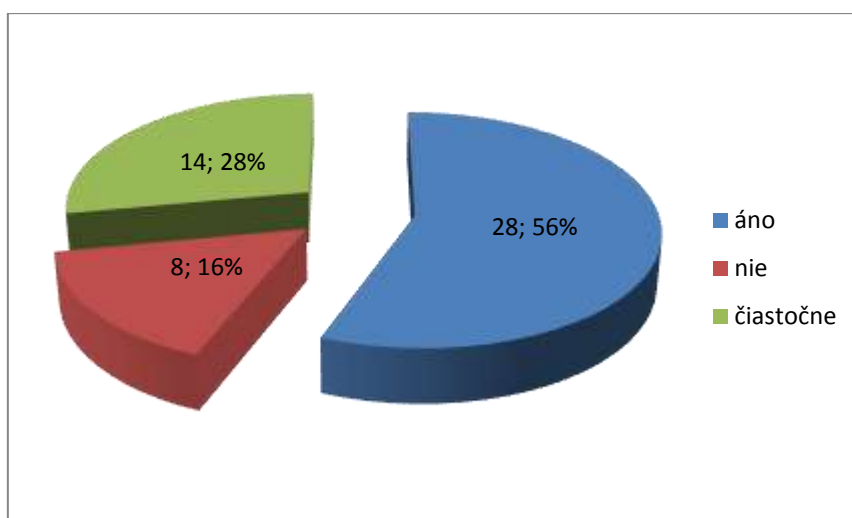
Metodika

Na zber údajov bola použitá empirická metóda zberu údajov – dotazník. Obsahoval 15 dotazníkových položiek a demografické identifikačné údaje. V dotazníku bolo 9 otázok zatvorených, 1 otázka otvorená a 3 polouzatvorených otázok s možnosťou doplnenia vlastnej odpovede.

V niektorých položkách bolo na vyjadrenie hodnotenia použité škálovanie pomocou päť bodovej Likertovej hodnotiacej škály, kde hodnota 1 bola úplne pozitívna a hodnota 5 úplne negatívna. Pri spracovaní výsledkov sme použili opisnú štatistiku. Dáta boli spracované do grafov s uvedením absolútnej početnosti (n), percentuálneho vyhodnotenia. Získané výsledky boli spracované pomocou tabuľkového procesoru Microsoft Excel a textového editora Microsoft Word 2010 a operačného systému Windows 8.

Výsledky práce a diskusia

Prieskumom sme zistili, že 56 % (n=28) opýtaných respondentov (rodičov hospitalizovaných detí) poznalo práva hospitalizovaného dieťaťa, 28 % (n=14) ich poznalo čiastočne. O právach hospitalizovaných detí nemalo informáciu 16% (n=8) respondentov (graf č. 1). Pri porovnaní zistených výsledkov s výskumom Šebekovej (2003) sme zistili, že v nami sledovanej vzorke záporné hodnotenie bolo len u 16 % respondentov, kým u nej táto hodnota bolo 32% [5]. Vo výskume Ondriovej (2005) 46% rodičov práva hospitalizovaného dieťaťa poznalo, 21% ich poznalo čiastočne a nepoznalo ich 23% respondentov [2]. Vplyv na zistené a porovnané údaje má podľa nás aj fakt, že v súčasnom období sa o problematike zdravotnej starostlivosti a uplatňovaní práv hospitalizovaného pacienta a aj detského veľa diskutuje, vyjadrujú sa k nej odborníci v dennej tlači a masovokomunikačných médiách.

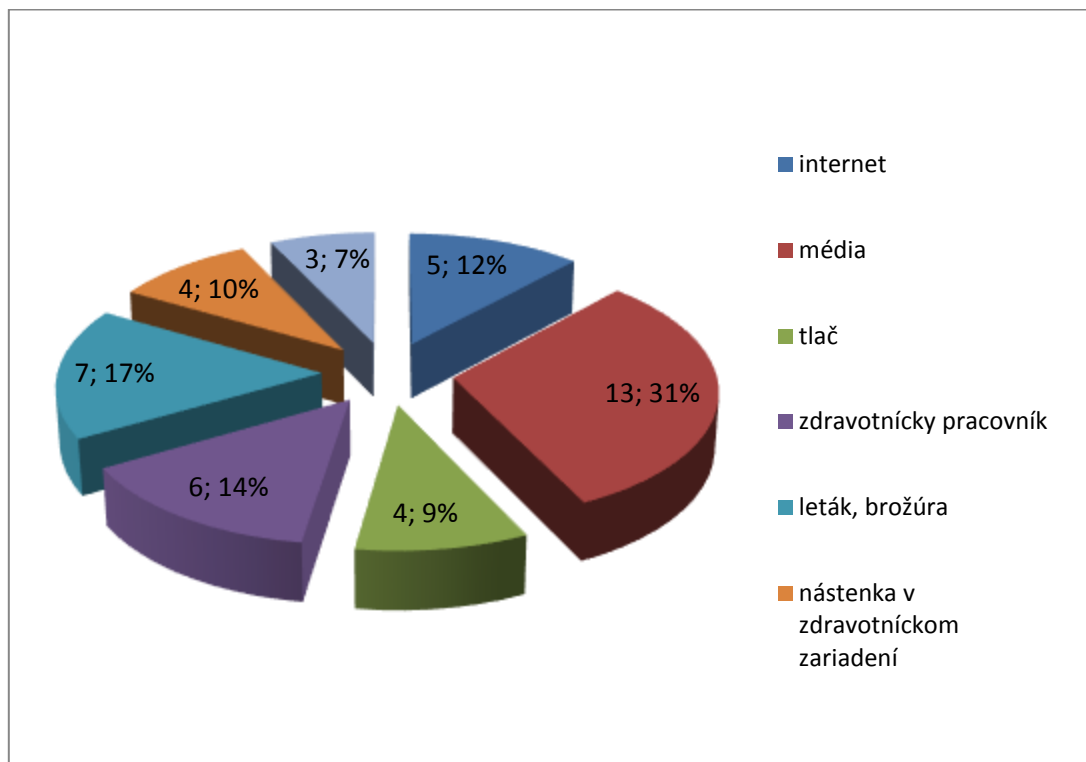


Graf č. 1 Informovanosť o právach hospitalizovaného dieťaťa

Na otázku pôvodu zdroja, ktorý im poskytol najviac informácií o právach hospitalizovaného dieťaťa (graf č.2), najväčšia časť respondentov 31% (n=13) odpovedala, že tieto informácie čerpali z médií, z letáku alebo brožúry dostalo informácie 17% (n=7), zdravotníckeho pracovníka ako zdroj informácií uviedlo

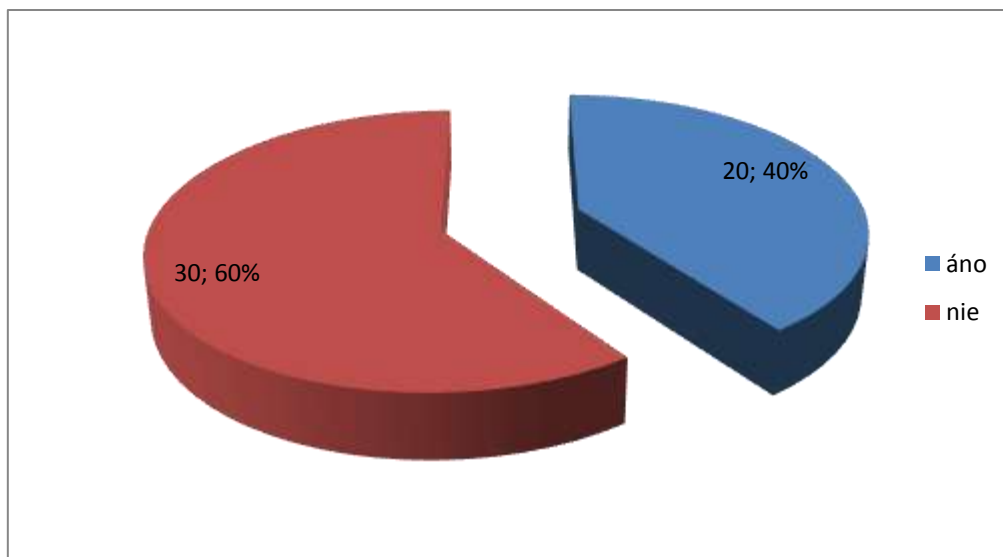
14% (n=6) respondentov a z internetu malo informácie 12% (n=5). Ďalej respondenti ako primárny zdroj informácií udávali nástenku v zdravotníckom zariadení v 10% (n=4), tlač v 9% (n=4) a od známych alebo príbuzných dostalo informácie 7% (n=3) V porovnaní s prieskumom Ondriovej (2005), kde udávalo ako zdroj informácií zdravotnícky personál až 52% opýtaných, nasledovali masovokomunikačné prostriedky 36% a známi 10% [2]

Na túto otázku odpovedali len respondenti, ktorí uviedli, že majú alebo čiastočne majú informácie o právach dieťaťa.



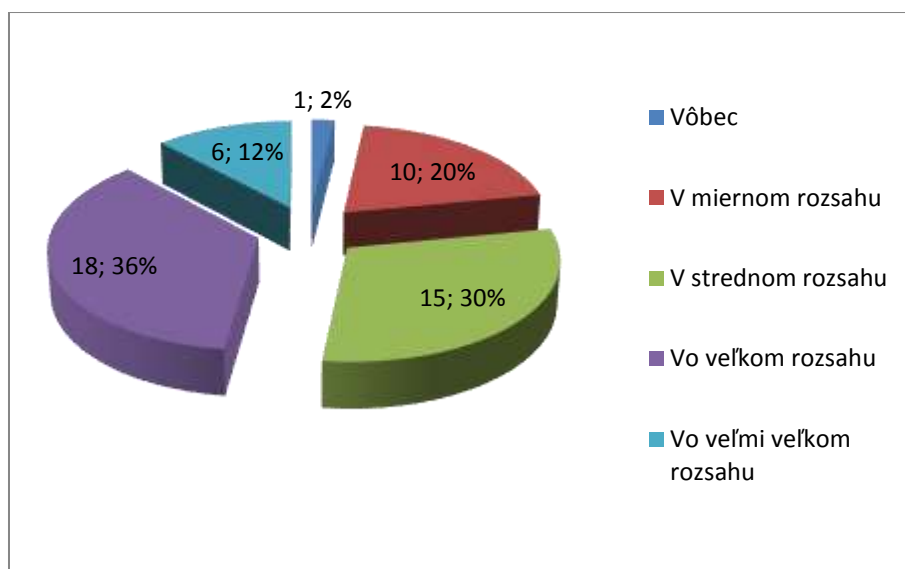
Graf č. 2 Zdroj o právach hospitalizovaného dieťaťa

Zisťovali sme koľko respondentov bolo pri prijíme informovaných sestrou o právach hospitalizovaného dieťaťa. Respondenti uviedli, že v 40 % (n=20) boli pri prijíme informovaní sestrou o právach hospitalizovaného pacienta. Je prekvapujúce, že až 60% (n=30) túto informáciu pri hospitalizácii od sestry nedostalo. Písomnú formu (formou letáčika) informovanosti využila sestra u 75% (n=15) a ústne bolo informovaných 25% (n=5) respondentov. Na otázku týkajúcej sa formy poučenia nám v prieskume odpovedali len rodičia, ktorí boli pri prijíme svojho dieťaťa do nemocnice poučení o právach hospitalizovaného dieťaťa.



Graf č. 3 Informovanosť o právach hospitalizovaného dieťaťa sestrou pri prijatí do nemocnice

V prieskume sme sa pýtali respondentov aj na to, do akej miery boli informovaní oni a aj ich dieťa pred odborným výkonom. Vo veľmi veľkom rozsahu bolo informovaných 12% (n=6) opýtaných, vo veľkom rozsahu 36% (n=18) a strednom rozsahu 30%. (n=15). V miernom rozsahu bolo informovaných 20% (n=10) a vôbec nebolo informovaných 2% (n=1). Výsledky z tohto prieskum sú porovnateľné s výsledkami výskumu Filausovej (2006) v Českej republike, kde 72% respondentov bolo spokojných s informovanosťou pred výkonom počas hospitalizácie [1]



Graf č. 4 Miera informovanosti pred výkonom

V prieskume nás zaujímalo s akými negatívami sa stretli počas hospitalizácie so svojim dieťaťom na detskom oddelení. Odpovede rodičov sú znázornené v tabuľke 1. Sú viac menej porovnateľné s prieskumom Ondriovej (2005), kde rodičia udávali podobné negatíva ako sú uvedené v tabuľke 1 [2] Z našich zistení len 18% (n=9) rodičov nepocítilo žiadne negatíva počas hospitalizácie svojho dieťaťa.

Tabuľka 1 Negatíva počas hospitalizácie

Negatíva	n	%
Neochota zdravotníkov odpovedať na otázky rodičov	5	10%
Nedostatok informácií všeobecne	4	8%
Nedostatok informácií o ochorení, prognóze	4	8%
Neoboznámenie s prostredím a denným režimom	3	6%
Necitlivý spôsob oznamovanie diagnózy	2	4%
Necitlivý prístup sestry	3	6%
Direktívny spôsob správania zdravotníkov	3	6%
Nedostatočná opatera	2	4%
Nevhodné prostredie (napr. 1 sprcha pre celé oddelenie)	2	4%
Nevhodné podmienky pre rodičov	4	8%
Nedostatok súkromia	4	8%
Nedostatočná hygiena	3	6%
Nedostatok zdravotníckych pomôcok, napr. plienky	1	2%
Nevhodné stravovanie	1	2%
Žiadne problémy	9	18%

Záver

V súčasnej ošetrovateľskej praxi sa stále viac kladie dôraz na etiku prístupu k pacientom. Tento by mal byť zastúpený aj plnením roly sestry - advokátky, ktorá by mala byť zástancom a ochrancom oprávnených práv pacienta / klienta /dieťaťa /rodiča. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť by mala zahŕňať nielen kvalitné plánovanie a realizáciu ošetrovateľskej starostlivosti, asistenciu pri vyšetreniach a liečbe, ale mala by byť zameraná aj na dieťa, ako na individuálnu osobnosť, ktorá má svoje práva a potreby. Blízky kontakt sestry s dieťaťom v každodennej práci ju prirodzene posúva do tejto neľahkej úlohy. Sestra je na jednej strane dôležitým priateľom dieťaťa, ale aj partnerom rodičov hospitalizovaného dieťaťa. Úlohou sestry je spolupracovať s rodičmi a uľahčiť im čo najviac pobyt v nemocnici.

Zoznam bibliografických odkazov

1. FILAUSOVÁ, D. 2006. Práva pacientů v primární péči. In : *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. Bratislava, 2006, roč. XII, č.1, s. 10. ISSN 1335-5090.
2. ONDRIOVÁ, I. a kol. 2005. Prieskum o právach hospitalizovaného dieťaťa. In : *Sestra*. Bratislava, 2005, roč. IV, č. 7-8, s. 32, ISSN 1335-9444.
3. ONDRIOVÁ, I. a kol. 2014. Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej etiky. 1. vydanie. Prešov 2014, 142 s., ISBN 80-555-1176-4.
4. RAPČÍKOVÁ, T. 2007. Práva pacientov a kvalita ošetrovateľskej starostlivosti. In : *Revue ošetrovateľstva sociálnej práce a laboratórnych metodík*. Bratislava, 2007, roč. XIII, č.1, s. 13, ISSN 1335-5090.
5. ŠEBEKOVÁ, V. 2003. Sestra – advokátka svojich pacientov. In : *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík*. Bratislava, 2003, roč. IX. č. 3,s. 66, ISSN 1335-509.
6. ZACHOVÁ, A. 2003. *Medzinárodná ochrana práv dieťaťa a Slovenská republika* (Výber dokumentov). 1. vydanie. Bratislava : Slovenské národné stredisko pre ľudské práva, 2003, 60 s., ISBN 80-89016-05-7.

Kontakt na autora:

PhDr. Ľubomíra Lizáková, PhD.
Katedra OSE, FZO PU v Prešove
lubomira.lizakova@unipo.sk

KVALITA ŽIVOTA U PACIENTOV PO AMPUTÁCII KONČATÍN

Lizaková E.,¹ Horanská V.,³ Novotná Z.,¹ Mašterová V.,¹ Semanová E.²

¹ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešov

² Centrum ortopedickej protetiky, s.r.o., Rastislavova 43, 04022 Košice

³ Vysoká škola sociálnej práce a zdravotníctva sv. Ažbety, Ústav Bl. Z. Mallu, Košice

Abstrakt

Úvod. Otázka kvality života vystúpila do popredia v polovici 20. storočia ako dôsledok zvyšovania efektivity liečebných metód, úspešnosti liečby chronicky chorých, kde zaraďujeme aj pacientov po amputácii jednej alebo viacerých končatín, alebo ich častí z rôznych príčin. Do popredia týchto pacientov vystupujú otázky psychologické, sociálno - psychologické a tým aj otázky o kvalite ich života. **Cieľ.** V prieskume sme chceli poukázať na kvalitu života pacienta po amputácii končatiny. Zisťovali sme, ako samotnú kvalitu života vnímajú pacienti vzhľadom na pohlavie a vek. **Metodika.** Na zber dát bola použitá dotazníková metóda, s použitím prevzatého dotazníka kvality života – WHOQOL BREF. Dotazník pozostáva z 24 položiek združených do štyroch domén a dvoch samostatných položiek hodnotiacich celkovú kvalitu života a zdravotný stav. Zber dát prebiehal v období mesiacov október 2011 až január 2012. Prieskumný súbor tvorilo 107 respondentov po amputácii končatiny. Získané výsledky boli vyhodnotené s využitím metód opisnej štatistiky. **Výsledky.** Kvalitu svojho života všetci pacienti vnímajú priemerne, ich priemerné skóre je $3,32 \pm 0,54$. Prieskumu sa zúčastnilo 73,83% mužov ($n=79$) a 26,17% ($n=28$) žien, ktoré hodnotenia kvalitu života horšie ako muži. Priemerné skóre žien bolo $3,11 \pm 0,32$ a u mužov bolo $3,39 \pm 0,59$. V závislosti od veku, respondenti od 31 do 50 hodnotili kvalitu svojho života najhoršie ($3,23 \pm 0,44$), hodnotenie kvality života nad 60 rokov postupne stúpalo, títo respondenti mali priemerné skóre $3,52 \pm 0,51$. **Záver.** Strata končatiny predstavuje pre postihnutého stratu nielen anatomickú a funkčnú, ale predstavuje tiež viditeľný kozmetický defekt a s tým súvisiace zmeny v oblasti psychiky. Toto vedie k zmenám v sociálnych rolách, zmenám v rodinnom a pracovnom živote, čo ovplyvňuje kvalitu života pacienta.

Kľúčové slová: Kvalita života. Amputácia. Pacient.

Abstract

Introduction. Quality of life issues came to the fore in the mid 20th century as a result of increasing the effectiveness of therapies, treatment success chronically ill, which equally applies to patients following amputation of one or more limbs, or parts of them for various reasons. At the forefront of these patients questions emerge psychological, social - psychological and thus questions about the quality of their lives. **Aim:** In the survey, we wanted to highlight the quality of life of patients after limb amputation. We examined how the very quality of life perceived by patients based on gender and age. **Methods.** For data collection was used questionnaire method, using the receipt of the questionnaire of quality of life - WHOQOL BREF. The questionnaire consists of 24 items combined into four domains and two separate headings evaluating the overall quality of life and health. Data collection took place during the months of October 2011 to January 2012. The review sample consisted of 107 respondents amputees some limbs. The results were evaluated using the methods of descriptive statistics. **Results.** Quality of life, all patients perceive the average, their average score is 3.32 ± 0.54 . The survey covered 73.83% of men ($n = 79$) and 26.17% ($n = 28$) women, their quality of life was worse than men. The average score for women was 3.11 ± 0.32 and men was 3.39 ± 0.59 . Depending on the age of respondents 31 to 50 assess the quality of your life worst (3.23 ± 0.44), evaluation of quality of life of over 60 years was grow rapidly, these respondents had an average score of 3.52 ± 0.51 . **Conclusion.** Loss of limbs is not only a loss for the affected anatomical and functional, but it is also apparent cosmetic defect and the related changes in the psyche. his leads to changes in social roles, changes in family and working life, which affects the quality of life of the patient.

Key words: Quality of life. Amputation. Patient.

Úvod

Amputácia je jedným z najstarších chirurgických výkonov, prvé zmienky o týchto operáciách sa vyskytujú už 5000 rokov pred Kristom. Indikácie k amputácii končatiny popísal už Hipokrates (Sosna 2001). Amputáciu môžeme chápať ako odstránenie periférnej časti tela vrátane mäkkých tkanív, s prerušením skeletu vedúcej k funkčnej alebo kozmetickej zmene. Ide o rekonštrukčný výkon, ktorého účelom je eliminácia ochorenia alebo funkčného poškodenia, so snahou o dosiahnutie návratu lokomócie alebo čiastočnej funkcie (Kubeš 2005). Amputácia predstavuje rozsiahlu zmenu v živote človeka. Je to stav nezvratný a nemenný. Nech už je príčina amputácie akákoľvek, v každom prípade je

vždy pre pacienta ťažkou situáciou a výrazne ovplyvňuje kvalitu jeho ďalšieho života. Ovpľvňuje vnímanie seba samého, zasahuje do jeho samoobslužných činností a podľa druhu amputácie a môže viesť k invalidite a tým k strate zamestnania. Je však potrebné pre pacienta a rodinu pochopiť, že život ako taký po tomto zákroku neskončí, hoci sa výrazne zmení.

V roku 1991 inicioval Odbor duševného zdravia SZO vývoj nástroja na meranie kvality života slúžiaceho na hodnotenie účinnosti starostlivosti, skúmanie dopadu ochorenia na život pacienta a výskumu vplyvu socioekonomických podmienok na zdravie populácie. Nový inštrument mal zahŕňať princípy, ako sú komplexnosť, čiže hodnotenie nielen fyzického zdravia, jedinečnosť subjektívneho pohľadu, relatívnu dôležitosť a kultúrnu relevanciu. Na základe zohľadnenia všetkých požiadaviek bol vytvorený dotazník WHO - QOL- 100 a jeho skrátená verzia WHOQOL- BREF (The World Health Organization Quality of Life - BREF), ktoré boli v ďalších rokoch klinicky overované a neskôr preložené asi do 50 jazykov sveta (Dragomirecká, Bartoňová 2006).

Charakteristika súboru

Prieskumný súbor tvorilo 107 respondentov, ktorí navštevovali Centrum ortopedickej protetiky v Košiciach (COP) a firmu Medic-pro Veľké Kapušany. Tento prieskumný súbor bol zvolený z dôvodu veľkej spádovej oblasti Východného Slovenska, kde COP má spádovú oblasť Košice, Prešov, Bardejov, Spišská Nová Ves, Rožňava, Michalovce a firma Medic Pro má oblasť Veľkých Kapušian, Trebišova, Sniny, Humenného. Uvedené firmy navštevujú stáli pacienti, ktorí chodia na opravy a úpravy protéz, tieto zariadenia fungujú aj ako merné miesta pre zhotovovanie nových protéz. Všetci respondenti museli mať v čase vyplňania dotazníka viac ako 18 rokov.

Prieskumný súbor tvorilo 107 respondentov, z toho bolo 26,17% (n=28) žien a 73,83% (n=79) mužov. Z vekového hľadiska bolo v súbore 12,16% (n=13) respondentov vo veku 18 -31 rokov, 34,58% (n=37) vo veku 31 - 50 rokov, 29,90% (n=32) vo veku od 51 - 60 rokov a nad 60 rokov bolo 23,36% (n=25) respondentov. Do jedného roka od amputácie bolo v prieskumnom súbore 25,23 (n=27) respondentov, do 5 rokov od amputácie 4,67% (n=5), do 10 rokov 31,77% (n=34) a viac ako 10 rokov od amputácie bolo 38,32 (n=41) respondentov.

Prieskum sme realizovali v mesiacoch október 2011 až január 2012 v spolupráci s uvedenými firmami po získaní písomného súhlasu. Zo 150 distribuovaných dotazníkov po vylúčení nekompletne alebo nesprávne vyplnených dotazníkov sme na spracovania a analýzu použili 107 dotazníkov, čo predstavuje 71,33% návratnosť.

Metodika

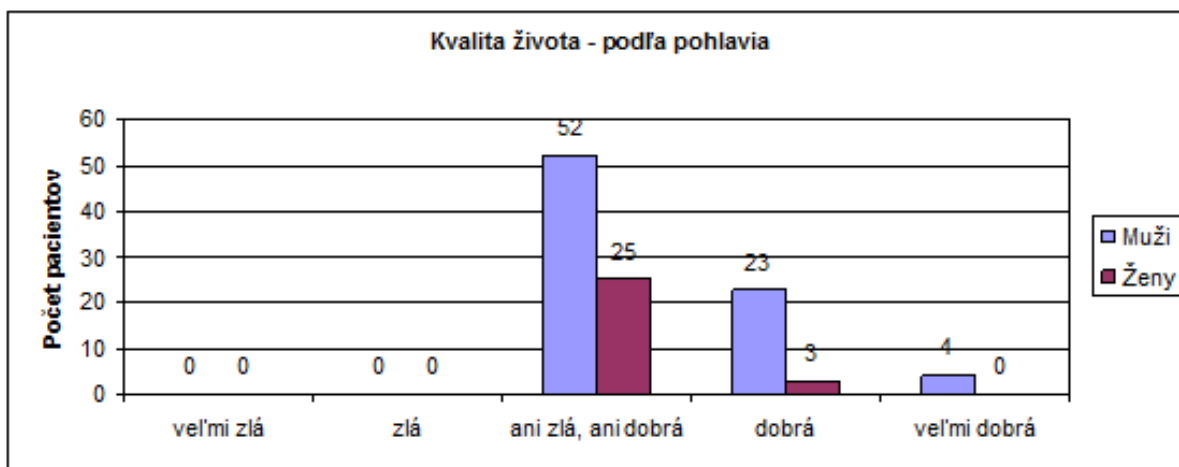
Vzhľadom na subjektívnosť problematiky amputácií a zabezpečenia anonymity pacientov ako najvýhodnejšiu metódu sme si zvolili empirickú metódu - dotazník, zameraný na hodnotenie kvality života. Vybrali sme prevzatý dotazník WHOQOL - BREF, vytvorený WHO, ktorý pre Slovenskú republiku preložil a validoval prof. Damián Kováč. Dotazník pozostával z 24 položiek združených do štyroch domén a dvoch samostatných položiek hodnotiacich celkový kvalitu života a zdravotný stav. Jednotlivé domény zahŕňali **fyzické zdravie** - bolesť, závislosť na lekárskej starostlivosti, energiu, únavu, spánok, každodenné činnosti, pracovný výkon, **prežívanie** - zmysel života, sústredenie, prijatie telesného vzhľadu, spokojnosť so sebou, negatívne pocity. V doméne **sociálne vzťahy** je zahrnutá podpora priateľov, sexuálny život, osobné vzťahy, doména **prostredie** obsahuje osobnú bezpečnosť, životné prostredie, finančnú situáciu, záľuby, dostupnosť zdravotnej starostlivosti, dopravu. Otázky v ňom boli zatvorené, pacient si mohol vybrať jednu z 5 odpovedí (1 - veľmi zlá, 5 - veľmi dobrá). K zvolenému dotazníku boli priložené otázky týkajúce sa demografických údajov.

Pri spracovaní výsledkov sme použili opisnú štatistiku. Dáta boli spracované do grafov s uvedením absolútnej počtosti (n), percentuálneho vyhodnotenia (%), spolu s uvedením priemeru a smerodajnej odchýlky (SD). Získané výsledky boli spracované pomocou tabuľkového procesoru Microsoft Excel a textového editora Microsoft Word 2010 a operačného systému Windows 8.

Výsledky práce a diskusia

Kvalitu svojho života všetci pacienti vnímali priemerne (ani dobrá, ani zlá), ich priemerné skóre bolo $3,32 \pm 0,54$. Priemerné skóre žien bolo $3,11 \pm 0,32$ a mužov bolo $3,39 \pm 0,59$. Kvalitu života teda muži na základe priemernej hodnoty odpovedí hodnotili lepšie ako ženy (graf č.1, tab. 1). Môžeme to pripisovať tomu, že ženy kritickejšie vnímajú svoj vzhľad, ktorý strata končatiny alebo jej časti výrazne narúša. Celkovo pacienti po amputácii končatiny hodnotili svoju kvalitu života v porovnaní s bežnou populáciou, horšie, čo uvádza vo svojej práci aj Bužgová (2009), kde porovnávala kvalitu života amputovaných pacientov s bežnou populáciou, priemerné skóre kvality života pacientov po amputácii končatiny v tomto výskume bolo 3,36, pričom bežná populácia mala skóre 3,82. Je teda zrejmé, že amputácia znižuje kvalitu života. Priemerné skóre našich respondentov bolo $3,32 \pm 0,54$, čo je porovnateľné s výsledkami Bužgovej. Oproti tomu Remes (2009) uvádza vo svojom výskume

realizovanom vo Fínsku, že pacienti po amputácii mali rovnaké hodnotenie kvality svojho života ako bežná populácia. Môžeme teda predpokladať, že hodnotenie kvality života pacienta s amputáciou súvisí aj s vyspelosťou spoločnosti a ekonomikou krajiny, kde pacient žije. Na základe ekonomických ukazovateľov je totiž Fínsko vyspelejšou krajinou oproti Slovensku.

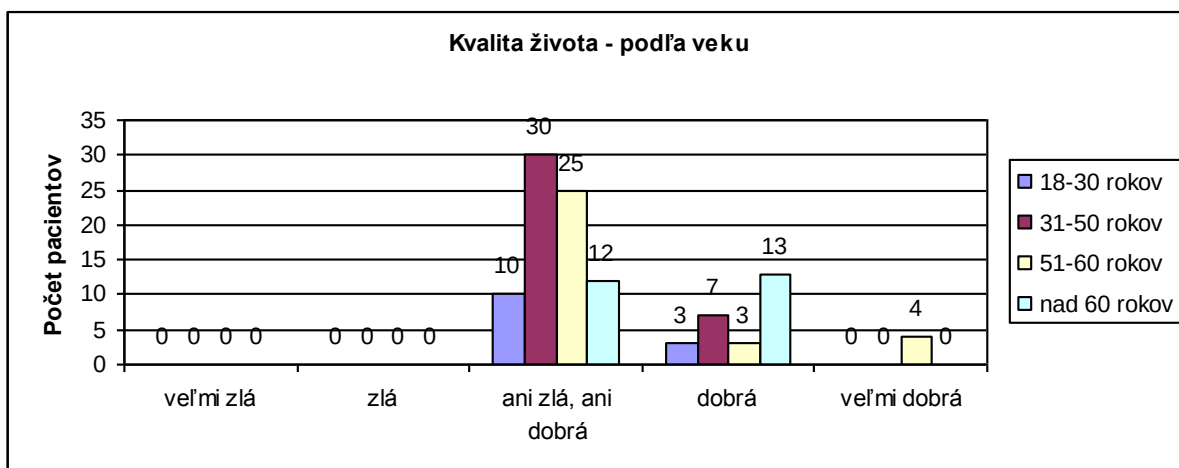


Graf č.1 Kvalita života - podľa pohlavia

Tabuľka 1 Opisná štatistika kvalita života - podľa pohlavia

pohlavie	muži	ženy	spolu
priemer	3,39	3,11	3,32
medián	3	3	3
modus	3	3	3
smerodajná odchýlka	0,59	0,32	0,54
rozptyl	0,34	0,10	0,29

V závislosti od veku respondenti hodnotili svoju kvalitu života rovnako priemerne (graf č.2). V kategórii od 18 do 30 hodnotili kvalitu svojho života priemerným skóre $3,23 \pm 0,44$, priemerné skóre v kategórii od 31 – 50 rokov bolo $3,19 \pm 0,40$. V tejto vekovej skupine bolo najnižšie priemerné skóre hodnotenej kvality života. Vplýva to hlavne z toho, že v tomto období je človek v období, kedy potrebuje pracovať a finančne zabezpečiť rodinu, hľadá si partnera zakladá si rodinu. Postihnutie vplýva aj na túto oblasť života a tým výrazne ovplyvňuje aj vnímanie kvality života pacienta s amputáciou, aj napriek pokročilej technológii výroby protetických pomôcok, ktoré sa snažia realisticky napodobňovať stratenú končatinu. Hodnotenie kvality života v jednotlivých vekových kategóriách klesá, no iba do veku 50 rokov, po tomto veku postupne stúpa. Vo veku 51 - 60 rokov bolo priemerné skóre odpovedí $3,34 \pm 0,70$ a respondenti nad 60 rokov mali priemerné skóre $3,52 \pm 0,51$ (tab. 2).



Graf č.2 Kvalita života - podľa veku.

Tabuľka 2 Opisná štatistika kvalita života - podľa veku

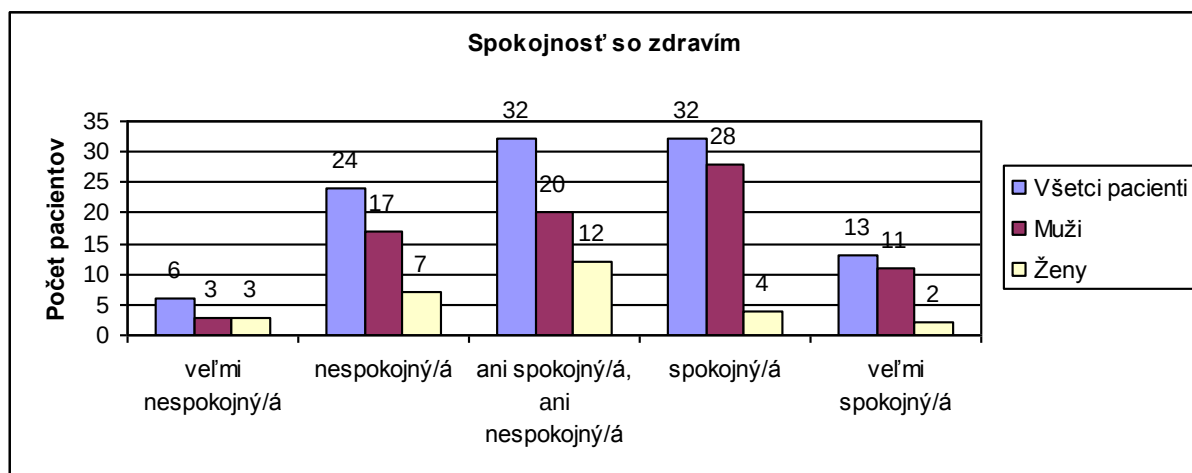
vek	18-30	31-50	51-60	nad 60
priemer	3,23	3,19	3,34	3,52
medián	3	3	3	4
modus	3	3	3	4
smerodajná odchýlka	0,44	0,40	0,70	0,51
rozptyl	0,19	0,16	0,49	0,26

Spokojnosť so svojim zdravím podľa pohlavia znázorňuje graf č. 3. Väčšiu nespokojnosť so zdravím udávali ženy ($2,82 \pm 1,06$) oproti mužom ($3,34 \pm 1,08$). Priemerné skóre odpovedí všetkých respondentov pri hodnotení spokojnosti so svojim zdravotným stavom bolo opäť na priemernej hodnote (ani spokojný, ani nespokojný) $3,21 \pm 1,10$ (tab.3).

Najviac nespokojní boli so svojim zdravím respondenti vo veku od 31 do 50 rokov (graf č.4), u ktorých bolo priemerné skóre odpovedí $2,95 \pm 1,13$. Výsledky korešpondujú s hodnotením kvality života respondentov v tejto vekovej skupine, kde aj hodnotenie kvality života bolo najnižšie.

Naopak najspokojnejší so svojim zdravím boli respondenti vo veku nad 60 rokov, ich skóre je $3,68 \pm 0,95$ (tab. 4). Môžeme to pripisovať faktu, že v tomto období už pacienti majú životného pacienta, odrastené deti a ich finančné výdaje už sú menšie a preto dopad amputácie na oblasti života sú menšie ako u mladších pacientov s amputáciou.

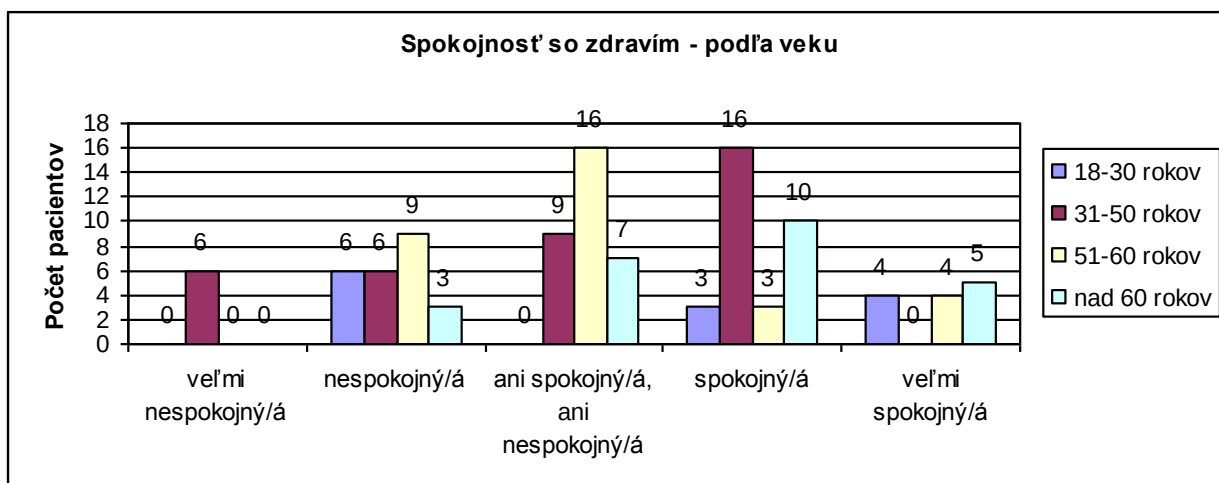
Respondenti v našom prieskume mali v hodnotení spokojnosti so zdravím lepšie priemerné skóre ($3,21 \pm 1,09$), ako pacienti vo výskume u Bužgovej (2009), kde udávali priemerné skóre spokojnosti 2,75, ale porovnaní s bežnou populáciou je ich hodnotenie horšie. Dragomirecká uvádza vo svojom výskume priemerné skóre spokojnosti so zdravotným stavom u pacientov po amputácii končatiny 3,68 (Dragomirecká, Bartoňová 2006).



Graf č.3 Spokojnosť so zdravím - podľa pohlavia

Tabuľka 3 opisná štatistika spokojnosť so zdravím - podľa pohlavia

pohlavie	muži	ženy	spolu
priemer	3,34	2,82	3,21
medián	3	3	3
modus	4	4	3
smerodajná odchýlka	1,08	1,06	1,10
rozptyl	1,18	1,12	1,20



Graf č.4 Spokojnosť so zdravím - podľa veku.

Tabuľka 4 Opisná štatistika spokojnosť so zdravím – podľa veku

vek	18-30	31-50	51-60	nad 60
priemer	3,39	2,93	3,06	3,68
medián	4	3	3	4
modus	2	4	3	4
smerodajná odchýlka	1,39	1,13	0,95	0,95
rozptyl	1,92	1,28	0,90	0,89

Záver

Celkové hodnotenie kvality života amputovaných pacientov je pri porovnávaní s bežnou populáciou oveľa nižšie, na čo poukazujú výskumy spomenuté v tomto prieskume. V našom prieskume sme chceli poukázať na kvalitu života pacienta po amputácii končatiny. Zamerali sme sa na to, ako samotnú kvalitu života vnímajú pacienti vzhľadom na pohlavie a vek. V našom prieskume rozdielne vnímajú a hodnotia kvalitu svojho života ženy, ktoré ju hodnotia horšie ako muži, rozdiely sú aj v závislosti od veku. Najhoršie kvalitu svojho života a spokojnosť so svojím zdravím hodnotia ľudia vo veku od 31 do 50 rokov. Naš prieskum je len čiastkovým pohľadom na túto problematiku a zovšeobecnenie našich výsledkov nie je preto možné.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. BUŽGOVÁ, R. et.al. 2009. Zkušenosti s měřením kvality života dotazníkem WHOQOL- BREF u vybraných skupin pacientů. In *Sestra a pacient v klinickém ošetrovatelství*. ISSN 1212-4117. 2009, č.1. s.246-251.
2. DRAGOMIRECKA, E.- BARTOŇOVÁ, J. 2006. WHOQOL-BREF. Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života světové zdravotnické organizace. In *Psychiatrie*. ISSN 1212-0383, 2006, roč. 10, č.2, s.1-6.
3. KUBEŠ, R. 2005. Amputace. In *Dunġl, P. Ortopedie*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0550-8, s 368-425.
4. REMES, L. 2009. Quality of life three years after major lower extremity amputation due to peripheral arterial disease. In *Institute of Clinical Medicine of Public Health*, 2009, 22(5-6): s.395-405.
5. SOSNA, A. et al. 2001. *Základy ortopedie*. Praha : Triton, 2001, 175 s. ISBN 80-7254-202-8.

Kontakt na autora:

PhDr. Ľubomíra Lizáková, PhD.
Katedra OSE, FZO PU v Prešove
lubomira.lizakova@unipo.sk

INOVAČNÉ PRVKY DUÁLNEHO VZDELÁVANIA V ODBOROCH LABORATÓRNE VYŠETROVACIE METÓDY A OŠETROVATEĽSTVE NA FAKULTE ZDRAVOTNÍCKYCH ODBOROV – SIMULAČNÉ LABORATÓRIUM

Lizaková E., Mašterová V., Novotná Z.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Abstrakt

Schválený projekt KEGA „Inovačné prvky duálneho vzdelávania zamerané na predanalytickú a analytickú fázu laboratórnych vyšetrení“ v odboroch Laboratórne vyšetrovacie metódy a Ošetrovateľstvo na Fakulte zdravotníckych odborov má prispieť k zefektívneniu a nadobúdaniu praktických zručností s inovatívnymi prvkami duálneho vzdelávania u sestier a laborantov v primárnych podmienkach fakulty vo vytvorenom medziodborovom simulačnom laboratóriu. V tomto simulačnom laboratóriu pod vedením odborných asistentov budú študenti nadobúdať odborné vedomosti a praktické zručnosti z oblasti laboratórnych a ošetrovateľských techník, odberové zručnosti a obsluhu jednotlivých laboratórnych prístrojov a pomôcok. Nadobudnuté zručnosti sú nevyhnutným predpokladom pre plynulý prechod na klinické pracoviská a efektívnu spoluprácu so zdravotníckymi profesionálmi.

Kľúčové slová: Inovácia. Laboratórium. Vzdelávanie. Zručnosti.

Abstract

KEGA new approved project "Innovative elements of dual education aimed at before analytical and analytical phase of laboratory tests" in the field of laboratory diagnostic methods and nursing faculty at the Faculty of Health contributes to the efficiency and the acquisition of practical skills with innovative features dual education by nurses and laboratory technicians in primary terms of faculty, under the established interdisciplinary simulation lab. In this simulation laboratory under the supervision of lecturers, students will acquire professional knowledge and practical skills in the field of nursing and laboratory techniques, sampling and operation skills of each laboratory instruments and devices. Acquired skills are a prerequisite for a smooth transition to clinical teaching and effective collaboration with health professionals.

Key words: **Innovation. Laboratory. Education. Skills.**

Úvod

Jednou z trvalých úloh vzdelávania je naučiť študentov bakalárskeho študijného programu Laboratórne vyšetrovacie metódy v zdravotníctve a študijného programu Ošetrovateľstvo praktickým zručnostiam v reálnych podmienkach medziodborového simulačného laboratória zriadeného v priestoroch fakulty zdravotníckych odborov skôr, ako začnú pracovať s pacientom priamo v laboratóriách a v prostredí zdravotníckych zariadení. Vychádzame zo základného predpokladu, že na rozvoj zručností a schopností vykonávať erudované činnosti nestačia len vedomosti a informácie o správnych odberových postupoch a analýze biologického materiálu. Praktické nadobúdanie zručností študentov je založené na viacnásobnom opakovaní, vizualizácii a precíznom vykonaní a koordinácii jednotlivých úkonov, čo zabezpečuje forma duálneho vzdelávania. Zámerom je dbať na harmóniu kognitívneho, afektívneho a psychomotorického učenia spolu s inovačnými prvkami vzdelávania. Vychádzajúc z Charty práv pacientov má pacient právo na humánnu, etickú, ohľaduplnú a vysoko odbornú starostlivosť, poskytovanú s porozumením a kvalifikovanými pracovníkmi (2). Zdravotnícky pracovník (sestra, laborant) sa stáva kvalifikovaným na základe ukončeného štúdia. Obsah je však v tomto prípade rozhodujúci. Každý zdravotnícky pracovník (sestra, laborant) musí ovládať správne techniky, ktoré sú každodennou súčasťou profesionálnej praxe, ale len s kvalitnými pracovníkmi a s potrebným materiálno - technickým vybavením je vzdelávacia inštitúcia schopná túto profesionálnu prípravu zabezpečiť(1). Nakoľko je simulačné laboratórium ojedinelé, veríme, že jeho prevádzka významným spôsobom zvýši kvalitu vyučovacieho procesu a umožní študentom nadobudnutie reálnych praktických zručností, ktoré neskôr využijú v klinických podmienkach svojich pracovísk.

Ciele projektu

Ciele nového projektu majú prispieť k:

- načerpaniu skúsenosti s možnosťami inovatívneho vzdelávania založeného na duálnej príprave študentov pre podmienky klinickej praxe,
- rozšíreniu vybavenia medziodborového laboratória laboratórnou prístrojovou technikou, ktorá významne zefektívni výučbu, a umožní nácvik a získavanie potrebných praktických zručností,
- vytvoreniu moderného, atraktívneho a motivujúceho prostredia pre výučbu správnych odberových techník v jednotlivých odboroch,
- manažovaniu vyučovacieho procesu inovatívnym spôsobom, ktorý nasmeruje študenta k potrebným zručnostiam správne postupovať pri odbere biologického materiálu v predanalytickej fáze, kriticky myslieť a rozhodovať,
- zvýšeniu vedomostnej úrovne študentov študijných programov laboratórne vyšetrovacie metódy a ošetrovateľstvo a iných študijných programov,
- využitiu interdisciplinárneho prístupu vo výučbe ošetrovateľských a laboratórných techník so zameraním na správnu interpretáciu predanalytickej a analytickej fázy,
- realizácii vyučovacieho procesu s využitím modelových situácií v laboratórnych podmienkach,
- sprístupneniu simulačného laboratória pre odbornú a laickú verejnosť za účelom nácviku vybraných ošetrovateľských a laboratórných techník.

Schválený projekt Kultúrno edukačnej garantovej agentúry (KEGA č. 043PU – 4/2016) na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej Univerzity v Prešove pod názvom „Inovačné prvky duálneho vzdelávania zamerané na predanalytickú a analytickú fázu laboratórnych vyšetrení“ sa začal v apríli 2016 a momentálne prebieha realizácia jeho prvej fázy. Projekt je realizovaný pod vedením doc. MUDr. Milana Jirsu, CSc. Zodpovedný vedúci a riešiteľ predkladaného projektu pracuje ako docent Ústavu lekárskej biochémie a laboratórnej diagnostiky 1. LF UK a VFN v Prahe a zároveň je garant študijného odboru Laboratórne vyšetrovacie metódy v zdravotníctve na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej Univerzity v Prešove. Zástupca vedúceho projektu je RNDr. Andrej Sýkora, PhD. Spoluriešiteľský kolektív tvoria PhDr. Ľubomíra Lizáková, PhD., PhDr. Zuzana Novotná, PhD, a PhDr. Valéria Mašterová.

Hlavným prínosom nového projektu je nadobúdanie praktických zručností s inovatívnymi prvkami duálneho vzdelávania u študentov (laborantov a sestier) Fakulty zdravotníckych odborov v primárnych podmienkach fakulty vo vytvorenom medziodborovom simulačnom laboratóriu.

Medzi ďalšie prínosy patrí:

- zvýšenie atraktivity vyučovacieho procesu odboroch Laboratórne vyšetrovacie metódy v zdravotníctve a v Ošetrovateľstve,
- rozvoj duálneho vzdelávania v zdravotníctve,
- príprava študentov na uplatnenie sa v trhovom pracovnom prostredí,
- vytvorenie špecifického a ojedinelého medziodborového simulačného laboratória pre výučbu laboratórnych vyšetrovacích metód v zdravotníctve a ošetrovateľských techník,
- zvýšenie obsahu a kvality získaných vedomostí a praktických zručností u študentov overovaných výskumom,
- využitie simulačného laboratória pre potreby výučby vybraných klinických predmetov vydanie príručky pre prácu v laboratóriu,
- vydanie vysokoškolskej učebnice pre odbory Laboratórne vyšetrovacie metódy v zdravotníctve a Ošetrovateľstva,
- vytvorenie edukačných posterov k vybranej problematike,
- sprístupnenie simulačného laboratória pre laickú a odbornú verejnosť a dobrovoľníkov.

Záver

Spoločnosť radí jednotlivé povolania do určitých kategórií a uznáva spoločenskú hierarchiu povolání. Vzdelávacia inštitúcia má morálnu povinnosť zodpovedne pristupovať a neustále skvalitňovať prípravu budúcich laborantov a sestier a aktuálne reagovať na potreby modernej spoločnosti. Vedomostí bez praktických zručností, ktoré nie sú získané najprv v demonštračných podmienkach, sú menej významné a ťažšie realizovateľné v konkrétnom zdravotníckom prostredí. Výchova a vzdelávanie kvalifikovaného pracovníka a dobrého človeka nie je jednostrannou záležitosťou, je výsledkom každodennej spolupráce zamestnancov Fakulty zdravotníckych odborov a študentov, ktorá sa prejavuje vo vysokokvalitnej výučbe zo strany pedagógov, v systematickom a samostatnom štúdiu študentov (3).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. ARCHALOUSOVÁ, A., MASTILIAKOVÁ, D., HOSÁKOVÁ, J. 2009. *Stimulační centrum pro nácvik praktických ošetrovateľských dovedností*. In Cesta k profesionálnemu ošetrovateľstvu IV. Sborník príspevků IV Slezské vědecké konference ošetrovateľství s mezinárodní účastí. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2009. ISBN 978 – 80 – 7248 – 5, s.19 -20.
2. ONDRIOVÁ, I. a kol. 2015. *Vybrané kapitoly zo zdravotníckej etiky*. 1. Vyd. Prešov, 2015, 192 s. ISBN 978 – 80 -555 -1507 -6.
3. ŠANTOVÁ, T. 2012. *Simulačné laboratórium pre nácvik ošetrovateľských postupov*. In Molisa 9 – medicínsko – ošetrovateľské listy Šariša. 1. vyd. Prešov, 2012. 238 s. ISBN 978-80-555-0731-6.

Kontakt na autora:

PhDr. Ľubomíra Lizáková, PhD.
Katedra OSE, FZO PU v Prešove
lubomira.lizakova@unipo.sk

STRAVOVACIE NÁVYKY VYBRANEJ SKUPINY SENIORIEK

Longauerová, A., Cuperová, J., Mikuláková, W.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Abstrakt

V procese starnutia predstavuje správna výživa dôležitú a nezastupiteľnú úlohu, pretože priamo ovplyvňuje telesné i duševné zdravie seniorov. Dodáva potrebnú energiu, zvyšuje odolnosť voči chorobám, zmierňuje priebeh chronických ochorení, stabilizuje hmotnosť a udržiava pozitívnu náladu. Výživa a stravovanie väčšiny seniorov sa zhoršuje. Sme svedkami negatívneho vývoja. Má to komplexné príčiny. Ekonomické aj sociálne. Svoju úlohu zohráva nedostatok informácií, nezaujím okolía ale aj celková apatia staršej generácie. Kameňom úrazu sú mnohokrát konzervatívne postoje a celoživotné stravovacie stereotypy seniorov. Témou nášho prieskumu bolo poznať, analyzovať, porovnať a zhodnotiť aktuálnu úroveň stravovacích návykov vybranej skupiny respondentov. Zber informácií sme realizovali dotazníkovou metódou a zúčastnilo sa ho 48 senioriek, študentiek Univerzity tretieho veku Prešovskej univerzity v Prešove, vo veku 50-80 rokov. Analýzou získaných informácií sme identifikovali silné aj slabé stránky v stravovacích návykoch, skladbe nutričtov a preferenciách jednotlivých jedál vybranej skupiny senioriek.

Kľúčové slová: Senior. Kvalita života. Výživa. Stravovacie návyky.

Summary

A correct nutrition plays an important and irreplaceable role in the process of ageing as it has a direct influence on the physical and mental health of seniors. It provides necessary energy, increases the immunity against illnesses and alleviates the progress of chronic illnesses. The adequate choice of foodstuffs may lower the risk of illnesses, stabilise the weight and maintain positive mood. This fact is, however, often underestimated and neglected. The nutrition and eating of most seniors is worsening. We are able to witness a negative trend. This has complex reasons - economical as well as social. An important contributor to that is inadequate information, lack of interest of surroundings but also the overall apathy of the older generation. The conservative attitudes and lifelong eating habits of seniors often represent the proverbial stumbling block. The topic of our research was to identify, analyse, compare and evaluate the current level of eating habits of a chosen group of respondents. The data collection was done using the questionnaire method and 48 female students of the University of the Third Age of 50 to 80 years of age participated. Through the analysis of the collected information we have identified strong and weak aspects in the eating habits, composition of nutrients and preferences of particular dishes of the chosen group of seniors.

Key words: Senior. Quality of life. Nutrition. Eating habits.

Úvod

Správna výživa pozitívne ovplyvňuje život a zdravie každého seniora. Zdravé stravovanie nemusí byť o diéte a obete. Jeť zdravo v žiadnom prípade neznamená zrieknuť sa všetkých dobrých a obľúbených potravín. Stravovať sa rozumne, znamená konzumovať menej kalórií a viac nutrične bohatých potravín a vyváženým dopĺňaním dennej potreby energie udržiavať pod kontrolou svoju hmotnosť. Je potrebné voliť potraviny zodpovedajúce svojím zložením danej dennej dobe, vydannej energii ale aj životnému štýlu každého jednotlivca. Nadbytočný prísun potravín a zlé stravovacie návyky majú za následok nadváhu so všetkými jej negatívnymi následkami pre organizmus. Podľa najnovších údajov zozbieraných Eurostatom, viac než polovica dospeléj populácie trpí problémami s nadváhou alebo priamo obezitou, pričom za posledných desať rokov ide o „podstatné zvýšenie“ vo všetkých členských krajinách EÚ (Eurostat, 2011). Na Slovensku má problémy s nadbytočnou telesnou hmotnosťou 60 % mužov a viac než 40 % žien. Nadmerný príjem tukov a cholesterolu je často príčinou aterosklerózy. Nedostatočný príjem jedla vedie k pocitu hladu, k podráždeniu, podvýžive až malnutícii. Pritom práve správna výživa môže byť dôležitým podporným faktorom v živote seniorov. Kvalita stravy, jej chuťové parametre a správna kultúra stolovania dokážu urobiť z aktu samotného jedenia príjemný a očakávaný zážitok. V praxi sa mnohokrát stretávame so zlým a nekvalitným stravovaním seniorov. Príčiny sú rôzne. Ich zlá sociálna a ekonomická situácia, rôzne psychologické faktory, osamelosť, apatia. Strata motivácie, iniciatívy, záujmu a aktivity. Poruchy výživy idú ruka v ruku s postupným úpadkom ich celkového zdravotného stavu. Identifikácia týchto rizikových seniorov je náročná úloha. Pre rodinu, lekárov i sociálnych pracovníkov. V kontexte posudzovania výživy seniorov významné miesto predstavuje výživová anamnéza. Táto anamnéza je veľmi užitočná a môže byť aj veľmi zaujímavá. Informuje o

stravovacích návykoch, preferencii jednotlivých jedál i zložení stravy. Zisťujeme, ako seniori žijú, čo jedia, aký význam prikladajú svojej výžive. Presné spoznanie tejto reality je základom ďalšej stratégie a realizácie potrebných pozitívnych úprav (Németh, 2011; Odborné usmernenie, 2009).

Špecifiká stravovania seniorov

Stravovanie seniorov má svoje špecifiká. S vekom postupne klesá fyzický výkon a tým i výdaj energie. Spomaľuje sa trávenie a celková látková výmena. Seniori sa často menej pohybujú, či už zo zvyku, alebo v dôsledku chorôb obmedzujúcich pohyblivosť, často užívajú lieky, ktoré tiež môžu metabolizmus významne ovplyvňovať. Preto treba množstvo a zloženie stravy prispôbiť nárokom organizmu. To môže predstavovať problém, pretože stravovacie návyky sa menia ťažko. Starší ľudia sa pomalšie prispôsobujú. Nedokážu znížiť príjem potravy pri zníženej pohyblivosti, a naopak, ani zvýšiť jej príjem po období hladovania alebo počas rekonvalescencie po operácii alebo úraze. Potreba príjmu energie sa v priebehu starnutia znižuje. Počet potrebných kalórií klesá z 11 800 kcal vo veku 60 rokov na 9 600 kcal vo veku 75 rokov. Potreba kalórií u ľudí s obmedzenou pohyblivosťou je výrazne nižšia a predstavuje približne 6 500 kcal. Táto hodnota sa mení podľa individuálneho stavu a konkrétnych situácií. Strava seniora má byť pravidelná, hodnotná a pestrá. Má obsahovať potrebné a vyvážené množstvo bielkovín, tukov, cukrov, minerálov, vitamínov a vlákniny. Starí ľudia horšie využívajú bielkoviny, a preto ich potrebujú väčšie množstvo – asi 1g/kg na deň oproti 0,8 g/kg/deň v strednom veku. Podobne aj dávka vápnika je o niečo vyššia – 1,5g oproti 1g v strednom veku. Vhodným zdrojom bielkovín sú odtučnené mliečne výrobky, ktoré sú zároveň zdrojom vápnika. Výhodné sú skvasené mliečne výrobky a tiež sójové bielkoviny, pretože neobsahujú mliečny cukor laktózu, ktorú niektorí seniori netolerujú. Prospešné sú výrobky obsahujúce živé probiotické kultúry, s priaznivým účinkom na krvné tuky a činnosť čriev. Častá konzumácia červeného mäsa zvyšuje riziko vzniku rakoviny hrubého čreva, najmä ak je údené. Osobitne škodlivá je konzumácia stužených tukov. Tieto tuky výrazne zvyšujú hladinu cholesterolu, a tým aj riziko vzniku aterosklerózy. Podobne pôsobia aj živočíšne tuky. Ochranný účinok na cievy majú rastlinné oleje a tuk obsiahnutý v morských rybách. Konzumácia rýb dva až trikrát týždenne znižuje výskyt rakoviny hrubého čreva, aterosklerózy a jej komplikácií, a tiež výskyt demencie. Najčastejšími prehrškami sú sladkosti, medzi ktoré patria aj cukrom sladené nealkoholické nápoje. Príjem stravy je ovplyvnený viacerými faktormi. V starobe sa napríklad oslabuje vnímanie slanej chuti. Preto môžu mať seniori tendenciu viacej soliť. To však môže zvyšovať krvný tlak a nepriaznivo pôsobiť u ľudí s chorobami srdca. V krajinách, v ktorých sa podarilo znížiť jej príjem, sa znížil výskyt cievnych mozgových príhod. Ako príklad možno uviesť postup Veľkej Británie, kde sa programovo postupne znižuje obsah soli v potravinách, napríklad v chlebe (Segal, 2014). Nedostatočná je konzumácia zeleniny a ovocia, ktoré by mali seniori jesť 3 - 5 krát denne. Obsahujú vitamíny, antioxidanty a vlákninu. Pôsobia proti vzniku nádorov a aterosklerózy a spomaľujú starnutie. Vláknina znižuje výskyt rakoviny hrubého čreva. Pôsobí tiež proti vzniku zápchy, ktorá je častým problémom starších ľudí. Dôležitá je aj príprava jedla. Vhodné je dusenie, varenie a pečenie. Ako absolútne nevhodné sú pre seniorov vyprážané jedlá. Po 75. roku života môžu mať seniori problémy s prípravou stravy aj s jej príjmom (Németh, 2011). Je vhodnejšie rozdeliť jedlo na viacero menších porcií, ako trvať na troch hlavných jedlách denne. Ľudia s narušeným chrupom alebo nevhodnou zubnou protézou často obmedzujú príjem tuhšej potravy. Voľbu potravín ovplyvňujú aj zdravotné problémy, napríklad nafukovanie po jedení strukovín a potreba dodržiavania diéty. Ďalším problémom môže byť zhoršená pohyblivosť alebo zhoršený zrak, ktoré výrazne obmedzujú schopnosť nákupu a prípravy stravy. Výber potravín je, samozrejme, ovplyvnený aj ich finančnou situáciou. Niektoré kvalitné potraviny sú drahšie, napríklad ovocie, ryby, mliečne výrobky. Nedostatok aktivity, ktorej dôsledkom je aj nevoľa pripraviť si jedlo, či ísť si nakúpiť, môže súvisieť s depresiou z osamelosti a sociálnej izolácie. Súhrnom týchto skutočností sa starší človek dostáva do začarovaného kruhu – jeho zdravotný stav sa vzhľadom na nedostatočnú výživu stále zhoršuje, čo vedie k ďalšiemu zhoršeniu jeho schopnosti správne a dostatočne jesť. Preto je potrebné včas posúdiť, či je príjem živín dostačujúci, a pokiaľ nie, treba zaistiť prísun potrebnej energie, bielkovín a vitamínov (Balková, 2006). Častým zdrojom problémov a komplikácií je pitný režim seniorov. Stále sa stretávame s prípadmi dehydratácie u starých ľudí. Pravidelný a dostatočný príjem tekutín je nevyhnutným predpokladom zdravého života. Odporúčaný príjem tekutín sa pohybuje v rozpätí 1 až 2 l denne. V lete a počas akútneho ochorenia je potrebné toto množstvo primerane zvýšiť (Balková, 2006; Topinková, 2003; Trusková, 2011).

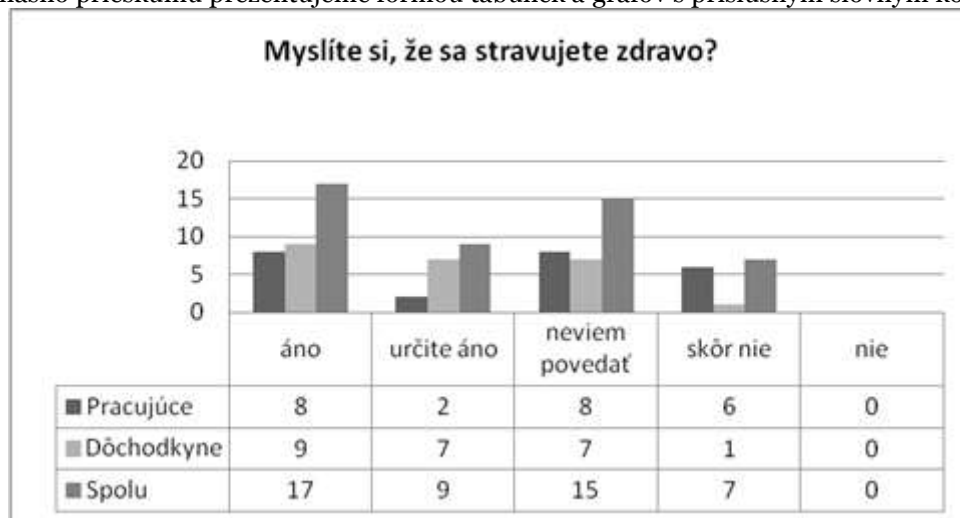
Materiál a metodika

Témou nášho prieskumu bolo poznať, analyzovať, porovnať a zhodnotiť aktuálnu úroveň stravovacích návykov vybranej skupiny respondentov. Zber informácií bol realizovaný dotazníkovou metódou. Dotazník obsahoval položky zamerané na demografické údaje (vek, pohlavie, vzdelanie) a položky na zisťovanie stravovacích návykov (viď. analýza výsledkov). Prieskumu sa zúčastnilo 60 respondentov, študentov Univerzity tretieho veku Prešovskej univerzity v Prešove. Z celkového počtu bolo 57 žien a 3

muži vo veku 50 - 80 rokov. Návratnosť dotazníkov bola 100 %. Na analýzu stravovacích návykov bolo využitých 48 dotazníkov. Všetky tieto dotazníky pochádzali od žien. Výsledný súbor bolo možné rozdeliť na dve 24 členné skupiny v závislosti od toho, či boli seniorky ešte zamestnané, alebo už boli na dôchodku. Tým sa vytvoril priestor pre vopred neplánovanú komparáciu. Podsúbor zamestnaných žien predstavovali seniorky vo veku 50-62 rokov (v tabuľkách P) a skupinu dôchodkýň ženy vo veku 55-80 rokov (v tabuľkách D). Jedna seniorka z nášho súboru dôchodkýň bola diabetička a v súbore pracujúcich žien bola 1 respondentka vegetariánka.

Výsledky a diskusia

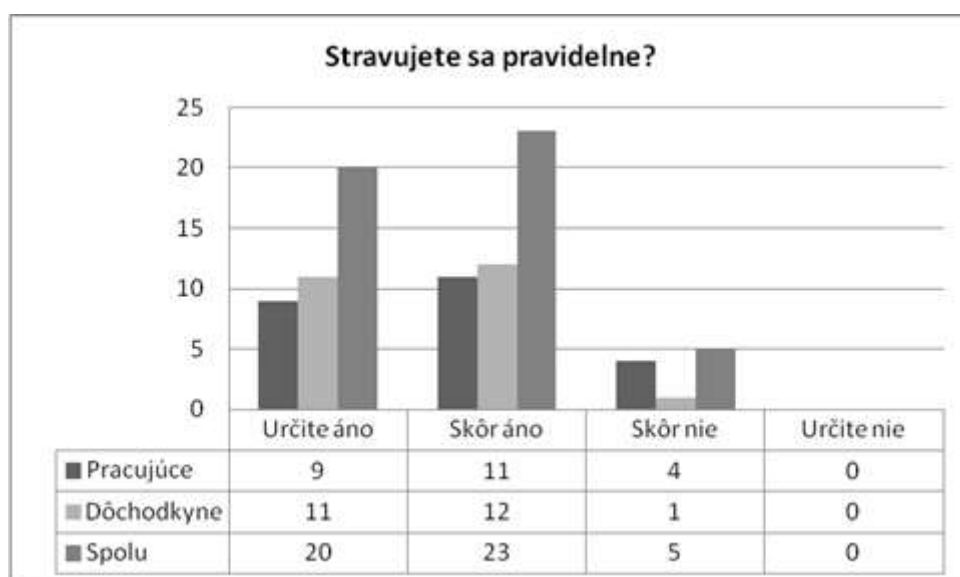
Výsledky nášho prieskumu prezentujeme formou tabuliek a grafov s príslušným slovným komentárom.



Graf 1 Názory žien na vlastné stravovanie z pohľadu zdravej výživy

Z celkového súboru (48) respondentiek si 17 žien myslí, že sa stravujú zdravo a 9 je presvedčených, že sa určite stravujú zdravo. Súčet predstavuje číslo 26, čo je len trochu viac ako polovica celkového súboru. Jednoznačne sa k tejto položke nevedelo vyjadriť 15 žien. Možnosť *skôr nie* vyznačilo 7 respondentiek celkového súboru a pri porovnávaní výpovedí dôchodkýň a pracujúcich žien v súvislosti s touto možnosťou, hovoria čísla v neprospech pracujúcich senioriek, pretože až 6 z nich ohodnotilo svoje stravovanie ako *skôr nezdravé*.

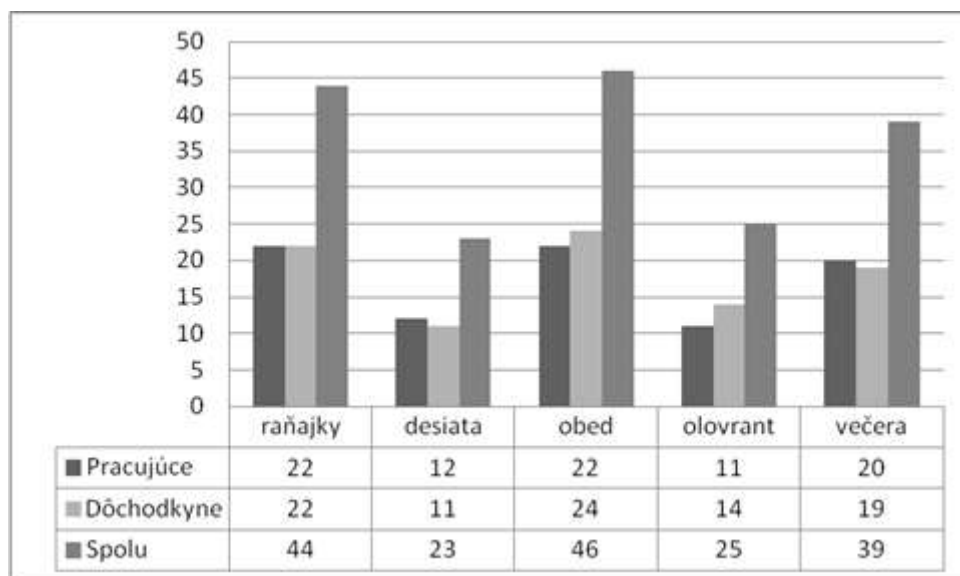
S problematikou stravovacích návykov súvisí aj pravidelnosť, resp. nepravidelnosť v príjme jedla. V ďalšej položke sme sa zamerali na správanie sa žien vo vzťahu k svojej výžive. Opýtali sme sa našich respondentiek, či sa stravujú pravidelne. Odpovede prezentujeme v grafe 2.



Graf 2 Pravidelnosť v stravovaní

Analýza odpovedí vyznieva pozitívne, pretože 20 žien zvolilo možnosť určite *áno* a 23 žien možnosť *skôr áno*, čo z celkového súboru (48) predstavuje spolu 43 respondentiek. V skupine dôchodkýň 1 odpoveď, tak ako pri predchádzajúcej otázke, znela *skôr nie*. U pracujúcich žien sa počet volieb v súvislosti s touto možnosťou znížil zo 6 na 4.

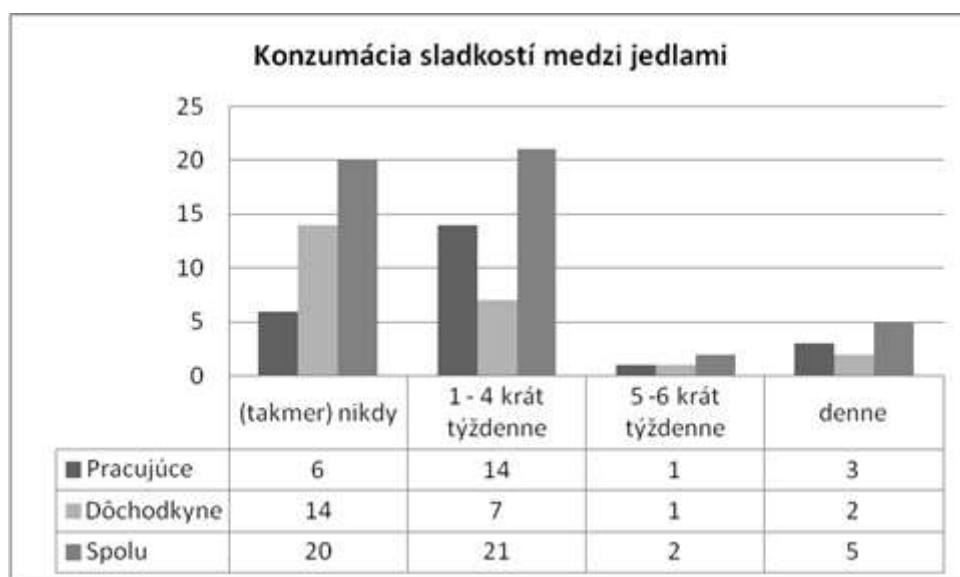
Vypestovanie zdravých stravovacích návykov a inteligentný výber potravín sú predpokladom dlhodobého udržania primeranej hmotnosti, zvládnutia chutí, úrovne stresu a dostatku energie na celý deň. Podporou prirodzeného cyklu prísunu energie sú bohaté raňajky, výživný obed a večera, ktorú by sme nemali posúvať do neskorých večerných hodín. Vhodné je aj malé občerstvenie medzi hlavnými jedlami. Štúdie ukazujú, že ľudia, ktorí raňajkujú, majú tendenciu vážiť menej, ako tí, ktorí ich vynechávajú. Dlhé pauzy medzi jednotlivými jedlami spôsobujú podráždenie a následnú únavu. Je preto dôležité niečo zjesť aspoň každé tri až štyri hodiny. V tejto súvislosti sme sa našich senioriek pýtali, z koľkých chodov pozostáva ich denný príjem stravy. Graf 3



Graf 3 Označte chody, z ktorých pozostáva Váš denný príjem stravy

Pri komparácii skupín pracujúcich senioriek a dôchodkýň sme v tejto položke nezistili významnejšie rozdiely. Raňajkuje zhodne 22 žien z počtu 24 v oboch skupinách, obeduje 22 pracujúcich a 24 dôchodkýň a večeru konzumuje 20 pracujúcich a 19 dôchodkýň. Približne rovnaký počet, 12 pracujúcich a 11 dôchodkýň, konzumuje desiata a 11 pracujúcich a 14 žien na dôchodku si dopraje aj olovrant.

Ako sme už vyššie uviedli, je malé občerstvenie medzi jedlami v poriadku, dokonca sa odporúča. Vzostupy a pády, ktoré prichádzajú s pojedaním sladkostí a jednoduchých sacharidov spôsobujú extrémne výkyvy v úrovni energie a nálady. Ako vhodné občerstvenie možno odporúčať jogurty, tvaroh, ovocie a zeleninu. Je tiež potrebné kontrolovať príjem potravín s vysokým obsahom vlákniny, pretože môžu potláčať chuť na ďalšie jedlo. Vhodnou alternatívou čipsov sú mandle a hrozienka alebo ovocie namiesto sladkostí. Položili sme seniorkám otázku, v ktorej sme zisťovali ako často konzumujú medzi hlavnými jedlami sladkosti a rôzne slané pochutiny. Analýza tejto položky je obsahom grafu 4.



Graf 4 Konzumácia sladkostí medzi jedlami

Aj keď 20 respondentiek z celkového počtu (48) odpovedalo, že sladkosti medzi jedlami nekonzumujú takmer nikdy, 21 sa vyjadrilo, že sladkosti jedia 1 – 4 krát týždenne, 2 respondentky 5 – 6 krát týždenne a 5 žien konzumuje sladkosti denne. Pri komparácii skupín, vyznieva porovnanie v neprospech pracujúcich senioriek, ktoré konzumáciu sladkostí, bez ohľadu na frekvenciu, uviedli v 18 prípadoch oproti 10 prípadom v skupine dôchodkýň. Pri hodnotení celého súboru, konzumáciu sladkostí medzi jedlami priznalo 28 žien z celkového počtu 48 respondentiek.

Odporúčania WHO pre príjem kalórií pre ženy nad 50 rokov sú nasledovné: - žena, ktorá nie je fyzicky aktívna potrebuje 1600 kalórií denne, stredne fyzicky aktívna potrebuje 1800 kalórií denne a žena vysoko fyzicky aktívna potrebuje asi 2000 kalórií denne (Eurostat, 2011). Samozrejme, že vyvážená strava je viac ako počítanie kalórií. Existuje mnoho ďalších aspektov k vytvoreniu zdravého štýlu stravovania. Čo majú ľudia vo vyššom veku najčastejšie na tanieri, čo im škodí a čo, naopak, prospieva, skúmal aj odborník na výživu seniorov, profesor Krajčík z Kliniky geriatrickej LF SZU a Univerzitnej nemocnice v Bratislave. Odporúča ženám nad 50 rokov výživu zloženú z celozrnných obilnín, čerstvého ovocia a zeleniny, zdravých tukov a chudých zdrojov bielkovín. Tieto druhy potravín, poskytujú ženám dostatok energie, prostriedky pre celoživotnú kontrolu hmotnosti a kľúčové ingrediencie pre vysokú kvalitu života a z toho vyplývajúci pocit spokojnosti v každom veku (Krajčík, 1999). Frekvenciu konzumácie bielkovín našich respondentiek prezentujeme v tabuľke č. 1.

Tab. 1. Frekvencia konzumácie bielkovín

Skupina produktov	Skupina	Viac ako 1 krát denne	1 krát denne	Niekoľko krát do týždňa	1 krát týždenne	Menej ako raz týždenne	Nikdy
Mliečne výrobky	P	1	3	11	5	3	1
	D	0	3	14	7	0	0
Strukoviny	P	0	0	9	5	8	2
	D	0	0	3	13	7	1
Orechy	P	0	2	6	3	12	1
	D	0	6	8	2	7	1
Hydina	P	0	0	11	10	2	1
	D	0	0	14	8	2	0
Ryby	P	0	1	5	5	12	1
	D	0	0	4	7	10	3
Hovädzie mäso	P	0	0	2	2	17	3
	D	0	0	1	3	6	4
Bravčové mäso	P	0	1	9	8	5	1
	D	0	1	4	9	8	2

Keďže sú ženy ohrozované tiež rizikom vzniku osteoporózy, preto je pre podporu zdravia kostí dôležité prijímať dostatok vápnika, horčíka a vitamínu D. Riziko vzniku osteoporózy zvyšuje konzumácia alkoholu a kofeínu. Spotreba kofeínu narušuje hladiny hormónov a zvyšuje straty vápnika. Je preto vhodné obmedziť konzumáciu alkoholu na jeden pohár denne a kávy a čierneho čaju na jednu šálku denne (Đurišová, 2008). Mnoho žien si myslí, že kľúčom k chudnutiu alebo udržaniu primeranej telesnej hmotnosti je obmedzenie sacharidov a tukov. Sacharidy, rovnako ako tuky, sú dôležitou súčasťou zdravej výživy. Kľúčom k úspechu je vybrať správny ich druh. Dobrým zdrojom komplexných sacharidov sú celé zrná, nelúpaná hnedá ryža, strukoviny, ovocie a zelenina. Jednoduché sacharidy sa nachádzajú v bielej múke, bielej ryži a sladkých potravinách (Segal, 2014). Pozornosť treba venovať aj skrytým cukrom, ktoré sa nachádzajú v potravinách ako je chlieb, konzervované a instantné potraviny, fast food. Frekvenciu konzumácie vybraných potravín sacharidovej zložky výživy našich respondentiek prezentujeme v tabuľke č. 2.

Tab. 2. Frekvencia konzumácie vybraných sacharidov

Skupina produktov	Skupina	Viac ako 1 krát denne	1 krát denne	Niekoľko krát do týždňa	1 krát týždenne	Menej ako raz týždenne	Nikdy
Biele pečivo	P	1	3	1	3	8	9
	D	0	4	4	1	8	7
Celozrné pečivo	P	4	7	10	1	1	1
	D	4	7	10	0	3	0
Cestoviny	P	0	0	1	9	14	0
	D	0	0	4	14	6	0
Ryža	P	1	1	6	8	8	0
	D	0	0	5	9	9	1
Zemiaky	P	1	1	16	5	1	0
	D	1	0	15	7	1	0
Cukor	P	4	6	4	2	6	2
	D	0	8	4	0	7	5

Nasýtené tuky zvyšujú riziko niektorých chorôb, vrátane ochorení srdca a mozgovej mŕtvice. Medzi potraviny bohaté na zdravé tuky patria olivový a repkový olej, olivy, orechy, ryby a morské plody, arašidové maslo a avokádo. Tuk z týchto lahodných zdrojov môže chrániť pred ochorením srdca tým, že riadi "zlý" LDL cholesterol a zvyšuje "dobrú" hladinu HDL cholesterolu. Polynenasýtené a mononenasýtené tuky prispievajú k zdraviu a vitalite, podporujú dobrú náladu a pomáhajú udržiavať primeranú hmotnosť. Sú nevyhnutné pre zdravú funkciu mozgu a nervového systému. Podporujú intelektuálny potenciál a mentálne zdravie. Nedostatok tukov v strave vedie k suchej, šupinatej koži, krehkým nechťom a oslabeným vlasom. Vitamíny A, D, E a K sú rozpustné v tukoch, čo znamená, že tuky sú potrebné pre ich absorpciu (Segal, 2014; Gobbens, 2007). Ženy potrebujú zdravé tuky aj preto, aby vyzerali dobre a cítili sa skvelo. Omega-3 a omega-6 esenciálne mastné kyseliny môžu pomôcť zvýšiť produkciu hormónov, vyvažovať hormonálnu nerovnováhu a zmierňovať návaly horúčavy v klimakteriu (Đurišová, 2008). Analýzu konzumovania sledovaných potravín uvádzame v tabuľke č. 3.

Tab. 3. Konzumácia tukov

Skupina produktov	Skupina	Nikdy nekonzumujem	Konzumujem len zriedka	Konzumujem bez obmedzenia
Masť, klobásky, párky, údené mäso	P	2	20	2
	D	7	17	0
Smotana, šľahačka, tučné syry	P	2	12	10
	D	8	15	1
Margaríny	P	9	12	3
	D	1	20	3
Vajcia	P	9	12	3
	D	13	10	1

Vápnik a horčík v kombinácii s vitamínom D sú životne dôležité pre ženské zdravie. Potreby vápnika a horčíka sú vyššie u ľudí, ktorí jedia štandardnú západnú stravu s vysokou spotrebou cukru, kofeínu, mäsa a alkoholu a relatívne nízkou spotrebou listovej zeleniny a celozrnných výrobkov. Odporúčaná denná dávka vápnika sa pohybuje od 400 do 1200 mg/deň. Dobrým zdrojom vápnika je listová zelenina, zelené fazuľky, cesnak, a iné druhy zeleniny. Vápnik funguje len v spojení s horčíkom. Odporúčaná denná dávka horčíka je 500 mg až 800 mg/deň. Dobrým zdrojom horčíka je zelená listová zelenina, brokolica, uhorky, zeler, a rad semien, vrátane tekvice, slnečnice, sezamu a ľanového semienka. Konzumácia surového ovocia a zeleniny, celozrnných obilnín a fazule znižuje riziko vzniku chronických ochorení, je prevenciou zápchy a zabezpečuje pocit nasýtenia. Konzumácia ovocia a zeleniny súboru našich respondentiek je obsahom nasledovnej tabuľky. (Tab. 4)

Tab. 4. Konzumácia zeleniny a ovocia

Skupina produktov	Skupina	Viac ako 1 krát denne	1 krát denne	Niekoľko krát do týždňa	1 krát týždenne	Menej ako raz týždenne	Nikdy
Zelenina	P	2	5	15	2	0	0
	D	3	7	11	0	2	0
Ovocie	P	3	6	11	3	1	0
	D	5	9	6	3	0	1

V procese starnutia telo stráca niektoré schopnosti regulovať hladinu tekutín a postupne sa oslabuje aj pocit smädu. Dostatočné popíjanie vody v priebehu dňa je prevenciou nielen dehydratácie ale aj infekcie močových ciest, zápchy či zmätenosti. Pri konzumácii minerálnych vôd je dôležitá kontrola sodíka na etiketách. Ženy, ktoré pijú viac ako dva alkoholické nápoje denne, majú vyššie riziko vzniku osteoporózy (Đurišová, 2008). Kofeín naruša hladiny hormónov a tiež zvyšuje straty vápnika. Je vhodné obmedziť konzumáciu alkoholu na jeden pohár denne a kofeínu na jednu šálku denne. Zastúpenie a frekvenciu sledovaných nápojov prezentuje tabuľka 5.

Tab. 5. Konzumácia sledovaných nápojov

Nápoj	skupina	3 - 5 pohárov za deň	1 - 2 poháre za deň	príležitostne	nikdy
Čierna káva	P	1	20	2	1
	D	1	18	3	2
Čierny čaj	P	2	3	7	11
	D	1	1	11	5
Bylinkový čaj	P	4	11	7	3
	D	7	11	5	1
Minerálna voda	P	0	5	9	10
	D	13	4	5	0
Džúsy	P	0	3	15	7
	D	0	1	13	5
Pivo, víno, destiláty	P	0	0	18	6
	D	0	0	14	8

Podľa slov predsedníčky Výboru pre zdravý životný štýl z MZSR, majú slovenskí seniori v správnom stravovaní značné rezervy. Podceňujú význam niektorých kategórií potravín, ktoré by v zdravom jedálničku nemali chýbať. Hlavným kritériom pri výbere potravín by malo byť zdravotné hľadisko. Trend, žiaľ, ukazuje a štatistiky potvrdzujú, dlhodobu nízku spotrebu mäsa, zeleniny, ovocia, strukovín a výrobkov z nich. Nižšia spotreba oproti odporúčanej celoročnej dávke je aj pri spotrebe obilnín. Napriek tomu, že sa zvýšila spotreba mlieka a mliečnych výrobkov, ešte stále sú pod hodnotami odporúčanej dávky. Naopak, v spotrebe vajec a cukru sú odporúčané množstvá prekračované. V rámci spotreby mäsa treba poukázať na nesprávnu štruktúru konzumovaných jednotlivých druhov mias. Štatistickí ďalej hovoria o tom, že spotreba hovädzieho a teľacieho mäsa na Slovensku dlhodobu klesá a v uplynulom roku s 3,7 kg pokryla len 24,7 % odporúčanej dávky, ktorá je stanovená na 17,4 kg. Spotreba bravčového mäsa bola 31,7 kg a oproti odporúčanej dávke 22,2 kg to je až o 38,7 % vyššie. Úroveň spotreby mäsa na Slovensku hodnotou 65 kg výrazne zaostáva za krajinami EÚ, ktoré vykazujú vyššie hodnoty spotreby mäsa. Skutočnosť, že spotreba potravín s vyššou pridanou hodnotou klesá na úkor potravín s nižšou pridanou hodnotou, ktoré sú z výživového hľadiska pre spotrebiteľa menej vhodné,

rovnako dokazujú štatistiky. Aj keď sa za posledné roky vykazuje mierny rast spotreby rýb a rybích výrobkov (5,1 kg), ešte stále nie je dostatočná. Oproti roku 2009 sa zvýšila o 0,5 kg, ale v porovnaní s odporúčanou dávkou sú Slováci stále pod normálom takmer o 1 kg (Výročná správa, 2012).

Záver

Témou nášho prieskumu bolo poznať, analyzovať, porovnať a zhodnotiť aktuálnu úroveň stravovacích návykov vybranej skupiny respondentov. Ciele, ktoré sme si stanovili, sa nám podarilo dosiahnuť. Analýzou získaných informácií sme identifikovali silné aj slabé stránky v stravovacích návykoch, skladbe nutričtov a preferenciách jednotlivých jedál vybranej skupiny senioriek. Zistili sme, že stravovacie návyky žien z nášho prieskumného súboru sú „v súlade“ slovenskými trendmi a západoeurópskymi „štandardmi“. Významnejšie rozdiely sme nezistili ani pri komparácii skupín. Považujeme preto tento prieskum za impulz pre vstup do ďalších výskumných aktivít, tentoraz orientovaných na posúdenie vedomostí a postojov senioriek vo vzťahu k ich stravovacím návykom, predovšetkým z dôvodu, že nákup potravín a prípravu stravy majú respondentky vo svojej vlastnej „režii“.

Literatúra

1. BALKOVÁ, D. a kol. *Gerontologické ošetrovateľstvo*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2006. 91 s. ISBN 80-8068-525-8.
2. ĎURIŠOVÁ, E. *Ženské bolesti chrbtice (sterilita, inkontinencia, osteoporóza)*. Hlohovec: Vyd. AKU-HOME0, 2008. 259 s. ISBN 978-80-89089-74-1.
3. EUROSTAT. *Overweight and obesity*. [online]. 16. december 2011. [cit. 25. februára 2014]. Dostupné z: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistic_explained/index.php?title=File:Overweight_and_obesity
4. GÁLISOVÁ, L. Správa o dodržiavaní ľudských práv a základných slobôd v SR za rok 2007 u starších občanov – seniorov. In *Fórum seniorov*. [online]. 12. september 2008. [cit. 25. februára 2014]. Dostupné z: <http://www.forum.seniorov.sk>
5. GOBBENS, R. J., LIJX, K. G., WIJNEN-SPONSELEE, M. T., SCHOLS, J. M. Frail elderly: Identification of a population at risk. In *Gerontology*, 2007, 38 (2), p. 65 – 76.
6. NÉMETH, F., DERŇÁROVÁ, Ľ., HUDÁKOVÁ, A. *Komplexné geriatrické hodnotenie a ošetrovanie seniorov*. Funkčný stav geriatrickej populácie v prešovskom okrese. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2011. 216 s. ISBN
7. NOVOTNÝ, R., ELIAŠOVÁ, A., NOVOTNÁ, Z. Inovatívna klinická geriatria a gerontológia. In *Molisa* 10. Prešov 2013, č. 10, s. 123 – 126.
8. *Odborné usmernenie MZSR o vedení zdravotníckej dokumentácie*. Vestník MZ SR, 15. októbra 2009. Bratislava: MZSR, 2009, roč.57, čiastka 47.
9. SEGAL, J., KEMP, G., *Eating Well Over 50*. [online]. Február 2014. [cit. 25. februára 2014]. Dostupné z: http://www.helpguide.org/life/senior_nutrition.htm
10. TOPINKOVÁ, E. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. In *Česká geriatrická revue*. Brno 2003, č. 1, s. 10.
11. TRUSKOVÁ, I. *Výživa seniorov*. [online]. 04.máj 2011. [cit. 20. februára 2014]. Dostupné z: http://www.uvzsr.sk/docs/info/hv/Vyziva_seniorov.pdf
12. Výročná správa o činnosti Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky za rok 2012. [online] 29. mája 2013 [cit. 25. februára 2014]. Dostupné z: <http://www.health.gov.sk/Clanok?vyrocnasprava-UVZSR-2012>

Kontakt na autora:

PhDr. Alena Longauerová, PhD.
Katedra OSE, FZO PU v Prešove
alena.longauerova@unipo.sk

ŠPECIFIKÁ KOMUNITNEJ STAROSTLIVOSTI O MIGRANTOV

¹Magurová, D., ¹Kuripľachová, G., ¹Mrošková, S., ²Andraščíková, Š.

¹Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

²Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra pôrodnej asistencie

Abstrakt

Komunitná starostlivosť o migrantov vyžaduje multikultúrny prístup. Multikulturalita je moderným trendom dnešnej doby, ale aj spoločenskou nevyhnutnosťou. Je významným aspektom komunitne orientovanej ošetrovateľskej starostlivosti vyžadujúca celkový holistický pohľad na človeka. Komunitné ošetrovateľstvo využíva poznatky z iných odborov zaoberajúcich sa jednotlivcom, skupinou, komunitou, tiež prostredím. Klientom komunit je poskytovaná kultúrne špecifická a zároveň všestranná starostlivosť. Od sestier to vyžaduje porozumenie životnému štýlu, hodnotového systému, správania v zdraví a v chorobe.

Kľúčové slová: Migrant. Komunita. Komunitná starostlivosť. Sestra.

Abstract

Community care of migrants requires a multicultural approach. Multiculturalism is not only the modern trend of our society but also a social necessity. It is an important aspect of community-oriented nursing care requiring an overall holistic view of human being. Community nursing uses knowledge from other subjects that are dealing with individuals, ethnics, community and also environment. All individuals are offered cultural specification and at the same time complete care. From nurses, it requires an understanding of lifestyle, values and beliefs in regards to healthcare.

Keywords: Migrant. Community. Community Care. Nurse.

Úvod

Komunita je definovaná podľa WHO ako „sociálna skupina determinovaná geografickými hranicami a/alebo spoločnými hodnotami a záujmami. Jej členovia sa vzájomne poznajú a ovplyvňujú. Toto je realizované vnútri čiastkových sociálnych štruktúr a prejavuje sa normami, hodnotami a sociálnymi inštitúciami, ktoré vytvára“. V komunitnom ošetrovateľstve nie je klientom jednotlivec, ale celá komunita.

Komunitná starostlivosť je orientovaná na skupiny a celé komunity, činnosti vychádzajú z potrieb komunity. Ošetrovateľstvo orientované na zdravie komunity je zamerané na zachovanie, podporu a ochranu zdravia, je poskytované ako priama a nepriama starostlivosť a obsahuje všetky prvky zdravotnej starostlivosti. Ošetrovateľstvo zamerané na komunitu je orientované na starostlivosť o chorých jedincov a ich rodiny, zahŕňa starostlivosť pri akútnom alebo chronickom ochorení, je aplikované ako priama starostlivosť, obsahuje sekundárne a terciálne prvky zdravotnej starostlivosti (Hanzlíková a kol., 2006).

Pre potreby komunitne orientovanej ošetrovateľskej starostlivosti je nevyhnutné dôkladné poznanie, posúdenie komunity, naplánovanie ošetrovateľských intervencií s následnou realizáciou konkrétnych činností. V komunite migrantov sestra v spolupráci s ostatnými členmi môže na základe svojich teoretických a praktických skúseností vykonávať činnosti, ktoré napomôžu migračnej komunite zlepšiť nielen integráciu pri zdravotných problémoch ale aj problémoch bežného života.

Komunitne orientovaná starostlivosť

Otázka multikultúrneho pohľadu v ošetrovateľstve je nevyhnutná z dôvodu prenikania nových kultúr do spoločnosti. Multikultúrne ponímanie kompetencií v ošetrovateľstve vyžaduje vzájomnú interakciu medzi sestrou a klientmi rôznych kultúr, ktoré vyžaduje akceptovanie ich názorov, myšlienok, náboženstvá, kultúry, ako aj etnických a kultúrnych odlišností (Líšková, Nádanská a kol., 2006). Od sestier vyžaduje aj poznanie teoretických východísk súvisiacich s problematikou etnicity, kultúry ako aj akulturácie. Pričom **etnicita** vyjadruje príslušnosť k špecifickej etnickej skupine. **Ide o systém kultúrnych, rasových, jazykových a teritoriálnych faktorov.** Kultúra je súhrn názorov, presvedčení, hodnôt, noriem, zvykom v rámci jednej sociálnej skupiny. Menšie kultúrne skupiny sa označujú ako **subkultúra**. **Akulturácia** je proces sociálneho učenia, ktorým si jednotlivec osvojuje nové kultúrne vzorce.

Multikulturalizmus je podľa slovníka cudzích slov „stav prelínania a koexistencie rozličných kultúr na určitom území“ (Balážová, Bosák, 2005).

V komunite migrantov sestra v spolupráci s ostatnými členmi môže na základe svojich teoretických a praktických skúseností vykonávať činnosti, ktoré napomôžu komunite migrantov zlepšiť integráciu pri zdravotných problémoch ale aj problémoch bežného života. Sestra musí mať taktiež vedomosti o **faktoroch ovplyvňujúcich zdravie komunity**, ktoré vo všeobecnosti delíme na kvalitatívne a kvantitatívne. **Kvalitatívne faktory:** ochranné, oslabujúce, etiopatogenetické – rizikové. **Kvantitatívne hodnotenie faktorov** kedy zisťujeme *relatívne riziko* - podiel výskytu ochorenia v populácii vystavenej faktoru a populácii nevystavenej faktoru, koľkokrát sa zmení riziko vzniku ochorenia, ak u jedinca je prítomný sledovaný faktor.

Zdravotný stav výrazne ovplyvňujú determinanty zdravia, medzi ktoré patrí životné prostredie, pracovné prostredie, genetické faktory, zdravotná starostlivosť, ochrana a podpora zdravia a spôsob života (Moricová a kol., 2013).

Pri posudzovaní komunít berieme do úvahy faktory osobnostné (biologické, psychologické, duchovné), sociálne, ekonomické, organizačné, enviromentálne, ekonomické, kultúrne, religiózne a etické. **Zmyslom etnicko – kultúrneho posudzovania** je identifikácia rozdielov medzi kultúrnymi hodnotami pacienta a možnosťami dominantnej kultúry.

Posúdenie komunity je proces, v ktorom sestry definujú svojho klienta – komunitu v rámci troch dimenzií – **ľudia, miesto, funkcia** (Hanzlíková a kol., 2006). Na základe posúdenia komunity podľa potreby navrhujeme, následne vypracujeme a zrealizujeme ošetrovateľské intervencie zamerané na potreby komunity.

Migranti majú rozličné kultúrne zvyklosti, ako aj zdravotné návyky. Od sestier sa vyžaduje, aby mali požadované vedomosti a zručnosti z oblasti multikultúrnej výchovy. Na získavanie informácií sestra využíva rôzne zdroje a metódy zberu údajov. Po dôslednom zhromaždení relevantných existujúcich údajov a po následnej analýze stanoví sesterské alebo edukačné diagnózy špecifické pre komunitu migrantov. V komunitne orientovanej starostlivosti sa vytvára taktiež priestor pre tímovú spoluprácu sestry pracujúcej s touto komunitou, ako koordinátorky služieb v komunite a v jej napojení na verejný a neziskový sektor v sociálnej oblasti, tiež pomoc pedagogicko-psychologických centier ako aj pomoc dobrovoľníkov.

Bariéry pri integrácii do spoločnosti

V súčasnosti existujú bariéry pri integrácii migrantov do spoločnosti, nakoľko musia prekonať mnohokrát nasledujúce problémy:

- jazykovú bariéru,
- kultúrne rozdiely,
- nízku získanú kvalifikáciu,
- nedostatočnú základnú spoločenskú orientáciu,
- nedostatočné sociálne a pracovné zručnosti,
- negatívny postoj potenciálnych zamestnávateľov voči cieľov skupine,
- nedostatočné právne povedomie,
- neadekvátnu prípravu na otvorený trh práce (Náglová 2012).

Súčasťou zabezpečovania komunitnej starostlivosti je okrem uskutočňovania ošetrovateľských zásahov a iných kompetencií sestry aj výchova k zdraviu a edukácia smerovaná k jednotlivým členom komunity. K základným a špecifickým kultúrnym charakteristikám edukácie okrem asimilácie a akulturácie patria aj nasledujúce aspekty: ako osoba vníma seba, ako skupina vníma seba, časovú orientáciu, komunikáciu, vzory, hodnoty, normy, zvyky, priority komunity založené na potrebách jednotlivca oproti potrebám komunity. Pre efektívnejšie poskytovanie komunitnej starostlivosti je potrebné zabezpečiť prístup zdravotných služieb pre členov komunity v ich jazyku (Ráková, Dimunová, 2012). Ak klient neovláda náš jazyk, môžu vzniknúť mnohé nedorozumenia. V tomto prípade je dôležité, aby bola sestra tvorivá a vedela využiť okrem tlmočníctva aj iné jednoduchšie a alternatívne komunikačné metódy (Buzinkaiová, Štencl, 2012).

Pri práci s komunitou azylantov sa vytvára priestor pre tímovú spoluprácu sestry ako koordinátorky služieb v komunite a v jej napojení na verejný a neziskový sektor v sociálnej oblasti, tiež pomoc pedagogicko-psychologických centier ako aj pomoc dobrovoľníkov (Ráková, Dimunová, 2012).

Ošetrovateľský proces v komunite- akceptuje komunitu ako klienta

- *posudzovanie zdravia komunity* – zdravotný stav, rizikové faktory, ovplyvňujúci zdravotný stav komunity (biologické, fyzikálne, psychologické, sociálne), životný štýl a zdravotnícky systém;
- *diagnostika zdravia komunity* – údaje získané počas posudzovania, ktoré napomáhajú sestře sa adekvátne rozhodnúť o stratégií ošetrovateľských intervencií;

- *plánovanie komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti* – vypracovanie plánu na upevňovanie zdravia komunity, aj z pohľadu primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie, zlepšenie zdravotného stavu komunity, predchádzanie komplikáciám ochorení, podpora sebaopatery;
- *realizácia komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti* – podpora, konzultácia, edukácia, učenie, koordinácia, poskytovanie rád a povzbudzovanie;
- vyhodnotenie komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Posudzovanie potrieb migrantov

Po príchode na Slovensko sa **potreby migrantov posudzujú z viacerých kontextov:**

- **štrukturálnych** (znalosť jazyka, informovanosť o legislatívnych podmienkach na danom území, potreby dostatočnej a dôslednej sociálnej izolácie),
- **v kontexte práce a sebarealizácie** (potreba pracovať a finančná odmena za prácu, potreby emocionálnych a sociálnych väzieb, potreba príslušnosti ku skupine a spolupatričnosti),
- **občianskej participácie** (ako aj potreba byť účastníkmi vlastných krajských organizácií),
- **kultúrny a sociálny kontext** (uspokojenie potrieb kultúrnych, voľného času, nadväzovania sociálnych vzťahov, potreba viesť tradičný život podľa ich viery, bez prispôsobenia sa majoritnej kresťanskej kultúre, potreba rešpektovania stravovacích návykov),
- **zdravotnej starostlivosti** (tu môžeme zaradiť predovšetkým potrebu dostupnej zdravotnej starostlivosti, zdravotného poistenia a voľného prístupu k službám v oblasti zdravotnej starostlivosti),
- **kontext školstva a sociálnej siete** (potreba zaškolenia detí s cieľom včasnej integrácie, potreba komunikácie a podpory blízkych, sociálne začlenenie na pracovisku a vo svojom okolí). (Popper a kol., 2006).

Proces posudzovania zdravia v komunite migrantov

Na získavanie údajov sestra pracujúca s komunitou využíva rôzne zdroje a metódy zberu údajov. **Pri posudzovaní zdravotného stavu migrantov nielen Moslimskej kultúry je nutné posúdiť:** dýchanie, výživu, hygienickú úroveň (vrátane otvorených rán, hematómov, popálenín, omrzlín), hygienickú starostlivosť, vyprázdňovanie, pohybový režim, fyzickú aktivitu, schopnosť sebaopatery, závislosti, životné podmienky, prekonané ochorenia a v neposlednom rade finančnú situáciu.

Na základe posúdenia sestra stanoví problémové oblasti a diagnózy typické pre komunitu migrantov a následne naplánuje intervencie v rámci komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Spolupracuje so všetkými členmi, ktorí sa podieľajú na starostlivosti o túto komunitu.

Najčastejšie zdravotné problémy v komunite migrantov: podvýživa, dehydratácia, nedostatok spánku, smútok, strach, úzkosť, stres, trauma z neznáma, posttraumatický stres, agresia, strata pamäti, vyčerpanosť, únava, sociálna izolácia, problém sústrediť sa, uzavretosť, narušená adaptabilita, zlý psychický stav, zvýšený výskyt chorôb spôsobených zvýšenými nárokmi na telesnú a psychickú stránku v novom prostredí, infekčné a parazitárne ochorenia, nedostatok náhradných aktivít, bezmocnosť, beznádej, duchovná tieseň, nedostatok vedomosti o novom prostredí, narušená verbálna komunikácia, narušená neverbálna komunikácia, narušená sociálna interakcia, nadmerná duševná záťaž, narušené vzťahy v rodine, neúčinné riešenie problémov rodiny, porucha prijatia roly, narušené plnenie roly, odmietanie plnenia roly, neochota spolupracovať, znížený príjem telesných tekutín, zmenená výživa, nechutenstvo, narušený spánok, spánková deprivácia, nedostatočná spolupráca a ďalšie rizikové.

Ošetrovateľské diagnózy musia byť definované vzhľadom ku komunite, musia popisovať úroveň komunity zodpovedajúci aktuálnym, potenciálnym diagnózam a životným procesom.

Etiológiou je najčastejšie napr.: zmena prostredia, strata domova, neistá budúcnosť, obmedzené vykonávanie bežných duchovných úkonov, neznalosť jazyka, oslabená imunita, neznalosť krajiny, nedostatočná hygiena, psychická záťaž, odlúčenie od rodiny.

Všeobecné kritéria pri stanovení priorít problémov:

- komunita pozná svoje problémy,
- komunita je motivovaná k riešeniu problémov,
- sestra je schopná ovplyvniť riešenie problémov,
- sestra má vedomosti pre riešenie problémov,
- sú definované viaceré možnosti pokiaľ sú problémy neriešiteľné,

- problém je riešený dostatočne rýchlo.

V rámci plánovania sa navrhujú jednotlivé intervencie a stanovujú sa krátkodobé a dlhodobé ciele. Po prehodnotení plánovaných intervencií nasleduje proces realizácie komunitnej starostlivosti, kedy sa vykonávajú naplánované aktivity.

Intervencie sestier pracujúcich s komunitou migrantov

V komunite migrantov sestra spolu s multidisciplinárnym tímom môže vykonávať nasledujúce intervencie, napr.:

- spolupracovať s lekárom pri posúdení zdravotného stavu migranta,
- posudzovať stav výživy na základe posudzovacích škál,
- poskytnúť psychologickú pomoc s cieľom prekonať emocionálne traumy spôsobené zážitkami z úteku,
- pomôcť pri adaptácii migrantov na život v iných podmienkach,
- odstrániť bariéry, ktoré udržujú migrantov v sociálnej izolácii,
- pomôcť pri realizácii náboženských rituálov,
- uľahčiť komunikáciu medzi migrantmi a členmi hostiteľskej krajiny,
- zabezpečiť poradenské služby ako sa vyhýbať problémom pri integrácii,
- pomôcť pri vzdelávaní a učení sa slovenského jazyka,
- zabezpečiť prístup k sociálnej a zdravotnej starostlivosti,
- zabezpečiť nediskriminovaný prístup do zdravotníckeho zariadenia a liečbu migrantov,
- podporovať aktivity na využitie voľného času,
- vykonávať edukačné stretnutia s cieľom urýchliť adaptáciu na nové prostredie,
- poskytovať priamu ošetrovateľskú starostlivosť, sledovať ju a vyhodnocovať,
- robiť prípadového manažéra, byť advokátom, obhajcom,
- vytvoriť vhodné prostredie pre prácu s komunitou,
- vyhľadávať príčiny vzniku zdravotných problémov danej komunity,
- poskytnúť pomoc pri uspokojení duchovných potrieb,
- vytvoriť podmienky aby nedošlo k jazykovej bariére,
- rešpektovať osobnosť človeka, etnicitu, kultúru, náboženstvo,
- zabezpečiť poradenské služby pre emigrantov,
- zabezpečiť priaznivé podmienky na oddych, spánok, vyprázdňovanie, hygienickú starostlivosť,
- zabezpečiť vhodnú stravu v súvislosti s ich vlastnými stravovacími návykmi,
- podať informáciu o krajine do, ktorej prišli,
- poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť, sledovať ju a vyhodnocovať... .

Realizácia je formovaná a modifikovaná: rolou sestry, ochotou komunity problém riešiť. Schopnosť komunity akceptovať zmeny je ovplyvnený tradičnými normami komunity; proces realizácie je podmienený socioekonomickou úrovňou, očakávanými potrebami zmien; hodnotami komunity.

Hodnotenie realizovaných intervencií sestra posudzuje v závere, rozpoznáva vývoj a zmeny v komunite a vyhodnocuje stanovené ciele.

Záver

Vychádzajúc z ošetrovateľskej praxe nám vyplýva nutnosť poznať a správne pochopiť iné kultúry. Od sestier v príprave na výkon povolania je nutné implementovať vo väčšej miere aj problematiku komunitnej starostlivosti o migrantov, azylantov, nakoľko sú a naďalej budú súčasťou života našej spoločnosti. V rámci poskytovania multikultúrnej starostlivosti musia sestry uplatňovať holistický prístup s rešpektovaním ľudských práv a špecifickej starostlivosti, ktorú prispôsobia kultúre i kultúrnym hodnotám daného jedinca.

Je preto dôležité, aby aj obyvatelia Slovenska boli otvorenější pre poznanie a akceptovanie iných kultúr, aby sa s nimi naučili žiť bez predsudkov, aj na základe toho, že ich dôkladne spoznáme a prijmemme (Štefančík, Jenč, 2012).

„Pokiaľ majú ľudia prežiť a žiť v zdravom, pokojnom a zmysluplnom svete, musia sestry a ďalší zdravotníci pochopiť ich rôzne kultúrne presvedčenie, kultúrne hodnoty a životný štýl, aby boli schopní poskytovať kultúrne prispôsobenú prospešnú zdravotnú starostlivosť“.

Madeleine Leiningerová

Použitá literatúra

1. BUZINKAIOVÁ, J. ŠTENCL, J. 2012. Interkultúrny kontext v psychológii. In *Multikultúrny dialóg v pomáhajúcich profesiách*. 2012. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava. Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava. [on line]. 2012 [citované 2016-04-20]. Dostupné na: www.vssvalzbety.sk/userfiles/MI/zbornikMI.pdf
2. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 279s. ISBN 80-803-213-8.
3. KRIGLEROVÁ, E. G. a kol. 2009. Migranti – nový pohľad na staré problémy: *Multikulturalizmus a kultúrna integrácia migrantov na Slovensku*. Bratislava: Centrum pre výskum etnicity a kultúry, 2009. 127 s. ISBN: 978-80-970267-8-3.
4. LÍŠKOVÁ, M., NÁDANSKÁ, I. a kol. 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. Martin: Osveta, 2006. 70s. ISBN 80-8063-216-2.
5. NÁGLOVÁ, M. 2012. „Keď tu človek niekoho nemá, tak je stratený“: *Charakter a funkcie sociálnych sietí u moslimských migrantov na Slovensku* (magisterská diplomová práca). Fakulta sociálnych štúdií. Katedra sociológie. Masaryková Univerzita v Brne. 67s. [on line]. 2012 [citované 2016-04-20]. Dostupné na: http://is.muni.cz/th/364762/fss_m/Naglova_Magisterska_praca.doc?lang=cs;so=nx;info=
6. MORICOVÁ, Š., BARTOŠOVIČ, I., HEGYI L. 2013. *Znevýhodnené skupiny vo verejnom zdravotníctve*. Bratislava: VEDA. Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied. 2013. 141s. ISBN 978-80-224-1278-0.
7. POPPER, M., et al. 2006. Potreby migrantov na Slovensku. Výskum zameraný na integráciu migrantov na trh práce a do spoločnosti. [on- line]. 2006 [cit. 2016-04-20]. Dostupné na file: https://www.google.sk/?gws_rd=ssl#q=potreby+migrantov++z+viacer%C3%BDch+kontexto
8. POPPER, Miroslav a kol. *Potreby migrantov na Slovensku*. Bratislava. 2006. ISBN 80-224-. 0927-8.
9. RÁKOVÁ, J. DIMUNOVÁ, L. 2012. Multikulturalita ako významný aspekt komunitneorientovanej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Multikultúrny dialóg v pomáhajúcich profesiách*. 2012. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava. Slovenská zdravotnícka univerzita. Bratislava. [on- line]. 2012 [cit. 2016-04-20]. Dostupné na: <http://www.vssvalzbety.sk/userfiles/MI/zbornikMI.pdf>
10. ŠTEFANČÍK, R. JENČ, J. 2012. *Mladí migranti v slovenskej spoločnosti, Medzinárodná migrácia, moslimovia, štát a verejná mienka*. Tribun EU. Brno 2012. 244s. ISBN 978-80-263-0311-4.
11. Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z.z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz

Kontakt na autora

PhDr. Dagmar Magurová, PhD.
PU v Prešove, FZO, Katedra ošetrovateľstva
dagmar.magurova@unipo.sk

FENOMÉN NELEGÁLNEJ MIGRÁCIE, AKO JEDNA Z VÝZIEV PRE MODERNÚ SPOLOČNOSŤ

¹Magurová, D., ¹Majerníková, L., ¹Hudáková, A., ¹Derňárová, L.

¹Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Fenomén nelegálnej migrácie a s ním spojená problematika poskytnutia azylu a azylantov predstavuje pre súčasnú modernú spoločnosť jednu z veľkých výziev. Medzi najzraniteľnejšie skupiny cudzincov – žiadateľov o azyl môžeme zaradiť ženy a maloleté deti. Pre poznanie predmetnej problematiky je nevyhnutné vychádzať zo základných poznatkov problematiky migrácie, nevynímajúc kategorizáciu podskupín migrantov, jej dôvody, dopady a možné bezpečnostné, ekonomické a zdravotné riziká. Tieto poznatky následne implementujeme do ošetrovateľskej praxe, pri starostlivosti o komunitu migrantov, azylantov v rámci ošetrovateľskej komunitnej starostlivosti.

Kľúčové slová: Komunita. Migranti. Migrácia. Riziká migrácie. Ošetrovateľstvo.

Abstrakt

The phenomenon of illegal migration and its associated problems of asylum and asylum seekers is to present modern society one of the major challenges. Among the most vulnerable groups of foreigners - asylum seekers might include women and immatures children. It is necessary to proceed from the basic concept of the actual situation for knowledge of relevant issues. This is particularly the migration, not excluding the sub-categorization of migrants, their causes, impacts and potential safety, economic and health risks. These knowledges are subsequently implemented into nursing practice during community care of migrants, asylum seekers within the nursing community care.

Keywords: Community. Migrants. Migration. Risks of migration. Nursing.

Úvod

Slovensko je kultúrne homogénnou krajinou a nepatrí k tradičným cieľovým krajinám migrantov. To je aj jeden z dôvodov, prečo sa jej dramatický nárast migrácie nedotkol. Aj napriek tomu, prevláda veľmi často negatívny postoj obyvateľstva k integrácii azylantov do našej krajiny. Azylantmi sú ľudia z rôznych krajín, ktorí museli opustiť svoju vlasť z rozličných dôvodov a za rozličných okolností. Prichádzajú do nového prostredia ktoré je pre nich stresujúcim zážitkom, nakoľko sa musia adaptovať novým kultúrnym, politickým, sociálnym podmienkam. Musíme mať ale na mysli, že sú to predovšetkým ľudia s rovnakými biologickými, psychickými a sociálnymi potrebami ako všetci ostatní.

Explanácia základných pojmov komunita, migrant, migrácia, utečenec

Pre potreby ošetrovateľstva, kde vnímame migrantov ako špecifickú komunitu je nevyhnutné v prvom rade vychádzať zo základných teoretických východísk vymedzujúcich pojem komunita a jej základné prvky.

Vymedzenie pojmu komunita. Pochádza z latinského slova *communitas*, čo znamená spoločenstvo, pospolitosť, obec, ale tiež spoločné nazývanie ľudí. Spoločenstvo znamená viac, než potešenie byť spolu. Znamená a vždy znamenalo prežitie druhu (Vanier, 1998). Bauman (1995) chápe komunitu na princípe spolupatričnosti a solidarity kde komunita je: „.... pocit komunity, vlastnej skupiny, kde je človek rád, ktorá je jeho pravým domovom a ktorej hranice je potrebné obrániť za každú cenu- rovnako ako svoj domov. **Komunita** sa podľa WHO charakterizuje ako sociálna skupina, ktorá je determinovaná geografickými hranicami, spoločnými hodnotami a záujmami. Členovia sa medzi sebou poznajú a stretávajú. Klientom je celá komunita. Hanzlíková (2006. s.37) uvádza, že „Komunita je sociálna skupina determinovaná geografickými rozmermi a/alebo rovnakými hodnotami a záujmami. Jej členovia sa poznajú a sú vo vzájomnej interakcii. Funkciou je vytvoriť osobitnú sociálnu štruktúru, predvídať a tvoriť normy, hodnoty a sociálne inštitúcie.“

Tri spoločné prvky komunity:

1. ľudia- členovia komunity, obyvatelia;
2. miesto- geografické a časové určenie;
3. funkcia- ciele a aktivity komunity.

Úlohy, ciele komunity a aj jej zdravie môže byť ovplyvňované mnohými faktormi, ako napr. kultúra a kultúrna rôznorodosť. Kultúra pôsobí ako komplexný celok, ktorý v sebe zahŕňa náboženské, etické hodnoty, právne predpisy, poznanie, zvyky, tradície, ktoré si osvojujeme ako príslušníci danej kultúry (Karasová, 2011).

Vymedzenie pojmu migrant a migrácia. OSN definovala **migranta** ako osobu, ktorá z akýchkoľvek dôvodov zmenila krajinu svojho trvalého respektíve obvyklého pobytu a zo svojej domovskej krajiny sa presťahovala do inej krajiny minimálne na obdobie troch mesiacov.

OSN rozlišuje dve skupiny migrantov podľa dĺžky pobytu:

- **krátkodobý migrant** – osoba, ktorá sa sťahuje do inej krajiny ako krajina jej trvalého (obvyklého) pobytu po dobu najmenej troch mesiacov, ale kratšej ako jeden rok;
- **dlhodobý migrant** – osoba, ktorá sa sťahuje do inej krajiny ako krajina jej trvalého (obvyklého) pobytu po dobu minimálne jedného roka; s výnimkou prípadov, keď sa presun osoby do inej krajiny týka dovolenky, návštevy priateľov alebo príbuzných, obchodných ciest, liečenia alebo zdravotného ošetrovania alebo náboženskej púte (IOM 2014).

Tak ako **pojem migrant, aj termín migrácia** (etymologický pôvod z latinského „*migrare*“ resp. „*migratio*“ – putovať, chodiť, sťahovať sa) je možné vysvetliť z rôznych uhlov pohľadu. Vo všeobecnosti býva definovaná ako „akákoľvek zmena trvalého bydliska“ v rámci hraníc jedného štátu alebo medzi nimi (Štefančík, Jenč 2012). Migrácia je historicky spoločenský jav, ktorý má vplyv na politiku, ekonomiku, sociálne aspekty, bezpečnosť štátov a mení populačné zloženie jednotlivých krajín. **Migrácia je** podľa Medzinárodnej organizácie pre migráciu (MOI): „pohyb osôb alebo skupín osôb v geografickom a sociálnom priestore spojený s prechodnou alebo trvalou zmenou miesta pobytu“. **Emigrant je** podľa MOI **vystáhovalec**, t. j. človek migrujúci z územia určitého štátu s úmyslom usadiť sa v inom štáte na dobu dlhšiu ako jeden rok.

Migráciu môžeme kategorizovať nasledovne:

- **zahraničná migrácia** – pohyb osôb cez hranice suverénnych štátov spojený s trvalou alebo prechodnou zmenou pobytu;
- **vnútorná migrácia** – pohyb osôb v rámci jedného štátu spojený s trvalou alebo prechodnou zmenou pobytu;
- **dobrovoľná migrácia** – slobodný pohyb osôb alebo skupín osôb, napríklad za účelom zamestnania, zlúčenia rodiny, vzdelávania, a pod.;
- **nútená migrácia** – nedobrovoľné opustenie krajiny pôvodu pre politické a sociálne problémy, vojnové konflikty, prírodné katastrofy, závažné existenčné a ekonomické problémy, alebo iné dlhodobopretrvávajúce krízové situácie;
- **legálna migrácia** – prekročenie hranice krajiny s platným cestovným dokladom, prípadne aj platnými vízami a povoleniami, ak sa vyžadujú na vstup do krajiny;
- **nelegálna migrácia** – neoprávnené prekročenie hranice krajiny bez platných cestovných dokladov, víz a povolenia na pobyt, alebo neoprávnené zotrvávanie na území krajiny po skončení platnosti dokladov, víz alebo povolenia na pobyt;
- **dlhodobá migrácia** – pohyb ľudí, ktorí zmenia krajinu svojho obvyklého pobytu na dobu aspoň jeden rok;
- **krátkodobá migrácia** – pohyb ľudí, ktorí zmenia krajinu svojho obvyklého pobytu na dobu dlhšiu ako tri mesiace, ale kratšiu ako jeden rok; s výnimkou prípadov, keď sa presun osoby

do inej krajiny týka dovolenky, návštevy priateľov alebo príbuzných, obchodných ciest, liečenia alebo zdravotného ošetrovania alebo náboženskej púte (IOM 2014).

Podľa Ženevského dohovoru z roku 1951 sa za **utečenca** pokladá osoba, ktorá „...sa nachádza mimo svojho štátu a má oprávnené obavy pred prenasledovaním z rasových, náboženských a národnostných dôvodov alebo z dôvodu príslušnosti k určitej sociálnej skupine alebo zastávania

určitých politických názorov, nemôže prijať alebo v dôsledku uvedených obáv odmieta ochranu svojho štátu“ (EMN, 2012).

Teória migrácie push a pull faktorov

Dôvody odchodu migrantov zo svojej krajiny závisia do značnej miery od krajiny pôvodu migrantov, jej súčasnej bezpečnostnej, politickej a ekonomickej situácie. **Hlavnými dôvodmi migrácie môžu byť:** štúdium na Slovensku na základe medzištátnej spolupráce; útek pred vojnou a prenasledovaním z politických a náboženských dôvodov; ekonomické dôvody; osobné dôvody; sociálno - vzťahové dôvody; kultúrne dôvody; Slovensko ako atraktívna krajina; krajanstvo (Popper 2006). **Príčinami migrácie môžu byť napr.:** politické dôvody; porušovanie ľudských práv; náboženské dôvody; etnické dôvody; sociálno- ekonomické dôvody; demografické dôvody; klimatické dôvody.

Pre lepšie pochopenie príčin, dôvodov migrácie je **poznatie teórie migrácie push a pull faktorov. Teória push a pull faktorov, je založená na dvoch princípoch – princíp push (tlačiť, posúvať) a princíp pull (ťahat').**

Push faktory sú negatíva, ktoré človeka odrádzajú v zotrvaní v pôvodnej oblasti. Push faktory ho v podobe nepriaznivých podmienok na život doma, ho tlačia k odchodu (pôsobia v krajine, odkiaľ migrant pochádza). Medzi **push faktory** patria napríklad: nepriaznivé ekonomické pomery v domovskej

krajine, nízka životná úroveň, etnické problémy, násilné konflikty, politická diskriminácia, rastúca hustota populácie a podobne. **Pull faktory** sú pozitíva, ktoré človeka motivujú k migrácii do novej oblasti. Pôsobia na potenciálneho migranta tak, že ho „ťahajú“, motivujú k tomu, aby odišiel z domácej krajiny (pôsobia v cieľovej krajine). Medzi takéto faktory zase patria vyššie mzdy, vyššia životná úroveň, vyhliadky dobrého zamestnania, pozitívne skúsenosti iných migrantov, pocit väčšej osobnej aj politickej slobody, prípadne relatívna blízkosť zamýšľanej destinácie (Rolný, 2001).

Riziká migrácie

Riziká migrácie závisia od mnohých aspektov. Jedným z nich je fakt, či ide o legálnych alebo nelegálnych migrantov, či sme ich cieľovou krajinou, aký je počet migrantov, z ktorých krajín pochádzajú atď. Vo všeobecnosti máme na mysli najčastejšie riziká, ktoré môžeme deliť na: bezpečnostné, ekonomické a zdravotné.

Bezpečnostné riziko sa týka len v prípadoch spájania migrácie s terorizmom alebo ide o priame označovanie migrantov ako bezpečnostnej hrozby z dôvodu rizík, že nevieme kto k nám prichádza, lebo nemajú doklady, nemáme možnosť v krajine, odkiaľ utekajú, zistiť, kto sú (Žitný 2015). Migranti sú často chápaní ako riziko kultúrne, ekonomické alebo ako riziko vzťahové – v zmysle, že sa im nedá dôverovať a preto je rizikové s nimi spolunažívať, spolupracovať, zamestnať ich. Širšie ponímanie bezpečnostného rizika sa týka radikálnejších konzervatívnych postojov a ideológií kedy sa predstava „kultúrnej vojny“ najčastejšie chápe ako zrážka kresťanskej a moslimskej civilizácie, kde sa kultúrne riziko spája s rizikom skutočného ohrozenia bezpečnosti (Androvičová 2015).

Ekonomické riziko. Nekontrolovateľná migrácia rozdeľuje pohľady ekonómov na ďalšie hospodárske smerovanie únie. Prílev utečencov pomôže starnúcej Európe zvrátiť nepriaznivý demografický vývoj a môže pomôcť pracovnému trhu, na druhej strane ide o ohrozenie ďalších štrukturálnych reforiem v európskych krajinách. Migranti, ktorí aktuálne prichádzajú do Európy z vojnou zmietaných krajín by mali byť ekonomickým prínosom pre Európu v 10-ročnom horizonte, nakoľko sa potrebujú aklimatizovať, integrovať do spoločnosti, naučiť sa jazyk, získať potrebnú kvalifikáciu, a tak následne môžu byť prínosom pre ekonomiku (Buchláková, 2015). Z pohľadu ekonómie sa migrácia javí ako pomerne pozitívny jav, ktorý prináša prospech nie len pre migranta, jeho rodinu a štát z ktorého migrant pochádza, ale aj pre zamestnávateľa, ba dokonca i pre štát v ktorom sa migrant usadil a momentálne žije (Filadelfiová, 2011).

Zdravotné riziko

Ak migrant zotráva v hostiteľskej krajine nelegálne, nepožiada o azyl, neprejde vstupnou zdravotnou prehliadkou a následne karanténou, stáva sa zdravotnou hrozbou a musíme myslieť na mnohé zdravotné riziká. Z epidemiologického hľadiska má migrácia obyvateľstva najmä z rozvojových krajín s vysokou mierou incidencie tuberkulózy do vyspelých krajín závažné dôsledky. Berieme do úvahy, že v prevažnej miere migranti pochádzajú z krajín s rôznou úrovňou zdravotnej starostlivosti, zaočkovania, často z najchudobnejších krajín, kde je zdravotná starostlivosť na veľmi nízkej úrovni. Obzvlášť závažné je to v prípade, ak je utečenec nositeľom infekčnej choroby. Vo vyspelých krajinách Európskej únie sa preto dodržiavajú karanténne opatrenie a screening utečencov, ktorí prekročili hranicu, zameraný predovšetkým na infekčné ochorenia, tuberkulózu, hepatitídu typu B, syfilis, HIV a parazitárne infekcie (Petrová 2011, Pászto 2015).

Mnohé vonkajšie a vnútorné faktory majú vplyv nato, že migranti sú viac **predisponovaní k vzniku niektorých ochorení**. **K vonkajším faktorom** môžeme zaradiť: zmenu klimatických podmienok, časový posun, transkultúrne odlišnosti prostredia, postoj dominantnej populácie k migrantom a vnútorná politická situácia krajiny, do ktorej sa prisťahovali. **Vnútorné faktory** zväčša súvisia s problémami v dôsledku komunikácie v cudzom jazyku, sociálnej izolácie, život v pomerne uzavretej komunite migrantov z tej istej krajiny, zmeny v sociálnom postavení jedinca, zmeny v spôsobe trávenia voľného času, u ekonomických migrantov je často úplne iná profesia atď.

V komunite nelegálnych migrantov bezprostredne po úteku môžeme pozorovať najčastejšie zdravotné problémy súvisiace vo vzťahu k: podvýžive, dehydratácie, nedostatku spánku, strachu, stresu, traumy z neznáma, agresie, straty pamäti, vyčerpanosti, sociálnej izolácie, problému sústrediť sa, uzavretosti, narušenej adaptability, bolestivých spomienok a beznádeji, zvýšenej závislosti na iných a na pomoci komunity.

Záver

Migranti si prinášajú mimo iného rozličné kultúrne zvyklosti, zdravotné návyky. Vždy však musíme myslieť nato, že za každých okolností sú to ľudia, ktorým musia byť zabezpečené bio- psycho- sociálne potreby. V ošetrovateľstve musí ísť o celostný, holistický pohľad na ľudí rôznych kultúr a národností. Je dôležité porozumieť ich požiadavkám a potrebám. Od sestier sa vyžadujú vedomosti a zručnosti z oblasti multikultúrnej výchovy, multikultúrneho a komunitného ošetrovateľstva, čím sa následne zvýši úroveň a kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Komunitné ošetrovateľstvo vyžaduje od sestier porozumenie životnému štýlu, hodnotovému systému, správaniu v zdraví a v chorobe u odlišných jedincov, skupín i v komunite (Jarošová, 2007). Systém zdravotnej starostlivosti, má svoje pravidlá, zvyky aj svoj jazyk predstavujúci tiež určitú subkultúru (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005). Majme na pamäti, že mnohé problémy, ktoré vznikajú pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti súvisia často s rôznorodosťou kultúr, z nedostatku porozumenia a tolerancie.

Použitá literatúra

1. ANDROVIČOVÁ, J. 2015. *Sekuritizácia migrantov na Slovensku – analýza diskurzu*. Katedra politológie, Fakulta politických vied a medzinárodných vzťahov Univerzity Mateja Bela, Banská Bystrica. *Sociológia* 47, 2015, č. 4. [on-line]. 2015 [citované 3.1.2016]. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/08190914Androvicova%20-%20OK.pdf>
2. BAUMAN, Z. 1995. *Myslet sociologicky*. Praha: Slon 1995. 233s. ISBN 80-85850-14-1.
3. BUCHLÁKOVÁ, L. 2015. Analýza: *Migrácia môže mať ekonomické riziká*. [on-line]. 2015 [citované 4.1.2016]. Dostupné na: <http://spravy.pravda.sk/ekonomika/clanok/367857-analyza-migracia-moze-mat-ekonomicke-rizika/>
4. Europe: *International Organization for Migration* [on-line]. 2015 [cit. 2015-12-20]. Dostupné na: <https://portal.ehri-project.eu/institutions/cz-00487>
5. FILADEFIOVÁ, J. et al. 2011. *Migranti na Slovenskom trhu práce: problémy a perspektívy*. Ekonomické aspekty migrácie a integrácie migrantov. Inštitút pre verejné otázky. Bratislava. [on-line]. 2011 [citované 2016-04-20]. Dostupné na: http://aa.ecn.cz/img_upload/224c0704b7b7746e8a07df9a8b20c098/migranti_na_slovenskom_trhu_prace.pdf
6. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.
7. IOM, 2014. *Medzinárodná organizácia pre migráciu*. Základné pojmy v oblasti migrácie a integrácie cudzincov. [on-line]. 2014 [citované 2016-04-20]. Dostupné na: <http://www.iom.sk/images/prezentacie/iom-present-migr-sk-v2015.pdf>
8. IOM 2014. *Základné pojmy v oblasti migrácie a integrácie cudzincov*. [on-line]. 2014 [cit. 2016-04-20]. Dostupné na: <http://www.iom.sk/pre-media/pojmy-o-migracii#pojmy-migrant>
9. Ivanová, K., Špirudová, L., Kutnohorská, J. *Multikultúrní ošetrovateľství I*. Praha: Grada Publishing. 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
10. JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovateľství*. Praha: Grada Publishing, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
11. KARASOVÁ, A. 2011. Multikultúrna výchova a jej význam v integrácii etnickej menšiny do majoritnej spoločnosti na Slovensku. In: Kozoň, A., Hejdiš, M. a kol. *Sociálna a ekonomická integrácia a dezintegrácia v bezpečnosti jedinca a spoločnosti*, Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2011. s. 309-314, ISBN 978-80-89533-02-2.
12. PÁSZTO, L. 2015. *Lekári sa pýtajú na karantény, prevenciu a pravidlá*. Bratislava. TV markíza. [on-line]. 2015 [cit. 2016-04-20]. Dostupné na: http://www.tvnoviny.sk/domace/1795930_migranti-vraj-predstavuju-zdravotne-rizika.-minister-vsak-obavy-nema
13. PETROVÁ, G. et al. 2011. Migranti, závažný verejný - zdravotnícky problém. ISSN 1337-1789, 2011, ročník VIII., č.1. *Verejné zdravotníctvo*. [on-line]. 2011 [cit. 2016-04-20]. <http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/>
14. POPPER, M., et al. 2006. *Potreby migrantov na Slovensku*. Výskum zameraný na integráciu migrantov na trh práce a do spoločnosti. [on-line]. 2006 [cit. 2016-04-20]. Dostupné na: <https://ec.europa.eu/migrant-integration/index.cfm?action=media...>
15. RÁKOVÁ, J. DIMUNOVÁ, L. 2012. Multikulturalita ako významný aspekt komunitnej orientovanej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Multikultúrny dialóg v pomáhajúcich profesiách*. 2012. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava. Slovenská zdravotnícka univerzita. Bratislava. [on-line]. 2012 [cit. 2016-04-20]. Dostupné na: <http://www.vssvalzbety.sk/userfiles/MI/zbornikMI.pdf>
16. ROLNÝ, I.; LACINA, L. 2001. *Globalizace – Etika – Ekonomika*. Boskovice: Nakladatelství František Šálek – Albert, 2001.s. 231. ISBN 80-7326-000-X.
17. ŠTEFANČÍK, R. JENČ, J. 2012. Mladí migranti v slovenskej spoločnosti, *Medzinárodná migrácia, moslimovia, štát a verejná mienka*. Tribun EU. Brno 2012. 244s. ISBN 978-80-263-0311-4.
18. UNHCR. *Nútená migrácia - dôvody, fakty, dopady* 2012. [online]. 2012 [cit. 2016-04-20]. Dostupné na:

- http://www.emn.sk/phocadownload/emn_seminar_on_migration_2012/emn_2012_prezentacia_Peter_Kresak_Nutena_migracia.pdf
19. VANIER, J. 1998. *Komunita miesto odpúšťania a sviatkov* I. Diel., Bratislava: Serafín 1998, 182s. ISBN 80-85310-86-4.
20. ŽITNÝ., M. 2015. *Utečenci na Slovensku: Koľkí k nám prídu? Máme sa ich báť?* [online]. 2015 [cit. 2016-04-20]. Dostupné na: <http://www.pluska.sk/spravy/z-domova/utecenci-slovensku-kolki-k-nam-pridu-mame-ich-bat.html>

Kontaktná adresa autora

PhDr. Dagmar Magurová, PhD.
PU v Prešove, FZO, Katedra OŠE
dagmar.magurova@unipo.sk

PREVENCIA HEPATITÍDY TYPU C VO VÄZENSKOM PROSTREDÍ V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Majerníková, E., Magurová, D., Urbanová, M..

Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva, Prešovská univerzita v Prešove

Abstrakt: Cieľom príspevku bolo poukázať na problematiku rizík šírenia hepatitídy C vo väzenských podmienkach, vedomostné rezervy respondentov o hepatitíde C, identifikovať preventívne opatrenia. Väzenské prostredie je výrazne rizikovým prostredím výskytu a ďalšieho možného šírenia hepatitídy C. Pobyt odsúdenej osoby vo výkone trestu nekončí a pokračuje pobytom mimo väzenia, preto je potrebné zahájiť účinnú prevenciu hepatitídy C a iných krvou prenosných ochorení, čo najskôr.

Kľúčové slová: Hepatitída C. Prevencia. Rizikové správanie. Väzenské podmienky.

Prevention of hepatitis C in prisons in Slovakia

Abstract: The aim of this paper was to highlight the issue of the risk of spreading hepatitis C in prison conditions, knowledge reserves respondents on hepatitis C, identify preventive measures. The prison environment is greatly at risk and habitat of the possible further spread of hepatitis C. The stay of the sentenced person in custody does not stop and continues to stay outside prison, so it is necessary to initiate effective prevention of hepatitis C and other blood-borne diseases as soon as possible.

Key words: Hepatitis C Prevention. Risky behavior. Prison conditions.

Úvod

Do väzenských zariadení sa dostávajú vo vyššej miere ľudia z nižších sociálnych vrstiev alebo „priamo z ulice“, ktorí užívajú psychoaktívne látky na preklenutie svojej zlej životnej situácie. Musíme konštatovať, že je v tejto komunite stále stúpajúci trend intravenózných narkomanov. Keďže sú omamné látky drahá záležitosť, závislosť na nich stúpa a ich potreba je každodenná často sa títo drogoví závislí ľudia dostávajú do rozporu zo zákonom rôznymi krádežami a lúpežami kvôli akútnej potrebe peňazí na zakúpenie drogy. Len málokto z týchto jedincov je zamestnaný nakoľko aktívne užívanie drogy ich často zaženie na okraj spoločnosti. Niektorí narkomani sa za účelom získania finančných prostriedkov venujú prostitúcii, postupujú homosexuálne praktiky a to často bez ochranných prostriedkov proti sexuálne prenosným chorobám. Závažné riziko šírenia rôznych sexom prenosných ochorení tvoria aj sexuálne praktiky v skupinách narkomanov.

Prevencia hepatitídy C vo väzenstve

Pri nástupe do výkonu trestu sa realizuje skrining rizikových skupín z dôvodu diagnostiky, prevencie a liečby. Skupiny rizikových osôb, ktorí sa nepriznajú k svojmu rizikovému spôsobu života (napr. homosexualita, drogy, nesterilné tetovania) nie sú zaradení do skriningového vyšetrenia na HCV (hepatitídu C), HBsAg (austrálskeho antigénu), BWR (Bordett-Wassermannova reakcia) a HIV (vírus nedostatku ľudskej imunity), a preto sa môžu stať skrytými ale zároveň aj najzávažnejšími šíriteľmi krvou prenosných ochorení. Súdy v Slovenskej republike (SR) v roku 2009 odsúdili celkom 30 953 osôb, z toho 1,2 % (379 odsúdených) za trestné činy spáchané pod vplyvom inej návykovej látky než alkoholu. Ku koncu roku 2009 bolo v 18 zariadeniach Zboru väzenskej a justičnej stráže (ZVJS) spolu 9133 obvinených a odsúdených, z ktorých 14,2 % uviedlo, že pred vstupom do väzenia užívalo drogy (11,6 % v roku 2008). Za posledný sledovaný rok výrazne stúpol o 41 % počet obvinených a odsúdených v zariadeniach ZVJS, u ktorých bolo vyšetreniami na prítomnosť nelegálnych drog zistené ich užívanie, a to z 585 prípadov v roku 2008 na 826 v roku 2009. Najčastejšími nelegálnymi drogami boli aj v roku 2009 heroín, pervitín a marihuana. V roku 2009 sa vykonávali ochranné súdom nariadené a dobrovoľné terapie, v piatich vybraných ústavoch ZVJS. Počet absolvovaných súdom nariadených protitoxikomaničných liečení poklesol o cca. 16 % oproti roku 2008. V roku 2009 dobrovoľnú liečbu podstúpilo 42 odsúdených (Kastelová, 2011).

Títo ľudia sa do väzníc dostávajú pre rôznorodú trestnú činnosť a práve v tejto skupine sa vo zvýšenej miere vyskytuje infekcia vírusom hepatitídy typu C. Napriek tomu, že sú títo jedinci izolovaní od negatívnych vplyvov vonkajšieho prostredia (nemajú prístup k drogám), práve vo väzenskom prostredí sa často venujú rizikovému správaniu z dôvodu nevedomosti o rizikách tohto správania, prispôbovaniu sa iným spoluväzňom, nedorozumeniam s ostatnými spoluväzňami, z dôvodu skrátenia času vo väznici, z dôsledku mobbingu medzi väznenými osobami, účelovému správaniu, protestu, psychickým ochoreniam, "väzenskej módy" a pod.

Riziká prenosu hepatitídy typu C vo väzenskom prostredí

Riziko správania vo väzenstve v súvislosti s možnosťou šírenia hepatitídy C vyplýva z viacerých špecifických situácií, ktorým sú väzni vystavení a pri nedostatočnom informovaní o týchto rizikách, môžu ohroziť svoje zdravie, príp. prenášať ochorenie na spoluväzňov:

- Používanie spoločných hygienických pomôcok (napr. žiletka, zubná kefka, nožničky na nechty, kliešte na nechty), náušník a pod.
- Aplikácia tetovácií a piercingov za nesterilných podmienok.
- Zavádzania cudzích telies pod predkožku penisu spojené s narezávaním kože a podkožia.
- Krvavé potýčky medzi väzňami.
- Sebapoškodzovania s krvnými poraneniami.
- Na pracoviskách a pri ergoterapiách používanie spoločných ihl, šidiel.
- Realizovanie homosexuálnych praktík (vynútené aj nevynútené prostredím).

Rizikovosť väzenského prostredia v súvislosti s možnosťou šírenia hepatitídy C

Pre väzenské prostredie je charakteristické niekoľko špecifických faktorov, ktoré výrazne ovplyvňujú zvýšené riziko prenosu hepatitídy typu C:

- Väzenské prostredie je tvorené množstvom špecifických rizikových faktorov v uzavretom priestore, ale s možnosťou pohybu nakazených medzi jednotlivými väznicami a následne odchodom väzňa do civilného prostredia.
- Do väznice nastupujú ľudia s hepatitídou C (HCV) alebo hepatitídou B (HBV) – ktorí o nej nevedia (väčšina), alebo tušiaci, ľahostajní k tejto informácii alebo jedinci, ktorí o svojej nákaze vedia a majú k liečbe pozitívny alebo negatívny postoj. Niektorí priznávajú svoju rizikovosť a tým sú zaradení do skríningu, iní reálnu prítomnosť svojho rizikového správania nepriznávajú a tak nie sú podrobení skríningu.
- Do väznice vstupujú aj zdraví ľudia do výrazne rizikového prostredia.
- Klienti väzenskej komunity počas výkonu väzby alebo výkonu trestu môžu byť premiestňovaní po jednotlivých väzniciach. Obvinená alebo odsúdená osoba môže byť v ktorejkoľvek chvíli prepustená na slobodu a vracia sa späť do civilného prostredia (Malesová, 2008).

Pre elimináciu alebo odstránenie vzniku hepatitídy C vo väzenstve sa do zdravotníckej praxe v zdravotníckych zariadeniach Zboru väzenskej a justičnej stráže aplikujú preventívne opatrenia, ktoré majú predchádzať šíreniu tohto ochorenia:

- Testovanie krvi u rizikových klientov na hepatitídu C (HCV), hepatitídu B (HBV), vírus nedostatku ľudskej imunity (HIV), Bordett-Wassermannova reakciu (BWR).
- Možnosť liečby HCV počas trvania výkonu trestu alebo väzby.
- Testovanie krvi na HCV, HBV, HIV, BWR aj na požiadanie väzneného klienta pokiaľ má pochybnosť, že sa mohol v istej situácii nakaziť.
- Poskytnutie hygienických pomôcok každodennej potreby každému klientovi vo finančnej tiesni.
- Zákaz tetovácií, piercingov, zavádzania cudzích telies, sebapoškodzovaní, rizikového sexuálneho správania s dodržiavaním poriadku daného pre výkon väzby a trestu a proti podpisu vyhlásenia pri vstupnej zdravotnej prehliadke, nakoľko sú tieto aktivity zaradené medzi nedovolené činnosti.
- Vstupné a výstupné zdravotné prehliadky pri ktorých si všímame stopy po nových tetovákach, piercingoch, vložení alebo vybratí cudzích telies pod predkožku penisu, ranách po sebapoškodení.
- Bezplatný, anonymný automat na prezervatívy.
- Osveta prostredníctvom osobného kontaktu rozhovorom, prednáškami o problematike hepatitídy typu C, poskytovanie aktuálnych letákov a brožúrok s touto tematikou.
- Pestrá paleta voľnočasových aktivít spojená s fyzickou aktivitou, krúžkami, kultúrnou a osvetovou činnosťou, ktorých jedným z cieľov je vyplniť čas väznenej osoby, ako prevenciou pred vykonávaním rizikových činností.

Očkovanie proti HCV v súčasnosti neexistuje pre heterogenitu vírusu (Jarčuška, 2009). Vakcíny sú v štádiu vývoja a doterajšie výskumy nepreukázali efektívnosť podania imunoglobulínov ani podávania interferónov na zabránenie vzniku infekcie (Schréter, Mikas, 2010). Koinfekcia vírusmi hepatitídy C (HCV) a hepatitídy A (HAV) alebo hepatitídy B (HBV) môže predstavovať potenciálne riziko ťažšieho

poškodenia pečene aj s fulminantným priebehom ochorenia. U klientov s chronickou hepatítidou C sa odporúča realizovať očkovanie proti hepatitíde typu A aj typu B a predchádzať tomuto riziku (Lovrantová, 2010). Čo najskôr po poranení sa vykonáva odber krvi u poraneného na overenie stavu imunity proti vírusovým hepatitídam typu B a C v čase expozície nákazy. Odbery krvi sa odporúčajú vykonať aj u klienta, ktorého krvou bol zdravotnícky pracovník kontaminovaný. Kontrolne vyšetrenie HBsAg, anti-HCV, anti-HIV je vhodné odobrať po 1, 3 a 6 mesiacoch od poranenia. Ak prameňom možnej nákazy bol pacient s neurčeným typom hepatitídy, je vhodné urobiť po 1 mesiaci aj vyšetrenie anti-HAV IgM napriek tomu, že riziko prenosu HAV touto cestou je minimálne. Poranený alebo inak exponovaný zamestnanec je povinný bezodkladne nahlásiť poranenie vedúcemu alebo inému poverenému pracovníkovi, ktorý zabezpečí spísanie záznamu o úraze a nahlási ho odboru epidemiológie príslušného regionálneho úradu verejného zdravotníctva (Schréter, Mikas, 2010).

Zdravotnícky manažment u hepatitídy C pozitívneho jedinca vo väzenských podmienkach

Pri zistení hepatitídy C u klienta vo väzenskej komunite podstupuje tento jedinec v interakcii so zdravotníckym personálom sériu nadväzujúcich krokov začínajúcich samotným vyšetrením krvi na hepatitídu C a končiac kontrolami u lekára po liečbe hepatitídy C. Následnosť krokov cesty k liečbe hepatitídy C alebo ich obsah sa môže meniť vplyvom rôznych neočakávaných okolností (pacient, lekár, zdravotný stav, komplikácie a pod.).

Postupnosť krokov zdravotníckeho manažmentu u hepatitídy C pozitívneho klienta je vo väzenských podmienkach nasledovná:

- Stanovenie protilátok proti HCV (anti HCV) alebo austrálskeho antigénu (HBsAg) aj markerov - skrining rizikových skupín, vyšetrenie na podnet klienta, vyšetrenie pre vyššie transaminázy a iné symptómy alebo náhodné zistenie.
- Poučenie u hepatitídy C (HCV) alebo hepatitídy B (HBV) pozitívneho klienta o konkrétnom ochorení a o ďalších postupoch v súvislosti s manažmentom ochorenia, podpísanie informovaného súhlasu,
- Kontrola transamináz po dobu pol roka.
- Stanovenie polymerázovej reťazovej reakcie ribonukleovej kyseliny hepatitídy C (PCR-RNA-HCV) alebo polymerázovej reťazovej reakcie deoxibonukleovej kyseliny hepatitídy B (PCR-DNA-VHB), u hepatitídy C (HCV) stanovenie genotypu.
- Poučenie klienta lekárom o liečbe, jej výhodách a nežiaducich účinkoch, vyšetreniach, ktoré jej predchádzajú, podpísanie informovaného súhlasu klienta.
- Interné predoperačné vyšetrenie.
- Prevoz klienta do nemocnice pre obvinených a odsúdených v Trenčíne na interné oddelenie.
- Biopsia pečene, psychiatrické vyšetrenie, toxikologické vyšetrenie.
- Po vykonaní potrebných vyšetrení prevoz klienta späť do domovského ústavu, kde je naďalej sledovaný.
- Žiadosť o schválenie liečby poisťovňou.
- Schválenie liečby poisťovňou iniciuje prizvanie klienta k liečbe.
- Prevoz klienta na liečbu do nemocnice pre obvinených a odsúdených v Trenčíne
- Poučenie klienta o správnom užívaní Ribavirínu kapsúl per os a získanie praktických zručností pri podávaní peginterferónu alfa klientom.
- Prevoz klienta do domovského ústavu aj s potrebnými liečivami.
- Užívanie Ribavirínu per os s paracetamolom a podávanie peginterferónu alfa na ambulancii v prítomnosti zdravotníckeho personálu
- Pravidelné kontroly v ústavnej ambulancii, kontroly biochémie, hematológie a kontroly na internom oddelení v nemocnici pre obvinených a odsúdených v Trenčíne (Malesová, 2008).

Edukačný proces vo výkone trestu odňatia slobody

Súčasťou komplexnej terapie je aj celková edukácia o potrebe zmeny životného štýlu v súvislosti s ochorením, preto pred umiestnením do výkonu trestu odňatia slobody odsúdený prechádza oddelením psycho - diagnostickej a konzultačnej činnosti, ktoré je určené na zistenie programu zaobchádzania a na zabránenie nepriaznivých vplyvov väzenského prostredia. Klient väzenskej komunity taktiež prechádza zdravotnou prehliadkou, ktorá určuje, či je zdravotne spôsobilý pre výkon trestu odňatia slobody. Je poučený o svojich právach, povinnostiach a režime vo výkone trestu odňatia slobody. Súčasťou tohto komplexného prístupu je aj zistenie prítomnosti základných bariér v edukácii, poväčšine tu patria rôzne

duševné ochorenia, zmeny psychiky vyvolané užívaním návykových látok, negramotnosť, nízke intelligenčné schopnosti, nízka sebakritickosť, zlá rodinná a sociálna výchova. Lekár a sestra edukuje klientov prostredníctvom individuálneho rozhovoru, rôznych skupinových prednášok, formou rozdávania brožúrok a letákov so zdravotníckou tematikou. Každý klient väzenskej komunity je individuálna bytosť, a preto všetci, ktorí sa vo väzenských podmienkach zúčastňujeme na edukačnom procese musíme zvoliť ten správny a individuálny prístup ku každému klientovi na základe jeho potrieb a potrebe prevýchovy.

Literatúra

1. JARČUŠKA, P. 2009. História hepatológie v 20. storočí. In *Trendy v hepatológii*. ISSN 1337-9836, 2009, roč. 1, 1, s. 4-11.
2. KASTELOVÁ, E. 2011. *Drogová situácia v roku 2009* [online]. Bratislava : Info drogy, 2011 [cit. 2011-12-03]. Dostupné na internete:
3. <http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/c/5434/drogova_situacia_v_roku_2009.html>.
4. LOVRANTOVÁ, E. 2010. *Prirodzený priebeh HCV infekcie*. In *Trendy v hepatológii*. ISSN 1337-9836, 2010, roč. 2, 1, s. 23-30.
5. MADARASOVÁ, GECKOVÁ, A. 2005. *Socio-ekonomické nerovnosti v zdraví*. Michalovce : PeGaS s. r. o. 2005. 126 s. ISBN 80-967901-3-7.
6. MAGUROVÁ, D. a kol. 2008. *Základy edukácie a jej využitie v ošetrovateľskej praxi*. Prešov: Prešovská univerzita, 2008. 134 p.
7. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2009. 155 p.
8. MAJERNÍKOVÁ, L., MAGUROVÁ, D. 2016. *Edukácia v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii*. Prešov: A- Print s.r.o. Lipovce pri Prešove. 122 p. ISBN 978-80-89721-10-8.
9. MALESOVÁ, M. 2008. *Odlisnosti v liečbe hepatitídy C u väzňov* [online]. Trenčianske Teplice:Power point. 2008 [cit. 18.11.2011]. Dostupné na internete: <http://www.hephelpklub.com/files/Malesova-Odlisnosti_liecby_u_vaznov.pdf>.
9. SCHRÉTER, I., MIKAS, J. 2010. Postexpozičná profylaxia u zdravotníckych pracovníkov. In *Trendy v hepatológii*. ISSN 1337-9836, 2010, roč. 2, 1, s. 45-46.

Kontakt na autora:

PhDr. Ľudmila Majerníková, PhD.
Katedra OSE FZO PU v Prešove
e-mail: majernikova@unipo.sk

ÚROVEŇ ZÁŤAŽE OPATROVATEĽA O CHORÉHO PRÍBUZNÉHO S DEMENCIOU – PILOTNÁ ŠTÚDIA

Majerníková, E., Ondriová, I., Fertaľová, T..

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Úvod: Demencia zahŕňa skupinu ochorení, pri ktorých nastáva v dôsledku chorobného procesu mozgu úpadok kognitívnych funkcií, čo výrazne ovplyvňuje správanie pacienta. V domácom prostredí je takto chorý závislý podľa miery postihnutia od opatrovateľa, zvyčajne príbuzného. Rodinný opatrovateľ je neprofesionálna osoba, ktorá poskytuje primárnu pomoc pri činnostiach denného života, čiastočne alebo úplne, závislej osobe. **Metodika a materiál:** Šetrenie bolo realizované pomocou neštandardizovaného dotazníka určeného pre domácich neprofesionálnych opatrovateľov v počte 60 v Prešovskom kraji, ktorý bol doplnený o štandardizované dotazníky Test inštrumentálnych denných činností – IADL (Instrumental activity daily living), Bartelov test základných denných aktivít – ADL (Aktivity daily living), Test ošetrovateľskej záťaže podľa Svanborga. **Výsledky:** Hlavným cieľom prieskumu bolo zmapovať mieru ošetrovateľskej záťaže v rodinách poskytujúcich starostlivosť chorému príbuznému s demenciou. Výsledky vyplývajúce z výskumu poukazujú na dopad záťaže u opatrovateľov na ich sociálnu sféru, voľnočasové aktivity, celkové zvládanie rodinných problémov, ale najväčšiu záťaž respondenti vnímali v psychickej oblasti. **Záver:** Opatrovanie príbuzného s demenciou predstavuje výraznú záťaž rodiny, preto je potrebné komplexné riešenie tohto problému do ktorého je nevyhnutné zapojiť služby sociálnej a zdravotníckej siete.

Kľúčové slova: Demencia. Pacient. Starostlivosť o chorého príbuzného. Rodina. Miera záťaže. Záťaž opatrovateľa.

Load level carer for a sick relative with dementia - a pilot study

PhDr. Ludmila Majerníková, PhD., PhDr. Iveta Ondriová, PhD., PhDr. Terézia Fertaľová, PhD.
University of Prešov, Faculty of health, Department of Nursing

Introduction: Dementia includes a group of diseases in which occur as a result of the disease process of cognitive decline in brain function, which greatly influences the behavior of the patient. The home is so sick addicted mildly affected by the caregiver, usually a relative. Family is a non-professional caregiver who provides primary assistance in activities of daily living, partly or wholly, to a dependent and its surroundings. **Material and Methods:** The investigation was carried out using non-standardized questionnaire for the local non-professional careers in the number 60 in the Prešov region, which was supplemented by standardized questionnaires Test instrumental daily activities - IADL, Activities daily living ADL, Test of nursing workload by Svanborg. **Results:** The main objective of the survey was to study the level of nursing workload in families providing care for a sick relative with dementia. The results arising from the research indicate the impact of stress in careers of their social sphere, leisure activities, the overall management of family issues, but the greatest burden respondents perceived the emotional area. **Conclusion:** Nursing relative with dementia represents a significant burden on the family, so it is necessary to tackle the problem where it is necessary to integrate health and social services network.

Keywords: Dementia. Patient. Caring for a sick relative. Family. The rate of stress. Caregiver burden.

Úvod

Opatrovateľ v domácom prostredí je osoba, ktorá pomáha uspokojovať potreby svojmu rodinnému príslušníkovi – opatrovanému. Vykonáva činnosti, ktoré by vykonával sám, keby mal k tomu dostatok síl, vôle alebo potrebné vedomosti. Bez jeho pomoci by opatrovaný v mnohých prípadoch nemohol zotrvať v domácom prostredí (Staňková, 2001). Rodinný opatrovateľ je neprofesionálna osoba, ktorá poskytuje primárnu pomoc pri činnostiach denného života, čiastočne alebo úplne, závislej osobe a jej okoliu. Táto pravidelná starostlivosť sa môže poskytovať trvale alebo dočasne a môže mať rozličné formy. Starostlivosť je zameraná najmä na ošetrovanie, starostlivosť, pomoc pri vzdelávaní a sociálnom živote, administratívne formality, psychologická podpora, komunikácia, domáce činnosti, atď. „Z hľadiska intenzity a naliehavosti potrieb, ktoré opatrovaný vyžaduje, môžeme rozlíšiť 3 stupne starostlivosti (Jeřábek, 2005). Môže ísť o *podpornú starostlivosť*, v rámci ktorej je poskytovaná napr. finančná podpora, sprevádzanie k lekárovi, zaistenie opráv v domácnosti. Predstavuje časovo, psychicky, i fyzicky menej náročnejšiu starostlivosť. *Druhý stupeň*, pri ktorom hovoríme o neosobnej starostlivosti. Ide o činnosti, ktoré súvisia prevažne so starostlivosťou o domácnosť (varenie, upratovanie, pranie). *Tretí stupeň* – je najnáročnejší – zahŕňa osobnú starostlivosť. Psychické a fyzické činnosti sú náročné a sú

spojené aj s intímnu starostlivosťou. Vyžadujú nepretržitú prítomnosť opatrovateľa. Neustály pocit zodpovednosti je pravdepodobne najviac zatažujúcim aspektom osobnej starostlivosti o blízku osobu. Pociťovaná záťaž opatrovateľa môže byť telesná, psychická, sociálna a finančná. Môže ísť o záťaž v oblasti voľného času, povinnosti voči vlastnej rodine, zamestnaniu ale i vzťahov s ostatnými (Tabáková, 2008).

Pri opatrovateľskej úlohe treba dbať na to, aby opatrovateľ bol schopný splniť potreby pacienta, pretože nuda, samota, nedoslýchavosť a poruchy zraku môžu zhoršovať správanie sa pacienta, ktorý trpí nedostatkom podnetov z okolia. Veľký význam má aj pravidelná toaleta pacienta – nedostatočné vyhovie tejto potrebe vedie k nepohodliu, rozpakom a zdravotným ťažkostiam, ktoré môžu zhoršovať stav a správanie pacienta. Veľký význam má pravidelnosť v jednotlivých úkonoch, nesmieme čakať až kým si pacient začne vymáhať pozornosť nevhodným správaním. Keď sa pomoc a napĺňanie potrieb vykonáva pravidelne, pacient si toto správanie osvojí a prispôbi sa.

Metodika

V našej práci sme chceli priblížiť problematiku záťaže laických opatrovateľov, ktorí sa starajú o príbuzného s demenciou. Cieľom bolo zmapovať mieru ošetrovateľskej záťaže v rodinách poskytujúcich starostlivosť chorému príbuznému postihnutému demenciou. Prieskum bol realizovaný na území Prešovského kraja v mesiacoch február a marec 2012. Prieskumnú vzorku tvorilo 60 oslovených respondentov, ktorí sa starajú o rodinného príslušníka s demenciou. Neštandardizovaný dotazník zameraný na základné identifikačné údaje (vek, pohlavie, dĺžka poskytovanej starostlivosti a rodinná príslušnosť opatrovateľa k chorému) bol doplnený o Test inštrumentálnych denných činností, Bartelovej test, Test ošetrovateľskej záťaže podľa Svanborga (Staňková, 2001). Pre analýzu získaných výsledkov sme využili deskriptívnu štatistiku - aritmetický priemer, smerodajnú odchýlku a metodiku induktívnej štatistiky - Pearsonov korelačný koeficient a test ANOVA na hladine významnosti $p < .05$.

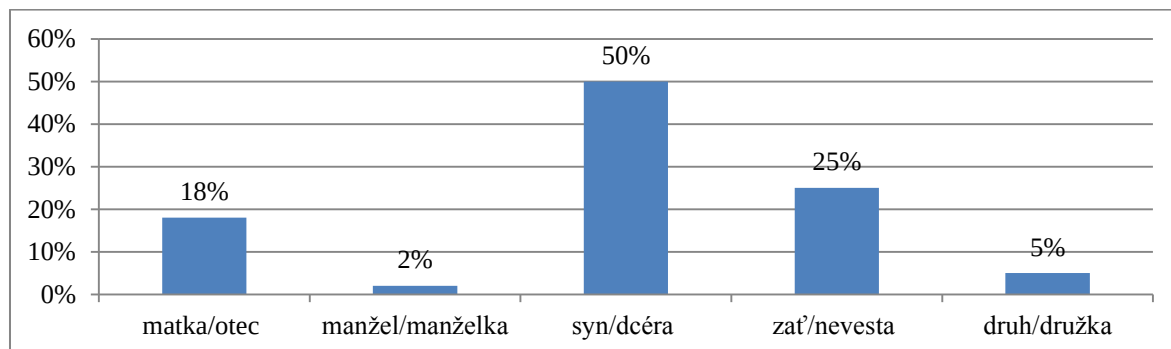
Výsledky

Vzorku tvorilo 8 mužov a 52 žien. Priemerný vek respondentov bol 52,3 rokov, priemerná dĺžka opatrovania o príbuzného bola 4,2 roka (bližšia charakteristika v tabuľke 1, obrázku 1).

Tab. 1 Charakteristika opatrovateľov

pohlavie		
	n =60	100%
muži	8	13%
ženy	52	87%
vek ($M \pm SD$) $55,3 \pm 15,2$		
dĺžka opatrovania v rokoch ($M \pm SD$) $4,2 \pm 2,11$		
Zamestnanie opatrovateľa		
zamestnaný	31	51%
nezamestnaný	13	22%
dôchodca	16	27%
Zdieľanie spoločnej domácnosti		
áno	46	77%
nie	14	23%

Legenda: M-aritmetický priemer, SD-smerodajná odchýlka



Obrázok 1 Grafické znázornenie príbuzenského vzťahu s chorým

V štúdiu sa potvrdilo, že až 39% respondentov je vysoko závislých na iných, 33% mali závislosť stredného stupňa. Ďalších 25% respondentov bolo mierne závislých na iných a iba 3% chorých bolo úplne nezávislých (pozri v tabuľke 2).

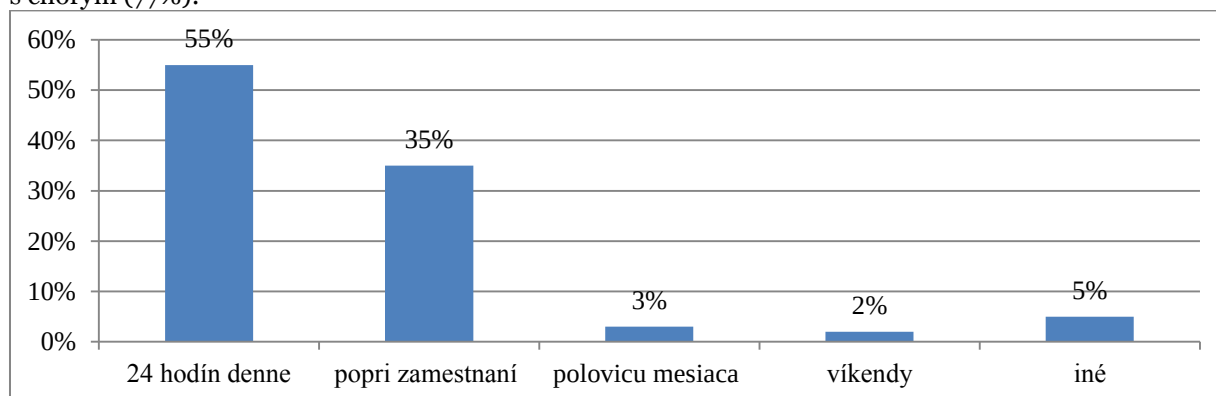
Tab. 2 Charakteristika opatrovaných

	n =60	100%
ADL		
vysoko závislí	23	39%
závislosť stredného stupňa	20	33%
ľahká závislosť	15	25%
nezavislí	2	3%
IADL		
závislí	32	53%
častočne závislí	26	44%
nezavislí	2	3%

Legenda: ADL- Bartelov test základných denných aktivít, IADL- test inštrumentálnych denných činností

Výsledky

Až 72% respondentov opatrovateľov starostlivosť o príbuzného túto službu vníma ako samozrejmosť, ktorá sa od nich očakáva, 18% túto starostlivosť realizuje na základe na želanie príbuzného, 8% pre nedostatok miest v sociálnych zariadeniach a 2% tak konajú na základe nedôvery voči sociálnym a zdravotníckym zariadeniam. Iba 3% respondentov poskytuje domácu starostlivosť o svojho príbuzného sám, bez podpory iných osôb. Väčšina rodín poskytujúcich starostlivosť zdieľa spoločnú domácnosť s chorým (77%).



Obrázok 2 Grafické znázornenie potreby poskytovania opateru

Z odpovedí vyplýva, že až 55% príbuzných poskytuje chorému príbuznému starostlivosť počas 24 hodín denne, 35% príbuzných popri zamestnaní a 10% sa vyjadrilo, že starostlivosť poskytuje polovicu mesiaca, víkendy a iné časové rozpätie.

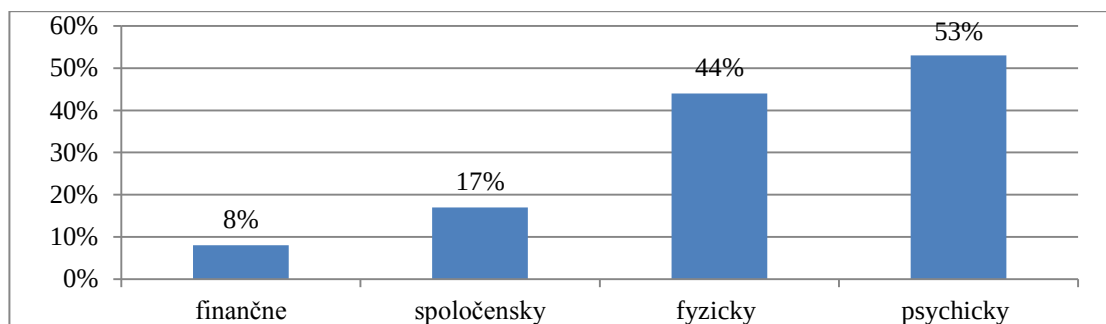
V tabuľke 3 uvádzame vzťah záťaže opatrovateľa z hľadiska sledovaných vybraných premenných (vek, pohlavie, dĺžka poskytovanej starostlivosti a rodinná príslušnosť opatrovateľa k chronicky chorému, úroveň sebestačnosti chorého). Z výsledkov vyplýva, že záťaž opatrovateľa štatisticky významne koreluje s ADL ($p < .01$), IADL ($p < .05$), pričom sa nám potvrdil sa aj štatisticky významný rozdiel v záťaži opatrovateľa z hľadiska pohlavia ($p < .01$). Opatrovateľská záťaž sa častejšie vyskytuje u žien ako u mužov. Štatistická významnosť sa v našej vzorke nepotvrdila z hľadiska veku, dĺžky poskytovanej opatrovateľskej starostlivosti a rodinnej príslušnosti k opatrovanému.

Tab. 3 Štatistická analýza vybraných sledovaných premenných

Vybrané premenné	r	p
vek	0,0485	0,589
pohlavie	0,3356**	0,0035**
dĺžka poskytovanej starostlivosti	-0,1834	0,658
rodinná príslušnosť k opatrovanému	-0,0424	0,745
ADL	-0,3041**	0,0047**
IADL	-0,3518*	0,0385*

Legenda k významnosti štatistických výsledkov * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Keďže starostlivosť o príbuzného s demenciou je veľmi náročná a neovplyvňuje iba ľudí, ktorí ňou trpia ale ovplyvňuje aj ostatných členov rodiny. Zisťovali sme, či rodinní príslušníci majú záujem o využívanie služieb v sociálnych zariadeniach alebo o služby ADOS. Výsledky potvrdzujú, že respondenti vo viac ako 50% nemajú záujem o ošetrovateľské služby, a to z dôvodu striedania sa pri starostlivosti o chorého s inými príbuznými. O služby v dopoludňajších hodinách má záujem 27% respondentov. Z hľadiska celkovej záťaže príbuzní uvádzali v 53% psychickú záťaž vyplývajúcu z opatrovania príbuzného a v 44% fyzickú záťaž.



Obrázok 3 Grafické znázornenie celkového vnímania záťaže opatrovateľa

Diskusia

Dlhodobé opatrovanie o nesebestačného človeka je v mnohých ohľadoch zaťažujúce. Opatrovateľ pociťuje záťaž v oblasti fyzickej, psychickej, v oblasti voľného času, financií a povinnosti voči vlastnej rodine. Poskytovanie pomoci si vyžaduje určité vedomosti, trpezlivosť a telesnú silu (Tošnerová, 2001).

V našom výskume sme sa zamerali na posúdenie záťaže opatrovateľa pri starostlivosti o chorého s demenciou v domácom prostredí, a to z hľadiska veku, pohlavia, dĺžky poskytovanej starostlivosti a rodinnej príslušnosti opatrovateľa k chorému s demenciou, úrovne sebestačnosti chorého.

Rešetková uvádza (2008) ako dokáže rodina fungovať počas choroby jedného člena rodiny, závisí vo veľkej miere aká bola kvalita vzťahov pred ochorením a aké majú zaužívané spôsoby zvládnutia záťažových situácií. Aby opatrovateľská starostlivosť neznamenal neprekonateľnú záťaž, je potrebné opatrovateľovi poskytovať pomoc. Môže sa realizovať prostredníctvom sociálnej podpory, ktorá zahŕňa rodinu, priateľov, susedov, spolupracovníkov, komunitu a profesionálov. Predstavuje systém, ktorý chráni ľudí proti škodlivému vplyvu stresových situácií (Kebza, Šolcová, 2003).

Viacere štúdie poukazujú aj na vplyv dĺžky starostlivosti na vzťahy v rodine, finančnú a sociálnu oblasť (Elmstahl, 2005). V našej štúdii sa nepotvrdil vzťah medzi záťažou opatrovateľa a faktormi ako vek, dĺžka poskytovanej opatrovateľskej starostlivosti a rodinnej príslušnosti k opatrovanému. Naopak, výsledky našej práce poukazujú, že záťaž opatrovateľov koreluje s úrovňou sebestačnosti opatrovaného. Tento vzťah potvrdila vo svojej štúdii aj Topinková (1995). Šerfelová a Hladeková (2010) vo svojej práci zaznamenali signifikantné rozdiely z hľadiska rodinnej príslušnosti opatrovateľa k chronicky chorému, pričom vyššiu mieru záťaže pociťovali hlavne životní partneri.

Záver

Komplexné posúdenie príjemcu starostlivosti ako aj opatrovateľa, s využitím dostupných posudzovacích nástrojov a stanovenie správnej ošetrovateľskej diagnózy môže v praxi pomôcť efektívne riešiť problematiku záťaže opatrovateľa pri starostlivosti o chronicky chorého (Šerfelová, Hladeková, 2010). Reálna prax taktiež vyjadruje aj potrebu realizácie edukačných programov pre opatrovateľov, nakoľko

v našich podmienkach absentujú podobné projekty, s tým súvisia nedostatočne vytvorené podmienky niektorých rodín na náročnú rolu pri poskytovaní komplexnej starostlivosti chronicky chorému v domácom prostredí. Cieľom komplexného prístupu je zvyšovanie kvality života nie len samotného chronicky chorého ale aj rodiny, poskytujúcej domácu starostlivosť, pretože tieto dva celky sú neoddeliteľné a vzájomne sa nevyhnutne ovplyvňujú.

Literatúra

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
2. ELMSTAHL, S. et al. Family Caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Nordic College of Caring Sciences*. 2005, vol. 19, p. 157-168.
3. JEŘÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče o staré lidi*. 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005. 99 s. ISSN 1801-1640.
4. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav. 2003. s. 123. ISBN 80-7071-231-7.
5. NÉMETH, F. a kol. *Komplexné geriatrické hodnotenie a ošetrovanie seniorov*. Prešov: Osveta, 2011. 216 s. ISBN 978-80-555-0381-3.
6. PIDRMAN, V. *Demence*. Praha : Grada, 2007, 183 s. ISBN 978-80-247-149-5.
7. REŠETKOVÁ, D. Je úžasné niekam patriť. *Familia: kultúrno-spoločensk ý magazín pre rodiny*. 2008, roč. XXIV, č. 3, s. 13. ISSN 1336-8184
8. STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovateľské praxi*. České ošetrovateľství 6. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
9. STOLTZ, P. et al. Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. *Nordic College of Caring Sciences* [online]. 2004, vol. 18, no. 9, p. 111-119. [cit. 2007-10-10]. Dostupné na internete: <[http:// www.caregiver.org](http://www.caregiver.org)>.
10. SNOPOKOVÁ, I. Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 37-38. ISSN 1214- 7664.
11. ŠERFELOVÁ, R., HLADEKOVÁ, B. Závaž opatrovateľa v procese starostlivosti o chronicky chorého. *Ošetrovateľství a porodní asistence*. 2010, roč. 1/3, s. 89 - 92. ISSN 1804-2740.
12. TABÁKOVÁ, M. Závaž opatrovateľa v domácom prostredí. *Profese online*. 2008, roč. 1/2, s. 77-88. ISSN 1803-4330.
13. TOMANOVÁ, J. Péče o seniory. *Diagnóza v ošetrovateľství*. 2007, roč. 3, č. 1, s. 38. ISSN 1801-1349.
14. TOPINKOVÁ, E. Péče o staré v rodine. Lze identifikovat rizikové rodiny s vysokou mírou pečovatelské zátěže? *Praktický lékař*. 1995, roč. 75, č. 7-8, s. 366-369. ISSN 0032-6739.
15. TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky. Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001. 68 s. ISBN 80-238-8001-2.

Kontakt na autora:

PhDr. Ľudmila Majerníková, PhD.

Katedra OSE FZO PU v Pršove

e-mail: majernikova@unipo.sk

EDUKÁCIA AKO JEDEN Z DÔLEŽITÝCH FAKTOROV PRE VYKONÁVANIE SELFMONITORINGU GLYKÉMIE U PACIENTOV S DIABETES MELLITUS

Majerníková, E.¹, Kaščáková, M.², Obročníková, A.¹

¹Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov,
²Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Abstrakt

Cieľ: Edukácia diabetikov je neoddeliteľnou súčasťou efektívnej liečby. Selfmonitoring sa považuje v dnešnej dobe za dôležitú súčasť komplexnej liečby a manažovania ochorenia. **Metódy:** Výskumný súbor tvorilo 289 pacientov diabetikov 2. typu liečených inzulínom v Prešovskom kraji. Pre zisťovanie postojov diabetikov ohľadom selfmonitoringu glykémie sme použili štandardizovaný dotazník Diabetes Care Profile. **Výsledky:** Postoje k potrebe, realizácii selfmonitoringu glykémie komparovaných skupín pacientov sa signifikantne odlišovali v oblasti prekážok selfmonitoringu ($p < .05$) a hodnotenia zručností pre zvládanie selfmonitoringu glykémie ($p < .05$) v prospech respondentov s realizovanou edukáciou prostredníctvom profesionálov. **Záver:** Správne realizovaná edukácia ovplyvňuje vedomosti a následne zručnosti a postoje diabetikov k svojmu ochoreniu. Je preto nevyhnutné, aby sa štrukturovaná edukácia stala súčasťou liečby každého diabetika.

Kľúčové slová: Selfmonitoring. Edukácia. Diabetes mellitus. Glykémia. Bariéry selfmonitoringu.

Education as one of the most important factors to the implementation of self-monitoring of blood glucose in patients with diabetes mellitus

Abstract

Objective: Education of diabetic patients is an integral part of effective treatment. Selfmonitoring is considered today to be an important part of a comprehensive treatment and managing the disease.

Methods: The sample consisted of 289 patients with type 2 diabetes treated with insulin in the Prešov region. For the survey of attitudes about diabetes self-monitoring of blood glucose, we used a standardized questionnaire Diabetes Care Profile. **Results:** Attitudes towards necessary implementation of self-monitored blood glucose of compared groups of patients differed significantly in barriers to self-monitoring ($p < .05$) and assessment of skills for coping with self-monitored blood glucose ($p < .05$) in favor of the respondents realized through education of professionals. **Conclusion:** Correctly implemented affects the education of knowledge and consequently skills and attitudes to their diabetic disease. It is therefore essential that the structured education became part of the treatment of any diabetic.

Keywords: Self-monitoring. Education. Diabetes mellitus. Blood sugar. Barriers to self-monitoring.

Úvod

Cieľom pravidelného merania glykémie je dosiahnutie a udržanie normoglykémie a tým oddialenie alebo zabránenie rozvoja neskorších komplikácií diabetu. Domáce meranie glykémie, teda meranie samotným diabetikom, je nevyhnutné na získanie aktuálnych hodnôt hladiny glukózy v priebehu dňa (pred jedlom i po jedle), ale aj v priebehu noci. Diabetik, vykonávajúci selfmonitoring pomocou glukomera a testovacích prúžkov, musí byť schopný výsledky meraní správne interpretovať a musí vedieť na ne adekvátne reagovať úpravou dávky inzulínu. Viaceré klinické štúdie dokázali, že intenzívna terapia vedená s cieľom dôsledne kontrolovať hladiny glykémie prináša lepšiu kompenzáciu diabetu, zlepšenie kvality života diabetikov a podstatné zníženie výskytu alebo spomalenie progresie komplikácií diabetu (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993, Franciosi, 2011).

Materiál a metodika

Cieľom práce bolo monitorovať, analyzovať a zhodnotiť rozdiely v bariérach pri realizácii selfmonitoringu glykémie medzi diabetikmi 2. typu liečenými inzulínom v závislosti od poskytnutej edukácie. Počas plánovaného výskumu bolo distribuovaných 400 dotazníkov pacientom s diabetes mellitus 2. typu (DM2T) liečených inzulínom v Prešovskom kraji. Návratnosť dotazníkov bola 78 %-ná (311 vrátených dotazníkov). V rámci štatistickej komparácie vybraných ukazovateľov sme súbor selektovali podľa odpovedí v dotazníku Diabetes Care Profile v sekcii - Edukácia a poskytnuté poradenstvo a v sekcii Diéta, z hľadiska realizácie edukácie zdravotníckymi pracovníkmi na dve skupiny pacientov (s realizovanou edukáciou a bez realizovanej edukácie).

Výber výskumnej vzorky bol zámerný. Skupinu probantov tvorilo 289 pacientov s diabetes mellitus 2. typu (DM2T) liečených inzulínom. Podmienkou zaradenia do nášho výskumného súboru bol dospelý

vek, ochorenie DM2T a liečba inzulínom. Priemerný vek našich respondentov bol 62,6 roka. Dominujúcou vekovou skupinou bolo obdobie staršej dospelosti a obdobia presenia. Výskumný súbor bol selektovaný do dvoch skupín, a to na pacientov edukovaných (EP) a pacientov needukovaných (NP). Diferenciáciu sme realizovali v závislosti od odpovedí respondentov v sekcii -

Edukácia/Poskytnuté poradenstvo a Diéta (Fitzgerald et al., 1998). Pre potreby výskumu bol použitý štandardizovaný dotazník Diabetes Care Profil, ktorý slúži na meranie postojov diabetikov voči manažovaniu svojho ochorenia (Fitzgerald et al., 1998). Pre potreby sledovania bariér v selfmonitoringu diabetikov sme analyzovali sekciu Selfmonitoring, ktorá pozostávala z 9 položiek zameraných na túto oblasť. Pre potreby štatistického spracovania získaných údajov sme využili software SPSS 15.0. Pre štatistickú komparáciu sledovaných skupín sme použili t – test a F-test. Výskumné položky boli zamerané na edukáciu prostredníctvom zdravotníckych pracovníkov (lekár, sestra, asistent výživy) v oblasti podiatrie, pohybového režimu, diéty a nevyhnutnosti dodržiavania diéty, plánu stravovania, váženía prijímanej stravy a používania jedálnych lístkov odporučených pre diabetikov. Z hľadiska edukácie **v oblasti podiatrie** v 1. skupine respondentov EP 100 % respondentov odpovedalo na danú položku pozitívne, kým 2. skupina respondentov NP – 98,5 % poskytla negatívnu odpoveď. **O pohybovom režime** bolo realizované poradenstvo u 96 % v skupine EP, a približne 91 % NP odpovedalo na danú položku záporne. V problematike **diabetickej diéty**, jej dôležitosti, ako aj o spôsoboch jej dodržiavania, váženía boli plne edukovaní EP oproti NP (negatívne odpovede). V položke formálnej edukácie prostredníctvom opakovaných vzdelávacích stretnutí odborníkom v oblasti edukácie odpovedalo pozitívne EP - 75 % a negatívne NP - 96 %. Na základe týchto zistení sme celú vzorku respondentov rozdelili do dvoch súborov na pacientov edukovaných – EP v celkovom počte 160 a pacientov needukovaných – NP v celkovom počte 129 (tabuľka 1).

Tabuľka 1 Charakteristika respondentov

	Edukovaní pacienti (EP)		Needukovaní pacienti (NP)	
	n	%	n	%
Pohlavie				
Mužské	63	39,4%	55	40,8%
ženské	97	60,6%	74	59,2%
Vzdelanie				
Základné a nižšie vzdelanie	48	30%	38	29%
Stredoškolské a vyššie vzdelanie	112	70%	91	71%
Vek	62,2 ±11,26		62,4 ±11,12	
Trvanie ochorenia (DM)	11,1 ±7,17		10,8 ±6,72	
HbA_{1c}	8,84 ± 1,54		8,85 ± 2,0	
BMI	29,93 ±5,30		30,42±4,59	
			p=0,400	

V celej vzorke respondentov prevládalo zastúpenie žien – 59,2 %, mužov 40,8 %. V súbore EP to bolo 60,6% žien, 39,4 % mužov, v súbore NP 42,6 % mužov a 57,4 žien (tabuľka 1). Z hľadiska **veku** v skupine EP prevládala veková skupina 51 – 60 ročná (38,8 %), kým v skupine NP to bola veková kategória 61 – 70 rokov (48 %). Priemerný vek respondentov v bol u EP 62,2 roka (SD 11,26) a u NP – 62,4 roka (SD 11,12). **Celkové trvanie ochorenia** v celej vzorke respondentov bolo 11,12 roka (SD 7,12). V súbore EP to bolo 11,2 roka (SD 7,17) a NP 10,8 roka (SD 6,72). V oboch súboroch prevládala počet respondentov s dĺžkou trvania ochorenia 10 – 14 rokov. Hodnoty **BMI** boli v norme iba v súbore EP v 13 % a NP v 9 %. T – testom sme nezistili signifikantný rozdiel medzi BMI v sledovaných súboroch (p = 0,400). Hodnoty **glykovaného hemoglobínu HbA_{1c}** sa pohybovali u EP na úrovni 8,84 ± 1,54, u NP 8,85 ± 2,0. Ani v tejto oblasti sme nezaznamenali štatisticky významné odchýlky v sledovaných súboroch (p = 0,320).

Výsledky

Deskriptívnou štatistikou sme zistili, že v sledovanom súbore EP si pravidelný selfmonitoring glykémie vykonáva 48 % respondentov a u NP to činí 43 %. Selfmonitoring glykozúzie a acetonúrie vykonáva iba 16 % EP a 17 % NP.

Tabuľka 2 Prekážky selfmonitoringu

Keď si neurobíte test na hladinu cukru tak často, ako Vám bolo odporúčané, tak je to preto že:	EP		NP		p
	M	SD	M	SD	
a) ste na to zabudli?	2,12	1,2	1,9	1,2	0,325
b) neveríte, že je užitočné?	1,49	1,07	2	1,44	0,019*
c) nemali ste čas alebo vhodné miesto?	1,58	0,96	1,83	1,12	0,163
d) nerobíte to rád?	1,61	1,01	2,1	1,35	0,016*
e) došli vám testovacie potreby?	1,76	1,12	2,32	1,29	0,006**
f) stojí to príliš veľa?	1,91	1,16	2,49	1,17	0,003**
g) je to príliš veľký problém?	1,38	0,82	1,71	1,11	0,048*
h) je ťažké prečítať výsledky testov?	1,45	0,9	1,67	1,11	0,200
i) nemôžete to robiť sám?	1,37	0,86	1,95	1,36	0,003**
j) Vaša hladina glyk. sa nemení veľmi často?	2,06	1,34	2,8	1,41	0,0015**
k) bolí Vás časté pichanie do prstov?	2,22	1,27	2,74	1,35	0,019*

Legenda k významnosti štatistických výsledkov * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

V oboch skúmaných súboroch realizujúcich si selfmonitoring sme zisťovali najčastejšie prekážky v jeho realizácii (tabuľka 2). Dôvod pre nevykonanie selfmonitoringu (pacient to považuje za neužitočné) sme zistili na úrovni priemeru EP - 1,49 ± 1,07, NP - 2 ± 1,44, pričom tento údaj zodpovedá podľa Likertovej škály stupňu 1 – 2 (pričom 1 – zriedka, 3 – niekedy, 5 – často). V komparácii odpovedí na túto položku týchto dvoch skupín sme zistili signifikantný rozdiel (p = 0,019*). Ďalším dôvodom nerealizovania pravidelného selfmonitoringu na hladine významnosti (p = 0,016*) bol ten, že respondenti selfmonitoring nerobia radi, čo bolo v prospech EP - 1,61 ± 1,01, EP - 2,1 ± 1,35. Inou príčinou v bariérach selfmonitoringu u našich diabetikov na hladine významnosti ** p < .01 bolo nedostatok testovacích potrieb, kde dosiahli lepší priemer EP - 1,76 ± 1,12 ako NP - 2,32 ± 1,29. Selfmonitoring považujú NP (2,49 ± 1,17) za drahší ako EP (1,91 ± 1,16) a aj v tejto položke sme zistili signifikantný rozdiel v odpovediach sledovaných súborov (p = 0,003**), čo tiež môžeme považovať za prekážku v realizovaní sledovania hladiny glykémie. Ďalšie signifikantné rozdiely v prekážkach selfmonitoringu sme zistili v oblastiach - pacienti považujú meranie glykémie za príliš veľký problém (p = 0,048*), nemôžu si ju merať sami (p = 0,003**), hladina glykémie sa im nemení často (p = 0,00015**) a pociťujú diskomfort pri častom opakovanom pichaní do prstov (p = 0,019*). Dôvody bariér vo vykonávaní selfmonitoringu sme zaznamenali na signifikantnej hladine významnosti v prospech súboru EP.

Tabuľka 3 Zručnosti selfmonitoringu a sebaopatery diabetikov

Hodnotenie zručností	EP		NP		p
	M	SD	M	SD	
a) diéta a kontrola hladiny cukru v krvi	3,27	1,06	2,92	1,22	0,045*
b) kontrola a udržiavanie hmotnosti	3,27	0,93	2,80	1,28	0,002**
c) cvičenie	2,62	1,37	2,28	1,07	0,066
d) užívanie inzulínu/liekov	3,64	0,95	3,41	1,31	0,175
e) kontrola hladiny cukru	3,40	1,01	3,20	1,43	0,269
f) starostlivosť o nohy	3,19	1,02	2,77	1,14	0,010*
g) prevencia komplikácií diabetu	3,04	1,16	2,67	1,26	0,041*
h) starostlivosť o oči	3,09	0,96	2,74	1,08	0,022*
i) užívanie alkoholu a diabetes	3,21	1,34	2,91	1,25	0,124

Legenda k významnosti štatistických výsledkov *p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Monitoring prekážok selfmonitoringu a starostlivosti o seba sme v položke O4 zisťovali ako hodnotia svoje praktické zručnosti pacienti pomocou Likertovej škály oboch skupín (1 – slabé, 5 – vynikajúce). Zaznamenali sme signifikantné rozdiely v odpovediach medzi EP a NP, pričom lepšie hodnotili svoje zručnosti EP. Signifikantné rozdiely sme zaznamenali v zručnostiach pri dodržiavaní diéty a kontrole hladiny glykémie – EP – $3,27 \pm 1,06$, NP $2,92 \pm 1,22$, $p = 0,045^*$, pri kontrole a udržiavaní si hmotnosti – EP – $3,27 \pm 0,93$, NP – $2,80 \pm 1,28$, $p = 0,002^{**}$, v možnostiach prevencie komplikácii diabetu – EP – $3,04 \pm 1,16$, NP – $2,67 \pm 1,26$, $p = 0,041^*$, pri starostlivosti o nohy – EP – $3,19 \pm 1,02$, NP $2,77 \pm 1,14$, $p = 0,010^*$, zručnosti pri starostlivosti o oči – EP – $3,09 \pm 0,96$, NP – $2,74 \pm 1,08$, $p = 0,022^*$.

Diskusia

Edukácia diabetikov by mali byť príležitosťou pre chorých ako riešiť emocionálne, sociálne, behaviorálne, duchovné a psychologické aj fyzické problémy v súvislosti s ochorením. Edukačný proces má pomôcť pacientom rozvíjať ich vedomosti, zručnosti, postoje a mieru sebauvedomenia, potrebnú pre účinné prevzatie zodpovednosti za svoje rozhodnutia týkajúce sa zdravia. Posilnenie prístupu k starostlivosti o diabetikov je problematikou psychosociálnej oblasti, ktorá pomáha jednotlivcom rozvíjať zručnosti a sebauvedomenie pri stanovovaní cieľov, riešení problémov, zvládání stresu, vyhľadávaniu sociálnej pomoci a motivácie. Pacienti by správne mali prijímať informované rozhodnutia o vlastnej diabetickej starostlivosti. Spoločné rozhodovanie predstavuje koncepčný posun vo vzťahoch medzi pacientmi a edukátorom. Pacienti už nie sú len spotrebitelia zdravotnej služby, ale aktívnymi partnermi v poskytovaní zdravotnej starostlivosti (Anderson et al, 1999). V zahraničnej literatúre sa často stretávame s edukáciou zameranou na selfmanažment ochorenia – **diabetes selfmanagement education** (DSME). Problematiku edukácie diabetika v selfmanažmente ochorenia považujeme za jednu z najprioritnejších, s čím súvisí diabeticke sebaopatera (Diabetic Self-Care). Prostredníctvom edukácie a reedukácie by mal každý diabetik disponovať vedomosťami a zručnosťami, ktoré mu poskytnú diabeticke sebaopateru. Cieľom edukačných stretnutí by malo byť pravidelné hodnotenie úrovne sebaopateru diabetika na celkovej úrovni.

Autorky Gurková, Žiaková realizovali výskum u pacientov s DM, kde vychádzali z predpokladu, že pacienti, ktorí absolvovali intenzívny edukačný program budú vo vyššej miere realizovať všetky činnosti významné v selfmanagemente DM ako pacienti, ktorí absolvovali edukáciu v rámci ambulantnej starostlivosti. Vzorku respondentov tvorilo 104 pacientov s diagnostikovaným DM 1. typu alebo DM 2. typu hospitalizovaných v NEDÚ v Lubochni v období 2006 - 2007. Do edukačného programu boli zaradení pacienti s DM 1, DM 2 na intenzifikovanom inzulínovom režime s cieľom zlepšenia metabolickej kompenzácie DM a reedukácie. Edukačný program pre pacientov s DM1T prebiehal vo forme skupinovej edukácie v rámci 10 dňového intenzívneho edukačného kurzu s maximálnym počtom 10 účastníkov v jednom kurze. Klinická efektívnosť programu v zmysle zmeny správania, spokojnosti s liečbou však nebola kontinuálne vyhodnocovaná. Na základe štatistického porovnávania Chikvadrát testom zaznamenali signifikantné rozdiely v selfmanažmente DM (v oblasti využívania sacharidových jednotiek, $p < 0,05$). Štatisticky nevýznamné rozdiely boli vo vykonávaní pravidelného selfmonitoringu, úpravách dávok inzulínu v špecifických situáciách ako aj vedení záznamu hypoglykémii (Gurková, Žiaková, 2008). V našom príspevku príčinou nevykonávania si selfmonitoringu glykémie, bol dôvod presvedčenia respondentov o jeho neužitočnosti. V komparácii odpovedí na túto položku týchto dvoch skupín sme zistili signifikantný rozdiel ($p = 0,019^*$). Ďalším dôvodom nerealizovania pravidelného selfmonitoringu na hladine významnosti ($p = 0,016^*$) bol ten, že respondenti selfmonitoring nerobia radi, toto zistenie bolo v prospech EP. Ďalším dôvodom v bariérach selfmonitoringu u našich respondentov na hladine významnosti $p < .01$ sme zistili nedostatok testovacích potrieb, v tejto položke dosiahli lepší priemer EP- 1,76 ako NP- 2,32. Selfmonitoring považujú NP – 2,49 za finančne nákladnejší ako EP – 1,91 a aj v tejto položke sme zistili signifikantný rozdiel v odpovediach sledovaných súborov ($p = 0,003^{**}$), čo tiež môžeme považovať za prekážku v realizovaní sledovania hladiny glykémie. Ďalšie signifikantné rozdiely v prekážkach selfmonitoringu sme zistili v oblastiach - pacienti meranie glykémie považujú za príliš veľký problém ($p = 0,048^*$), nemôžu si ju merať sami ($p = 0,003^{**}$), hladina glykémie sa im nemení často ($p = 0,0015^{**}$) a pociťujú diskomfort pri častom opakovanom pichaní do prstov ($p = 0,019^*$). Tieto dôvody bariér vo vykonávaní selfmonitoringu sme zaznamenali na signifikantnej hladine významnosti v prospech súboru EP. Gurková a Žiaková vo vyššie spomínanom výskume zistili prekážky v selfmonitoringu u pacientov s DM liečených intenzívnou inzulínovou liečbou, kde odporúčaný selfmonitoring pri dobre kompenzovanom DM na IIT predstavuje 3–4 merania glykémie denne. Iba 17,3 % pacientov na IIT sledovanom súbore vykonávalo uvedenú frekvenciu merania glykémie. Pacienti v tejto skupine najčastejšie uvádzali, že dôvodom nerealizovania denného selfmonitoringu predstavuje pre nich množstvom limit prúžkov do glukometra za mesiac, na ktorý majú nárok a vysoké finančné náklady spojené so zabezpečením prúžkov, čo autorky označili ako najvýraznejšiu bariéru v realizácii pravidelného denného selfmonitoringu (Gurková, Žiaková, 2008).

Ďalšími bariérami v selfmonitoringu a starostlivosti o seba sme v našej štúdii zistili v nedostatku zručností pre vykonávanie jednotlivých potrebných aktivít v diabetickej starostlivosti. V oblasti monitoring prekážok selfmonitoringu a starostlivosti o seba sme zisťovali ako hodnotia svoje praktické zručnosti pacienti pomocou Likertovej škály oboch skupín (1 – slabé, 5 - vynikajúce). V tejto oblasti sme zaznamenali signifikantné rozdiely v odpovediach medzi EP a NP, pričom lepšie hodnotili svoje zručnosti EP. Signifikantné rozdiely sme zaznamenali v zručnostiach pri dodržiavaní diéty a kontrole hladiny glykémie ($p = 0,045^*$), pri kontrole a udržiavaní si hmotnosti ($p = 0,002^{**}$), v možnostiach prevencie komplikácií diabetu ($p = 0,041^*$), pri starostlivosti o nohy ($p = 0,010^*$), zručnosti pri starostlivosti o oči ($p = 0,022^*$). V ostatných oblastiach priemery jednotlivých odpovedí boli vyššie u EP a však sa nám nepreukázala signifikantná hladina významnosti. Výsledky našej štúdie sme komparovali s výsledkami Muratu a kol., ktorí realizovali podobný výskum v Novom Mexiku a Arizone, porovnávali skupiny pacientov s DM liečených inzulínom, ktorí žiadali o doplnujúce edukačné stretnutia s inštrukciami potrebnými pre ich diabeticke sebaopateru a respondentov (instructed patient - IP), ktorí takúto starostlivosť odmietli (not instructed patient - NIP). Celkový počet respondentov bol 284 s dĺžkou trvania DM $15,1 \pm 10,3$ roka. Komparácia výsledkov oboch skupín s našimi výsledkami v oblasti hodnotenia zručnosti pacientmi uvádzame v table 8. Signifikantné rozdiely v komparovaných skupinách zaznamenali v oblastiach užívania inzulínu, príp. liekov, prevencie komplikácií diabetu a starostlivosti o oči (Murata et al., 2003). Celkovo inštruovaní pacienti voči našej skupine EP lepšie ohodnotili svoje zručnosti v oblastiach cvičenia, starostlivosti o nohy, prevencie komplikácií a starostlivosti o oči.

Tabuľka 4 Komparácia výsledkov úrovne zručností s výskumom Murata a kol. *

	EP		NP		p	IP*		NIP*		P*
	M	SD	M	M		M	SD	M	SD	
diéta a kontrola hladiny cukru v krvi	3,27	1,06	2,92	3,27	0,045 *	3,28	1,00	3,00	0,76	N
kontrola a udržiavanie hmotnosti	3,27	0,93	2,80	3,27	0,002 **	3,21	1,03	2,92	1,17	N
cvičenie	2,62	1,37	2,28	2,62	0,066	3,29	1,02	3,00	0,00	N
užívanie inzulínu/liekov	3,64	0,95	3,41	3,64	0,175	3,57	0,94	2,40	0,84	0,00 1**
starostlivosť o nohy	3,19	1,02	2,77	3,19	0,010 *	3,65	0,94	2,50	1,07	0,00 6**
prevencia komplikácií diabetu	3,04	1,16	2,67	3,04	0,041 *	3,47	0,94	2,21	1,05	0,00 1**
starostlivosť o oči	3,09	0,96	2,74	3,09	0,022 *	3,51	0,92	2,36	1,01	0,00 1 **

Legenda k významnosti štatistických výsledkov * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Záver

Selfmonitoring glykémie z hľadiska manažovania ochorenia u diabetikov je v dnešnej dobe dôležitou súčasťou bežnej rutinej starostlivosti. Pacienti však aj z dôvodu nedostatočnej edukácie o selfmonitoringu glykémie toto vyšetrenie nerealizujú a tým sa vystavujú vyššiemu riziku horšej kompenzácie diabetu, zhoršenia kvality života a zvýšenému výskytu alebo zrýchlenej progresie komplikácií diabetu.

Bibliografické odkazy

1. ANDERSON, R. M., PIBERNIK-OKANOVIC, M. The patient empowerment approach to diabetes care. In *Diabetologia croatica*, vol. 4, p. 28 – 33, 1999. ISSN 0350-1892
2. BACHMANN, M. O. et al. Socio-economic inequalities in diabetes complications, control, attitudes and health service use: a cross – sectional study. In *Diabetic medicine*; vol. 20, p. 921 – 929, 2003. ISSN 0742-3071.
3. Činnosť diabetologických ambulancií 2008. Edícia Zdravotnícka štatistika. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií. 2009. p. 19.
4. CLARK N. M. et al. Physician-patient partnership in managing chronic illness. In *Academic Medicine*; vol. 70, p. 957–960, 1995. ISSN 10402446.
5. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*, 1993, 329, p. 977–986.
6. FITZGERALD J. T. et al. The Influence of Treatment Modality and Ethnicity on Attitudes in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, vol. 23, no. 3, p. 313-318, 2000.
7. FITZGERALD J. T. et al. The Reliability of the Diabetes Care Profile for African Americans. *Evaluation and the Health Professions*. vol. 21, no.1, p. p. 209-231, 1998.
8. FRANCIOSI, M., LUCISANO, G., PELLEGRINI, F., et al. ROSES: role of self-monitoring of blood glucose and intensive education in patients with Type 2 diabetes not receiving insulin. A pilot randomized clinical trial. *Diab Medicine*, 2011,28, p. 789–796.
9. GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K. Hodnotenie efektívnosti edukácie pacientov v selfmanažmente diabetes mellitus. In *Kontakt – odborný a vedecký časopis pro zdravotně – sociální otázky*, vol. 10, no.1, s. 19 – 31, 2008. ISSN 1212-4117.
10. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global guideline for type 2 diabetes. International Diabetes Federation, 2012.
11. KARTER, A.J., ACKERSON, L.M., DARBINIAN, J.A., et al. Self-monitoring of blood glucose and glycemic control: the Northern California Kaiser Permanente Diabetes registry. *Am J Med*, 2001, 111, p. 1–9.
12. MAJERNÍKOVÁ, L. OBROČNÍKOVÁ, A. JAKABOVIČOVÁ, A. Edukácia pacienta s diabetes. In *MOLISA 4*. 2007, Prešov: FZ PU v Prešove.
13. MENSING, C. et al. National standards for diabetes self-management education. In *Diabetes Care*, vol. 23, p. 682–689, 2000. ISSN 0149-5992.
14. MURATA, G. H. et. al. Factors affecting diabetes knowledge in Type 2 diabetic veterans. In *Diabetologia*, vol. 46, p. 1170-1178, 2003.
15. POLONSKY, W.H., FISHER, L., SCHIKMAN, C.H., et al. Structured self-monitoring of blood glucose significantly reduces A1C levels in poorly controlled, noninsulin-treated type 2 diabetes. *Diab Care*, 2011, 34, p. 262–267.
16. SEQUIST, R.E., MILLER, M.E., BONDS, D.E., et al. The impact of frequent and unrecognized hypoglycemia on mortality in the ACCORD Study. *Diab Care*, 2012, 35, p. 409–414.
17. VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. In *Annals of Internal Medicine*; vol. 27, p. 1097–102, 1997. ISSN 0003-4819.

Kontakt na autora:

PhDr. Ľudmila Majerníková, PhD.

Katedra OSE FZO PU v Prešove

e-mail: majernikova@unipo.sk

STRACH A ÚZKOSŤ PACIENTA AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM V PERIOPERAČNOM OBDOBÍ

¹Miženková, E., ¹Rybárová, D., ¹Argayová, I., ²Jusková, M.

¹PU FZO, Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti

²FNSP J. A. Reimana Prešov, KAIM

Abstrakt

Úvod: Psychologická problematika pacientov v perioperačnom období je veľmi zložitá a vyžaduje tímovú spoluprácu v predoperačnej, intraoperačnej i pooperačnej starostlivosti. Pacient v tomto období prechádza veľmi náročnou etapou života a od zdravotníkov predpokladá odborný, profesionálny i psychologický prístup. Strach a úzkosť ovplyvňuje osobnosť pacienta, a má vplyv na celý liečebný proces. **Materiál a metodika:** Výskum sme realizovali formou dotazníka. Zvolili sme si neštandardizovaný štruktúrovaný dotazník pre pacientov. Dotazníky boli distribuované vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou J. A. Reimana v Prešove v období január – február 2015. Respondenti dotazník vyplňovali 24 hodín pred operáciou a časť dotazníka venovanému pooperačnému obdobiu 24 hodín po operácii. Výskum, ktorý sme realizovali mal charakter kauzálnu porovnávacieho výskumu, ex - post facto. Pre štatistické spracovanie bol použitý software STATISTICA 12. Údaje boli analyzované prostredníctvom deskriptívnej štatistiky. Pre štatistickú komparáciu sledovaných podskupín bol použitý Wilcoxonový párový test a štatistická metóda ANOVA Kruska - Wallisov test. **Výsledky:** Za najdôležitejší a najviac frekvencovanejší dôvod strachu a úzkosti u našich respondentov bol považovaný samotný chirurgický zákrok. Za ďalšie dôležité faktory považovali respondenti anestéziu, bolesť a vracanie po operácii. Emocionálny stav respondenti hodnotili negatívnejšie pred operačným zákrokom ako po jeho realizácii.

Diskusia: Pacientove potreby sa v jednotlivých fázach perioperačného obdobia líšia. V predoperačnom období vystupuje u pacienta do popredia najmä potreba informovanosti, zvládania strachu a redukcia úzkosti, naopak v pooperačnej fáze narastá u pacienta význam zvládania bolesti, uzdravenia sa a včasné zaradenie sa do bežného života. **Záver:** Analýza nie len našich výsledkov poukazuje na potrebu individuálneho prístupu k pacientom z hľadiska prežívania úzkosti a strachu. Zistenia nás tiež nabádajú k ďalšiemu sledovaniu tejto problematiky, kvôli zlepšeniu kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a vyššej spokojnosti a zároveň kvality života pacientov.

Kľúčové slová: Strach a úzkosť. Pacient. Perioperačná starostlivosť. Holistický prístup.

Abstract

Introduction: Psychological problems of patients in the perioperative period are very complex and require team work in the preoperative, intraoperative and postoperative care. In this period the patient passes through a very difficult stage of life and it is supposed to have vocational, professional and psychological approach from health care professional side. Fear and anxiety affects the personality of the patient, and affects the whole healing process as well. **Material and Methods:** The research was done using a questionnaire. We chose non-standardized structured questionnaire for patients. Questionnaires were distributed at University Hospital J.A. Raiman in Presov in the period from January to February 2015. Respondents filled out a questionnaire 24 hours before surgery and a part of the questionnaire devoted to post-operative period was filled in 24 hours after surgery. Research that we conducted was the nature of causal comparative research, ex - post facto. STATISTICA 12 software was used for statistical analysis. The data were analyzed through descriptive statistics. Wilcoxon paired test statistical method ANOVA and Kruskal-Wallis test were used for statistical comparison of the observed divisions. **Results:** The most important and the most frequent cause of fear and anxiety among our respondents were considered surgery itself. For other important factors anesthesia, pain and vomiting after surgery were considered by the respondents. The emotional condition of the respondents was evaluated negatively before the surgery than after its completion. **Discussion:** The patient's needs in various stages of the perioperative period are different from another. The need of information, coping with fear and anxiety reduction are dominant in preoperative period while in contrast the importance of pain management, early recovery, and integration into everyday life are increasing in the post operative period of surgery. **Conclusion:** The analysis of not only our results points the need for an individual approach to patients in terms of survival anxiety and fear. The findings also encourage us to follow-up of this matter, to improve the quality of nursing care and higher satisfaction and as well as at the same time the quality of patient life.

Keywords: Fear and anxiety. Patient. Perioperative care. A holistic approach.

Úvod

Strach a úzkosť sú prastaré emócie a ich pôvodným účelom je chrániť človeka pred poškodením a ohrozením. Sú normálne reakcie a patria do nášho života (Praško, Vyskočilová, Prašková 2011). Ich význam je pozitívny, ak sú zvládnuteľné. Iná situácia nastáva, ak sa tieto dva emočné prežitky vymknú kontrole a ovládaniu jedincom a stanú sa nezvládnuteľným utrpením a napokon zdravotným problémom (Vymětal et al. 2007). Ako popisuje Janíková, Zeleníková (2013), medzi strachom a úzkosťou nie sú striktné hranice, tieto pojmy je v praxi veľmi ťažké oddeliť. Vzájomne sa podmieňujú, dopĺňajú a splývajú spolu. Podľa Vymětala (2004) sú sprevádzané podobnými pocitmi a prejavmi a často sa vyskytujú spoločne. Predstavujú reakcie chorého na diskomfort, ktorý je daný ochorením, ale sú aj odpoveďou na možné riziko vlastného ohrozenia. Ovplyvňujú vnímanie a zvládanie bolesti i celý priebeh ochorenia, preto je dôležité pátrať po týchto obavách chorého a poskytnúť mu podporu na ich zvládnutie (Verešová et al. 2007). Pohyb pacienta v nemocnici je z psychologického hľadiska náročný a táto problematika chirurgicky liečených pacientov je pomerne zložitá. Chirurgický zákrok a predstava operácie naplňujú pacienta obavami o svoj život, ako aj strachom a úzkosťou z výkonu, ktorý má podstúpiť. Tieto emócie nepriaznivo vplyvajú na pacienta, čo sa môže následne prejavovať v zlej spolupráci a mnohokrát dochádza u pacienta aj k skratovému jednaniu. Ochorenie, ktoré si vyžaduje operačný zásah, predstavuje zásah do integrity pacienta. Pacient sa stáva bezmocný, zraniteľný, ohrozený a prežíva strach a úzkosť. Pre nekomplikovaný priebeh operácie a pooperačného obdobia je veľmi dôležitá predoperačná starostlivosť zameraná aj na emocionálnu stránku pacienta, s docielením jeho psychickej vyrovnanosti. Celá perioperačná starostlivosť, ktorá je poskytovaná v predoperačnom, intraoperačnom a pooperačnom období má prihliadať na pacientov psychický stav (Lančaričová et al. 2013). Starostlivosť musí mať hlavne preventívny charakter z hľadiska výskytu možných komplikácií, na vzniku ktorých sa často podieľa práve strach a úzkosť prežívaná pacientom (Magerčiaková 2012). Významné je vnímanie prežívania chorého v rámci jednotlivých fáz perioperačnej starostlivosti, s dôrazom na holistický prístup k pacientovi (Wendsche et al. 2012). V prípade nedostatočnej predoperačnej psychickej prípravy, pacienti udávajú obavy z prebudenia z narkózy počas operácie, alebo naopak, boja sa, že sa z nej nepreberú. Aj v pooperačnom období pacienti so strachom a úzkosťou často negatívne prežívajú stavy nevoľnosti a tieto negatívne emócie ovplyvňujú aj ich prežívanie. Postoj zdravotníkov by mal preto vychádzať nielen z profesionálnej odbornosti, ale aj vhodného psychologického pôsobenia. Ak pacient necíti pomoc a podporu, je nútený sa vyrovnávať s problémami sám a často krát práve tento fenomén vedie k jeho psychickým problémom.

Perioperačná ošetrovateľská starostlivosť

Ochorenie, ktoré si vyžaduje operačný zásah, predstavuje zásah do integrity pacienta. Pacient sa stáva bezmocný, zraniteľný, ohrozený a prežíva strach a úzkosť. Pre nekomplikovaný priebeh operácie a pooperačného obdobia je veľmi dôležitá predoperačná starostlivosť zameraná aj na emocionálnu stránku pacienta, s docielením jeho psychickej vyrovnanosti. Celá perioperačná starostlivosť, ktorá je poskytovaná v predoperačnom, intraoperačnom a pooperačnom období má prihliadať na pacientov psychický stav (Lančaričová et al. 2013). Starostlivosť musí mať hlavne preventívny charakter z hľadiska výskytu možných komplikácií, na vzniku ktorých sa často podieľa práve strach a úzkosť prežívaná pacientom (Magerčiaková 2012). Významné je vnímanie prežívania chorého v rámci jednotlivých fáz perioperačnej starostlivosti, s dôrazom na holistický prístup k pacientovi (Wendsche et al. 2012).

Význam uplatňovania holistického prístupu v perioperačnom období

Starostlivosť o chorého v operačnom prostredí je náročná a vzhľadom na pacientov aktuálny fyzický a psychický stav, je ním veľmi málo oceňovaná. Je dôležité venovať zvýšenú pozornosť potrebám chorého, potenciálnemu pochybeniu a starostlivosti o jeho dušu. Úspešná holistická starostlivosť berie na vedomie interakciu psychofyziologických potrieb, lebo každý chorý človek má skúsenosť so stavom psychofyziologickej nerovnováhy. Fyziologická nerovnováha vytvára psychosociálnu nerovnováhu, podobne psychosociálna nerovnováha je príčinou fyziologickej nerovnováhy, alebo poruchy. Každý očakávaný operačný výkon je u všetkých pacientov spojený s pocitom strachu a úzkosti. Pacient sa na operačnom sále dostáva do neznámeho prostredia a situácií, ktoré sám nemôže zásadne ovplyvniť. Je v plnej miere odkázaný na starostlivosť operačného tímu a musí mu dôverovať. Operácia je pre organizmus pacienta stresom i z biologického hľadiska, na ktorý organizmus reaguje. Ak sa k tomu pripojí veľká záťaž psychogénneho pôvodu napríklad úzkosť, môže dôjsť často k pooperačným komplikáciám. Úzkosť sa môže rozvinúť i nečakane a často vzniká už pri samotnej myšlienke na operačný výkon, prostredie i pooperačné ošetrovateľské intervencie. Veľmi často nevieme rozoznať či sa u pacienta jedná o strach alebo úzkosť. Kvalita starostlivosti poskytovaná pacientom kvalifikovanými sestrami je založená na profesionálnom a na pacienta zameranom prístupe. V dôsledku hospitalizácie a v súvislosti s operáciou, pacient stráca svoju identitu pohybu a možnosť sám o sebe rozhodovať. Ak sa ocitne v takejto

situácii a zároveň sa stretne s neprofesionálnym prístupom, zľahčovaním operácie, nevšímavosťou a zlou informovanosťou, dochádza u neho k pocitom strachu a úzkosti. Ošetrovateľské informácie, ktoré vedú k adaptácii chorého na operačný výkon sú zamerané na somatické potreby pacienta a dostatok informácií. Pri rozhovore je potrebné odpovedať na všetky pacientove otázky čo najúprimnejšie a najpravdivejšie. Vyžaduje sa dať pacientovi priestor, aby slovné vyjadril svoj strach alebo úzkosť, naslúchať mu, akceptovať jeho prejavy chovania a jeho obavy nebagatelizovať. Za veľmi významnú úlohu v perioperačnom období za účelom upokojenia pacienta a jeho psychickej podpory považuje Wendsche et al. (2012) haptický kontakt. Ako popisuje Croos – Müller (2012), láskyplný dotyk vedie k priamemu uvoľňovaniu a vyplavovaniu hormónu oxytocínu, ktorý odbúrava stresové hormóny a súvisí s emóciami – láskou a pokojom. Jemný dotyk vyvoláva dôveru a pohodu. Pacient očakáva v perioperačnom období záujem o svoju osobu. Odporúča sa dokonca návšteva pacienta anestéziologickou sestrou na oddelení deň pred operáciou, ale aj keď sa jedná o dobrú myšlienku, zväčša sa nedá realizovať s ohľadom na prevádzkové podmienky pracovníkov (Wendsche et al. 2012).

Strach a úzkosť ako ošetrovateľský problém

Strach a úzkosť zaraďujeme podľa taxonómie: Trieda 2 - zvládanie záťaže, Doména 9 zvládanie – tolerancia stresu (Tomagová, Bóriková et al. 2008). Úlohou diagnostiky je zisťovanie a meranie psychických vlastností a stavov u jednotlivca. Rozlišujeme dva hlavné diagnostické postupy, klinické a testové. Klinické neštandardizované postupy nie sú viazané prísnyimi pravidlami, nemajú štatistický základ, sú pružné a možno ich vhodne prispôbiť individualite vyšetrovanej osoby. Veľkú úlohu tu zohráva odborná erudovanosť sestier (Žucha, Čaplová et al. 2008). Testové metódy odpovedajú skôr na otázky týkajúce sa stránok osobnosti celkový obraz si utvárame na základe klinických metód (Svoboda et al. 2013). Sestra pri posudzovaní strachu a úzkosti využíva metódu rozhovoru, pozorovanie pacienta a fyzikálne vyšetrenie. Strach je subjektívny, často nenápadný. O prítomnosti strachu a úzkosti môže pacient sestru informovať, sestra na získavanie informácií využíva rozhovor. Zisťovať údaje z minulosti pacienta, ktoré majú významný vzťah k poznaniu osobnosti môže sestra z anamnézy. Na vývoj osobnosti ako celku, aj na okolnosti, ktoré vývoj osobnosti ovplyvnili sestra môže zistiť informácie z psychologической anamnézy. Strach a úzkosť sa prejavuje aj v mimike, gestike a pantomimike. Sestra si pri každom kontakte s pacientom všima výraz jeho tváre, pohľad, pohyby tela, prejavy emócií, reč, vzťah k objektom, k sebe a jeho celkové správanie sa (Svoboda et al. 2013). Emócie pacienta sa prejavujú aj v oblasti fyziologických zmien. Dochádza k vyplaveniu stresových hormónov a k zvýšenej stimulácii autonómneho nervového systému. Dôsledkom je búšenie srdca, problémy s dýchaním a iné príznaky (Croos – Müller 2012). Fyziologické funkcie a ich zmenené hodnoty sestra monitoruje *fyzikálnym vyšetrením*. Zmenené hodnoty odlišujúce sa od fyziologického rozpätia môžu signalizovať prítomnosť nadmerného strachu a úzkosti pacienta. Jednoduchými metódami, ktoré sestry môžu využívať na meranie strachu a úzkosti u pacientov v perioperačnom období sú posudzovacie stupnice - analógová škála, numerická posudzovacia škála a grafické posudzovacie škály.

Liečba strachu a úzkosti

Liečba musí byť vždy kombináciou viacerých terapeutických prístupov. Najefektívnejšia je kombinácia farmakoterapie a psychoterapie (Novotný et al. 2006). Farmakologické ovplyvňovanie strachu má výraznejšie uplatnenie v predoperačnej príprave chorých. Redukovať strach a úzkosť môžeme aj expresívnymi terapeutickými postupmi, ktoré sú založené na použití umeleckých médií imaginácií a pohybu. Pacient sa pri nich vyjadruje verbálne i neverbálne prostredníctvom špecifického média umeleckého a pohybového. Expresívne techniky umožňujú pacientom uvoľniť vnútorné napätie a úzkosť, ktorá sprevádza mnoho psychických i somatických ochorení (Vymětal et al. 2007).

Metodológia výskumu

Pre získanie relevantných údajov o prežívaní strachu a úzkosti pacientov v perioperačnom období sme si za hlavnú metódu zvolili neštandardizovaný štruktúrovaný dotazník pre pacientov. Dotazník je zostavený zo 14 položiek pre predoperačné obdobie a 8 otázok pre pooperačné obdobie. Z celkového počtu zostavených položiek bolo 12 zatvorených, 8 poloopených a 1 otvorená položka. Úvod dotazníka poskytol respondentom základné informácie o zameraní výskumu a spôsobe jeho vyplňovania. Súčasťou anonymného dotazníka boli demografické údaje - pohlavie a vek. V jednotlivých položkách sme zisťovali informácie, ktoré nám umožnili získať údaje v súlade so stanovenými cieľmi a hypotézami. Dotazníky boli distribuované vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou J. A. Reimana v Prešove v období január – február 2015, po získaní písomného súhlasu manažmentu nemocnice na základe schválenia Etickou komisiou Fakultnej nemocnice s poliklinikou J. A. Reimana v Prešove. Respondenti dotazník vyplňovali 24 hodín pred operáciou a časť dotazníka venovanému pooperačnému obdobiu 24 hodín po operácii. Vyplnený dotazník respondenti vkladali do priložených obálok, aby bola zachovaná anonymita pri zbere dát.

Výsledky a ich interpretácia

H1: Spúšťajúce faktory prispievajúce k strachu a úzkosti u pacientov v perioperačnom období sa na sledovaných oddeleniach nebudú líšiť

Pre vyhodnotenie hypotézy 1 sme analyzovali položky 4 a 17. Položky sme vyhodnotili na základe deskriptívnej štatistiky a druhostupňovej analýzy pomocou testu ANOVA.

Položka č.4: Z čoho pramení Váš strach a úzkosť? Označte aj viacero možností.

Tabuľka 1 Faktory strachu a úzkosti

Predmet strachu a úzkosti	TRAUO		CHIRO		UROLO		GYNEO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vracanie	7	23%	7	25%	8	27%	11	40%
bolesť	8	27%	11	40%	9	31%	5	18%
samota	2	6%	1	4%	0	0%	2	8%
operácia	15	50%	14	50%	12	41%	15	54%
narkóza	12	40%	6	21%	11	38%	15	54%
Iné	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Za najdôležitejší a najviac frekvencovanejší dôvod strachu a úzkosti u našich respondentov bol považovaný samotný chirurgický zákrok, pričom túto skutočnosť vyjadrilo približne 50% pacientov z každej kliniky. Za ďalšie dôležité faktory považovali respondenti anestéziu, bolesť a vracanie po operácii (Tabuľka 1).

Položka č.17: Ak pociťujete strach a úzkosť, viete vyjadriť z čoho pramení?

Tabuľka 2 Príčiny strachu a úzkosti

Príčiny	TRAUO		CHIRO		UROLO		GYNEO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
výsledok operácie	13	43%	13	46%	12	41%	20	71%
možné komplikácie	14	47%	17	61%	10	34%	8	28%
finančná strata	3	10%	0	0%	0	0%	0	%
dĺžka hospitalizácie	8	27%	1	4%	2	7%	3	11%
strata samostatnosti	2	7%	2	8%	4	14%	4	14%
odlúčenie od rodiny	3	10%	3	11%	1	4%	4	14%
iné	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Príčinami strachu a úzkosti v pooperačnom období u našich respondentov boli obavy z výsledku operačného zákroku a možných pooperačných komplikácií. Ostatné vyvolávajúce faktory ako dĺžka hospitalizácie, odlúčenie od rodiny, strata schopnosti samostatnosti boli vyjadrené probantami v nižšej frekvencii (Tabuľka 2).

Tabuľka 3 Štatistická analýza položiek 4 a 17

Položka 4	CHIRO	GYNEO	TRAUO	UROLO	ANOVA
	%	%	%	%	p
vracanie	25%	40%	23%	27%	0,0826
bolesť	40%	18%	27%	31%	0,0732
samota	4%	8%	6%	0%	0,6540
operácia	50%	54%	50%	41%	0,7625
narkóza	21%	54%	40%	38%	0,3258

Položka 17	CHIRO	GYNEO	TRAUO	UROLO	ANOVA
	%	%	%	%	p
výsledok operácie	46%	71%	43%	41%	0,0452
možné komplikácie	61%	28%	47%	34%	0,0485
finančná strata	0%	0%	10%	0%	0,3214
dĺžka hospitalizácie	4%	11%	27%	7%	0,0596
strata samostatnosti	8%	14%	7%	14%	0,7254
odlúčenie od rodiny	11%	14%	10%	4%	0,4582

V položke 4 sme zisťovali dôvody strachu a úzkosti v predoperačnom období. Ako máme možnosť sledovať výsledky v tabuľke 3, pacienti sa signifikantne neodlišovali vo vnímaní faktorov vyvolávajúcich negatívne emócie, pričom medzi najdôležitejšie bol samotný operačný výkon, anestézia, komplikácia z anestézie (vracanie) a bolesť.

V položke 17 sme zisťovali dôvody strachu a úzkosti v pooperačnom období. Pomocou štatistickej analýzy sme zistili dva signifikantné rozdiely medzi komparovanými skupinami respondentov, a to z obáv výsledku operácie a možných komplikácií. V ostatných oblastiach sme nepozorovali signifikantné rozdiely. Na základe týchto skutočností sme vyhodnotili hypotézu H1 ako potvrdenú.

H2: Intenzita strachu a úzkosti u pacientov bude v pooperačnom období nižšia ako v predoperačnom čase

Pre vyhodnotenie hypotézy 2 sme analyzovali položky 2, 3, 15 a 16. Položky sme vyhodnotili na základe deskriptívnej štatistiky (M,SD) a druhostupňovej analýzy pomocou Wilcoxonovým párovým testom.

Položka č.2: Ako ste emocionálne vyrovnaný/á pred operačným výkonom?

Tabuľka 4 Emocionálna vyrovnanosť pred operačným zákrokom

Hodnotenie	TRAUO		CHIRO		UROLO		GYNEO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
áno, som	14	47%	0	0%	8	27%	4	14%
skôr áno ako nie	8	27%	5	18%	10	34%	3	11%
skôr nie ako áno	8	27%	13	46%	6	21%	12	43%
nie som	0	0%	10	36%	5	17%	9	32%
M	1,8		3,17		2,27		2,92	
SD	0,84		0,72		1,07		1,02	

Položku emocionálnej vyrovnanosti respondentov pred operačným zákrokom sme vyhodnocovali v percentuálnej a v relatívnej početnosti. Na základe priemerného skóre (použili sme signovanie 1- áno som, 2- skôr áno ako nie, 3 - skôr nie ako áno, 4- nie som) sme dospeli k faktu, že pacienti chirurgickej kliniky najhoršie udávali svoj emocionálny predoperačný stav (M 3,17±0,72). Najpozitívnejšie skóre uviedli pacienti hospitalizovaní na traumatologickej klinike (M 1,8±0,84).

Položka č.3: Ak pociťujete strach a úzkosť, označte na stupnici od 1 do 5 číslo, ktoré najviac charakterizuje Váš strach a úzkosť?

Tabuľka 5 Vyjadrenie intenzity strachu a úzkosti

Hodnotenie	TRAUO		CHIRO		UROLO		GYNEO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	5	17%	6	21%	2	7%	1	4%
2	6	20%	8	29%	7	24	3	11%
3	6	20%	1	4%	12	41%	5	18%
4	8	27%	10	36%	3	10%	7	25%
5	5	17%	3	11%	5	17%	9	32%
M	3,06		2,85		2,07		3,86	
SD	1,36		1,24		1,16		1,13	

Položku č.3 týkajúcu sa intenzity prežívania emócií strachu a úzkosti pred operačným zákrokom sme vyhodnocovali pomocou priemerného skóre, pričom najoptimálnejšie hodnotili svoj emocionálny stav v tejto oblasti respondenti hospitalizovaní na urologickej klinike ($M\ 2,07 \pm 1,24$) a najhoršie na gynekologickej klinike ($M\ 3,86 \pm 1,13$).

Položka č.15: Ako sa cítite emocionálne po operácii?

Tabuľka 6 Emocionálna vyrovnanosť po operačnom zákroku

Hodnotenie	TRAUO		CHIRO		UROLO		GYNEO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Veľmi dobre	3	10%	0	0%	2	7%	3	11%
Dobre	20	67%	22	79%	23	79%	19	68%
Zle	7	23%	6	21%	4	14%	6	21%
Veľmi zle	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
M	2,13		2,21		2,06		2,1	
SD	0,58		0,52		0,58		0,61	

Pre vyhodnotenie položky č. 15 sme použili signovanie 1 – veľmi dobre, 2 – dobre, 3 – zle, 4 – veľmi zle. Najlepšie priemerné skóre vo vyhodnotení emocionálneho stavu v pooperačnom období dosiahli respondenti urológie ($M\ 2,06$), najhoršie pacienti hospitalizovaní na chirurgickej klinike ($M\ 2,21$). Celkové skóre u všetkých probantov bolo približne rovnaké, na úrovni signovania 2 – čo označuje dobrý emocionálny stav.

Položka č.16: Ak pociťujete strach a úzkosť, označte na stupnici od 1 do 5 číslo, ktoré najviac charakterizuje Váš strach a úzkosť?

Tabuľka 7 Vyjadrenie intenzity strachu a úzkosti

Hodnotenie	TRAUO		CHIRO		UROLO		GYNEO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	9	30%	0	0%	6	21%	1	4%
2	8	27%	9	32%	11	38%	3	11%
3	5	17%	16	57%	5	17%	6	21%
4	5	17%	3	11%	3	10%	9	32%
5	2	7%	0	0%	1	4%	7	25%
M	3,46		2,78		3,30		3,75	
SD	1,29		0,63		1,08		1,19	

Položku č.16 týkajúcu sa intenzity prežívania emócií strachu a úzkosti po operačnom zákroku sme vyhodnocovali pomocou priemerného skóre, pričom najoptimálnejšie hodnotili svoj emocionálny stav v tejto oblasti respondenti hospitalizovaní na chirurgickej klinike ($M\ 2,78 \pm 0,63$) a najhoršie na gynekologickej klinike ($M\ 3,75 \pm 1,19$).

Tabuľka 8 Štatistická analýza položky 2, 3, 15, 16

	Pred operáciou	Po operácii	Z	Difere n- ciácia	p
Emocionálny stav pred a po operačnom zákroku	M 2,54	M 1,45	2,034	2	0,0434
	SD 1,06	SD 0,94			
Intenzita strachu pred a po operačnom zákroku	M 2,96	M 1,90	2,436	2	0,0148
	SD 0,97	SD 1,05			

Položku emocionálnej vyrovnanosti respondentov pred operačným zákrokom sme vyhodnocovali na základe priemerného skóre, výsledky sme komparovali s údajmi v položke 15, kde sme zisťovali emočný stav po operácii. Wilcoxonovým párovým testom sme porovnávali výsledky hodnotenia odpovedí našich respondentov v položkách 2 voči hodnoteniam v položke 15. Označené výsledky sú významné na hladine $p < 0,05000$ (pozri tabuľku 8). Emocionálny stav respondenti hodnotili negatívnejšie pred operačným zákrokom ako po jeho realizácii. V položkách 3 a 16 sme porovnávali hodnotenie intenzity pociťovania strachu a úzkosti pomocou škály 1 až 5. Pred operačným zákrokom bola priemerná škálová hodnota $2,96 \pm 0,97$ a po jeho realizácii $1,90 \pm 1,05$, čo značí že intenzita negatívnych emócií ako strach a úzkosť boli po výkone redukované. Výsledky Wilcoxonovho párového testu preukázali na signifikantný rozdiel medzi intenzitou strachu pred a po operačnom zákroku. Na základe týchto skutočností sme hypotézu H2 vyhodnotili ako potvrdenú.

Diskusia

V našej práci sme predpokladali, že spúšťajúce faktory prispievajúce k strachu alebo úzkosti u pacientov v perioperačnom období sa na sledovaných oddeleniach nebudú líšiť. V položke č. 4 sme zisťovali dôvody strachu a úzkosti v predoperačnom období. Pacienti sa vo vyjadreniach na túto položku signifikantne neodlišovali, čiže vo vnímaní faktorov vyvolávajúcich negatívne emócie v predoperačnom období. Medzi najdôležitejšie faktory strachu a anxiety patrili samotný operačný výkon, anestézia, komplikácia z anestézie (vracanie) a bolesť. V položke č. 17 sme zisťovali dôvody strachu a úzkosti v pooperačnom období. Pomocou štatistickej analýzy sme zistili dva signifikantné rozdiely medzi komparovanými skupinami respondentov, a to z obáv výsledku operácie a možných komplikácií, ktoré dosiahli signifikantnejšie vyššiu frekvenciu odpovedí u probantov gynekologickej a chirurgickej kliniky. V ostatných oblastiach ako obavy z finančnej straty, dĺžky hospitalizácie, straty samostatnosti a odlúčenia od rodiny sme nepozorovali signifikantné rozdiely. Mačejovská (2008) vo svojom výskume zameranom na strach v predoperačnom období dospela z výsledkov výskumu k záveru, že dominantným zdrojom strachu u pacientov v predoperačnom období bol strach z výsledku operácie a z priebehu samotnej operácie. Anestéziu ako zdroj strachu uviedli pacienti až na treťom mieste. Tieto výsledky výskumu môžu byť podmienené skutočnosťou, že pacienti od operácie očakávajú vyriešenie svojho zdravotného problému a preto jej pripisujú väčší význam. Operačný zákrok predstavuje zásah do integrity človeka, čo sa v predstavách pacientov spája s výskytom komplikácií, ktoré môžu ohroziť aj život.

Viars (2009) poukazuje na skutočnosť, že u pacientov sa zvýšená úroveň úzkostného prežívania spája s dlhšou dobou hospitalizácie a zvýšeným vnímaním bolesti. Predoperačná úzkosť býva spojená najmä s pomalším hojením rán, oslabením imunity, zvýšeným výskytom infekcií a abnormálnymi životnými funkciami.

Dvořáková a Gornerová (2012) realizovali štúdiu v Českej republike zameranú na strach z bolesti u hospitalizovaných pacientov. Výskum bol zameraný na porovnávanie strachu z malej bolesti, veľkých bolestí a lekárskeho výkonu u pacientov hospitalizovaných na chirurgickom oddelení pred a po operačnom výkone. Pre zber údajov bol použitý dotazník Fear of Pain Questionnaire III (Dotazník strachu z bolesti-FPQ-III CZ) doplneného o anamnestické údaje. Pri porovnávaní strachu z bolesti pred a po operačnom výkone bol jasný rozdiel, u pacientov po operačnom výkone sa strach zmiernil. Autorky z výsledkov dospeli k názoru, že u pacientov pred operáciou je oprávnený väčší strach z bolesti, pretože u nich pretrvávajú neistota z operácie, ktorá do určitej miery prehĺbuje aj strach z bolesti. V pooperačnom období bol udávaný strach z bolesti viditeľne nižší. Správne posúdenie a adekvátne diagnostikovanie potrieb pacienta je základom pre kvalitné a efektívne plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Pacienti požadujú od sestry zaistenie súkromia, t.j. intimity, dôstojnosti, rešpektovanie ich hodnôt a presvedčení, podporovanie a zapojenie ich do rozhodovania, zabezpečenia ich psychickej a fyzickej pohody, bezpečia a istoty. Pacienti a verejnosť hodnotia profesionalitu sestier podľa ich správania, prejavov a spôsobov komunikácie.

Záver

V realizovanom výskume sme zisťovali a analyzovali faktory, ktoré najčastejšie prispievali k strachu a úzkosti u našich pacientov v perioperačnom období, zisťovali sme aká je intenzita strachu a úzkosti pacientov v predoperačnej a pooperačnej na vybraných chirurgických pracoviskách. Na základe našich zistení je potrebné, aby sa pacientom už v predoperačnej starostlivosti podali dostatočné informácie o predoperačnom ale aj pooperačnom priebehu. Aby sa spúšťajúce faktory a intenzita strachu a úzkosti v perioperačnom období znížili je potrebné rešpektovať individuálne vlastnosti a osobitosti pacienta pri uspokojovaní biopsychosociálnych potrieb a aplikovať princípy holistického prístupu v perioperačnom období, plne zabezpečiť psychickú prípravu pacienta v kooperácii s ďalšími odborníkmi súčinnými pri chirurgickej perioperačnej starostlivosti, ktorá spočíva v plnej informovanosti a v časovom predstihu, aby sa pacient s podanými informáciami dokázal vnútorne stotožniť. Za dôležité považujeme

komunikovať s pacientom vhodným spôsobom, pri ktorom sa budú využívať správne zásady verbálnej a neverbálnej komunikácie, povzbudzovať pacienta k samostatnému vyhľadávaniu informácií, nie len o samotnom zákroku ale aj o svojom zdraví, starostlivosti po výkone a pod. Celoživotné vzdelávanie by malo prispieť k tomu, aby mala sestra dostatok aktuálnych informácií z oblasti psychológie, komunikácie, etiky, chirurgie a ošetrovateľstva a následne vedela tieto poznatky aplikovať do starostlivosti o pacientov aj ohľadom zvládania strachu a úzkosti v perioperačnej starostlivosti. Zo strany zamestnávateľa je potrebné vytvárať vzdelávacie možnosti pre sestry na získavanie a výmenu skúseností v oblasti starostlivosti o psychiku pacienta o najnovších poznatkoch a trendoch ako aj prezentovať na seminároch sestier, národných a medzinárodných konferenciách špecifiká starostlivosti o psychickú stránku chirurgických pacientov, čo môže výrazne pomôcť začínajúcim a neskúseným sestram v chirurgickej ošetrovateľskej starostlivosti.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DVOŘÁKOVÁ, V., GÖRNEROVÁ, L. Rozdíly ve strachu z bolesti před a po operačním výkonu u chirurgických pacientů. In: *Diagnóza v ošetrovateľstve, Nové trendy v odbore.: zborník príspevkov z vedecko – odbornej konferencie*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, 2012, ISBN 978-80-8082-524, s.
2. CROOS-MÜLLER, C. *Odvahu! Knížka o přežití. Okamžitá pomoc při strachu, úzkosti a panice*. Praha: Grada Publishing, 2012. 40s. ISBN 978-80-247-4595-4.
3. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. *Ošetrovateľská péče v chirurgii*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 256s. ISBN 978-80-247-4412-4.
4. LANČARIČOVÁ, D., et al. Postupy v prevencii vzniku chirurgických infekcí. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2013, č. 9-10, s.38-39.
5. MAČEJOVSKÁ, M. *Strach v predoperačnom období*: diplomová práca. Prešov: VŠZaSP sv. Alžbety, 2008. 72s.
6. MAGERČIAKOVÁ, M. *Možnosti ošetrovateľstva pri eliminácii stresogénnych faktorov u chirurgických pacientov*. [on line]. [cit.2014-10-15]. Dostupné na: <http://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/moznosti-osetrovatelstva-pri-eliminacii-stresogennych-faktorov-u-chirurgickyh-pacientov>.
7. NOVOTNÝ, V., et al. *EPIA. Epidemiológia vybraných úzkostných porúch na Slovensku*. Nové Zámky: Psychoprof, 2006. 216s. ISBN 80-968-798-6-3.
8. PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J. *Úzkost a obavy. Jak je překonat. Rádci pro zdraví*. Praha: Portál, 2011. 232s. ISBN 978-80-7567-986-6.
9. SVOBODA, M., et al. *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013. 488s. ISBN 978-80-262-0363-6.
10. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I., et al. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2008. 198 s. ISBN 80-8063-270-0
11. VEREŠOVÁ, M., et al. *Psychológia*. Martin: Osveta, 2007. 191s. ISBN 80-8063-239-1.
12. VIARS, J. Anxiety and Open Heart Surgery. In *Medsurg Nursing: Official Journal of The Academy of Medical-Surgical Nurses*. ISSN 1092-0811, 2009, vol. 18, no. 5, p. 238-285.
13. VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí: jak jim předcházet a jak je překonávat*. Praha: Portál, 2004. 184s. ISBN 80-7178-830-9.
14. VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací: Efektivní komunikace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 328s. ISBN 978-80-247-2614-4.
15. VYMĚTAL, J., et al. *Speciální psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 400s. ISBN 978-80-247-1315-1.
16. WENDSCHE, P., et al. *Perioperační ošetrovateľská péče*. Galén, 2012. 117s. ISBN 978-80-7262-894-0.
17. ZELENÍKOVÁ, R., et al. Obsahová validizácia ošetrovateľskej diagnózy strach. In *Kontakt*. ISSN 1212-4117. 2012, roč. 14, č. 1, s. 30-38.
18. ŽUCHA, I., ČAPLOVÁ, T., et al. *Lekárska psychológia*. Bratislava: vyd. Univerzita Komenského, 2008. 208s. ISBN 978-80-223-2439-7.

Kontakt na autora:

PhDr. Ľudmila Miženkova, PhD.

Katedra UZS FZO PU v Pršove

ludmila.mizenkova@unipo.sk

SPRÁVANIE DOJČIAT A BATOLIAT PRI JEDENÍ A KONZUMÁCIA SLADKOSTÍ

Slávka Mrošková¹, Alena Schlosserová¹, Alena Suranovská²

¹ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

² Nemocnica Poprad, a.s.

Abstrakt

Úvod. Rodič zohráva významnú úlohu pri formovaní správania detí pri jedení. Nevhodné praktiky kŕmenia rodičov môžu byť reakciou na špecifika potravinového správania dieťaťa. **Cieľ.** Posúdiť správanie detí pri jedení v období výlučne mliečnej výživy a konzumáciu sladkostí/sladkých nápojov a prisladzovania jedla. **Metodika.** V období február – marec 2012 sme posudzovali správanie detí pri jedení a frekvenciu podávania sladkostí/sladkých nápojov rodičmi a prisladzovanie jedla v priebehu prvého roka života dieťaťa. Vzorku tvorilo 53 detí vo veku 7 mesiacov až 3 roky. Pri analýze sme použili Spearmanov korelačný koeficient. **Výsledky.** Zistili sme pozitívne signifikantné korelácie medzi prisladzovaním stravy a frekvenciou konzumácie sladkostí ($r:0,294$) a sladkých nápojov ($r:0,403$). Súčasne sme identifikovali pozitívnu signifikantnú koreláciu medzi „vnímavosťou voči jedlu“ a prisladzovaním jedla ($r:0,317$), a „zdĺhavosťou jedenia“ a prisladzovaním stravy ($r:0,306$) / frekvenciou konzumácie sladkostí ($r:0,271$). **Záver.** Niektoré aspekty správania detí pri jedení majú súvis s prisladzovaním stravy a ponúkaním sladkostí/sladkých nápojov rodičmi. Praktiky kŕmenia používané rodičmi sú pravdepodobne determinované správaním sa detí pri prijímaní jedla.

Kľúčové slová: Správanie pri jedení, Dojča, Batola, Sladkosť, Sladký nápoj, Prisladzovanie jedla

Abstract

Introduction. Parents play an important role in shaping the eating behavior. Inappropriate feeding practices of parents can be a reaction to the specifics of child eating behavior. **Aim.** Assess the eating behavior of children during period of exclusively milk feeding and consumption of sweets / sweet drinks and sweetening food. **Methods.** In February-March 2012, we assessed the eating behavior of children and frequency of offering the sweets / sweet drinks by parents and sweetening food during the first year of life. The sample consisted of 53 children aged 7 months to 3 years. **Results.** We found significant positive correlations between food sweetening and frequency of consumption of sweets ($r: 0.294$) and sweet drinks ($r: 0.403$). At the same time we identified positive significant correlation between “food responsiveness” and food sweetening ($r: 0.317$), and “slowness in eating” and food sweetening ($r: 0.306$) / frequency of sweet eating ($r: 0.271$). **Conclusion.** Some aspects of eating behavior related to sweetening food and offering sweets/sweet drink by parents. Feeding practices used by parents are likely to be determined by eating behavior of children.

Keywords: eating behavior, infant, toddler, sweet, sweet drink, sweetening food.

Úvod

Správanie detí pri jedení, resp. potravinové správanie, môže byť príčinou vzniku mnohých nutrične podmienených ochorení, vrátane nadváhy/obezity. Na vzniku nadváhy/obezity sa podieľajú determinanty genetického a environmentálneho charakteru.

Výskumy poukazujú na prepojenosť medzi potravinovým správaním detí / ich apetítom a stavom telesnej hmotnosti (Carnell, Wardle, 2008; Llewellyn et al., 2010; Santos et al., 2011; Viana et al., 2008). Rodičia formujú potravinové správanie dieťaťa, vplyvajú na jeho postoje a presvedčenia o jedle (Rhee, 2008). Rodičia môžu mimovoľne podporovať excesívny nárast hmotnosti používaním nevhodného správania sa pri kŕmení svojho dieťaťa (Clark et al., 2007).

Ciele

Posúdiť správanie detí pri jedení v období výlučne mliečnej výživy a frekvenciu konzumácie sladkostí/sladkých nápojov deťmi v prvom roku života, a prisladzovanie potravy dieťaťa (tj. prídavok cukrov do jedla podávanému dieťaťu za účelom zvýšenia jeho palatability).

Súbor

Do výskumu sa zapojilo 53 respondentov – matiek detí (vekové rozmedzie detí: 7 mesiacov až 3 roky). Priemerný vek matiek bol 32,26 rokov (SD – 4,78, rozmedzie: 22 – 43 rokov). Ukončené stredoškolské vzdelanie s maturitou uviedlo 47,2% respondentiek, 45,3% malo ukončené vysokoškolské vzdelanie a 7,5% respondentiek strednú školu bez maturity.

Metodika

Správanie detí pri jedení bolo posudzované s použitím „Baby eating behavior questionnaire“ (BEBQ), ktorého preklad a použitie bolo so súhlasom autorov (Llewellyn et al., 2010). BEBQ pozostáva z 18 tvrdení, ktoré posudzujú správanie dieťaťa pri jedení, v období výlučne mliečnej výživy, bez ohľadu na druh prijímaného mlieka (materské mlieko, náhradná mliečna výživa). Pri jednotlivých tvrdeniach bola použitá 5-zložková Likertova škála (1: nikdy, 5: vždy). BEBQ zahŕňa 5 subškál:

- „pôžitok z jedla“ (4 tvrdenia), táto subškála umožňuje identifikovať intenzitu chuti mlieka u dieťaťa, tj. meria záľubu dieťaťa k mlieku a jeho príjmu,
- „vnímavosť k jedlu“ (6 tvrdení) posudzuje ako náročné je dieťa s ohľadom na kŕmenie a jeho schopnosť reagovať na vonkajšie podnety týkajúce sa príjmu jedla, ktorou sa identifikuje náročnosť dieťaťa v oblasti kŕmenia a citlivosť voči vonkajším podnetom hladu a sýtosti,
- „vnímavosť voči sýtosti“ (3 tvrdenia) posudzuje ako ľahko sa dojča zasýti počas príjmu jedla, čo naznačuje citlivosť voči vnútorným podnetom sýtosti,
- „zdĺhavosť jedenia“ (4 tvrdenia), ktorá meria rýchlosť jedenia, rýchlosť ako dieťa ukončí príjem mlieka,
- „celkový apetít“ (1 tvrdenie), meria celkovú chuť do jedla (Llewellyn et al., 2011).

U detí, ktoré dosahujú vyššie priemerné hodnoty v subškále „vnímavosť voči sýtosti“ sa predpokladá rýchlejšie zasýtenie počas príjmu mlieka, tieto deti dokážu lepšie reagovať na vrodene signály sýtosti. Vyšší priemer v subškále „zdĺhavosť jedenia“ poukazuje na to, že dieťa pije mlieko pokojnejšie, pomalšie. Vyššie hodnoty v subškálach „celkový apetít“, „pôžitok z jedla“ a „vnímavosť k jedlu“ poukazujú na veľkú chuť do jedla u dieťaťa, väčšie množstvo prijatého mlieka, nedostatočné reagovanie na vnútorné podnety sýtosti, pričom tieto deti naopak vo väčšej miere reagujú na stimuly z externého prostredia (napr. senzorické stimuly jedla) (Llewellyn et al., 2010).

Respondentky ďalej uvádzali:

- frekvenciu konzumácie sladkostí/sladkých nápojov u svojho dieťaťa v priebehu prvého roku života (1: nikdy, 2: 1x mesačne, 3: 2-3x mesačne, 4: 1-2x týždenne, 5: 3-4x týždenne, 6: 5-6x týždenne, 7: 1x denne, 8: viac krát denne)
- prisladzovanie podávaného mlieka/komplementárnych príkrmov v priebehu prvého roku života.

Pri tejto položke bola použitá 5-zložková Likertova škála (1: nikdy, 5: vždy).

Pre výber respondentov boli stanovené nasledujúce kritériá: zahrňujúce – matky detí s maximálnym vekom 3 rokov a minimálnym 7 mesiacov, vylučujúce – dieťa respondentu malo diagnostikované vážne ochorenie (v období výlučne mliečnej výživy) vyžadujúce si špecifický prístup pri stravovaní.

Výskum bol realizovaný v období február – marec 2012. Respondentky boli oslovené v predškolských zariadeniach v mestách Poprad, Prešov a osobným kontaktom. Návratnosť dotazníkov bola 66%. Údaje boli uvádzané respondentmi retrospektívne. Respondenti boli oboznámení s cieľom a zameraním výskumu a súhlasili so zaradením do výskumného procesu.

Štatistické spracovania dát bolo realizované s použitím SPSS 17.0. Z dôvodu negatívneho výstupu Skewness testu sme použili neparametrickú štatistiku spracovania údajov – Spearmanov korelačný koeficient. Pri hodnotení štatistickej významnosti bola použitá hladina významnosti $p < 0,05$.

Výsledky

V tabuľke 1 sumarizujeme deskriptívne údaje pri jednotlivých subškálach BEBQ. Zistili sme vysoké priemerné hodnoty v subškále „celkový apetít“ ($M = 3,99$) a „pôžitok z jedla“ ($M = 3,63$), čo poukazuje na veľkú chuť detí a väčší príjem mlieka. Priemerné hodnoty v subškálach „vnímavosť voči jedlu“ ($M = 1,75$) a „vnímavosť voči sýtosti“ ($M = 2,86$) súčasne poukazujú na to, že v skúmanej skupine majú deti ešte zachovanú vrodenu schopnosť reagovať na vnútorné podnety hladu a sýtosti (tab. 1).

Tabuľka 1 Deskriptívne údaje v jednotlivých subškálach BEBQ

subškály BEBQ	M (SD)
celkový apetít	3,99 (1,07)
pôžitok z jedla	3,63 (0,60)
vnímavosť voči jedlu	1,75 (0,75)
vnímavosť voči sýtosti	2,86 (0,69)
zdĺhavosť jedenia	2,23 (0,61)

M – priemerná hodnota, SD – štandardná odchýlka

Možné rozmedzie: 1 – 5

Zistená priemerná hodnota dosladzovania jedla v prvých 12. mesiacoch života dieťaťa bola 1,77 (SD – 0,84). Takmer polovica respondentov (47,2%) nedosladzovala podávané mlieko resp. nemliečne príkrmy, 30,2% matiek „zriedka“ a 20,8% „niekedy“. Možnosť „väčšinou“ zvolila jedna respondentka (1,9%) a „vždy“ ani jedna.

Priemerná hodnota frekvencie podávania sladkostí bola 2,64 (SD – 2,07), čo prislúcha hodnote 1–2x mesačne. 49,1% matiek v prvom roku vôbec sladkosti dieťaťu nepodalo, 18,9% 1–2x týždenne. Zhodne 7,5% matiek (n = 4) podávalo sladkosti s frekvenciou 5–6x týždenne, resp. 1-krát denne. Priemerný príjem sladkých nápojov deťmi v priebehu prvého roka života bol 2,30 (SD – 2,13). Táto hodnota prislúcha frekvencii 1 x mesačne. Dominantne – 66,0% matiek – sme zistili, že matky nepodali sladký nápoj svojmu dieťaťu. 5 respondentiek (9,4%) podávalo sladký nápoj 1-krát denne, zhodne 7,5% respondentiek podávali sladký nápoj s frekvenciou 1–2x týždenne resp. 5–6 x týždenne.

Tabuľka 2 Korelácie medzi subškálami BEBQ a prisladzovaním stravy, frekvenciou príjmu sladkostí/sladkých nápojov

subškály BEBQ	prisladzovanie stravy	frekvencia konzumácie sladkostí	frekvencia príjmu sladkých nápojov
celkový apetít	0,015	-0,042	0,015
pôžitok z jedla	0,045	-0,279*	0,024
vnímavosť voči jedlu	0,317*	0,099	0,169
vnímavosť voči sýtosti	-0,213	-0,052	-0,217
zdĺhavosť jedenia	0,306*	0,271*	0,141

*korelácia je signifikantná pri úrovni 0,05, **korelácia je signifikantná pri úrovni 0,01

Koreláciou medzi subškálami BEBQ a frekvenciou príjmu sladkostí/sladkých nápojov resp. prisladzovaním stravy sme zistili niekoľko signifikantných javov (tab. 2):

- so stúpajúcou tendenciou reagovania dieťaťa na vonkajšie stimuly jedla (subškála „vnímavosť voči jedlu“) stúpa prisladzovanie stravy (r:0,317),
- so stúpajúcou tendenciou konzumovať jedlo pomalšie (subškála „zdĺhavosť jedenia“) stúpa prisladzovanie stravy dieťaťa (r:0,306) a frekvencia konzumácie sladkostí (r:0,271),
- so stúpajúcou tendenciou „pôžitku z jedla“ klesá frekvencia konzumácie sladkostí (r:-0,279).

Tabuľka 3 Korelácie v sledovaných parametroch (prisladzovanie stravy, frekvencia konzumácie sladkostí/sladkých nápojov)

sledované parametre	prisladzovanie stravy	frekvencia konzumácie sladkostí	frekvencia príjmu sladkých nápojov
prisladzovanie stravy	-	0,294*	0,403**
frekvencia konzumácie sladkostí	0,294*	-	0,617**
frekvencia príjmu slad. nápojov	0,403**	0,617**	-

*korelácia je signifikantná pri úrovni 0,05, **korelácia je signifikantná pri úrovni 0,01

Korelačný vzťah medzi parametrami týkajúcimi sa dosladzovania stravy dieťaťa a frekvenciou príjmu sladkostí/sladkých nápojov je uvedený v tabuľke 3. Výsledky výskumu poukazujú na signifikantnú pozitívnu koreláciu medzi všetkými sledovanými premennými.

Diskusia

Podľa našich znalostí asociácie medzi subškálami BEBQ a oblasťami týkajúcimi sa prisladzovania jedla a frekvenciou príjmu sladkostí / sladkých nápojov dieťaťom nebola skúmaná, avšak v predkladanom výskume viedla k identifikácii niekoľkých signifikantných javov. S predlžovaním dĺžky konzumácie jedla sa zvyšuje tendencia prisladzovať jedlo a rovnako zvyšuje frekvencia konzumácie sladkostí. Dosladzovanie stravy je formou používanou rodičmi k podpore príjmu jedla resp. urýchlenia procesu stravovania, a to najmä u detí s nižšou hmotnosťou. Taktiež sme zistili, že so zvyšujúcim sa „pôžitkom z jedla“ klesá frekvencia konzumácie sladkostí. Je možné predpokladať, že matky, ktoré u svojho dieťaťa pozorujú zvýšenú chuť do jedla, a súčasne to u nich evokuje možný problém s vývinom hmotnosti v budúcnosti, pristupujú reštrikčne k príjmu sladkostí, resp. tak ako bolo preukázané v štúdiu pod vedením Webber et al. (2010), matky týchto detí nevyvíjajú na nich taký veľký tlak pri jedení – tj. nenúti ich do príjmu celej porcie jedla. Paradoxne výsledky poukazujú na to, že so stúpajúcou intenzitou vnímavosti dieťaťa k jedlu, k jeho chuti či voni stúpa prisladzovanie potravy. Je možné, že matky tieto prejavy u svojich detí vo vzťahu k jedlu nehodnotia ako rizikové a problémové z dlhodobého hľadiska, a nevedie to u nich k obmedzovaniu prisladzovania jedál deťom.

Podľa výsledkov výskumu prisladzovanie jedla zvyšuje frekvenciu príjmu sladkostí ako aj sladkých nápojov. Teda matky, ktoré raz siahnu po dosladzovaní jedla budú dieťaťu v neskoršom veku podávať nezdravé potraviny / nápoje a tým formovať jeho nevhodné stravovacie návyky. Vzťah medzi pitím sladených nápojov alebo konzumáciou sladkostí a rizikom obezity bol preukázaný v rôznych vekových skupinách detí (Dubois et al., 2007; Lim et al., 2009; Welsh et al., 2005). Ak zohľadníme vrodenú preferenciu detí ku sladkej chuti (Savage et al., 2007) s vysokou konzumáciou sladkostí u slovenských detí (Babinská et al., 2007; Fatrcová-Šramková, 2010), je nežiaduce deťom s nevhodnými aspektmi potravinového správania a vyšším apetítom dosladzovať príkrmy a vo vysokej frekvencii podávať sladkosti a sladké nápoje.

Záver

Správanie dieťaťa pri jedení je možné vnímať ako stimul, na ktorý reaguje rodič neadekvátnou formou správania v zmysle prisladzovania stravy či podávania sladkostí / sladkých nápojov. Keďže pozitívna asociácia medzi príjmom sladkostí/sladkých nápojov a hmotnosťou detí bola preukázaná (s absenciou exaktného vysvetlenia tohto javu), je dôležité venovať pozornosť tým špecifikám potravinového správania detí, ktoré podnecujú rodičov k nevhodným praktikám kŕmenia malých detí.

Zoznam skratiek

BEBQ – Baby eating behavior questionnaire

Literatúra

1. Babinská K, Vitáriušová E, Rosinský J, Babinská ml. K, Košťálová L, Hlavatá A, Pribilincová Z, Kovács L. Stravovací režim školákov na Slovensku. *Pediatrica pre prax*.
2. Carnell S, Wardle J. Appetite and adiposity in children: evidence for a behavioral susceptibility theory of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2008;88(1):22-29.
3. Clark HR, Goyder E, Bissell P, Blank L, Peters J. How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal of public health (Oxford England)*. 2007;29(2):132-141.
4. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K. Regular sugar-sweetened beverage consumption between meals increases risk of overweight among preschool-aged children. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007;107(6):924-934.
5. Fatrcová-Šramková K. *Výživa a životný štýl detí a adolescentov*. Nitra: Slovenská poľnohospodárska univerzita, 2010. 114 s.
6. Lim S, Zoellner JM, Lee JM, Burt BA, Sandretto AM, Sohn W, Ismail AI, Lepkowski JM. Obesity and sugar-sweetened beverages in African-American preschool children: a longitudinal study. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17(6):1262-1268.
7. Llewellyn C, van Jaarsveld CH, Johnson L, Carnell S, Wardle J. Nature and nurture in infant appetite: analysis of the Gemini twin birth cohort. *American Society for Nutrition*.
8. Llewellyn C, van Jaarsveld CH, Johnson L, Carnell S, Wardle J. Development and factor structure of the Baby Eating Behaviour Questionnaire in the Gemini birth cohort. *Appetite*. 2011;57(2):388-396.
9. Rhee K. Childhood Overweight and the Relationship between Parent Behaviors, Parenting Style, and Family Functioning. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*. 2008;615(1):11-37.
10. Santos JL, Ho-Urriola JA, González A, Smalley SV, Domínguez-Vásquez P, Cataldo R, Obregón AM, Amador P, Weisstaub G, Hodgson MI. Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. *Nutrition Journal*. 2011;10:1-8.
11. Savage JS, Fisher JO, Birch L. Parental Influence on Eating Behavior: Conception to Adolescence. *The Journal of law, medicine & ethics*. 2007;35(1):22-34.
12. Viana V, Sinde S, Saxton JC. Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. *British Journal of Nutrition*. 2008;100(2):445-450.
13. Webber L, Cooke L, Hill C, Wardle J. Association between Children's Appetitive Traits and Maternal Feeding Practices. *American Dietetic Association*. 2010;110(11):1718-1722.
14. Welsh JA, Cogswell ME, Rogers S, Rockett H, Mei Z, Grummer-Strawn LM. Overweight among low-income preschool children associated with the consumption of sweet drinks: Missouri, 1999-2002. *Pediatrics*. 2005;115(2):e223-9.

Kontakt na autora:

PhDr. Slávka Mrošková, PhD.
Katedra OSE FZO PU v Pršove
slavka.mroskova@unipo.sk

POUŽÍVANIE NEFARMAKOLOGICKÝCH POSTUPOV SESTRAMI U DETÍ S DETSKOU MOZGOVOU OBRNOU

Mrošková, S.¹, Lichvárová, S.², Cibíriková, S.¹

¹ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

² Absolvent Fakulty zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

Abstrakt

Úvod. Detská mozgová obrna (DMO) ako závažné neurologické ochorenie si vyžaduje komplexný prístup tímu zdravotníkov. Sestra u dieťaťa s týmto ochorením má možnosť realizovať širokú škálu nefarmakologických, nezávislých postupov s cieľom saturácie biologických a psycho-sociálnych potrieb dieťaťa. **Cieľ.** Hlavným cieľom výskumu bola analýza intenzity používania 10 nefarmakologických postupov (NP) sestrami u detí s DMO. **Metodika.** Výskum bol realizovaný vo februári - marci 2014. Výskumnú vzorku tvorilo 52 sestier pracujúcich v Detskej fakultnej nemocnici v Košiciach a v Detskom domove v Prešove. Pri štatistickom vyhodnocovaní sme použili Mann-Whitney test. **Výsledky.** Zistili sme strednú mieru intenzity používania NP ($M = 5,12$, rozmedzie: $0 - 10$). Vo vyššej miere sestry pri práci s dieťaťom s DMO používajú nefarmakologické postupy slúžiace k podpore príjmu jedla ($M = 7,30$), mobility ($M = 6,43$), vyprázdňovania ($M = 6,41$), stlmenia bolesti ($M = 6,79$). U sestier, ktoré absolvovali špecifické kurzy/školenia sme zistili štatisticky vyššiu intenzitu používania 7 NP z 10 skúmaných. **Záver.** Realizácia nefarmakologických postupov sestrami u detí s DMO vykazuje rezervy. Preto je vhodné stimulovať ich k tomu, aby vo vyššej miere integrovali do klinickej praxe intervencie nefarmakologického charakteru.

Kľúčové slová: dieťa, detská mozgová obrna, intervencia, nefarmakologický postup, sestra

Abstract

Introduction. Cerebral palsy (CP) as a serious neurological disease requires a comprehensive approach medical team. A nurse in child with this disease has the opportunity to implement a wide range of non-pharmacological, independent practices to saturation biological and psycho-social needs of the child. **Aim.** The main objective of the research was to analyze the intensity of use of 10 non-pharmacological practices (NP) by nurses in children with cerebral palsy. **Methods.** The research was conducted in February-March, 2014. The research sample consisted of 52 nurses working at the Children's University Hospital in Košice and Prešov Children's Home. We used the Mann-Whitney test in statistical analysis. **Results.** We identified a moderate level of intensity of use NP ($M = 5.12$; range: $0-10$). When nurses working with a child with cerebral palsy, they used at a higher rate non-pharmacological practices serving to promote food intake ($M = 7.30$), mobility ($M = 6.43$), emptying ($M = 6.41$), reducing pain ($M = 6.79$). Nurses who have completed specific courses / training, we found a statistically higher intensity of use 7 from 10 non-pharmacological practices. **Conclusion.** Implementation of non-pharmacological methods by nurses in children with cerebral palsy showed reserves. Therefore, it is appropriate to stimulate it to a greater integrated non-pharmacological interventions in clinical practice.

Keywords: child, cerebral palsy, intervention, non-pharmacological practice, nurse

Úvod

Detská mozgová obrna (ďalej DMO) je závažné neurologické ochorenie, ktoré sa týka posturálneho svalstva a hybnosti. Klinicky sa prejavuje mentálnou retardáciou, retardáciou vo vývine hybnosti, poruchou reči, telesného rastu, zmyslovými poruchami, reflexologickými odchýlkami a sekundárnou epilepsiou (Šašinka a kol. 2007, Kudláček 2012). Možný je aj výskyt ďalších ťažkostí ako je nadmerné slinenie, porucha prehĺtania, gastroezofageálny reflux, znížená chuť do jedla, podvýživa, zápcha, demineralizácia kostí a náchylnosť na zlomeniny (Fung 2002, Schoendorfer 2010, Presedo 2007, Samson-Fang, Kerr 2008). U detí sú prítomné problémy súvisiace s nadväzovaním kontaktov, so sebaupínaním a sociálnou izoláciou (Ondriová, Klímová, Majerníková 2012). Liečba DMO je zameraná na rehabilitáciu, chirurgické riešenia, medikamentóznou a doplnkovú terapiu (Koval' a kol. 2008). Významnú úlohu pri starostlivosti o dieťa s DMO zohrávajú aj aktivity na zlepšenie mobility, dýchania, príjmu potravy, vyprázdňovania, tiež aktivity na zmiernenie či odstránenie bolesti a aktivity na zabezpečenie potreby istoty a bezpečia (Boledovičová a kol. 2000, Koval' a kol. 2008). Ošetrovateľská starostlivosť o dieťa s DMO má mať komplexný charakter a jej integrálnou súčasťou by malo byť aj využívanie širokej škály nefarmakologických intervencií. Mnohé nefarmakologické postupy (ďalej NP) majú charakter nezávislých intervencií (Derňárová, Rybárová 2008) a sú zamerané na uspokojovanie základných biologických a psycho-sociálnych potrieb dieťaťa a nevyžadujú špecifikované školenia – ako

napr. v prípade bazálnej stimulácie (Friedlová 2007). Ich realizácia by mala byť integrálnou súčasťou kvalitne poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Otázkou zostáva, do akej miery sú nefarmakologické intervencie v klinickej praxi sestrami využívané, resp. čo determinuje intenzitu ich realizácie.

Ciele

Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť v akej miere sestry v klinickej praxi u detí s DMO využívajú nefarmakologické intervencie / postupy. K parciálnym cieľom patrilo:

- Analyzovať dôvody nevykonávania NP postupov sestrami u detí s DMO.
- Zistiť vplyv pracoviska, vzdelania, dĺžky praxe s detským pacientom a absolvovaných školení / kurzov na využívanie NP u detí s DMO.
- Zistiť vzťahy medzi jednotlivými NP.

Súbor

Do výskumu bolo zaradených 52 respondentov ženského pohlavia. Priemerný vek v skúmanej vzorke bol 48,29 rokov (SD – 7,99, rozmedzie: 32 – 62 rokov). 38,5% (n – 20) respondentov pracuje v DFN v Košiciach a 61,5% (n – 32) v Detskom domove v Prešove. Výrazne dominovalo stredoškolské vzdelanie s maturitou (n – 45, 86,5%), 6 respondentov (11,5 %) má ukončené vysokoškolské vzdelanie 2. stupňa a 1 respondent (1,9%) vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa. Priemerná dĺžka praxe s detským pacientom bola 25,5 rokov (SD – 9,18), pričom minimálna dĺžka v skúmanej skupine respondentov bola 8 rokov a maximálna 42 rokov.

Metodika

Výskumné dáta boli zbierané dotazníkovou metódou s použitím položiek vlastnej konštrukcie. Skúmali sme využívanie 10 NP – muzikoterapia, bazálna stimulácia, arteterapia, liečba teplom, mobilita, dýchanie, príjem potravy, vyprázdňovanie, bolesť, potreba istoty a bezpečia. Pri výbere NP sme vychádzali zo štúdie odbornej literatúry a rešpektovali sme najčastejšie fyzické a psycho-sociálne problémy detí s DMO a možnosti ich riešenia nefarmakologickými prístupmi. Pri analýze intenzity používania NP sme použili analógovú škálu 10-centimetrového rozmeru s uvedením dvoch bipolárnych hodnôt (0 – „nevykonávam“, 10 – „vykonávam veľmi často“).

K identifikačným resp. kategorizačným položkám patrilo: vek, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, dĺžka klinickej praxe s detským pacientom, absolvované školenia/kurzy.

Výskum bol vykonaný vo februári a v marci 2014. Výber respondentov mal zámerný charakter. Respondentom boli iba sestry, ktoré počas svojej klinickej praxe pracovali s dieťaťom s DMO. Dotazníky boli distribuované do Detskej fakultnej nemocnice (ďalej DFN) v Košiciach a do Detského domova v Prešove, výskum prebiehal so súhlasom uvedených inštitúcií. Návratnosť dotazníkov činila 69,3%.

K spracovaniu dát sme použili program SPSS 17.0. V rámci metód deskriptívnej štatistiky sme použili: n (celkový počet), % (percentuálne vyjadrenie), M (priemerná hodnota), SD (smerodajná odchýlka). Pri komparácii priemerných hodnôt v dvoch skupinách sme použili neparametrický štatistický postup – Mann-Whitney test. Pri testovaní vzájomných vzťahov medzi premennými sme použili neparametrický Spearmanov korelačný koeficient. Pri hodnotení štatistickej významnosti bola použitá hladina významnosti $p < 0,05$.

Výsledky a diskusia

Analýza intenzity využívania nefarmakologických postupov

Tabuľka 1 Intenzita využívania NP u detí s DMO

NP	M	rozmedzie	NP	M	rozmedzie
muzikoterapia	4,24	0-9,8	dýchanie	5,64	0-10
bazálna stimulácia	3,78	0-9,9	príjem potravy	7,30	0,3-10
arteterapia	2,43	0-7,9	vyprázdňovanie	6,41	0-10
aplikácia tepla	2,06	0-8,3	bolesť	6,79	0-10
mobilita	6,43	1,3-10	istota a bezpečie	6,10	0,8-10

U 10 skúmaných NP používaných sestrami pri starostlivosti o dieťa s DMO bolo zistené rozmedzie priemerných hodnôt od 2,06 do 7,30. V najvyššej miere sú sestrami používané postupy zlepšujúce príjem potravy (M – 7,30), zmierňujúce bolesť (M – 6,79), upravujúce pohyblivosť/mobilitu dieťaťa (M – 6,43) a vyprázdňovanie dieťaťa (M – 6,41). Naopak k najmenej frekvencovaným praktikám patrili: aplikácia tepla (M – 2,06), arteterapia (M – 2,43) a bazálna stimulácia (M – 3,78). Alternatívne NP – ako je muzikoterapia, bazálna stimulácia a arteterapia – využívajú sestry menej často (M – 3,48, priemerná hodnota všetkých troch postupov) v porovnaní s postupmi zameranými na uspokojovanie biologických potrieb dieťaťa s DMO (napr. aktivity na úpravu mobility, dýchania, vyprázdňovania,...) (M

– 5,82). Priemerná hodnota všetkých 10 NP bola 5,12, teda v strede analógovej škály, ktorej rozpätie bolo od 0 do 10. Je možné predpokladať, že za nižšou intenzitou realizovania nefarmakologických intervencií môže byť málo vedomostí, skúseností sestier, nedostatok času, v niektorých prípadoch chýbanie certifikátu (napr. bazálna stimulácia) k vykonávaniu daného postupu, avšak súčasne sa domnievame, že sestry preferujú farmakologické postupy pred nefarmakologickými. Rozsah farmakologických postupov pritom môže časovo limitovať sestru pri výkone intervencií nefarmakologického charakteru (tab. 1).

Tabuľka 2 Spermanova korelácia medzi jednotlivými NP

	MUZI	BS	ARTE	TEP	MOB	DÝC H	POTR	VYPR	BOL	ISTO
MUZI	-	0,208	0,524*	0,28 7	0,309*	0,023	0,214	0,231	0,152	0,107
BS	0,208	-	0,032	0,19 5	0,360*	0,311*	0,459*	0,316*	0,143	0,215
ARTE	0,524*	0,032	-	0,06 4	0,201	-0,078	0,079	0,106	0,039	0,163
TEP	0,287*	0,195	0,064	-	0,038	0,046	0,001	0,131	0,007	0,179
MOB	0,309*	0,360*	0,201	0,03 8	-	0,467*	0,440*	0,322*	0,416*	0,170
DÝC H	0,023	0,311*	-0,078	0,04 6	0,467*	-	0,424*	0,388*	0,306*	0,168
POTR	0,214	0,459*	0,079	0,00 1	0,440*	0,424*	-	0,646*	0,464*	0,509*
VYPR	0,231	0,316*	0,106	0,131	0,322*	0,388*	0,646*	-	0,565*	0,437*
BOL	0,152	0,143	0,039	0,00 7	0,416*	0,306*	0,464*	0,565*	-	0,320*
ISTO	0,107	0,215	0,163	0,17 9	0,170	0,168	0,509*	0,437*	0,320*	-

Pozn. * $p < 0,05$. ** $p < 0,001$

Korelácie medzi mnohými nefarmakologickými postupmi poukázali na štatisticky významné koeficienty. Napr. realizácia muzikoterapie podporuje, kladne stimuluje používanie postupov arteterapie ($r: 0,524$) a mobility ($r: 0,309$), intervencie riešiace príjem stravy súčasne vedú k posilneniu činností týkajúcich sa vyprázdňovania ($r: 0,646$), dýchania ($r: 0,424$), mobility ($r: 0,440$). Identifikované kladné korelačné koeficienty, v mnohých prípadoch signifikantného charakteru, zdôrazňujú existenciu vzájomnej prepojenosti a potencovania nefarmakologických výkonov. Inými slovami realizácia jedného postupu stimuluje sestru k tomu, aby realizovala aj iné nefarmakologické intervencie (tab. 2).

Dôvody nepoužívania nefarmakologických postupov

Tabuľka 3 Dôvody nevykonávania NP

odpovede	MUZI	BS	ARTE	TEP	DÝCH	VYPR	BOL
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
nedostatok času	6 (37,5)	1 (2,9)	0 (0,0)	8 (23,5)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
nevyhovujúce prostredie	4 (25,0)	0 (0,0)	5 (13,9)	4 (11,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
málo skúseností s terapiou	4 (25,0)	4 (11,8)	11 (30,5)	9 (26,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
málo motivácie zo strany nadriadených, kolegov	0 (0,0)	1 (2,9)	0 (0,0)	2 (5,9)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
deficit pomôcok	0 (0,0)	6 (17,7)	5 (13,9)	5 (14,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
nedostatok vedomostí	2 (12,5)	5 (14,7)	10 (27,8)	1 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
nemám to stanovené svojim nadriadeným/lekárom	0 (0,0)	12 (35,2)	0 (0,0)	5 (14,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
iné	0 (0,0)	5 (14,7)	5 (13,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 100,0)
celkový počet odpovedí	16 (100,0)	34 (100,0)	36 (100,0)	34 (100,0)	3 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)

Pozn. Uvádzame iba odpovede tých respondentov, ktorí si pri intenzite výkonu jednotlivých NP zvolili hodnotu „0“ – tj. nepoužívajú daný NP.

Exaktná analýza dôvodov nevykonávania jednotlivých NP je súčasťou tabuľky 3. Medzi hlavné dôvody, pre ktoré sestry vôbec NP v klinickej praxi u dieťaťa s DMO nerealizovali patrili najmä nedostatok času – dominantný faktor pri muzikoterapii (37,5%), významný bol aj pri aplikácii tepla (23,5%). K častým javom brániacim vo výkone NP uvádzaným respondentkami ďalej patrilo nevyhovujúce prostredie, málo skúseností s terapiou, nedostatok vedomostí. V plnej miere nemôžeme súhlasiť s uvádzanými dôvodmi, pretože muzikoterapiu je možné vykonávať súbežne s inými ošetrovateľskými intervenciami a nie je nutné vyčleniť si čas na jej realizáciu, taktiež arteterapia – v jej jednoduchšom ponímaní (napr. kreslenie, maľovanie, hranie hier, skladanie kociek) – nevyžaduje špecifické skúsenosti resp. vedomosti, tak ako to uvádzali respondentky. Z nášho pohľadu vyžaduje lepší manažment času a ochotu, tvorivosť zo strany sestry, pričom jednoduché aktivity arteterapie dokážu uvoľniť dieťa, podporiť rozvoj jeho jemnej motoriky či odpútať jeho pozornosť. Je nutné však zohľadniť aj to, že u niektorých detí s ťažkým stupňom DMO a výraznými problémami s hybnosťou (obmedzenia v jemnej a hrubej motorike) limitujú možnosti využitia arteterapie.

Vplyv vybraných faktorov na intenzitu používania nefarmakologických postupov

Tabuľka 4 Pracovisko, vzdelanie a absolvovanie kurzov ako faktory vplývajúce na intenzitu realizácie NP u detí s DMO

	MU	BS	ART	TEP	MO B	DYC	POT	VYP	BOL	IST O
pracovisko respondentov	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
DFN Košice	2,78	2,66	1,24	1,11	5,36	4,84	6,96	5,92	6,44	6,30
Detský domov, PO	5,15*	4,47	3,17*	2,65*	7,09*	6,13	7,51	6,70	7,01	5,97
vzdelanie respondentov	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
SZŠ s maturitou	4,42	3,87	2,70	2,26	6,43	5,56	7,20	6,35	6,83	6,18
VŠ 1. a 2.stupňa	3,04	3,17	0,67	0,72	6,41	6,10	7,90	6,74	6,54	5,58
absolvované školenia/kurzy	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
neabsolvované	3,46	2,19	2,67	1,98	5,95	5,01	6,72	5,62	6,25	6,00
absolvované	5,30*	5,95*	2,09	2,17	7,07	6,48*	8,09*	7,47*	7,52*	6,22

Až pri 9 NP sme zistili vyššiu intenzitu používania NP sestrami pracujúcimi v detskom domove v porovnaní so sestrami z DFN v Košiciach (tu dominujú iba postupy uspokojujúce potrebu istoty a bezpečia). Štatisticky významné diferencie sme pritom identifikovali pri muzikoterapii, arteterapii, mobilite a aplikácii tepla. Kratšie trvanie hospitalizácie, väčšia fluktuácia detí, rôznorodejšie zdravotné problémy a lekárske diagnózy hospitalizovaných detí, akútnejší stav detí s DMO sú pravdepodobne príčiny vysvetľujúce uvedené výsledky. Sestry pracujúce v detskom domove majú väčšiu možnosť manažovať si svoj pracovný čas, keďže nepracujú neustále pod vedením lekára sú nepriamo stimulované k väčšiemu používaniu nefarmakologických postupov, súčasne sme v tejto skupine respondentiek zistili aj vyšší výskyt školení bazálnej stimulácie.

Dosiahnuté vzdelanie nemalo významný dopad na intenzitu realizácie skúmaných NP u detí s DMO. Stredoškolsky vzdelané sestry používajú väčšinu (7 z 10 NP) o niečo častejšie v komparácii so sestrami s vysokoškolským vzdelaním, avšak rozdiely priemerných hodnôt, tak ako sú uvedené v tabuľke 4, nie sú veľké.

Sestry, ktoré absolvovali nadstavbové kurzy/školenia (so zameraním na kurzy majúce vzťah k práci s detským pacientom ako napr. kurz bazálnej stimulácie) vykonávajú častejšie nefarmakologické postupy u detí s DMO, výnimku tvorila arterapia, kde sme mierne vyššiu priemernú hodnotu zistili v skupine sestier bez absolvovaných kurzov. Signifikanciu sme pritom zistili pri muzikoterapii, bazálnej stimulácii, aktivitách podporujúcich dýchanie, príjem jedla, vyprázdňovanie a tlmenie bolesti. Absolvovanie špecificky zameraných školení a kurzov zvyšuje úroveň vedomostí sestier, podporuje ich sebaistotu a odrzkadľuje sa na vyššej frekvencii využívania nefarmakologických – nezávislých – intervencií. Všeobecne môžeme konštatovať, že ďalšie vzdelávanie má dopad na využívanie NP v klinickej praxi sestrami.

Tabuľka 5 Dĺžka praxe ako faktor vplývajúci na intenzitu realizácie NP u detí s DMO

	MUZI	BS	ARTE	TEP	MOB	DÝCH	POTR	VYPR	BOL	ISTO
Dĺžka praxe	0,298*	0,168	0,155	0,161	0,273	0,328	0,044	0,029	0,055	0,068

Korelácia medzi dĺžkou trvania klinickej praxe sestier s detským pacientom a intenzitou používania jednotlivých NP poukázala iba na jeden štatisticky významný jav. Frekvencia vykonávania muzikoterapie stúpa s predlžujúcou sa dĺžkou praxe sestier (zistený signifikantný, aj keď mierny korelačný koeficient, $r: 0,298$) (tab. 5). Celkovo môžeme konštatovať, že dĺžka klinickej praxe nemá výrazný dopad na intenzitu výkonu skúmaných nefarmakologických postupov.

Záver

Používanie nefarmakologických, v mnohých prípadoch nezávislých intervencií, u dieťaťa s detskou mozgovou obrnou predstavuje na strane jednej spôsob uspokojenia bazálnych potrieb dieťaťa, na strane druhej vytvára priestor pre posilnenie pozície a statusu sestry a to tým, že sestra môže realizovať činnosti, ktoré nie sú nariadené lekárom, ale ich vykonávanie je výsledkom jej vedomostí, zručností a skúseností. Výsledky výskumu nepriamo poukazujú na preferenciu farmakologických postupov sestrami u detí s DMO pred nefarmakologickými, pričom ich intenzívnejšie použitie je determinované najmä typom pracoviska a absolvovaním špecifických školení či kurzov. Preto si myslíme, že je potrebné vytvoriť lepšie pracovné podmienky a najmä stimulovať a podnecovať sestry v intenzívnejšom využívaní nefarmakologických postupov a podporiť absolvovanie špecifických školení, ktoré tak ako poukazujú výsledky výskumu majú kladný efekt na mieru realizácie nefarmakologických postupov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. *Pediatrické ošetrovateľstvo*. 1.vyd. Martin: Osveta. 2000. ISBN 80-8063-050-X.
2. DERŇAROVÁ, L., RYBÁROVÁ, L. *Potreby človeka a ošetrovateľský proces* 2. Prešov: Fakulta zdravotníctva PU. 2008. ISBN 978-80-8068-848-6.
3. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovateľské péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
4. FUNG, E.B. Feeding dysfunction is associated with poor growth and health status in children with cerebral palsy. In: *Cerebral Palsy – Treatment & Management*. 2002 [online]. [cit. 08.03.2014]. Dostupné z: <<http://www.medicalhomeportal.org/diagnoses-andconditions/cerebral-palsy/treatment-and-management>>.
5. KOVAL, J., ONDŘIOVÁ, I., MROSKOVÁ, S. Nervový systém. In: KOVAL, J. a kol., *Pediatric a pediatrické ošetrovateľstvo*. Prešov: Fakulta zdravotníctva PU, 2008, s.209-225. ISBN 978-80-8068-837-0.

6. KUDLÁČEK M. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha: Portál. 2012. ISBN 978-80-262-0178-6.
7. ONDRIOVÁ, I., KLÍMOVÁ, E., MAJERNÍKOVÁ, L. Vybrané psychosociálne problémy u dieťaťa s detskou mozgovou obrnou. In: *Neurológia pre prax*. Roč. 13, č. 5, 2012, s. 287-290. ISSN 1335-9592.
8. PRESEDO, A. Fractures in patients with cerebral palsy. In: *Cerebral Palsy – Treatment & Management*. 2007 [online]. [cit. 08.03.2014]. Dostupné z: <<http://www.medicalhomeportal.org/diagnoses-and-conditions/cerebral-palsy/treatment-andmanagement>>.
9. SAMSON - FANG, L., KERR, L.M. *Cerebral Palsy – Treatment & Management*. 2008 [online]. [cit. 08.03.2014]. Dostupné z: <<http://www.medicalhomeportal.org/diagnoses-and-conditions/cerebral-palsy/treatment-andmanagement>>.
10. SCHOENDORFER, N. Micronutrient adequacy and morbidity: paucity of information in children with cerebral palsy. In: *Cerebral Palsy – Treatment & Management*. 2010 [online]. [cit. 08.03.2014]. Dostupné z: <<http://www.medicalhomeportal.org/diagnoses-andconditions/>>.
11. cerebral-palsy/treatment-and-management.
12. ŠAŠINKA, M., T. ŠAGÁT a L. KOVÁCS a kol. *Pediatrics*. Bratislava: Herba. 2007. ISBN 978-8089171-49-1.

Kontakt na autora:

PhDr. Slávka Mrošková, PhD.
Katedra OSE FZO PU v Pršove
slavka.mroskova@unipo.sk

PREHĽAD VYBRANÝCH PRÍRODNÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOV V RAKÚSKU

Nechvátal P.,¹ Kozel M.,¹ Kendrová L.,¹ Homzová P.,¹ Urbanová K.,¹ Cicholesová T.²

¹Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra fyzioterapie

²Univerzitná nemocnica L. Pasteura v Košiciach, Oddelenie FBLR

Abstrakt

Autori predkladajú informačný prehľad vybraných prírodných liečbných kúpeľov v Rakúsku - Therme Wien Med, Baden, Bad Ischl a kúpele Villach. Stručne informujú o histórii jednotlivých kúpeľov, oboznamujú čitateľa o ich súčasnosti a charakterizujú ich z hľadiska indikácii a prírodného liečivého zdroja, ktorým disponujú.

Abstract

The authors present informational table of selected natural medical spas in Austria - Therme Wien Med, Baden, Bad Ischl and Spa Villa. Briefed about the history of each bath, provides hints about their present and describe them in terms of indication and natural healing resources at their disposal.

Úvod

V dnešnej dobe sa kúpeľníctvo stáva čoraz populárnejšie v celej Európe a môžeme povedať, že je naozaj na vysokej úrovni. Svedčia o tom aj rozsiahle kúpeľné komplexy, ktoré poskytujú kompletne služby od rekreačných a rekondičných pobytov, fitness programov, wellness a relaxačných služieb. Súčasný trend starostlivosti o svoje telo a zdravie tomu napomáha. Do popredia sa čoraz viac dostávajú wellness pobyty v kúpeľoch (Barvirčáková Drotárová 2012). Veľa ľudí ale stále využíva kúpeľnú starostlivosť ako prevenciu pred ochoreniami a zraneniami. Nemenej podstatnú úlohu zohráva kúpeľná liečba pri liečbe chorôb a porúch zdravia. Môžeme teda povedať, že je novým trendom v starostlivosti o ľudské telo. Kúpele využívajú hlavne účinky termálnych a minerálnych vôd. Kúpeľná liečba zahŕňa všetky lekárske činnosti odvodené z tradície kúpeľníctva, ktoré sú založené na vedeckých poznatkoch a zameriavajú sa na prevenciu, podporu zdravia, liečbu a rehabilitáciu (Gutenbrunner 2010). Výsledným cieľom kúpeľníctva je prevencia a liečba ľudských chorôb, obnovy síl a relaxácie, pričom sa spája s využitím sily prírodných liečivých zdrojov, krásy prírody a kompozície kultúrneho prostredia (Pásková 2012).

Kúpeľný cestovný ruch a balneológia

Hoci v niektorých európskych krajinách nie je kúpeľná liečba plne uznaná ako medicínsky odbor (Nechvátal 2014), v súčasnosti sa cestovanie za účelom liečby stáva stále populárnejším a rozvinutejším trendom v oblasti cestovného ruchu. Účastníci čoraz viac vyhľadávajú kúpeľné zariadenia za účelom prinavrátenia zdravia alebo relaxácie. Balneológia spolu s balneoterapiou sú lekárske odbory. Balneológia je náuka o liečení prírodnými, na určité miesto viazanými liečivými zdrojmi, ich účinkoch na ľudský organizmus a o kúpeľných liečebných metódach. Balneoterapia je liečba prírodnými liečivými zdrojmi, t.j. prírodnými minerálnymi vodami, plynmi, peloidmi a klímou (Koyuncu, 2016). Je to súhrn konkrétnych liečebných postupov aplikovaných v mieste príslušného prírodného liečivého zdroja pod lekárske vedením za účelom uzdravenia alebo zlepšenia funkcií organizmu (Jandová 2009).

Kúpele v Rakúsku

Už za čias Rakúsko – Uhorska venovali panovníci kúpeľníctvu veľa pozornosti. Vedeli totiž, že rakúska príroda má jedinečné liečivé vlastnosti. A tak si kúpeľníctvo v tejto krajine doteraz drží vysokú úroveň. Okrem termálnych prameňov Rakúsko disponuje aj prírodným bohatstvom z Álp. Alpský čistý vzduch a unikátna horská klíma sú ďalšími liečivými zdrojmi, ktoré pomáhajú regenerovať ľudský organizmus. Vďaka luxusu a vysokej úrovni služieb sú rakúske kúpele uznávané na celom svete. Väčšina liečebných zariadení je zároveň aj miestom turistického ruchu s pestrou škálou možností vyžitia sa pre každého hosta.

Kúpele Therme Wien Med

Liečivé pramene v oblasti Viedne si obľúbili už Rimania. Vďaka vysokému obsahu síry patria tieto kúpele k najvyhľadávanejším v Európe. Na obrovskej ploche 75000 m² ponúkajú 26 bazénov s teplotou vody od 27°C do 36°C, 24 saunových a parných kabín, 2500 ležadiel a mnoho iných lákadiel. Na European Health & Spa Awards 2011 bolo kúpeľom udelené prvé miesto v kategórii najlepšie termálne kúpele a tretie k kategórii najlepšie liečebné kúpele. Ten istý rok dostali aj ocenenie EWA Marketing Award, ktoré je považované za európskeho "Oskara" pre kúpele. Kúpele Thermal Wien sú jedným z najmodernejších lekárskeho centier, ktoré sa špecializujú na liečbu pohybového ústrojenstva, kožných, neurologických či pľúcnych ochorení (Zwick 2015).

- Choroby svalovej a kostrovej sústavy, degeneratívne a zápalové ochorenia kĺbov, stavy po úrazoch chrčtice, artróza, artritída, Bechterova choroba, reuma, či osteoporóza patria k ďalším ochoreniam, ktoré sa v týchto kúpeľoch liečia.
- Pľúcne a respiračné ochorenia - chronická bronchitída, astma, pľúcna fibróza, pľúcna hypertenzia
- Rehabilitácia po úrazoch a operáciách
- Neurologické ochorenia – mozgová príhoda, parkinsonova choroba, traumatické poškodenie mozgu, miechy, roztrúsená skleróza
- Psoriáza a ekzémy

Možnosť liečby je rôznorodá a zahŕňa širokú škálu kinezioterapie a fyzikálnej liečby ako napríklad balneoterapia, ultrazvuk, infračervené žiarenie, zábaly, sirne a bylinné kúpele.

Kúpele Baden

Kúpele Baden ležia iba 26 km od Viedne v kraji Dolné Rakúsko. Krajina je typická svojimi lesmi a vinohradmi. Horúce sirne pramene, ktorými disponuje, poznali už starý Rimanovia. Cisár Claudius tu založil osadu s názvom Aqua, čo znamená voda. Boli a stále aj sú najznámejšie rakúske sirne kúpele. Boli obľúbeným letoviskom známeho rodu Habsburgovcov. Významnou udalosťou v histórii mesta bol mor, ktorý zachvátil Baden v roku 1713 a požiar v roku 1714. Cisár Franz Jozef II. vyhlásil kúpele Baden za svoje letné sídlo. Ďalší požiar v roku 1812 zničil takmer celé mesto a obyvatelia boli nútení Baden postaviť nanovo.

Historické mesto Baden, typické budovami z obdobia Biedermayer ponúka pestrú paletu kúpeľov, liečivých prameňov, parkov, záhrad, kaviarní, vinární ako aj možností športového využitia (Zweymüller 2012). Kúpeľné mesto Baden sa môže pýšiť sírnymi kúpeľmi, ktoré sú v Rakúsku preslávené svojimi horúcimi liečivými prameňmi. Tunajšia liečivá voda je vhodná na liečbu srdcovo-cievnych a obehových ochorení. Ďalej sa tu liečia choroby pohybového ústrojenstva, ženské choroby, reumatické ochorenia, psychosomatické stavy vyčerpanosti, ochorenia nervového systému a všeobecné stavy slabosti. Pobyt v kúpeľoch Baden je tiež vhodný k rekonvalescencii. Okrem kúpania môžu pacienti dosyta využiť skvelý saunový komplex alebo moderné wellness centrum. Teplota vody v bazénoch sa pohybuje okolo 36 stupňov Celzia. Kúpele ponúkajú moderné i klasické formy liečby, so sírnymi prameňmi vody. Okrem toho, osvedčený tím lekárov a terapeutov ponúka kvalitné zdravotné služby a procedúry ako napríklad: akupunktúra, fyzioterapia, reflexná masáž nôh, skupinové fyzioterapeutické cvičenia, a fyzikálnu terapiu - vysokofrekvenčnú terapiu, iontoforézu, kryoterapiu, lymfodrenáž, parafín, bahenné zábaly, ultrazvuk, vodný aerobik.

Kúpele Bad Ischl

Kúpele Bad Ischl sa nachádzajú v spolkovej krajine Horné Rakúsko, ktorá leží v severozápadnej časti Rakúska. Kúpele Bad Ischl sú vzdialené od hlavného mesta spolkovej krajiny Horné Rakúsko Linca 107 kilometrov. V súčasnej dobe má kúpeľné mesto Bad Ischl vyše 14 000 obyvateľov. V kúpeľoch sa nachádzajú termálne kúpele, ktoré majú názov Salzkammergut.

Soľné kúpele v Bad Ischlu dosiahli najväčší ohlas a rozkvet v 19. storočí. Vo vtedajšej dobe jazdila do kúpeľov bohatá rakúska šľachta. V tomto nádhernom prostredí termálnych kúpeľov sú ideálne podmienky pre relaxačný pobyt čo využívali aj cisár Franz Josef a cisárovná Alžbeta (Farrell 1989). Najväčšou zaujímavosťou tunajších kúpeľov je Cisárska vila v biedemeirovskom štýle, ktorá stojí na severnom brehu rieky Ischl. V tejto vile býval v letných mesiacoch cisár František Jozef I. so svojou manželkou. Interiér vily je prístupný verejnosti. V Bad Ischlu je tiež otvorené miestne múzeum, kde je veľmi zaujímavá kolekcia nábytku od renesancie až po 19. storočie.

Tunajšia liečivá voda obsahuje predovšetkým soľ, čo je v tejto oblasti Rakúska príslovečné. Soľ je tu naozaj všadeprítomná. K dispozícii sú napríklad slané kúpele, bazény so slanou vodou, soľné jaskyne, soľné bahenné zábaly a soľné kúpele. Na každom kroku sa tu využíva liečivá sila soli. Vysoká koncentrácia soli je ideálna na liečbu reumatizmu, ženských chorôb a dýchacích ciest. Cieľom všetkých liečivých terapií je, aby návštevník tunajších kúpeľov načerpal novú vitalitu a energiu. Zvlášť efektne sú tu krásne osvetlené soľné stĺpy, ktoré zdobia interiér kúpeľov. V areáli kúpeľov je k dispozícii bazén so slanou vodou, ktorá má teplotu 32 stupňov Celzia. Bazén má tiež vírivé lehátka, podvodné masážne trysky a vírivku s príjemne teplou slanou vodou.

Kúpele Villach

Kúpele Villach sa nachádzajú v spolkovej krajine Korutánsko, ktorá leží v južnej časti Rakúska. Boli založené už v 16. storočí. Za vznikom kúpeľov stoja Kelti, ktorí tunajšie kúpele pomenovali po najslávnejšom občanovi Villachu, ktorým bol syn mestského lekára menom Paracelsus. Bol študent viacerých prestížnych univerzít, časom uznávaný prírodovedec, lekár a alchymista.

Kúpele Villach sú vzdialené od hlavného mesta spolkovej krajiny Korutánsko Klagenfurtu 39 kilometrov. V súčasnej dobe má kúpeľné mesto Villach vyše 57 900 obyvateľov. Termálne kúpele vo Villachu sa

volajú Warmbad a ponúkajú dokonalý oddych pre telo aj dušu. V termálnych kúpeľoch Warmbad pramení liečivá hydrogenkarbonátová voda, ktorá obsahuje prvky kalcium a magnézium. Prietok vody je 120 litrov za sekundu. Teplota tunajšej vody je 29 stupňov Celzia a blahodarne pôsobí najmä na:

- svalové napätie,
- kĺbové ochorenia,
- hormonálne poruchy,
- poruchy obehovému systému,
- stres a nervové ochorenia.

Areál kúpeľov vo Villachu ponúka celoročné služby. K dispozícii sú tu masáže, zdravotné plávanie, fyzikálna terapia, perličkové kúpele alebo protistresové zábaly. Pod odborným dohľadom sa ponúkajú špeciálne formy použitia liečebnej kúry, ktorá kladne pôsobí na krvný obeh, pohybový aparát a dýchacie cesty. V areáli kúpeľov Villach na nachádzajú rôzne vodné atrakcie, šmýkačky, fínska sauna, vírivky, detský kútik, fitness štúdio. Kúpele vo Villachu ďalej poskytujú individuálne programy pre všetky generácie. Každý liečebný program sa prispôbuje práním zákazníkov, ale je podmienený lekárskeym predpisom. Kúpele tiež ponúkajú pestrú paletu športových aktivít, je možné využiť horské bicykle, horskú turistiku, tenis, golf, vodné športy alebo jazdu na koňoch. V letných mesiacoch je možné v bezprostrednom okolí kúpeľov navštíviť veľké množstvo krásnych jazier. Najbližšie jazerá sú Grünsee, Faaker See, St. Leonharder See, Ossiacher See, Fleetsee, Magdalener See, Vassacher See, Silbersee a Melchersee. Tieto čisté rakúske jazerá sú väčšinou využívané pre rôzne vodné aktivity.

Záver

Liečebné kúpele sa tešia značnej popularite zo strany pacientov ale i klientov, ktorí ich navštevujú za účelom podpory zdravia, či relaxu a obnovenia síl. Rovnako sú aj atraktívnou pracovnou príležitosťou pre niektoré zdravotnícke povolania ako sú fyzioterapeut, lekár, masér a pod. Cieľom tohto článku bolo predstaviť najznámejšie kúpele v Rakúsku, informovať o ich polohe, indikačnom zameraní o prírodnom liečivom zdroji, ktorým disponujú ale i o ďalších aktivitách a službách, ktoré jednotlivé kúpele ponúkajú.

Použitá literatúra

1. BARVIRČÁKOVÁ DROTÁROVÁ, E. (2012). *Vplyv globalizácie na kúpeľný cestovný ruch, trendy a megatrendy v tomto sektore*. In: Merkúr 2012 [elektronický zdroj]: zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie pre doktorandov a mladých vedeckých pracovníkov. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2012.
2. FARRELL, E.C. (1989). *Bad Ischl retains air of Hapsburg refuge*. In: [The Globe and Mail](#), Toronto: The Globe & Mail division of Bell Globemedia Publishing Inc. 1989.
3. GUTENBRUNNER, C., BENDER, T., CANTISTA, P., KARAGÜLLE, Z. (2010). *A proposal for a worldwide definition of health resort medicine, balneology, medical hydrology and climatology*. Int J Biometeorol 2010; 54 (5): 495–507.
4. JANDOVÁ, D. (2009). *Balneologie*. Praha: Grada Publishing as., 2009.
5. KOYUNCU, E., ÖKMEN, B.M., ÖZKUK, K., TAŞOĞLU, Ö., ÖZGIRGIN, N. (2016). *The effectiveness of balneotherapy in chronic neck pain*. Clinical rheumatology, 1-7, [Epub ahead of print].
6. NECHVÁTAL, P., TAKÁČ, P., STEHLÍKOVÁ, B. (2014). *Effect of spa therapy after intervertebral disc surgery in the cervical spine*. Bratisl Lek Listy. 2014;115(4):238-42.
7. PÁSKOVÁ, M., ZELENKA, J. (2002). *Výkladový slovník cestovního ruchu*. 2. vyd. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2002.
8. ZWEYMÜLLER, V. (2012). *Markteintritt eines Ressorthotels in Baden bei Wien* (Doctoral dissertation, uni-wien).
9. ZWICK, R.H., LICHTENSCHOPF, A. (2015). *History of Pulmonary Rehabilitation and Status Quo in Austria*. Pneumologie (Stuttgart, Germany), 2015;69(9), 545-548.

Internetové zdroje:

<http://kupele.relaxos.sk/-rakusko-a70-2.cc9-sk.htm>
<http://www.salzkammergut.at/veranstaltungen-salzkammergut.html>
<http://dachstein.salzkammergut.at/#oben>
<http://www.oe24.at/reise/Thermen-in-Oesterreich-Die-schoensten-Wellness-Tempel/383788>
<http://www.spacities.com/sk/rakusko/villach.html>
<http://www.thermewienmed.at/>

Kontakt na autora:

Mgr. Pavol Nechvátal, PhD.
Katedra FYZ FZO PU v Pršove
pavol.nechavatal@unipo.sk

VPLYV POHYBOVEJ AKTIVITY NA ŽIVOT SENIOROV

Németh, F.¹, Kiško, A.¹, Babčák, M.²

¹Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

²Interná klinika FN J.A. Reimana v Prešove

Súhrn

Efektívna fyzická aktivita má v senu mnohokrát pozitívny účinok a je výrazne prepojená s pohybovou disabilitou, ktorá je najväčšou hrozbou závislosti u starších ľudí. U seniorov je podľa literatúry tendencia nadhodnocovať vykonanú pohybovú aktivitu, preto je užitočné pohybovú aktivitu objektívne vyhodnocovať. Určovať správnu intenzitu a dĺžku pohybovej aktivity možno použitím akcelerometrie, ktorá má kapacitu merať objem a intenzitu pohybu v stanovenom čase. Zatiaľ v našej odbornej literatúre o akcelerometrii nie je zmienka. Aj preto autori práce sa usilujú orientovať v tejto problematike.

Kľúčové slová: Fyzická aktivita, Disabilita, Akcelerometria

Summary

Effective physical seniors activity has various positive effects and is strongly linked with mobility disability that is the biggest threat of dependance of seniors. With seniors according to the literature there is a tendency to exaggerate the performed physical activity. That is why it is useful to objectively evaluate the physical activity. To set the proper intensity and length of physical activity can be done with the usage of accelerometry that has the capacity to measure the volume and intensity of movement in the preset time period. So far there is no reference in our professional literature regarding the accelerometry. Thus and that is why the authors of this thesis try to orientate in this topic.

Key words: Physical activity, Disability, Accelerometry

Význam pohybovej aktivity v senu

Podľa Waldrupa a Sterna asi 1/3 ľudí v USA starších ako 65 rokov trpí na pohybovú disabilitu (definovanú ako ťažkosť pri opúšťaní bytu/domu).

Pohybová disabilita je najväčšou hrozbou vzniku závislosti u starších ľudí a je asociovaná so zvýšenou incidenciou chronických chorôb, depresívnych stavov a zvýšenou potrebou hospitalizácií (1,2,3,4,5).

Je veľa dôkazov, že fyzická (in)aktivita je výrazne prepojená s pohybovou disabilitou (Guralnik, 2000, Davis, 2006, Van Den Brink, 2006, Manini 2006). Efektívna fyzická aktivita môže hrať dôležitú úlohu v redukcii pohybovej disability u starších ľudí (8,9,10).

Podľa Avlund et al. (2003) pravidelná pohybová aktivita umožňuje zvládať každodennú záťaž bez ťažkostí a extrémnej únavy, vytvára energetickú rezervu pre občasné pohybovo náročnejšie aktivity, uľahčuje a skracuje rekonvalescenciu po bežných ochoreniach, zvyšuje sociálne uplatnenie a udržiava psychickú rovnováhu.

Strach z pohybovej aktivity

Nielen medzi laikmi, ale aj zdravotníkmi pracovníkmi pretrvávajú neodôvodnený strach z cvičenia seniorov (11,12). Často sa stretávame s odporúčením, že senior by mal oddychovať, nanajvýš vykonávať iba ľahšie domáce práce.

Ak sa nejedná o vysoko rizikového pacienta potom podľa Máčeka a kol. (2002) možno očakávať pri ordinovanej a kontrolovanej pohybovej aktivite:

- tri komplikácie na 100 000 cvičebných hodín u mužov,
- dve komplikácie na 100 000 cvičebných hodín u žien,

Citovaná práca končí konštatovaním, že benefit z cvičenia je ďaleko vyšší ako riziko zdravotnej komplikácie!

Ako najvhodnejšia pohybová aktivita u seniorov sa autorom javila dávkovaná chôdza.

Ako možno kvantifikovať pohybovú aktivitu?

Najjednoduchší, ale aj najmenej presný spôsob predstavuje písomné zaznamenávanie vlastnej vykonanej aktivity, tzv. selfmonitoring (14,15). O niečo presnejšie sú rôzne prepracované dotazníky napr. dotazník CHAMPS - Community Healthy Activities, Model Program for Seniors Questionnaire (10,16,17,18).

Najpresnejší spôsob merania pohybovej aktivity je kalorimetria (stanovenie výdajových energetických jednotiek), ktorá je ale v bežnej praxi pre potrebu dostupného laboratória menej využívaná (20, 26). Zdá sa, že vhodnou metódou by mohla byť accelerometria, síce nie stopercentne presná, ale dostatočne validná na hodnotenie množstva vykonanej pohybovej aktivity (21,22,23,24).

Akcelerometria

Teoretický základ využitia akcelerometrie pri hodnotení pohybovej aktivity spočíva na zachytení pohybu a polohy tela senzorom, ktorý má kapacitu merať objem a intenzitu pohybu v stanovenom čase (21,24). Z hodnoty objemu a intenzity pohybu, teda „množstva pohybovej aktivity“ derivuje sa „energetický výdaj“ a ten po prepočtoch stanovuje časovú dĺžku a intenzitu pohybovej aktivity, ktorú môžeme rozdeliť na ľahkú, strednú a ťažkú (21,24,25).

Vlastné pozorovanie

Používame akcelerometer, ktorého firemný názov je Actigraph GT3X. V jeho návode je uvedené, že daný aktigraph zaznamenáva veľkosť a intenzitu pohybu meraním akcelerácie a decelerácie medzi magnitudou 0,05 – 2 g (g – gravitácia zeme, t.j. $9,825 \text{ m.s}^{-2}$) a frekvenciu v rozsahu 0,25 – 2,5 Hz. Výsledok hodnotenia pohybu týmto „Actigraphom GT3X“ je udaný vo forme „pohybovej epizódy“ a „časovej periódy“, ktorá je predom nastavená.

Uvedený „Aktigraf GT3X“ predstavuje v podstate malú krabičku - senzor (5,1 x 4,1 x 1,5 cm), ktorá je pružným opaskom pripevnená na telo (obyčajne pás) a nosí sa podľa možnosti 7 dní alebo aspoň 4 dni (dva pracovné a dva víkendové dni). K senzoru patrí priradený softvérový program. Najzložitejšie, ale aj najpodstatnejšie na akcelerometrii je zadávanie údajov do programu (editácia), pričom určujeme, ktoré parametre a v ktorom čase chceme sledovať a hodnotiť. Od presnosti a rozsahu editácie závisí aj konečný výsledok, ktorý vyhodnocuje počítač.

Na nižšie uvedenom príklade by sme chceli ilustrovať rozdiel medzi vlastným hodnotením pohybovej aktivity a výsledkom, ktorý nám poskytol uvedený „Aktigraf GT3X“.

Pán J.S. bol evidovaný u rajónneho internistu pre diagnózy, ktoré sú uvedené na tabuľke 1. Subjektívne najzafazujúcejšie boli hlavne nočné bolesti dolných končatín (pri diabetickej neuropatii). Chceli sme zistiť úroveň jeho pohybovej aktivity, ktorá mu bola doporučovaná pri každej kontrole na ambulancii. Podľa jeho vlastných slov „ja sa nachodím až-až, však pri cukrovke to aj treba“ sme usudzovali, že chôdzu nezanedbáva a diabetická neuropatia nie je potencovaná inaktivitou. Chceme ešte uviesť, že pacient nemal žiadne objektívne prekážky pre pohybovú aktivitu.

Tab. 1

J.S., 71 ročný

Výška: 175 cm, váha: 90 kg, BMI: 29

Anamnéza: ja sa pohybujem až, až...

Dg.:

CHOCHP (pO₂ 7,8 kPa, pCO₂ 5,1 kPa)

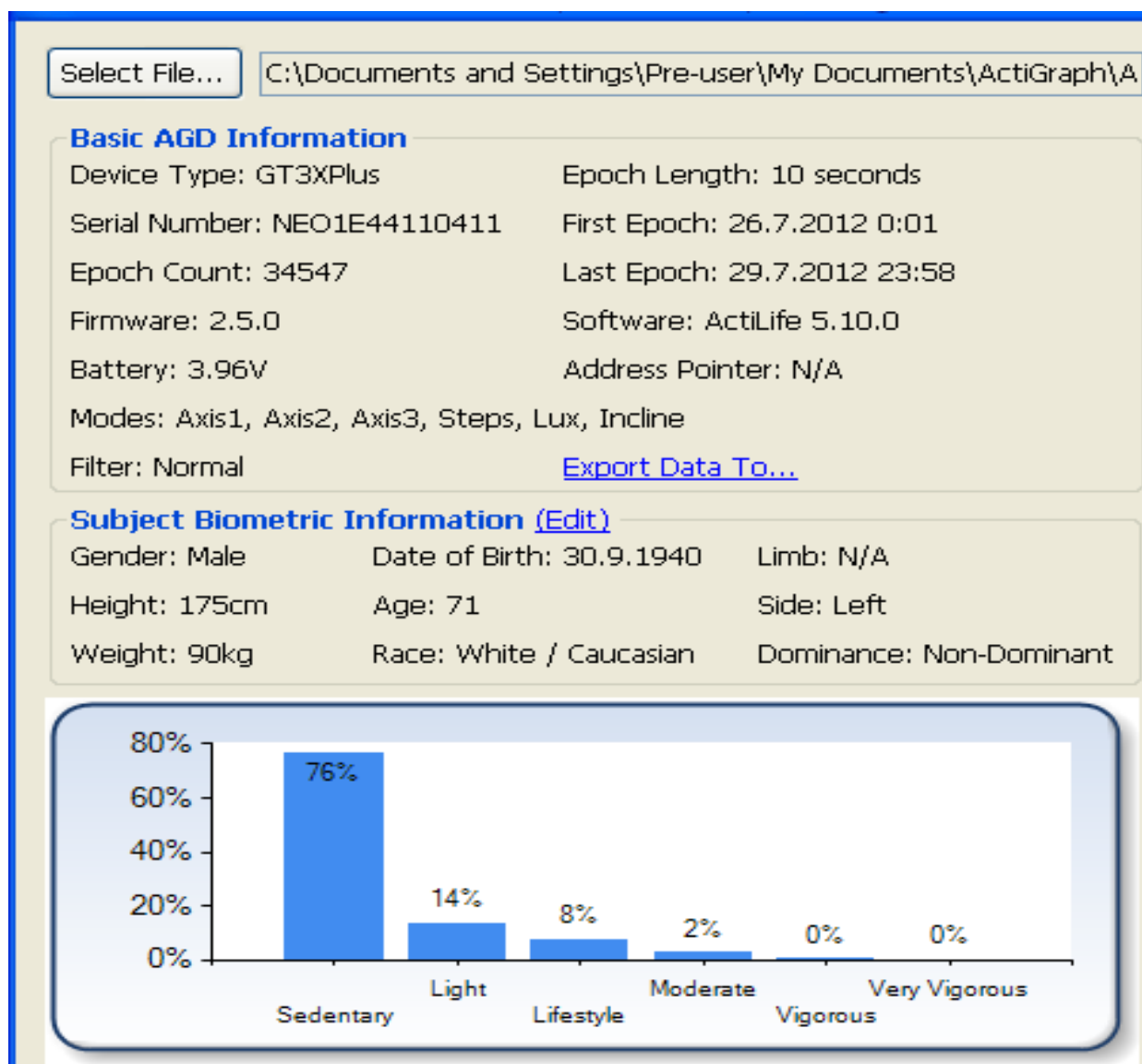
ICHs, funkčné štádium NYHA II.

CHRI, s-kreatinin 158 umol/l

DM II. diabetická neuropatia

(ďalšie diagnózy charakteru: stav po...)

Tab. 2: Výsledok 4 dňového hodnotenia pohybovej aktivity Actigraphom GT3X



Podľa výsledného hodnotenia „Aktigraфом GT3X“ bola pohybová aktivita na úrovni „sedenia“ zaznamenaná až v 76 % sledovaného času a len v 2 % bola zaznamenaná pohybová aktivita stredného stupňa. Vlastné hodnotenie pohybovej aktivity bolo teda úplne neobjektívne.

Je potrebné merať pohybovú aktivitu ?

Davis et al. (2007) publikovali štúdiu, ktorou zistili na rozsiahlej vzorke 203 seniorov nad 70 rokov nízku úroveň dennej pohyblivosti nedostatočnej pre optimálny zdravotný benefit.

Mnohí uznávaní gerontológovia tvrdia, že pri dnešnom rozvoji medicíny a doplnkových služieb by sme sa mali posunúť od tradične chápanej geriatrickej medicíny k intervenčnej gerontológii (3,8,9). Jedinečným príkladom zmysluplnej intervencie je štúdia LIFE-P (Lifestyle Interventions and Independence for Elders - Pilot Study) v rámci ktorej bola porovnávaná skupina seniorov s predpísanou a kons ekventne dodržiavanou pohybovou aktivitou, so skupinou seniorov, ktorí boli zaradení do tzv. programu úspešného starnutia. Štúdia dokázala benefit pohybovej aktivity na prevenciu krehkosti seniorov, na prevenciu pohybovej disability a na spomalenie kognitívneho deficitu (10,16).

Môže cvičenie zabrániť unáhlenej smrti u seniorov ?

Nórska štúdia (Norwegian University of Science and Technology) „Generácia 100“, ktorá v súčasnosti prebieha má zistiť, či cvičenie vedie k „aktívnejším a šťastnejším rokom“ a stanoviť referenčné hodnoty pre viacero markerov (úroveň dennej fyzickej aktivity, pľúcnych funkcií, kognitívnej úrovne, udržania rovnováhy, úroveň kvality života) a samozrejme dať odpoveď na stanovenú otázku (27).

Autori článku dúfajú, že odpoveď bude áno.

Záver

Napíňať hlavnú axiómu geriatrickej medicíny „pridať život rokom a nie roky životu“ sa môže podariť zabezpečením jednak kvalitnej „klasickej medicíny“ (prevencia, liečba, ošetrovanie), ale aj intervenčnými programami, kde dominantnú úlohu v seniorskom veku bude hrať pohybová aktivita.

Literatúra

1. AVLUND, K, VASS, M, HENDRICSEN, C.: Onset of mobility disability among community-dwelling old men and women. The role of tiredness in daily activities. *Age and Aging*. 2003;32(6):579–584.
2. FOCHT, BC, SANDERS, WM, BRUBAKR, P, REJESKI, WJ.: Initial validation of the CSA activity monitor during rehabilitative exercise among older adults with chronic disease. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2003;11:293–304.
3. GURALNIK, JM, FERUCCI, L, PIEPER, CF, LEVEILLE, SG, MARKIDES, KS, OSTIR, GV, et al.: Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2000;55(4):M221–231.
4. NELSON, ME, REJESKI, WJ, BLAIR, SN, DUNCAN, PW, JUDGE, JO, KING, AC, et al.: Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(9):1094–1105.
5. WEUVE, J, KANG, JH, MANSON, JE, BRETELER, MM, WARE, JH, GRODSTEIN, F.: Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. *Journal of the American Medical Association*. 2004;292(12): 1454–1461.
6. Van Den BRINK, CL, Van Den BOS, GA, TIJHUIJS, M, AIJANSEPA, S, NISSINEN, A, GIAMPAOLI, S, et al.: Hierarchy levels, sum score, and worsening of disability are related to depressive symptoms in elderly men from three European countries. *Journal of Aging and Health*. 2006;18(1):125–141.
7. MANINI, TM, EVERHART, JE, PATEL, KV, SCHOELLER, DA, COLBERT, LH, VISSER, M, et al.: Daily activity energy expenditure and mortality among older adults. *Journal of the American Medical Association*. 2006;296(2):171–179.
8. DEPP, CA, JESTE, DV.: Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;14(1):6–20.
9. HASKELL, WL, LEE, IM, PATE, RR, POWELL, KE, BLAIR, SN, FRANKLIN, BA, et al.: Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(9):1081–1093.
10. PAHOR, M, BLAIR, SN, ESPELAND, M, FIELDING, R, GILL, TM, GURALNIK, JM, et al.: Effects of a physical activity intervention on measures of physical performance: Results of the lifestyle interventions and independence for Elders Pilot (LIFE-P) study. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2006;61(11):1157–1165.
11. BARANOWSKI, T.: Validity and reliability of self-report of physical activity: An information processing perspective. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 1988;59:314–327.
12. HARADA, ND, CHIU, V, KING, AC, STEWART, AL.: An evaluation of three self-report physical activity instruments for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2001;33(6):962–970.
13. MÁČEK, M. a kol.: Telesná zdatnosť, pohybová aktivita a dĺžka života. *Prakt Lék* 2002, 82, 389–395.
14. HARM, SA, REIS, JP, STRATH, SJ, DUBOSE, KD, AINSWORTH, BE.: Discrepancies between methods of identifying objectively determined physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2007;39(1):52–58.
15. KING, AC, BAUMAN, K, O'SULLIVAN, P, WILCOX, S, CASTRO, C.: Effects of moderate-intensity exercise on physiological, behavioral, and emotional responses to family caregiving: a randomized controlled trial. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2002;57(1):M26–36.

16. REJESKI, WJ, FIELDING, RA, BLAIR, SN, GURALNIK, JM, GILL, TM, HADLEY, EC, et al.: The lifestyle interventions and independence for elders (LIFE) pilot study: design and methods. *Contemporary Clinical Trials*. 2005;26(2):141–154.
17. STEWART, AL, MILLS, KM, KING, AC, HASKELL, WL, GILLIS, D, RITTER, PL.: CHAMPS physical activity questionnaire for older adults: outcomes for interventions. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2001;33(7):1126–1141.
18. WANNAMETHEE, SG, EBRAHIM, S, PAPACOSTA, O, SHAPER, AG.: From a postal questionnaire of older men, healthy lifestyle factors reduced the onset of and may have increased recovery from mobility limitation. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2005;58(8):831–840.
19. NICHOLS, JF, MORGAN, CG, CHABOT, LE, SALLIS, JF, CALFAS, KJ.: Assessment of physical activity with the Computer Science and Applications, Inc., accelerometer: laboratory versus field validation. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 2000;71(1):36–43.
20. SWARTZ, AM, STRATH, SJ, BASSETT, DR, Jr., O'BRIEN, WL, KING, GA, AINSWORTH, BE.: Estimation of energy expenditure using CSA accelerometers at hip and wrist sites. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2000;32(9 Suppl):S450–456.
21. BOON, H, FRISARD, M, BROWN, C, JAZWINSKI, S, DeLANY, J, RAVUSIN, E.: Validation of accelerometers to assess physical activity in elderly subjects. *Obes Res*. 2003;11:A8.
22. DAVIS, MG, FOX, KR.: Physical activity patterns assessed by accelerometry in older people. *European Journal of Applied Physiology*. 2006 DOI: 10.1007/s00421-006-0320-8.
23. HENDELMAN, D, MILLER, K, BAGGETT, C, DEBOLD, E, FREEDSON, P.: Validity of accelerometry for the assessment of moderate intensity physical activity in the field. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2000;32(9 Suppl):S442–449.
24. PRUITT, LA, GLYNN, NW, KING, AC, GURALNIK, JM, ALKEN, EK, MILLER, G, HASKELL, WL.: Use of accelerometry to measure physical activity in older adults at risk for mobility disability. *J Aging Phys Act*, 2008, 16(4): 416 - 434
25. MATTHEWS, CE.: Calibration of accelerometer output for adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2005;37:S512–S522.
26. KMEC, J.: 2010. Fibrilácia predsiení. Prešov: Cofin, a.s., 2010. 210 s.
27. <http://bmjopen.bmj.com/content/5/2e007519.full?sid=c8efa837-ífl+-4d11-bd78-eaaíážbf60c4>

Kontakt na autora:

Doc. MUDr. František Németh, PhD.

Katedra OSE FZO PU v Pršove

frantisek.nemeth@unipo.sk

OSOBITOSTI OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI PRI APLIKÁCII CHEMOTERAPIE TYPU YONDELIS

Novotná Z.¹, Argayová I.¹, Sontág D.²

¹ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

² Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A. Reimana v Prešove

Abstrakt

Príspevok približuje podávanie chemoterapie typu Yondelis, ktorá sa používa pri nádoroch mäkkých tkanív. Tento typ chemoterapie sa aplikuje pacientom kontinuálne intravenóznou cestou a vyžaduje si od pacienta vysokú mieru kompliance, ktorá je nevyhnutným predpokladom podávania tohto spôsobu protinádorovej liečby. Cieľom príspevku je charakterizovať chemoterapiu typu Yondelis, zmapovať osobitosti starostlivosti o pacientov pri podávaní chemoterapie Yondelis a analyzovať problémy takto liečených onkologických pacientov v dvoch kazuistikách.

Kľúčové slová: Chemoterapia, Yondelis, Nádory mäkkých tkanív, Onkologický pacient.

Abstract

The contribution points out the Yondelis type of chemotherapy application, which is used for soft-tissue tumors. This type of chemotherapy is continuously administered to patients by intravenous way and requires a high degree of patient compliance, which is a prerequisite for this method of application of anticancer therapies. The aim of this contribution is to characterize the Yondelis type of chemotherapy, to map the specificities of care for patients during Yondelis type of chemotherapy administration and to analyze problems of treated cancer patients in two case studies.

Keywords: Chemotherapy, Yondelis, Soft tissue sarcomas, Cancer patient.

Úvod

Yondelis je liek, ktorý sa indikuje u dospelých pacientov pri liečbe pokročilých sarkómov mäkkého tkaniva, po neúspešnej liečbe antracyklínmi a ifosfamidom, alebo u tých pacientov, ktorí nie sú spôsobilí pre príjem týchto látok. Podáva sa prevažne u pacientov s liposarkómom a leiomyosarkómom (European Medicines Agency, 2012).

Sarkómy mäkkých tkanív (STS – soft tissue sarcomas) sú zriedkavé nádory vznikajúce zo spojivových, mezenchýmových tkanív – podieľajú sa asi 1 % na všetkých karcinómoch u ľudí. Tvoria značne heterogénnu skupinu nádorov, pozostávajúcu z viac ako 50 nádorových jednotiek, líšiacich sa genetickými zmenami, patogenézou a klinickými prejavmi. Môžu vznikať takmer kdekoľvek v tele, asi v 43 % sa vyskytujú v končatinách, v 34 % vo vnútorných orgánoch a okolo nich (napr. maternica, srdce), v 10 % na trupe (napr. hrudník, chrbát) a v 13 % v iných lokalizáciách. Vo veľmi zriedkavých prípadoch sa tieto nádory vyvinú v gastrointestinálnom trakte. Táto skupina nádorových ochorení sa nazýva gastrointestinálne stromálne tumory (GIST) (European Medicines Agency, 2012).

Yondelis je liek, ktorý sa musí podávať po dohľadom lekára, ktorý má skúsenosti s používaním tejto chemoterapie. Jedná sa o prášok, z ktorého sa pripravuje infúzny roztok (na kvapkanie do žily) obsahujúci účinnú látku *trabectedín*. Je to syntetická forma látky, ktorá sa pôvodne extrahovala z druhu plášťovca alebo sumky (morské živočíchy). Rakovina je ochorenie, pri ktorom sa bunky delia príliš rýchlo, zvyčajne preto, že ich gény fungujú chybným spôsobom. Trabectedín účinkuje tak, že sa naviaže na DNA, chemickú molekulu, ktorá vytvára gény, pričom bráni niektorým génom v ľudských bunkách, aby zvyšovali svoju aktivitu. To môže zabrániť príliš rýchlemu deleniu buniek, čím sa spomalí rast rôznych typov nádorov (European Medicines Agency, 2012).

Kritériá pre zahájenie chemoterapie typu Yondelis

Pre povolenie liečby Yondelisom musia byť u pacienta splnené nasledujúce kritériá:

- absolútny počet neutrofilov,
- dostatočný počet krvných doštičiek,
- nesmie byť zvýšený bilirubín,
- nesmie byť zvýšená alkalická fosfatáza,
- nemá byť nízky albumín,
- nemá byť zvýšená alanínová aminotransferáza a aspartatová aminotransferáza,
- nemá byť zvýšený klírens kreatinínu,
- nesmie byť zvýšená kreatínfosfokináza,
- nesmie byť nízky hemoglobín.

Rovnaké kritériá, ako sú vyššie uvedené, musia byť splnené aj pred opakovanou liečbou. Inak musí byť liečba odložená až o 3 týždne, než budú tieto kritériá splnené. Pre náročný monitoring biochemických krvných parametrov je veľmi dôležitá pacientova spolupráca pri liečbe. Dodatočné sledovanie hematologických parametrov bilirubínu, alkalickéj fosfatázy, aminotransferáz a kreatínfosfokinázy musia prebiehať každý týždeň počas prvých dvoch cyklov terapie a najmenej raz medzi liečbami v následných cykloch. Rovnaká dávka musí byť podávaná vo všetkých cykloch pod podmienkou, že nie sú zistené žiadne toxicity stupňa 3-4, a pacient spĺňa kritériá na opakovanú liečbu (Európska agentúra pre lieky, 2008).

Liek Yondelis sa používa najčastejšie na liečbu dospelých s dvomi druhmi rakoviny:

- pokročilým sarkómom mäkkých tkanív, čo je typ rakoviny, ktorá vzniká v mäkkých podporných tkanivách tela. „Pokročilý“ znamená, že nádor sa začal rozširovať. Liek Yondelis sa používa vtedy, keď prestala účinkovať liečba antracyklínmi a ifosfamidom (ďalšími protirakovinovými liekmi), alebo v prípade pacientov, ktorí nemôžu užívať tieto lieky,
- rakovinou vaječníkov, ktorá relapsovala (vrátila sa po predchádzajúcej liečbe) a je senzitívna na lieky s obsahom platiny. Liek Yondelis sa používa v kombinácii s ďalším protirakovinovým liekom pegylovaným lipozomálnym doxorubicínom (PLD) (Fait 2011).

Podávanie chemoterapie typu Yondelis

Liek Yondelis sa musí podávať pod dohľadom lekára, ktorý má skúsenosti s používaním chemoterapie, majú ho používať len kvalifikovaní onkológovia, alebo iní odborní zdravotnícky pracovníci, ktorí sa špecializujú na podávanie cytotoxických liekov. Odporúčaná dávka lieku Yondelis je v prípade sarkómu mäkkých tkanív 1,5 mg na štvorcový meter povrchu tela (vypočíta sa pomocou výšky a hmotnosti pacienta). Liek sa podáva každé tri týždne formou jednej infúzie trvajúcej 24 hodín. V prípade rakoviny vaječníkov sa liek podáva v dávke 1,1 mg/m² každé tri týždne formou infúzie trvajúcej tri hodiny, bezprostredne po infúzii PLD. Liečba pokračuje dovtedy, kým je pre pacienta prínosná (Európska agentúra pre lieky, 2008).

Odporúča sa, aby sa liek Yondelis podával cez centrálny venózný katéter. Dôrazne sa odporúča použitie centrálného venózneho prístupu, v prípade že sa trabektedín podáva periférnym venóznym katétrom môže sa u pacientov vyskytnúť potenciálne silná reakcia v mieste podania. Pred podaním lieku Yondelis sa musí pacientovi podať infúzia kortikosteroidov (dexametazónu), aby sa predišlo zvracaniu a aby sa ochránila pečeň. Ak má pacient patologický krvný obraz, infúzia lieku Yondelis sa má oddialiť, dávka lieku Yondelis sa má znížiť, alebo možno použiť lieky na zlepšenie krvného obrazu (Fait, 2011).

Výhody a nevýhody používania lieku Yondelis

V prípade sarkómu mäkkých tkanív bol liek Yondelis účinnejší, keď sa podával raz za tri týždne, ako keď sa podával podľa alternatívneho režimu dávkovania. V prípade pacientov, ktorí liek dostávali jedenkrát každé tri týždne, trvalo priemerne 3,8 mesiaca, kým sa ochorenie zhoršilo, v porovnaní s 2,1 mesiaca v prípade pacientov, ktorí dostávali liek Yondelis trikrát mesačne. V prípade rakoviny vaječníkov bola kombinácia lieku Yondelis s PLD účinnejšia ako PLD podávaný samostatne: v prípade pacientov, ktorí boli liečení kombinovanou liečbou, uplynulo v priemere 7,3 mesiaca bez zhoršenia ochorenia v porovnaní s 5,8 mesiaca v prípade pacientov, ktorí boli liečení PLD podávaným samostatne. Účinok lieku Yondelis sa výraznejšie prejavil u žien s rakovinou, ktorá bola senzitívna na lieky s obsahom platiny (Európska agentúra pre lieky, 2008).

Väčšina pacientov liečených liekom Yondelis môže očakávať, že bude mať vedľajšie účinky. Asi 10 % pacientov liečených liekom Yondelis samotným, a 25 % pacientov liečených liekom Yondelis v kombinovanej liečbe môže očakávať, že bude mať závažné vedľajšie účinky. K najčastejším *vedľajším účinkom* patrí neutropénia, nauzea, vracanie, zvýšená hladina pečeňových enzýmov, anémia, únava, trombocytopénia, strata chuti do jedla a hnačka. Vedľajšie účinky s následkom smrti sa vyskytli v prípade 1,9 % pacienta liečených liekom Yondelis samotným a v prípade 0,9 % pacienta liečených liekom Yondelis v kombinovanej liečbe. Liek Yondelis nesmú užívať osoby, ktoré sú precitlivené na trabektedín alebo na iné zložky lieku. Liek nesmú užívať pacienti, ktorí majú akúkoľvek závažnú alebo nekontrolovanú infekciu, v kombinácii s očkovacou látkou na žltú zimnicu, ani dojčiace ženy (European Medicines Agency, 2012).

K najčastejším *nežiadúcim účinkom* spojeným s podávaním Yondelis patria:

- pocit únavy
- dyspnoe
- vznik hematómov, krvácanie z nosa
- náchylnosť na infekcie – môžu viesť aj k zvýšenej teplote až horúčke (Fait, 2011).

Osobitosti starostlivosti pri chemoterapii Yondelis

Medzi základné úlohy sestier pri aplikácii chemoterapie Yondelis patrí:

- Komunikácia s pacientom a jeho rodinnými príslušníkmi o plánovanej/podávanej liečbe - informácie musia byť jasné a zrozumiteľné, aby pacient pochopil povahu a priebeh ochorenia, ciele a možnosti podávanej liečby a riziko vedľajších a nežiaducich účinkov. Účinná a efektívna komunikácia je nevyhnutná, aby sa mohol pacient správne a zodpovedne rozhodnúť, či podstúpi daný typ chemoterapie aj napriek nežiaducim a vedľajším účinkom liečby. Informácie o liečbe a jej rizikách podáva vždy lekár, úlohou sestry je vysvetliť pacientovi nejasnosti súvisiace s ošetrovateľskou starostlivosťou počas a po podávaní chemoterapie.
- Starostlivosť o žilové vstupy – cieľom pacienta a sestier pri starostlivosti o venózne vstupy je udržiavať ich priechodnosť, zaistiť maximálnu dĺžku používania a zabrániť infekčným komplikáciám. Starostlivosť o i. v. vstupy (hlavne o centrálnu katétru) a aplikácia chemoterapie patrí do rúk len písomne povereným sestram, preškoleným v ošetrovaní portov a Hickmanových katétrov (Kozáková 2011).
- Aplikácia chemoterapie a sledovanie alergických reakcií a nežiaducich vedľajších účinkov - po celú dobu aplikácie sestry (aj v noci, keďže liek sa podáva nepretržite 24 hod.) udržiujú s pacientom kontakt, rešpektujú jeho subjektívne pocity a detekujú známky začínajúcich komplikácií (napr. senzitivne reakcie, odvodné a lokálne reakcie, vznik extravazátov) a ihneď reagujú na akúkoľvek zmenu (Adam 2011).
- Chemoterapia si od sestry vyžaduje dobré vedomosti o jej hlavných a vedľajších účinkoch. Sestra, ktorá sa stará o pacientov na chemoterapii Yondelis musí ovládať nielen informácie o tomto lieku, ale je dôležité aby mala dostatok informácií o ťažkostiach spojených s podávaním tohto typu terapie. Vedomosti o prevencii možných problémov a liečbe vzniknutých ťažkostí pacienta sú dôležitým predpokladom pre stanovenie ošetrovateľských problémov/diagnóz, pomocou ktorých budú zvládané aktuálne ťažkosti pacienta a efektívne uspokojované všetky jeho potreby (Čadová 2013).
- Tento druh chemoterapie sa podáva do centrálného venózneho katétra 24 hodín kontinuálne, preto pacient musí byť hospitalizovaný minimálne 24 hodín. Pred samotnou hospitalizáciou sa musí pacientovi zaviesť centrálny venózny katéter, a to do vena jugularis interna, alebo do vena subclavia, respektíve vena femoralis. Pred samotným zavedením je potrebné zistiť, či je pacient schopný dodržiavať odporúčania týkajúce sa starostlivosti o katéter v domácom prostredí. Neschopnosť pacienta dodržiavať základné zásady starostlivosti o katéter, ktorý musí byť zavedený dlhšiu dobu, môže byť jedným z dôvodov prehodnotenia tohto typu liečby. Edukácia pacientov o starostlivosti o centrálny katéter je dôležitou súčasťou komplexného ošetrovateľského prístupu k pacientovi (Klener 2002). K základným pilierom starostlivosti o katéter patrí problematika fyzického šetrenia (nevykonávať prudké pohyby, spať na chrbte alebo opačnej strane), zvýšenej osobnej hygieny (uprednostňovať sprchovanie, vyhýbanie sa bazénom, zabránenie navlhnutiu krytia miesta výstupu zavedenia CVK), nosenia vzdušného a čistého oblečenia, zákazu manipulácie s ostrými predmetmi v okolí CVK, ovládania príznakov lokálnej a celkovej infekcie, a v konečnom dôsledku aj rozpoznanie a hlásenie akýchkoľvek zmien stavu CVK a zmien v jeho okolí (Vorlíček 2003). Sestra pri každom kontakte s pacientom (pri pravidelných odberoch, podávaní terapie) pravidelne vykonáva :
 - kontrolu miesta vpichu - začervenanie, opuch, bolestivosť, zápal alergické a iné zmeny na koži,
 - kontrolu telesnej teploty,
 - hodnotenie krvácajúcich prejavov v okolí katétra,
 - kontrolu a vyhodnotenie fixácie stehov a ich prípadné uvoľnenie, o všetkých zistených zmenách ihneď informuje ošetrojúceho lekára,
 - kontrolu priechodnosti jednotlivých lúmenov CVK, podľa potreby preplachuje CVK a spojovacie hadičky,
 - elimináciu nebezpečenstva náhleho rozpojenia a netesnosti systému,
 - prevenciu vzniku vzduchovej embólie pri výmene alebo rozpájaní infúzných súprav
 - dôslednú dezinfekciu vstupov do katétra,
 - sterilnú výmenu uzáverov katétrov (Berč, Pálková 2006).

Kazuistiky a ich ciele

Kazuistika je opis jedného alebo viacerých pacientov s rovnakými alebo podobnými problémami. Dá sa využiť aj ako pomocná diagnostická metóda, ktorá spracúva konkrétny prípad od doby zistenia problému až po súčasnosť (Přinosilová, 2007).

V našom príspevku sme opísali priebeh podávania lieku Yondelis u dvoch onkologických pacientok, pričom sme sa snažili vystihnúť problémy, ktoré sú pri tomto type najčastejšie.

Ciele opisovaných kazuistík:

- prezentovať praktické skúsenosti s podávaním chemoterapie Yondelis u pacientov,

- sledovať proces psychickej adaptácie pacientov na chemoterapiu typu Yondelis CVK,
- poukázať na nežiaduce účinky pri podávaní chemoterapie Yondelis,
- poukázať na význam vzájomnej spolupráce medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientom/rodinným príslušníkom v procese podávania chemoterapie typu Yondelis.

Kazuistika 1

Kazuistika opisuje prípad 52-ročnej pacientky, ktorá bola na konci roku 2012 vyšetrená pre tlak v podbrušku a nutkanie na močenie, trvajúce od marca roku 2012. Vyšetrenia, ktoré pacientka podstúpila odhalili tumor v podbrušku, pri ultrazvukom vyšetrení zistený ascites. Nález bol hodnotený ako leiomyosarkóm. Vykonané CT vyšetrenie potvrdilo klinicky gynekologický nález. Hladina CA 125 v krvi bola 1415 IU/ml. V decembri 2012 bola vykonaná laparotómia, kde bol nádor hodnotený ako neresekabilný. Pacientka bola liečená štandardnou chemoterapiou, po 4 cykloch liečby síce nasledoval pokles hladiny CA 125, ale nádor v podbrušku bol palpačne prakticky nezmenený. Po 6 cykloch liečby v máji 2014 bol konštatovaný ďalší pokles hladiny CA 125 pri trvajúcom klinickom aj CT náleze. Pacientka absolvovala ešte 6 cyklov chemoterapie, kde došlo k zníženiu hladiny CA 125, ale nález na bruchu bol zhoršený. Bolo realizované CT, kde bola popísaná progresia nálezu aj mimo panvy. Na základe pozitívnych výsledkov pacientke bola navrhnutá chemoterapia Yondelis. 10. 1. 2015 bola pacientka prijatá na Onkologické oddelenie.

Anamnéza. Pacientka predtým zdravá, neliečila sa na žiadne choroby. Na gynekologické prehliadky nechodila pravidelne. V roku 2012 pre gynekologické ťažkosti navštívila gynekológa, kde jej bol zistený Leiomyosarkóm, stav po chemoterapiách v roku 2013, 2014. Onkologická anamnéza: Matka a teta pacientky mali gynekologický a onkologický nález. Pacientka je obézna 98 kg, koža bledšia bez ikteru, lymfatické uzliny a štítna žľaza nezväčšené, venózna náplň v medziach normy, hrudník: súmerný, klenutý bez deformít, zavedený CVK vľavo do vena jugularis, v mieste zavedenia katétra pociťuje bolesť, pľúca: poklop plný, jasný, dýchanie čisté, bez vedľajších fenoménov, dychová frekvencia približne 18/min, TK 180/80 mmHg, Ekg: sínusový rytmus, frekvencia 101/min, prevodové časy v norme, ozvy sú ohraničené, brucho: na poklop nebolestivé, pečeň a slezina nezväčšené, horné končatiny: súmerné, pohyblivé, bez deformít, v kubitálnej oblasti prítomné drobné hematómy po vpichoch, nálada depresívne ladená a vystrašený výraz tváre. Ošetrovateľské diagnózy: B110 Akútna bolesť, P 111 Strach, K 114 Zmenený vzhľad kože, E 102 Nedostatok vedomostí o chemoterapii – liečbe, K 111 Riziko narušenia celistvosti kože, I 121 Riziko vzniku infekcie.

Katamnéza. V období od 10.02.2015 – 11.02.2015 bola 52 ročná pacientka hospitalizovaná na onkologickom oddelení v Košiciach s diagnózou Leiomyosarkóm. Hneď v prvý deň hospitalizácie bola zahájená 24 – hodinová chemoterapia typu Yondelis. Pred hospitalizáciou na onkologickej ambulancii mala pacientka urobený odber krvi. Na základe výsledkov mohla pacientka podstúpiť chemoterapiu. U pacientky bol zahájený prvý cyklus chemoterapie typu Yondelis. Lekárom bola pacientka v zmysle Zákona 576/2004 informovaná o chemoterapii, o nežiaducich účinkoch a rizikách, čo musela svojím podpisom aj potvrdiť. Pacientka bola poučená o potrebe signalizovať akékoľvek problémy spojené so zavedeným katétrom, o použití signalizačného zariadenia, o pohybovom a liečebnom režime. Po poučení mala pacientka o 12:00 hod. podaný Dexametazon 20mg i.v. a Degan 1 ampulku i. v. Pred samotnou aplikáciou odobratá krv na biochemické a hematologické vyšetrenia. O 12:25 hod podaný infúzny roztok, F 1/1 500 ml s Yondelis za prísne aseptických podmienok. Pripravená infúzia bola podaná lekárom za asistencie sestry do centrálného venózneho katétra cez infúznú pumpu počas 24 hodín. Pacientka bola uložená do Fowlerovej polohy, ktorá zabezpečuje pacientke zlepšenie ventilácie pľúc. Počas chemoterapie je pacientka kontinuálne monitorovaná sestrou a lekárom. Vitálne funkcie o 16:30 hod.: TK: 150/90 mmHg, D: 18', P: 88', TT: 36,7°C. Počas aplikácie okolie centrálného venózneho katétra bez začervenania a opuchu, pacientka nemá prejavy zápalu. Dňa 11.02.2015 o 12:20 hod chemoterapia ukončená. Zmerané fyziologické funkcie, ktoré mala pacientka v medziach normy, pacientka si všimla mierne opuchnuté dolné končatiny. Počas kontinuálneho podania chemoterapie nedošlo u pacientky ku žiadnym komplikáciám a neprejavili sa žiadne nežiaduce alebo vedľajšie účinky. Po podaní chemoterapie bola prevedená sestrou demonštrácia a edukácia ošetrovania CVK (Betadine + sterilné krytie) za prítomnosti manžela pacientky, aby mohol pomáhať ošetrovať manželke CVK v domácom prostredí. Pacientka je o 14:00 hod. prepustená do ambulantnej starostlivosti, o tri dni sa má hlásiť v onkologickej ambulancii. Pacientka informovaná o nevyhnutnosti pravidelných kontrol v onkologickej ambulancii a dodržiavaní režimu v domácom prostredí. Pacientka upozornená lekárom o nutnosti druhého cyklu chemoterapie o tri týždne, konkrétne je stanovený termín na 02.03.2015. Avšak predtým pacientka musí mať zrealizované odbery na onkologickej ambulancii a následne po vyhovujúcich výsledkoch môže byť 24 hodinová hospitalizácia a podaný ďalší cyklus chemoterapie. Po prepustení z onkológie pacientka pravidelne navštevovala onkologickú ambulanciu, mala zrealizované odbery krvi, kde nedochádzalo k zhoršeniu laboratórnych biochemických a hematologických parametrov. Dňa 2. marca 2015 o 9:00 hod prichádza pacientka na 2. cyklus chemoterapie Yondelis. Pacientka uložená na jednopostel'ovú izbu, realizovaná kontrola CVK, miesto a jeho okolie bez zápalových prejavov. Od

poslednej hospitalizácie dochádza k ústupu opuchov na dolných končatinách. Podľa udania pacientky, po chemoterapii nemala žiadne nežiaduce účinky, pociťovala únavu a nechutenstvo, ktoré po dvoch dňoch ustúpilo. Pri rozhovore s pacientkou, udávala strach ako to všetko zvládne, má pochybnosti či jej chemoterapia pomôže. Po fyzikálnom vyšetrení podaný Dexametazon 20 mg i. v. a Degan 1 ampulka i. v. o 10:00 hod. O 10:35 hod pripravený fyziologický roztok 500 ml s Yondelis. Fyziologické funkcie: TK: 140/90 Torr, P: 95', D: 19', TT: 36,5°C. Zahájený 2. cyklus chemoterapie cez infúziu pumpu počas 24 hodín. Priebeh chemoterapie je bez problémov. Pacientka chemoterapiu dobre znáša, cíti sa len mierne unavená. Počas aplikácie chemoterapie pacientka kontinuálne monitorovaná, vitálne funkcie má v medziach normy. Dňa 3. marca v popoludňajších hodinách pacientka prepustená, a je objednaná na 3. cyklus chemoterapie a to 25. marca 2015.

Analýza kazuistiky. V uvedenom prípade môžeme konštatovať, že podrobná a účinná edukácia pacientky a jej manžela priniesla efekt. Katéter je aj po druhom cykle chemoterapie funkčný, pacientka nemá prejavy miestnej ani celkovej infekcie, strach z ošetrovania prekonala a ošetruje si ho už aj sama. Pred každým prepustením z nemocnice bola pacientka opakovane oboznámená s technikou ošetrovania miesta výstupu CVK. Pravidelná komunikácia s pacientkou o ochorení a jeho liečbe, o problematike ošetrovania katétra mala pozitívny vplyv na psychickú adaptáciu pacientky, ochotu pokračovať v liečbe a na život s obmedzeniami, ktoré jej ochorenie prináša.

Kazuistika 2

Kazuistika opisuje prípad 50-ročnej pacientky, ktorá bola sledovaná 2 roky pre myom maternice. Prvýkrát bola vyšetrená v roku 2013. Vzhľadom k myomu maternice a jeho veľkosti sa operačný výkon neindikoval. Pacientka bola sledovaná v gynekologickej ambulancii. V decembri 2014 pacientka udáva krvácanie z rodidiel. Odoslaná na USG a CT vyšetrenie, kde jej bol diagnostikovaný leiomyosarkóm, v januári tohto roku pri CT vyšetrení zistené MTS do pľúc. Pacientka pneumológom odoslaná do Vyšných Hágov, kde podstúpila operáciu pľúc za účelom odstránenia dvoch MTS. Koncom marca na odporúčanie onkológa pacientka odoslaná na podanie chemoterapie typu Yondelis. Pacientka na Onkologické oddelenie prijatá 20.03.2015 o 10:00 hod. Predtým pacientke zavedený CVK za účelom podania chemoterapie typu Yondelis, v mieste zavedenia udáva bolesť. Po zavedení CVK pacientka odoslaná na kontrolný RTG pľúc a srdca. Pacientka na oddelenie prichádza v sprievode dcéry.

Anamnéza. Pacientka sa okrem onkologickej diagnózy nelieči na žiadne vážne ochorenia. Na gynekologické prehliadky chodila pravidelne. V roku 2013 navštívila gynekológa, kde jej bol zistený myom maternice. Koncom roka 2014 zistený leiomyosarkóm a v januári 2015 CT vyšetrením potvrdené MTS do pľúc, v priebehu dvoch týždňov pacientka operovaná a dva menšie útvary odstránené z pravého pľúcneho krídla. Onkologická anamnéza: bez pozoruhodností, sliznice vlhké, jazyk plazí v stredovej rovine, koža: bez ikteru a hematómov, krk: súmerný, šija voľná, lymfatické uzliny a štítna žľaza nezväčšené, venóza náplň v medziach normy, hrudník: súmerný, klenutý bez deformít, jazva po operačnom zákroku, zavedený CVK vľavo do vena jugularis, mierna bolesť v oblasti katétra, pľúca: poklop plný, jasný, dýchanie bez vedľajších fenoménov, dychová frekvencia približne 20/min, srdce: akcia pravidelná, frekvencia 92/min, prevodové časy v norme, ozvy sú ohraňované, brucho: na poklop nebolestivé, pečeň a slezina nezväčšené, horné a dolné končatiny: súmerné, pohyblivé, bez deformít, pulzácie hmatné. Pacientka udáva kolísanie nálad, depresívne nálady, ktoré v poslednom čase narušili vzťahy v rodine. Po odobratí sesterskej anamnézy boli stanovené sesterské diagnózy : B 110 Akútna bolesť, P 112 Úzkosť, K100 Narušená celistvosť kože, E 100 Nedostatok informácií o chemoterapii typu Yondelis, I 121 Riziko vzniku infekcie, R 111 Riziko narušenia vzťahov rodine.

Katamnéza. Na príjem prišla pacientka spolu s dcérou, ktorá je jej veľkou oporou, na odporúčanie onkologickej ambulancie. Pacientka je bradypsychická, vyzerá unavená a rezignovane, sťažuje sa na celkovú slabosť a únavu, má zavedený CVK a operačnú ranu vpravo na hrudníku po operácii pľúc zahojenú. Pacientka poučená lekárom a sestrou o chemoterapii, o priebehu podávania a o nutnosti starostlivosti o CVK po ukončení chemoterapie typu Yondelis. Pacientka po poučení podpísala informovaný súhlas, a bola na vlastnú žiadosť uložená na jednoposteľovú izbu. Z rozhovoru vyplynulo, že sa obáva chemoterapie, má už všetkého dosť, udáva, že sa jej niekedy už ani žiť nechce, nevládze ďalej znášať stále nové problémy súvisiace s onkologickým ochorením. O 11:30 hod. podaný i. v. Dexametazon 20 mg a Degan 1 ampulku na i.v. Pacientke zabezpečené signalizačné zariadenie, poučená o manipulácii s ním. Za aseptických podmienok a vo vyhradenej izbe pre prípravu chemoterapie pripravený F1/1 500 ml, do ktorého je aplikovaný liek Yondelis. Liečba podaná o 12.00 hod. infúznou pumpou nastavenou na 24 hodinové podávanie. V priebehu celého času podávania pacientka sledovaná lekárom a sestrou, monitorované fyziologické funkcie a celkový stav – nedochádza ku kolísaniu nameraných hodnôt, pacientka sa subjektívne cíti dobre. Vo večerných hodinách sa pacientka strachovala ako prežije noc, napriek obavám v noci pacientka spí pokojným neprerušovaným spánkom. Ráno je miesto zavedenia katétra bez prejavov zápalu, CVK ráno sterilne ošetrovaný (Betadine a sterilné krytie). Chemoterapia ukončená o 11:45 hod., katéter uzatvorený sterilnou zátkou, predtým je katéter prepláchnutý heparínom.

Pred prepustením sú pacientka a jej dcéra podrobne edukované o ošetrovaní CVK, o pravidelných odberoch a kontrolách v onkologickej ambulancii. V prípade zhoršenia stavu boli poučené, aby ihneď kontaktovali lekára. Poskytnutým informáciám pacientka porozumela, spolieha sa hlavne na svoju dcéru. 20. marca 2015 o 14:00 hod. bola pacientka prepustená a informovaná o dátume 2. cyklu chemoterapie, ktorý je určený na 14. 04.2015, predtým musí absolvovať kompletné biochemické a hematologické krvné vyšetrenia. V sprievode dcéry pacientka prepustená do domáceho prostredia. Týždeň po chemoterapii u pacientky dochádza k zvýšeniu hepátalných testov a kardiospecifických enzýmov. Pacientka odoslaná na kardiologickú ambulanciu, kde jej bol urobený EKG záznam a potvrdený infarkt myokardu. Od 30. marca 2015 pacientka hospitalizovaná na Koronárnej jednotke s diagnózou Akútny infarkt myokardu na prednej stene.

Analýza kazuistiky. V tomto prípade išlo o komplikovanú pacientku, ktorá v priebehu niekoľkých mesiacov musela podstúpiť operáciu pľúc pre MTS a potom chemoterapiu. Ochorenie pacienta znášala veľmi ťažko, hlavne objavenie sa metastáz a operačný výkon, ktorý musela absolvovať. Zlé vyrovnávanie sa s onkologickým ochorením mohlo podľa pacientkiných slov prispieť k rozvoju akútneho koronárneho syndrómu. Ďalšia liečba onkologického ochorenia je prerušená na dlhšie obdobie, čo pacientka zle znášala. Ďalšie vážne ochorenie a hospitalizácia pacientky zhoršili jej psychickú labilitu, následkom čoho bola zhoršená jej schopnosť a ochota sa o seba v plnej miere postarať, pričom postupne strácala aj vieru v svoje uzdravenie.

Záver

Onkologické ochorenie a jeho liečba je náročnou záťažovou situáciou nielen pre pacienta, ale aj jeho rodinu a podporné osoby. Z obidvoch kazuistik vyplýva, že pri starostlivosti o onkologického pacienta je veľmi dôležitý individuálny prístup a jeho komplexná edukácia, ktorá môže významným spôsobom napomôcť k lepšiemu prijatiu náročnej liečby, ale aj samotného ochorenia. Edukácia by mala byť realizovaná spôsobom, ktorý rešpektuje individuálne rozdiely, hlavne čo sa týka odlišnej adaptácie jednotlivých pacientov na ochorenie a jeho liečbu. Veľký dôraz je potrebné klásť aj na správnu a efektívnu komunikáciu nielen medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom, ale aj rodinou pacienta, pretože tá sa vo väčšine prípadov stáva jeho najväčšou oporou pri zvládaní psychických a fyzických problémov.

Použitá literatúra:

1. ADAM, Z. a kol. 2011. *Obecná onkologie*. Praha : Galén, 2011. 128 s. ISBN 978-80-7262-715-8.
2. BERČ, A., PALKOVÁ, Ľ a kol. 2008. *Onkologické ošetrovateľstvo*. Košice : ZZ design studio – Zvonimír Záviš. 2008 182 s. ISBN 978-80-969605-3-8.
3. ČADOVÁ, L. 2013. *Management péče o onkologického pacienta s intravenózne podávanou chemoterapií*. Plzeň : FZS, 2013. Diplomová práce. 122 s.
4. Európska agentúra pre lieky. 2008. [online]. [2015-03-20]. Dostupné na internete: http://www.ema.europa.eu/docs/sk_SK/document_library/EPAR__Product_Information/human/000773/WC500045832.pdf
5. European Medicines Agency, 2012. Reproduction is authorised provided the source is acknowledged. [online]. [2015-03-20]. Dostupné na internete: http://www.ema.europa.eu/docs/sk_SK/document_library/EPAR__Summary_for_the_public/human/000773/WC500045833.pdf
6. FAIT, V. a kol. 2011. Pro pacienty so sarkomem mäkkých tkaní. In *Klinická onkológie*. ISSN 0862-495X, roč. 24, č. 3, s. 167.
7. KLENER, P. 2002. *Nová protinádorová liečivá a léčebné strategie v onkologii*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 978-80-247-2808-7.
8. KLENER, P. 2010. *Základy klinické onkologie*. Praha : Galén, 2010. 202 s. ISBN 978-80-7262-716-5.
9. KOZÁKOVÁ, Š., DOLEŽALOVÁ, L., ŠIROKÁ, S., SÝKOROVÁ, Z., KOCOURKOVÁ, J. 2011. *Chemoterapie a cílená léčba, praktická příručka*. Brno : Academicus, 2011. 132 s. ISBN 978-80-87192-13-9.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vydanie. Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
11. KVASNICOVÁ, Z., SCHMIDTOVÁ, Z. 2006. Podávanie cytostatík. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. 2, č. 9, s. 34.
12. MIKŠOVÁ Z. 2006. *Kapitoly z ošetrovateľské péče*. Praha : Grada, 2006. 158 s. ISBN 80-247-144-6.
13. NOVOTNÝ, J. a kol. 2012. *Onkologie v klinické praxi, Standartní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. Praha : Mladá fronta a.s., 2012. 255 s. ISBN 978-80-204-2663-5.

14. PŘINOSILOVÁ, D. 2007. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Brno : Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7.
15. VORLÍČEK, J., VYZULA, R. , ADAM, Z. a kol. 2003. *Praktická onkologie vybrané kapitoly*. Praha : Grada Publishing, 2003. 202 s. ISBN 80-7169-974-8.
16. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČEK, H. a kol. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6.

Kontaktná adresa:

PhDr. Zuzana Novotná, PhD.

Katedra OSE, FZO PU v Prešove

email: zuzana.novotna@unipo.sk

HYPERTENZIA A KARDIOVASKULÁRNE KOMPLIKÁCIE U SENIOROV

Beňová, K.², Novotný, R.¹, Novotná, Z.¹

¹ Prešovská univerzita Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

² Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A. Reimana v Prešove

Abstrakt

Zlepšenie socioekonomickej situácie vo vyspelých krajinách je spojené s nárastom seniorskej populácie. Najčastejšou príčinou morbiditu a mortality vo vyššom veku sú kardiovaskulárne ochorenia. Významným rizikovým faktorom pre tieto ochorenia je artériová hypertenzia. Terapeutickým znížením vysokého tlaku krvi sa dá priaznivo ovplyvniť riziko fatálnych i nefatálnych kardiovaskulárnych ochorení i renálnych ochorení a tým sa môže zlepšiť kvalita života tejto populácie. V liečbe seniorov je potrebné akceptovať častú polymorbiditu, polypragmáziu a špecifiká organizmu seniorov.

Kľúčové slová: Artériová hypertenzia, Seniori, Terapia artériovej hypertenzie seniorov.

Abstract

Improving the socio-economic situation in developed countries is associated with an increase in the population of senior citizens. The most common cause of morbidity and mortality among the elderly is cardiovascular disease, of which a major risk factor is hypertension. Therapeutic reduction of high blood pressure can favorably influence the risk of fatal and non-fatal cardiovascular and renal diseases, and thus can improve the quality of life in the population. It is important to accept frequent polymorbidity, polypragmasy and characteristics specific to the organism of seniors when treating them.

Key words: arterial hypertension, elderly persons/seniors, treatment of arterial hypertension in seniors/elderly persons.

Úvod

Najčastejšou príčinou morbiditu a mortality vo vyššom veku sú kardiovaskulárne ochorenia (infarkt myokardu, chronické srdcové zlyhanie, náhla srdcová smrť, cievne mozgové príhody). Významným rizikovým faktorom pre tieto ochorenia (aj vo vyššom veku) je artériová hypertenzia (AH). AH má vysokú prevalenciu, u seniorov v európskych krajinách sa odhaduje na 53 – 72%, pričom AH je zodpovedná za 17% celkovej mortality. Vo vyspelých krajinách progresívne narastá populácia seniorov, vysoká prevalencia AH predstavuje závažný zdravotný problém a výrazne sa podieľa na celkovej morbidite a mortalite (1,2).

Zmeny tlaku krvi u seniorov

Systolický tlak krvi (sTK) s vekom naďalej stúpa, čo je spôsobené komplexom zmien súvisiacich so starnutím vaskulárneho systému, diastolický tlak krvi (dTK) dosahuje maxima okolo 55 roku života, potom pozvoľna klesá (1,2,3).

Patofyziologické zmeny systémov regulujúcich tlak krvi u seniorov sú uvedené v tab.1.

Tab. 1 Patofyziologické zmeny systémov regulujúcich tlak krvi u seniorov

Cievy	↑ tuhosť ciev, ↓ poddajnosť ciev
Baroreceptory	↓ senzitivnosť
Obličky	↓ funkcia obličiek, ↓ vylučovanie Na, ↓ tvorba prostaglandínov
Plazmatická renínová aktivita	↓ PRA
Ateroskleróza	vysoký výskyt
Srdce	zväčšenie masy LK so ↓ perfúziou, poruchy elektrickej vodivosti
Žilový systém	↓ svalová sila, ↓ žilový tonus ↑ hydrostatický kapilárny tlak, opuchy

V populácii seniorov sa najčastejšie vyskytuje izolovaná systolická hypertenzia (výskyt 60%), nasleduje systolicko-diastolická hypertenzia (výskyt 30%) a diastolická hypertenzia (10%). Zatiaľ čo diastolický tlak krvi (dTK) je najlepším prediktorom koronárneho rizika u ľudí mladších ako 50 rokov, systolický

tlak krvi (sTK) a pulzový tlak krvi (rozdiel medzi hodnotou systolického a diastolického tlaku krvi, PP) predstavujú silné prediktory kardiovaskulárneho rizika u seniorov (2,3). Výskyt jednotlivých typov artériovej hypertenzie u seniorov je uvedený v tab. 2.

Tab. 2 Výskyt jednotlivých typov artériovej hypertenzie u seniorov

	systolický tlak krvi	diastolický tlak krvi	výskyt
izolovaná systolická hypertenzia	≥ 140 mmHg	< 90 mmHg	60%
systolicko-diastolická hypertenzia	≥ 140 mmHg	dTK ≥ 90 mmHg	30%
diastolická hypertenzia	< 140 mmHg	dTK ≥ 90 mmHg	10%

77% pacientov s prvou cievnou mozgovou príhodou má hypertenziu, 74% pacientov s ochorením periférnych ciev má hypertenziu, 50% pacientov s ischemickou chorobou srdca má hypertenziu, 15-20% hypertonikov má hypertrofiu ľavej komory, 8-15% pacientov s artériovou hypertenziou má porušené renálne funkcie. 75% kardiovaskulárneho rizika u diabetikov súvisí s hypertenziou (8, 9,10,11, 12,13). V tabuľke 3 sú uvedené pridružené ochorenia, ktoré majú vzťah k hypertenzii.

Tab. 3 Hypertenzia a pridružené ochorenia (vzťah k hypertenzii)

Ochorenie	Vzťah k hypertenzii
Ischemická choroba srdca	50 % pacientov s ICHS má hypertenziu
CMP (ischemická)	77 % pacientov s prvou CMP má TK >140/90 mmHg
Ochorenie periférnych ciev	74 % pacientov s ochorením periférnych ciev má hypertenziu
Hypertrofia LK	15 – 20 % pacientov s artériovou hypertenziou má HLK
Chronické obličkové ochorenie	8 – 15 % pacientov s artériovou hypertenziou má porušené renálne funkcie
DM	75 % KV rizika u diabetikov súvisí s hypertenziou

Artériová hypertenzia je signifikantne asociovaná so zvýšenou cerebrovaskulárnou morbiditou a mortalitou, s výskytom akútneho infarktu myokardu, chronického srdcového zlyhania, chronickej renálnej insuficiencie. Vo Framinghamskej štúdii mali hypertonici 2-3x vyššie riziko vývoja koronárnej choroby srdca, 3x vyšší výskyt cerebrovaskulárnych ochorení, 3,5x vyšší výskyt chronického srdcového zlyhania (2).

Artériová hypertenzia sa považuje za najčastejšiu príčinu vzniku fibrilácie predsiení (FP). FP je najčastejšou pretrvávajúcou srdcovou dysrytmiou. Prítomnosť FP je spätá so zvýšenou mortalitou a morbiditou, so zvýšeným rizikom mozgových príhod a tromboembolizmu a so závažnými hemodynamickými dôsledkami, ktoré spôsobujú zníženie tolerance záťaže a srdcové zlyhanie. Prevalencia FP s vekom signifikantne stúpa, u osôb starších ako 65 rokov dosahuje približne 6 % a po 80. roku života 8 – 9 %.

Vo Framinghamskej štúdii malo viac ako 50% pacientov s fibriláciou predsiení zároveň prítomnú artériovú hypertenziu, hypertenzná choroba 1,9-násobne zvyšovala riziko vzniku fibrilácie predsiení. Patomechanizmus vzniku FP u pacientov s artériovou hypertenziou je multifaktoriálny (4,5,6,7).

Liečba artériovej hypertenzie seniorov

Terapeutickým znížením vysokého tlaku krvi sa dá priaznivo ovplyvniť riziko fatálnych i nefatálnych kardiovaskulárnych príhod. Absolútny benefit z adekvátnej liečby artériovej hypertenzie u seniorov je kvôli väčšiemu kardiovaskulárnemu riziku vyšší ako u mladších hypertonikov. Dopad liečby hypertenzie u starších osôb na kardiovaskulárnu mortalitu je 3,9 krát efektívnejší a na cerebrovaskulárnu mortalitu 2 krát efektívnejší ako efekt liečby hypertenzie u jedincov v strednom veku, liečba hypertenzie starších osôb predstavuje tiež účinnú prevenciu zlyhávania srdca (3). V roku 2013 boli publikované nové Odporúčania ESH/ESC pre liečbu hypertenzie (14). V predchádzajúcich Guidelines ESH/ESC chýbal priamy dôkaz o účinku antihypertenznej liečby u starších hypertonikov (starších ako 80 rokov) (15). Podľa záverov štúdie HYVET z liečby AH profitujú aj seniori nad 80 rokov, a to znížením nielen morbidít, ale aj mortality (16).

Štúdia HYVET (Hypertension in the Very Elderly trial) porovnávala aktívnu liečbu (diuretikum indapamid + ACEI perindopril ak to bolo potrebné) s placebom u pacientov starších ako 80 rokov so vstupným systolickým tlakom krvi (sTK) > 160 mmHg. Pacienti na aktívnej liečbe dosiahli priemerne sTK 144 mmHg a došlo u nich k významnému zníženiu veľkých kardiovaskulárnych príhod a všetkých príčin úmrtia (benefit bol pri hodnotách sTK < 150 mmHg) (16).

Odporúčania liečby AH u starších hypertonikov podľa ESH/ESC (14)

- u pacientov so sTK ≥ 160 mmHg sa odporúča redukovat' sTK na hodnoty medzi 150 a 140 mmHg (trieda odporúčaní I, úroveň dôkazu A) 150
- u osôb starších ako 80 rokov pri hodnotách sTK ≥ 160 mmHg sa odporúča redukovat' sTK medzi 150 – 140 mmHg pokiaľ sú v dobrej fyzickej a psychickej kondícii (trieda odporúčaní I, úroveň dôkazu B)
- u zdatných starších pacientov (< 80 rokov) antihypertenznú liečbu možno zvážiť pri hodnotách SBP ≥ 140 mmHg s cieľovou hodnotou STK < 140 mmHg, ak liečba je dobre tolerovaná (trieda odporúčaní IIb, úroveň dôkazu C)
- u krehkých starších pacientov sa odporúča ponechať rozhodnutie o antihypertenzívnej terapii na ošetrojúceho lekára, na základe sledovania klinických účinkov liečby (trieda odporúčaní I, úroveň dôkazu C)

Liečba artériovej hypertenzie u krehkých starších pacientov je na úrovni dôkazu C (názorový konsenzus), nakoľko u tejto populácie nemáme zatiaľ EBM. V štúdií Hyvet boli pacienti v dobrej fyzickej a psychickej kondícii (vylúčili chorých a krehkých pacientov a pacientov s klinicky významnou ortostatickou hypotenziou).

Odporúčania liečby AH u starších hypertonikov podľa ESH/ESC (14)

- v liečbe artériovej hypertenzie u starších pacientov sa odporúčajú pre použitie všetky antihypertenzívne lieky.
- pri izolovanej systolickej hypertenzii môžu byť preferované diuretiká a blokátory vápnikových kanálov (BKK) (trieda odporúčaní I, úroveň dôkazu A)
- v liečbe seniorov je potrebné akceptovať častú polymorbiditu, polypragmáziu a špecifiká organizmu seniorov (typické patofyziologické zmeny systémov regulujúcich tlak krvi)

Na základe výsledkov doteraz publikovaných štúdií sa zdá, že všetky hlavné triedy antihypertenzív sú v liečbe artériovej hypertenzie u starších osôb účinné. Najviac údajov o priaznivom ovplyvnení kardiovaskulárnej morbidity a mortality je dostupných pre diuretiká a dlhodobé pôsobiace BKK (3,14,15). Výber vhodného antihypertenzívu u seniorov je daný aj prítomnosťou iných rizikových faktorov, poškodením cieľových orgánov, pridruženými kardiovaskulárnymi stavmi aj prítomnosťou komorbidných stavov (diabetes mellitus, chronická renálna insuficiencia (2,3,7,14,15)).

U pacientov s chronickým zlyhávaním srdca, systolickou dysfunkciou ľavej komory a u diabetikov sú liekom voľby ACE inhibítory alebo ARB (AT₁ blokátory angiotenzínu II). V liečbe artériovej hypertenzie a stavov po infarkte myokardu alebo v prítomnosti chronického srdcového zlyhania je liekom voľby vhodný betablokátor.

Štúdia SENIORS porovnávala aktívnu liečbu (betablokátor nebivolol v porovnaní s placebom) u pacientov starších ako 70 rokov s prítomným chronickým srdcovým zlyhaním (ChSZ). ChSZ bolo definované ako hospitalizácia pre ChSZ v poslednom roku, alebo dokumentovaná LVEF < 35%. Dávka nebivololu sa titrovala postupne od 1,25mg/denne do cieľovej dávky 10 mg/denne (67% zaradených pacientov dosiahlo cieľovú dávku 10mg nebivololu denne). U pacientov na aktívnej liečbe došlo k poklesu celkovej mortality a hospitalizácie z kardiovaskulárnych príčin (a to nezávisle na LVEF) (17). Všetky doteraz prezentované štúdie a metaanalýzy potvrdili opodstatnenosť liečby artériovej hypertenzie seniorov na zabránenie koronárnych príhod ako i cievných mozgových príhod (1). Pri výbere antihypertenzívu u seniorov je potrebné liek „ušiť na mieru“ individuálnemu pacientovi, výber antihypertenzív sa prispôsobuje prítomnosťou špecifických indikácií, na kontrolu tlaku krvi sa často musia použiť kombinácie dvoch i viacerých antihypertenzív. U seniorov treba aktívne pátrať po polypragmázii (voľne predajné lieky) a pátrať po nežiaducich účinkoch (u antihypertenzív je to napr. závažné riziko ortostatickej hypotenzie, závratov, pádov) (3).

Záver

Adekvátnou liečbou artériovej hypertenzie u seniorov môžeme zlepšiť nielen kvalitu života, ale dá sa priaznivo ovplyvniť riziko fatálnych i nefatálnych kardiovaskulárnych príhod. Voľba antihypertenznej liečby sa má riadiť všeobecne odporúčanými postupmi, výber prvého lieku sa riadi aj prítomnosťou iných rizikových faktorov, poškodením cieľových orgánov, pridruženými kardiovaskulárnymi ochoreniami,

renálnymi ochoreniami, v liečbe seniorov je potrebné akceptovať častú polymorbiditu, polypragmáziu a špecifiká organizmu seniorov.

Použitá literatúra:

1. JONÁŠ, P., FARKAŠ, A., KOVAL, Š. (2007) *Zvláštnosti artériovej hypertenzie seniorov*. Via Practica 2007; 12, s. 562-566. ISSN 1336-4790.
2. TREJBAL, K. (2013). *Možnosti liečby hypertenzie seniorov*. Via Practica 2013; 10 (2), S. 51-56. ISSN 1336-4790.
3. SNINČÁK, M. (2006). *Artériová hypertenzia v staršom veku*. 1.vyd. TypoPress, Košice 2006; 167 s. ISBN 80-89089-39-9.
4. KMEC, J. (2010). *Fibrilácia predsiení*. 1.vyd. Cofin, a.s., Prešov 2010; 210 s. ISBN 978-80-967145-2-0.
5. KMEC, J., DERŇÁROVÁ, L., KOLLÁROVÁ, B. (2012). *Patofyziológia fibrilácie predsiení*. In Molisa Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša. Grafotlač, s.r.o., Prešov 2012; S. 70-78. ISBN 978-80-555-1288-4.
6. KMEC, J., NÉMETH, F., KIŠKO, A. (2012). *Príčiny a predisponujúce faktory fibrilácie predsiení v seniorskom veku*. In Molisa Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša. Grafotlač, s.r.o., Prešov 2012; 9, s.79-86. ISBN 978-80-555-1288-4.
7. KMEC, J., ČENČARIK, J., SLANINA, M. (2004) *Fibrilácia predsiení a artériová hypertenzia*. In Cardiology. 2004. 13. K/C 66. ISSN 1338-3655.
8. DIAMOND J. A, PHILLIPS R. A. (2005). Hypertens Res. 2005; 28: 191-202.
9. EL-ATAT F, et al. Curr Hypertens Rep. 2004; 6: 215-223.
10. PEPINE C. J., AM J. Cardiol. 1998;82(3A): 21H-24H.
11. ROSAMOND W, et al. Circulation. 2007; 115:69-171.
12. SEGURA, J, et al. Curr Opin Nephrol Hypertens. 2004; 13:495-500.
13. SELVIN, E., ERLINGER, P. Circulation. 2004; 110: 738-743.
14. MANCIA, G., FAGARD, R., NARKIEWICZ, K. et al. 2013 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) J Hypertens 2013; 31:1281–1357.
15. MANCIA, G., DE BACKER, G., DOMINIĆZAK, A. et al. 2007 Guidelines for the Management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007; 25:1751–1762.
16. BECKETT, N. S, PETERS, R., FLETCHER, A. E et al. Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older (for the HYVET study group). N Engl J Med 2008; 358: 1887-1898.
17. FLATCHER MD, SHIBATA MC, COATS AJ et al. Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). Eur Heart J 2005; 26(3): 215-225.

Kontaktná adresa:

MUDr. Katarína Beňová, PhD.
Oddelenie vnútorného lekárstva a geriatricie,
Fakultná nemocnica J. A. Reimana
Hollého 14, 080 01 Prešov
benova.katarina@seznam.cz

PROFESIJNÁ MEDICÍNSKA ETIKA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Novotný, R. ¹, Novotná, Z. ¹, Eliašová, A. ¹, Beňová, K. ²

¹ Prešovská univerzita Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

² Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A. Reimana v Prešove

Abstrakt

Metódou etickej reflexie autori interpretujú teoretickú a reálnu problematiku profesijnej medicínskej etiky v SR. Pojem medicínska etika prepája aplikovanú aj profesijnú etiku. Redukcia etickej teórie na etické kódexy, je nazývaná „etikou bez morálky“, preto aplikovaný etický kódex by mal zdôrazňovať kľúčové hodnoty organizácie a hájiť záujmy zamestnancov. Interakcia medicíny založenej na dôkazoch a etického procesu je komplexným procesom klinickej bioetiky, ktorý má končiť implementáciou a praktickou aplikáciou výsledkov príslušného diagnosticko-liečebného postupu založeného na dôkazoch v zdravotníckom a celospoločenskom kontexte. Univerzalizmus vyjadruje, že vzťahová oblasť lekára zahŕňa všetkých ostatných členov spoločnosti. Slovenskí lekári sú nútení zo strany poisťovní aj štátu uvažovať ekonomicky. Posilňovanie autonómie pacienta si vyžaduje zmenu jeho vlastných prístupov založených na morálnej zodpovednosti a spôsobilosti. Všeobecnou kľúčovou charakteristikou lekárov je ich korporatívna a klinická autonómia. Korporatívna autonómia znamená, že lekári majú významný politický vplyv na rozhodovanie o tom, v akých podmienkach a za akých okolností pracujú. Na Slovensku uvedený rozmer autonómie lekára abscentuje. Každý z účastníkov slovenského zdravotníckeho systému si želá autonómiu pre seba a paternalizmus pre ostatných. Autori konštatujú, že zdravotnícky systém Slovenska je v súčasnosti bioeticky nevyjasnený a chýba mu ucelené smerovanie. Autori zdôrazňujú, že centrálné hodnotové kritérium profesijnej etiky v medicíne je profesijný étos. Medicínsky profesionalizmus je profesijný étos, ktorý vyžaduje zosúladenie odborného, bioetického a bioprávneho uvažovania.

Kľúčové slová: Profesijná medicínska etika, Slovenské zdravotníctvo, Etický kódex, Autonómia pacienta, Autonómia lekára, Profesijný étos.

Abstract

The authors interpret the theoretical and the real issue of professional medical ethics in Slovakia by ethical reflection method. The concept of medical ethics interconnects applied and professional ethics. Reduction of ethical theories to ethical codes is called "ethics without morality" and therefore applied code of ethics should emphasize the core values of the organization and defend the interests of employees. Universalism expresses that the relational field of doctor includes all other members of society. Slovak doctors are forced by the insurance companies and the state to think economically. Strengthening the autonomy of the patient requires a change of his own approach based on moral responsibility and competence. General key feature of doctors is their corporate and clinical autonomy. Corporate autonomy means that doctors have a significant political impact on deciding under what conditions and in what circumstances they work. The specified dimension of doctor's autonomy absent in Slovakia. Each of the participants in Slovak healthcare system wishes autonomy for themselves and paternalism for others. The authors state that the health system in Slovakia is currently bioethical vague and lacks a coherent direction. The authors emphasize that the central criterion value of professional ethics in medicine is the professional ethos. Medical professionalism is a professional ethos that requires harmonizing professional, bioethics and biolaw reasoning.

Keywords: professional medical ethics, healthcare system in Slovakia, code of ethics, patients' autonomy, doctor's autonomy, professional ethos.

Úvod

Slovenské zdravotníctvo je v turbulentnom pohybe od roku 1990 a máloktorý rezort je tak často medializovaný ako zdravotníctvo. Problematika zdravia a choroby je verejným problémom, ktorý presahuje obmedzené hranice vnútorného života jednotlivca. Systém zdravotníctva má špecifické rysy, postoje slovenskej verejnosti sú k zdravotníctvu veľmi citlivé, napriek tomu, že zdravotníctvo je iba jedným z činiteľov, ktoré vytvárajú úroveň zdravotného stavu obyvateľstva. V zdravotníckej starostlivosti sú plnené mnohé čiastočné ciele, pre ktoré je veľmi náročné stanoviť jednoznačné a ľahko hodnotiteľné kritériá. V zdravotníctve môžu pracovať iba osoby s určitým, zákonom daným vzdelaním, ktoré sú naviac povinné priebežne sa vzdelávať celý profesionálny život, práca v zdravotníctve kladie na zamestnancov mimoriadnu zodpovednosť a mimoriadne etické požiadavky.

Pojem medicínska etika je potrebné vnímať v kontexte ako aplikovanú aj profesijnú etiku, ako trojjediný celok, t. j. ako sebareflexiu etických a morálnych problémov v samotnej medicíne, ako súdnosť v oblasti

etických a morálnych problémov medicínskej praxe a ich vymedzenie vo vzťahu k obecnej etike a morálke. Možno konštatovať, že z pohľadu etického diskurzu v medicínskej etike dochádza k zániku *heteronómnej morálky*, v súčasnej slovenskej medicínskej profesii dochádza k *autonómnej reflexii* profesijnej morálky.

Optika klinickej medicínskej bioetiky vyžaduje od lekárskej profesie vedecké uvažovanie a postup v dimenziách „*medicíny založenej na dôkazoch*“ (EBM). Príkladne sa uplatňujú postupy EBM v odbore kardiológia, kde je v rámci Slovenska odborný postup lege artis uvádzaný podľa európskych návodov a aplikovaný v prácach domácich autorov. Ako príklad uvádzame diagnózu fibrilácie predsiení, ktorá je v spojení s kongestívnym srdcovým zlyhávaním a diabetom mellitus typ II a/alebo metabolickým syndrómom považovaná za jednu z narastajúcich „epidémií“ 21.storočia (Kmec 2012a; Kmec 2004).

Ak je interakcia EBM a etického procesu komplexným procesom klinickej bioetiky, potom je odborný postup lekára iba jedným z krokov tohto procesu a má byť ukončený implementáciou a praktickou aplikáciou výsledkov príslušného diagnosticko-liečebného postupu EBM do zdravotníckeho a celospoločenského kontextu Slovenskej republiky.

V uvedenom prípade diagnózy a liečby fibrilácie predsiení na základe EBM je v súčasnosti odklon od skúmania rytmu a príklon ku skúmaniu ostatných orgánových poškodení (napr. mozog), kvality života a negatívnych účinkov ochorenia na celkovú funkciu organizmu, ako aj sociálne pôsobenie. Vykonané štúdie, ktoré používali doterajšie terapeutické ciele u pacientov s fibriláciou predsiení (smrť, mozgová príhoda, ekonomika zdravia, atď.) zlyhali (Kmec 2010; Kmec 2012b).

V tom prípade, keď je etická teória v klinickej praxi redukovaná na etické kódexy, ktoré sú považované za dostatočné „návody“ na riešenie morálnych konfliktov, potom sa tento jav nazýva „*etikou bez morálky*“. Kodifikácia profesijnej etiky je výsledkom administratívneho postupu „zhora“. Absencia bioetického procesu klinickej bioetiky v takom prípade nemôže nahradiť vzájomný vzťah klinického postupu, etiky a morálky formálnosťou etického kódexu (Bilasová 2008).

Aplikovaný a živý etický kódex má byť zostavený pre každú organizáciu, v rámci Slovenska pre každú nemocnicu alebo pre osobitnú činnosť organizácie. Pri zostavovaní etických kódexov je vhodné pri podmienkach Slovenska aplikovať škandinávsky model, kde sa kladie dôraz na názory zamestnancov, s ktorými je obsah a forma kódexu diskutovaná. Kódex by mal zdôrazniť kľúčové hodnoty organizácie, zahrnúť princípy, týkajúce sa poslania organizácie a špecifické príklady etického a neetického jednania. Zamestnanci by mali mať pri tvorbe etického kódexu kľúčové úlohy: ich názory a postoje sú základom pre kódex, zamestnanci participujú na konečných formuláciách. Etický kódex by mal byť využiteľný v čo najširšej miere a pre čo najväčší počet zúčastnených (členov organizácie). Prioritnou snahou má byť existencia jasných a akceptovateľných pravidiel. Aby bol etický kódex transparentný a zrozumiteľný, je nutné dodržiavať určité zásady: etický kódex musí byť *vnútorné konzistentný*, mal by obsahovať jasne formulované konkrétne priority, záväzky a požiadavky a zrozumiteľne vymedzovať etické roly. Etický kódex musí byť *primeraný*, t. j. má obsahovať vyváženosť práv a povinností, požiadavky na chovanie zamestnancov dovnútra aj navonok organizácie, musí obsahovať postup riešenia konfliktov, interpretáciu a aplikáciu riešenia, etický kódex by mal obsahovať možnosť ustanovenia výnimiek z dôvodov morálneho charakteru (znížené požiadavky na telesne postihnutých, ženy v tehotenstve, zohľadnenie alergikov).

Poznamenávame, že v podmienkach legislatívy Slovenska, v ktorej je zakotvený etický kódex zdravotníckych pracovníkov, posudzovanie miery etickej zodpovednosti má v rámci výkonu medicínskej profesie predovšetkým právny charakter.

Reflexia súčasného etického diskurzu sa venuje vymedzeniu etickej medicíny vo vzťahu k medicínskej etike. Medicínska etika je teóriou, ktorá je vyjadrením poznania a zručností, princípov a pravidiel v špecifických podmienkach, kedy treba nájsť rovnováhu s hodnotami, ktoré ovplyvňujú ľudské rozhodovanie a konanie. **Medicína založená na etike je súčasťou klinickej bioetiky ako reálne požadovaný klinický prístup v súčasnom období chýbania „etiky založenej na dôkazoch.“** Hlavné ciele nového smerovania medicíny, na ktoré by mala byť zameraná lekárska profesia ako aj medicína „*založená na etike*“ sú prevencia chorôb a poranenia, úľava od bolesti a strádania spôsobeného chorobou, starostlivosť o chorých a ich uzdravovanie, odvracanie predčasnej smrti a zaistenie kľudného zomierania (Callahan 1997).

Ak medicínska etika v slovenských podmienkach hľadá svoju cestu ako rozvinúť etickú teóriu pre potreby medicínskej praxe, potom otázky etickej medicíny posúvajú problematiku medicínskej etiky k skúmaniam, ktoré sú viac spojené s kvalitou medicínskej praxe a zdravotnej starostlivosti. Za problémový dialóg v oblasti medicínskej profesie je možné považovať vzťah medzi rôznymi oblasťami a odborními medicíny a etikou, ktorá ak je vnímaná len vo svojej kodifikovanej podobe, potom môže byť v klinickej praxi sprevádzaná nepochopením alebo odmietavým prístupom zdravotníckych pracovníkov.

Treba poznamenať, že slovenskí lekári získavajú v trhových podmienkach nové úlohy a spoločenské funkcie, ktoré nie sú bezprostredne súčasťou liečebného procesu. Medicína bezprostredne súvisí so sociálne kontrolnými funkciami. V slovenskej spoločnosti lekár nie je tým faktorom, prostredníctvom ktorého môže spoločnosť kontrolovať stabilitu spoločenského systému (chorobnosť, morbiditu, atď.), i keď lekár je osobou vlastniacou monopol znalostí, skúseností a schopností umožňujúcich určenie choroby a jej liečby. Základné predpoklady pre kvalitný výkon lekárskej úlohy v rámci popisu vzorcov jednania sú *funkčná špecifickosť, emocionálna neutralita, univerzalizmus a kolektívna orientácia*.

Funkčná špecifickosť je kľúčovým znakom lekárskej úlohy. Vyjadruje nutnosť formálnej aj faktickej odbornej a etickej kompetencie pre výkon povolania. V odbornej kompetencii je vymedzená podoba odborného vzdelania, v etickej kompetencii je vymedzená etická podoba vzdelania. Funkčná špecifickosť lekára má kľúčové postavenie v úlohe lekára, pretože podmieňuje fungovanie zdravotníckych organizácií (Parsons 1991).

Emocionálna neutralita vyjadruje požiadavku na úlohu lekára vecne orientovať spôsob jednania, bez emocionálnej účasti. Je tým mienené, že ideálny lekár vykazuje sympatie, intuitívne porozumenie bez plného rozvinutia svojich emócií. Má chápať pacientove pocity, bez toho, aby ich sám cítil. Obmedzenie emocionality je viazané na tie emócie, ktoré narušujú úlohu lekára, t. j. majú negatívny vplyv na liečbu pacienta. Druhá stránka tejto orientácie spočíva v tom, že lekár musí jednať bez ohľadu na svetonázorové, náboženské alebo nacionálne pocity. Požiadavka emocionálnej neutrality sa vzťahuje tiež na všetky úlohy, ktoré sa nachádzajú vo vzťahovom poli toho ktorého lekára, t. j. na ostatných lekárov, ošetrojúci a ďalší zdravotnícky personál.

Univerzalizmus vyjadruje tú skutočnosť, že potencionálna vzťahová oblasť lekára zahŕňa všetkých ostatných členov spoločnosti. Kolektívna orientácia predstavuje ďalšiu hodnotu úlohy lekára. Lekár vo svojom jednaní nevychádza iba zo svojich záujmov, ale aj zo záujmov druhých, t. j. predovšetkým pacientov, že stavia blaho pacienta nad svoje vlastné záujmy aj formou povinnosti mlčanlivosti, rešpektom k ľudskej dôstojnosti chorého. Dôležitým aspektom rozhodovania v rámci vnútornej profesijnej kultúry je kompetentnosť uplatňovať také prístupy, ktoré vyžadujú schopnosť integračne porozumieť morálke, bioprávu, praktickým obmedzeniam a kultúre, čo v etickej dimenzii možno vnímať ako formovanie profesijného záväzku či povinnosti.

Prístupy založené na *bioetickom princípalizme* vyžadujú rovnováhu s deontologickou tradíciou, ako komplexnejší typ morálneho uvažovania. Spôsob uvažovania založený na princípalizme ako postupe „*zhora – nadol*“ prináša riziká subjektivismu pri aplikovaní na reálnu situáciu. Typ morálneho uvažovania „*zdola-nahor*“ je spojený so situačným prístupom, ktorý v medicínskej profesii poznáme ako metódu kazuistiky. Základným východiskom uvažovania je konkrétny prípad, na základe ktorého smerujeme k zovšeobecneniu a formulácii určitého princípu a normy. Ide o prístup vyžadujúci skúsenosť a intuíciu príslušného zdravotníckeho profesionála. Kreativitu v etickej reflexii dokladá fakt, že ak normy a hodnoty sú vzájomne prepojené a patria k našej morálnej skúsenosti, potom hodnoty majú svoju dôležitú existenciálnu rolu v tom, že sa normy uplatňujú v praxi práve optikou hodnôt (Gluchman 2013).

Ak slovenská spoločnosť deklaruje zdravie ako svoju prioritu, tak by táto norma ako priorita mala pozitívne ovplyvňovať celý systém zdravotnej starostlivosti vrátane optimalizácie podmienok medicínskej praxe. Základom vzťahu lekára a pacienta ostáva paradigma dôvery, ktorá je vyjadrením profesijného vzťahu založeného na rešpektovaní dôstojnosti, záujmov i práv pacienta a stáva sa základom pre uplatnenie princípu autonómie v medicínskej praxi.

Uvádzame, že pojem zdravia je neurčitý, hodnoty hlavných participantov vstupujúcich do procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku sú rôzne a niekedy dokonca aj protikladné. Zásadný vplyv na konkretizáciu cieľov má zvolený systém usporiadania zdravotníctva. V Slovenskej republike je ustanovený systém poisťovní, ktorý je založený na *egalitárskej distributívnej spravodlivosti* a na *verejnej solidarite*. Za hlavných participantov zdravotnej starostlivosti v tomto systéme sú považovaní: pacienti a klienti, ktorí využívajú služby zdravotníckej starostlivosti, zdravotnícki pracovníci, ktorí prevádzajú zdravotnícku starostlivosť, zdravotné poisťovne, verejná správa SR. Skutočný cieľ zdravotníckeho systému je potom mnohokrát nie celkom zreteľným konglomerátom mnohých cieľov. Očakávania občanov sú: fyzická aj ekonomická dostupnosť zdravotníctva, chápatý prístup zdravotníkov, ohľaduplné liečenie. Očakávania zdravotníkov sú: dôstojná obživa, vážnosť povolania, profesia, ktorá zaisťuje dobrú životnú a kultúrnu úroveň, odborný a osobný rast, možnosť pomôcť trpiacim ľuďom. Zdravotníci by radi poskytlí pacientovi čo najviac, pretože majú veľký pocit zodpovednosti aj neistoty. Je slovenskou realitou, že zdravotníci sú častejšie čím ďalej tým viac nútení zo strany poisťovní aj štátu uvažovať ekonomicky, pretože celospoločensky sa považuje za neetické plyvať zdrojmi, ktoré môžu dostať iní pacienti. To spôsobuje frustrácie zdravotníkov a odvádza ich od ich pôvodného poslania. Každý z uvedených participantov zdravotníckeho systému chce pre seba veľkú mieru vplyvu v systéme starostlivosti o zdravie a pre ostatných značné obmedzenia, všetci si želajú autonómiu pre seba

a paternalizmus pre ostatných. Zdravotnícky systém Slovenska je dnes bioeticky nevyjasnený, spoločensky frustrujúci a chýba mu ucelené smerovanie.

Súčasná tendencia posilňovania autonómie pacienta si vyžaduje predovšetkým zmenu jeho vlastných prístupov založených na morálnej zodpovednosti a spôsobilosti aktívne vstupovať do procesov liečby vrátane ochrany vlastného zdravia. Táto zásada vyjadruje nielen prístupy pacienta k vnímaniu vlastného zdravia (choroby), ale aj lekára, ktorý je tiež vystavovaný rizikám ohrozenia zdravia, a práve tento faktor nie je v medicínskej praxi dostatočne reflektovaný. Upevnenie autonómie pacienta určitým spôsobom prehlbuje aj informovaný súhlas, ktorý je legalizovaným opatrením vo vzťahu k jeho právam. Pre lekára vzniká povinnosť informovať pacienta o podmienkach a odporúčaniach v spôsobe liečby a terapie. V praxi sa stretávame s informovaným súhlasom často len ako s formálnym opatrením (Gluchman 2012).

Poznamenávame, že málo frekventovanou etickou témou sú práva zdravotníckych pracovníkov v súvisi s profesionálnou autonómiou. Profesionálna autonómia znamená, že príslušníci určitej profesie sami dohliadajú na obsah práce svojich členov. Aby mohol byť určitý typ zamestnancov určený ako profesia, musí mať tieto charakteristické znaky: profesionálnu autonómiu, zodpovednosť, autoritu a prestíž. V medicíne je autonómia vo vyspelých štátoch výrazná. Za kľúčovú charakteristiku lekárov je potrebné považovať ich autonómiu: *korporatívnu (stavovskú) a klinickú (odborne-medicínsku)*.

Korporatívna autonómia znamená, že lekári majú významný politický vplyv na rozhodovanie o tom, v akých podmienkach a za akých okolností pracujú, ako sú odmeňovaní, aké sú podmienky vstupu do profesie (pre a postgraduálne vzdelávanie), ako je výkon profesie kontrolovaný. Uvedený rozmer autonómie lekára na Slovensku absentuje.

Klinická autonómia vyjadruje, že výkon profesie je natoľko diktovaný odbornou problematikou, že ju nemôže posúdiť nikto, kto nepatrí do skupiny lekárov. Lekárska profesia si podľa Friedsona svoju autonómiu vyzískala výmenou za príslub, že bude plniť spoločensky dôležité ciele v súlade s uznávanými hodnotami. Klinickú autonómiu si lekári zachovali aj v socialistickom zdravotníctve a z dnešného hľadiska bola táto nedotknuteľnosť jedným z najväčších privilégií. Profesia má mať v pravom zmysle slova šesť atribútov: systematickú teóriu, musí sa tešiť vážnosti a úcte, má mať prestíž, etický kódex, profesionálnu kultúru. Musí byť hlavným zdrojom príjmu osoby, ktorá ju praktikuje. Jedným z najdôležitejších znakov profesie sú zákonné kompetencie pre plnenie odborných úloh. Požiadavky na profesiu, ktoré sa líšia od zamestnania predovšetkým v tom, že je to činnosť, pre ktorú bol človek vyškolený alebo vyučený (Friedson, Mann 1971).

Záver

Centrálne významové hodnotové kritérium profesijnej etiky v medicíne je charakteristika profesijného étosu. Medicínsky profesionalizmus je profesijný étos, ktorý vyžaduje zosúladienie odborného, etického a bioprávneho uvažovania, nutnosť naučiť sa rozmýšľať v hodnotových reláciách a osvojiť si etickú múdrosť, ktorá pomáha reflektovať bioetický priestor v klinickej praxi. Étos lekára nie je jeho súkromnou záležitosťou, je dôležitou podmienkou realizácie a rozvoja medicínskej profesie. Vyvážená rovnováha medzi individuálnou morálkou a „*morálkou profesie*“, ktorá je spravidla artikulovaná v normách jej etického kódexu sa opiera o etickú spôsobilosť, ktorá je výrazom zrelosti mravného subjektu (Bilasová 2014). Klinická bioetika je komplexný proces interakcie medicíny založenej na dôkazoch a etického procesu, ktorý pozostáva z viacerých krokov na základe bioetickej edukácie a ktorý má končiť implementáciou a praktickou aplikáciou výsledkov príslušného diagnosticko-liečebného postupu založeného na dôkazoch v zdravotníckom a celospoločenskom kontexte.

Literatúra:

1. BILASOVÁ, V. (2014). *Etika a profesia (sociologický výskum profesijnej etiky v podmienkach Slovenska)*. Prešov : Filozofická fakulta PU v Prešove, 2014, 135 s.
2. BILASOVÁ, V. (2008). *Výzvy pre etiku v súčasnosti*. Prešov : Filozofická fakulta PU v Prešove, 2008.
3. CALLAHAN, D a kol. (1997). *Cíle medicíny. Hledání nových priorit. Mezinárodní projekt*. Z angl. orig. The Goals of Medicine . Setting new Priorities. Vyd. The Hasting Center, New York, přel. J. Jařab. Praha MZ ČR a IPVZ, 1997. p.6.
4. FRIEDSON, E., MANN, J., H. (1971). Organizational dimensions of large-scale group medical practice. In *American Journal of Public Health*, 1971, Apr., 61 (4), p. 791-94.
5. GLUCHMAN, V. (2012). Analýza teoretických východísk profesijnej etiky na Slovensku. In: V. Gluchman a kol.: *Profesijná etika. Analýza stavu profesijnej etiky na Slovensku*. Prešov: Filozofická fakulta PU v Prešove, 2012, s. 11–52.

6. GLUCHMAN, V. (2013). Rekapitulácia situácie profesijnej etiky na Slovensku. In: V. Gluchman, J. Kalajtšidis & K. Komenská: *Profesijná etika v krajinách V4*. Prešov: Filozofická fakulta PU, 2013, s. 181–196.
7. KMEC, J., ČENČARIK, J., SLANINA, M. (2004). *Fibrilácia predsiení a artériová hypertenzia*. In *Cardiológia*, 2004, č. 13, s. K/C 66. ISSN 1210-0048, ISSN 1336-2429.
8. KMEC, J. (2010). *Fibrilácia predsiení*. Prešov : Cofin, a.s., 2010. 210 s. ISBN 978-80-967145-2-0.
9. KMEC, J., DERŇAROVÁ, L., KOLLÁROVÁ, B. (2012a). *Patofyziológia fibrilácie predsiení*. In Molisa. *Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*, 9/2012. s.70-78. ISBN: 978-80-555-0048-5.
10. KMEC, J., NÉMETH, F., KIŠKO, A. (2012b). *Príčiny a predisponujúce faktory fibrilácie predsiení v seniorskom veku*. In Molisa. *Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*, 9/2012. s.79-86. ISBN: 978-80-555-0048-5.
11. PARSONS, T. (1991). *The social system*. 1st ed. Great Britain, Kent: Mackays of Chatham PLC, 1991. Preface to the New Edition Bryan S. Turner. p. 454, pp. 456-457. ISBN 0-415-06055-9.

Kontaktná adresa:

Doc. MUDr. Rudolf Novotný, PhD.

Katedra PA FZO PU v Prešove

rudolf.novotny@unipo.sk

ROLA SESTRY V DETEKCII VYBRANÝCH ONKOLOGICKÝCH OCHORENÍ

Andrea Obročníková A.,¹ Kaščáková M.,² Majerníková L.¹

¹Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov

²Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Abstrakt

Detekcia nádorových ochorení je opatrenie odhaľujúce prekancerózy a skoré štádiá nádorov, ktoré významne ovplyvňuje perspektívu života chorého a celkovú mortalitu populácie. Sestra v ambulancii sa stáva kontaktnou osobou pri poskytovaní starostlivosti, a preto cieľená detekcia je významným ukazovateľom kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Cieľom výskumu bolo zistiť a porovnať participáciu sestier primárnej zdravotnej starostlivosti na detekcii vybraných onkologických ochorení (kolorektum, prsník, krček maternice). Za hlavnú metódu výskumu sme zvolili neštandardizovaný dotazník. Výskum prebiehal v mesiacoch január - júl 2012 v dvoch európskych krajinách, vo Veľkej Británii – Wales (Cardiff) a na Slovensku (Prešovský kraj). Výskumu sa zúčastnilo 165 sestier pracujúcich v ambulanciách praktického lekára. Intenzívna účasť na onkologickej detekcii bola pozorovaná v skupine britských sestier, ktorá je podmienená počtom ošetrovaných pacientov počas pracovnej doby, úrovňou organizácie práce sestier v ambulancii a legislatívnym uznaním kompetencií sestier.

Kľúčové slová: Sestra. Detekcia. Nádorové ochorenia. Skrining kolorekta, prsníka, krčka maternice.

Abstract

Cancer detection is the measure identifying precancerous and early stages of cancer. It significantly affects the perspective of life of the patient and the overall mortality of the population. The nurse in the surgery of general practitioner becomes the contact person for the provision of health care and therefore targeted detection is a significant indicator of the quality of nursing care. The aim of the research was to determine and compare the participation of primary health care nurses in the detection of selected cancers (colorectal, breast, cervix). For the main method of research we chose the non-standardized questionnaire. The research was conducted in the months of January to July 2012 at two European countries, the United Kingdom - Wales (Cardiff) and Slovakia (Presov region). The research sample consisted of 165 nurses working in surgery of general practitioner. It has seen strong participation in cancer detection in a group of British nurses what is determined by the number of patients treated during working hours, work organization of nurses in the office and legislative recognition of the nursing competencies.

Keywords: Nurse. Detection. Cancer. Screening of colorectal, breast, cervical cancer.

Úvod

Onkologické ochorenia sú civilizačným ochorením 21. storočia s celosvetovo sa zvyšujúcou prevalenciou. Rastúca onkologická incidencia súvisí so starnutím populácie, prísnejšími diagnostickými kritériami a najmä zdravotným uvedením populácie preferujúcou nezdravý životný štýl. Zhubné nádorové ochorenia predstavujú vo všetkých krajinách EÚ i v rámci celého Európskeho regiónu (po úmrtiach na choroby obehovej sústavy) druhú najčastejšiu príčinu úmrtia v populácii mužov aj žien (Diba, Pleško, Hlava, 2012). Celosvetovo sa predpokladá priebežné zvyšovanie onkologickej mortality, v roku 2030 zomrie 12 miliónov na onkologické ochorenie (Cancer, 2010).

Podľa SZO stratégie pre prevenciu a kontrolu onkologických ochorení, incidencia onkologických ochorení môže byť redukovaná alebo kontrolovaná implementáciou stratégií pre onkologickú prevenciu, **skorú detekciu rakoviny**. Jednou z efektívnych stratégií pre onkologickú prevenciu a detekciu je premyslený systém poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorý zahŕňa okrem diagnosticko-liečebnej zložky aj preventívnu.

Dominantný okruh pracovných postupov ošetrovateľstva v primárnej zdravotnej starostlivosti je zameraný na *prevenciu, udržiavanie a obnovu zdravia, edukáciu* jedinca, rodiny a skupiny. Rybárová (2008) zastáva názor, že sestry v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti sú jedinečné, samostatné profesionálky, ktorých preventívna a zdravotná – výchovná činnosť je dominantnou oblasťou ich pracovnej náplne. Autorka vo svojej štúdii sprehľadnila aktívnu participáciu sestier primárnej zdravotnej starostlivosti na prevencii civilizačných ochorení. Vychádzajúc z výsledkov štúdie je zrejmé, že aktivitám zameraným na prevenciu onkologických ochorení, kardiovaskulárnych ochorení, či na programoch v boji proti fajčeniu, sa venujú v nižšej miere ako je žiaduce. Disproporčná účasť ambulantných sestier na programoch prevencie a podpory zdravia korelovala s druhom pracoviska

výkonu svojej profesie (sestry v ambulanciách praktického lekára pre dospelých, v ambulanciách pre deti a dorast, v gynekologickej ambulancii, v ADOS) (Rybárová, 2008).

Zdravotnícki pracovníci (lekár, sestra) v ambulancii praktického lekára pre dospelých majú najlepšie predpoklady a príležitosti byť kľúčovým sprostredkovateľom individualizovanej prevencie a podpory zdravia. Predurčujú ich k tomu odborné vedomosti a poznanie pacienta, jeho rodiny, rodinnej anamnézy a prostredia, v ktorom žije a pracuje (Fait et al., 2008).

Prevencia onkologických ochorení a jej organizácia v ambulancii praktického lekára zahŕňa systematickú preventívnu činnosť realizovanú preventívnymi prehliadkami, dispenzarizáciu pacientov s vybranými chorobami, edukačné intervencie zamerané na podporu a ochranu zdravia, v kontexte ochrany zdravia pred zhubnými nádormi (Fait et al., 2008). Preventívnu prehliadku v ambulancii praktického lekára je potrebné vnímať ako klinickú preventívnu intervenciu, ktorej cieľom je identifikácia ovplyvniteľné rizikových faktorov (fajčenie, alkohol, obezita, sedavý životný štýl, sexuálna promiskuita, nadmerná slnečná expozícia a iné), rozpoznávanie skorých (varovných) príznakov onkologického ochorenia u asymptomatickej populácie (nehojace alebo krvácajúce eflorescencie na koži, neustupujúci chrapot alebo kašeľ, zmeny vo vyprázdňovaní hrubého čreva a močového mechúra, dlhotrvajúca bolesť, nevysvetliteľný úbytok telesnej hmotnosti, pretrvávajúce zvýšené telesné teploty, neobvyklé výtoky/ sekrécie, palpačne hmatné rezistencie neznámeho pôvodu), cieleňá edukácia klienta (samovyšetrovanie prsníkov, semenníkov, kože, dutiny ústnej) (Seifert, 2004, Fait et al., 2008).

Sekundárna onkologická prevencia v ambulancii praktického lekára predstavuje systém opatrení, ktorých cieľom je znížiť výskyt choroby, spomaliť alebo zastaviť jej progresiu v ešte bezpríznakovom štádiu a odvrátiť tak nepriaznivý vývoj ochorenia. Odhalenie prekanceróz a skorých štádií nádorov významne ovplyvňuje perspektívu života chorého. Významná úloha lekára a sestry preto spočíva v rozpoznávaní príznakov, ktoré sprevádzajú onkologické ochorenie u asymptomatických pacientov. Fyzikálne vyšetrenie orgánových systémov za využitia metódy aspekcie, auskultácie a palpácie umožňuje rozpoznávať lokálne alebo celkové zmeny (príznaky) organizmu. V rámci sekundárnej onkologickej prevencie sa realizujú špecifické vyšetrenia s cieľom vyhľadávania konkrétneho onkologického ochorenia. Nasledujúce vyšetrenia vychádzajú z medzinárodných guidelinov a legislatívne daných výkonov lekárov v primárnej a sekundárnej zdravotnej starostlivosti v SR. Medzi špecifické vyšetrenia patria palpačné vyšetrenie kože, ústnej dutiny, prsníkov, semenníkov, prostaty, krčka maternice, konečníka. Laboratórne vyšetrenia odhaľujúce onkologické ochorenie zahŕňujú vyšetrenie stolice na okultné krvácanie, cytologické vyšetrenie krčka maternice (realizované v gynekologickej ambulancii), vyšetrenie krvi na onkomarker - PSA antigén (vykonané v urologickej ambulancii). Okrem uvedeného súboru vyšetrení, ktoré sa využívajú v sekundárnej onkologickej prevencii, je nutné sa zmieniť o mamografickom vyšetrení prsníkov, endoskopickom vyšetrení hrubého čreva a dychové testu na *Helicobacter pylori*. Tieto vyšetrenia sa na ambulancii praktického lekára nevykonávajú, ale lekár a sestra sú povinní odporúčať vyšetrenia každému klientovi podľa špecifických kritérií v znení zákona SR.

Ošetrovateľstvo v sekundárnej prevencii onkologických ochorení

Dominantné postavenie ambulantných sestier v sekundárnej onkologickej prevencii predstavujú nasledujúce pracovné činnosti:

- sledovať termíny absolvovania preventívnych prehliadok, objednávať, prípadne pozývať klientov k preventívnym prehliadkam,
- analyzovať osobnú a rodinnú anamnézu s cieľom zaradenia klienta do skupiny určujúcej mieru onkologického rizika,
- monitorovať osoby s vysokým onkologickým rizikom,
- odobrať a analyzovať komplexnú rodinnú anamnézu u klientov s výskytom hereditárneho onkologického ochorenia, následne im odporučiť genetické konzultácie,
- rozpoznávať skoré príznaky onkologických ochorení za využitia zručností vo fyzikálnom vyšetrení jednotlivých orgánových systémov,
- overovať stav vedomostí a zručností o postupe samovyšetrovania (BSE) prsníkov, semenníkov, kože, dutiny ústnej, v prípade deficitu v tejto oblasti je potrebné reedukovať klienta.

Sestra svojimi odbornými vedomosťami, praktickými zručnosťami ako i holistickým prístupom ku klientovi sa stáva nenahraditeľným pracovníkom v poskytovaní kvalitnej zdravotnej starostlivosti, vrátane prevencie, diagnostiky, terapie (Hanzlíková et al., 2004).

Cieľ

Celosvetový rast malignít kolorekta, prsníka a krčka maternice priniesol v preventívnej zdravotnej starostlivosti iniciatívu k tvorbe preventívnych skriningových programov a guidelinov pre štandardnú zdravotnú starostlivosť (preventívnu). Odporúčania preventívnych skriningových programov vychádzajú z organizácií ACS /American Cancer Society/ a USPSTF /United States Preventive

Services Task Force/, ktoré pravidelne hodnotia stav výsledkov klinických štúdií testujúce preventívne onkologické kontroly zamerané na jednotlivé onkologické ochorenia. Ministerstvo zdravotníctva SR a Wales realizuje skrining troch najrozšírejších onkologických ochorení ako súčasť preventívnych vyšetrení, ktoré sú plne hrazené zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Zámerom výskumu bolo posúdiť účasť slovenských a britských sestier v primárnej zdravotnej starostlivosti na detekčných postupoch u vybraných onkologických ochorení.

Materiál a metodika

Pre zber relevantných údajov sme zvolili anonymný neštandardizovaný dotazník, pozostával z 39 výskumných položiek a 6 kategorizačných položiek. *Oblasť sesterskej detekcie u vybraných onkologických ochorení* bola posudzovaná pomocou Likertovej škály, na ktorej sestra hodnotila frekvenciu posudzovania každého atribútu u konkrétneho onkologického ochorenia. Pre posúdenie sesterskej participácie v detekcii rakoviny hrubého čreva a konečníka, mliečnej žľazy, krčka maternice boli použité číselné hodnoty s označením 1 (vždy) až 5 (nikdy). Výskum prebiehal v mesiacoch január - júl 2012 v dvoch európskych krajinách, vo Veľkej Británii – Wales (Cardiff) a na Slovensku (Prešovský kraj) po predchádzajúcom súhlase oslovených inštitúcií. Výskumnú vzorku tvorili sestry (n = 165) pracujúce v ambulanciách praktického lekára, počtom 89 slovenských sestier (ďalej SS) a 78 britských sestier (ďalej BS). Pre spracovanie výsledkov výskumu sme použili matematicko-štatistické metódy: triedenie údajov, spracovanie údajov, výpočet početnosti (n) a percentuálnych hodnôt (%), spracovanie tabuliek, výpočet priemernej škálovej hodnoty (M) za využitia software SPSS 15.0. Pre štatistickú komparáciu sledovaných skupín sme použili t - test (Studentovo rozdelenie t).

Charakteristika súboru

Podmienkou zaradenia do nášho výskumného súboru bola pracovná pozícia sestry v ambulancii prvého kontaktu – ambulancia praktického lekára pre dospelých / surgery of general practitioner vo dvoch krajinách EÚ (Slovenská republika, Veľká Británia). Celú vzorku probandov tvorili sestry ženského pohlavia v oboch sledovaných skupinách. Z hľadiska veku prevládajúcou vekovou skupinou v celej vzorke boli sestry v období strednej (30-39 rokov) a staršej dospelosti (40-49 rokov). Najvyššie zastúpenie (44%) bolo pozorované u sestier s odbornou praxou nad 20 rokov. Z pohľadu dosiahnutého vzdelania v súbore SS bolo percentuálne najvyššie zastúpené úplné stredoškolské vzdelanie s maturitou, získané na SZŠ 55%. V súbore BS dosahovalo diplomantské štúdium 50% (ekvivalent bakalárskeho stupňa), 46% BS dosahovalo vzdelanie prvého stupňa – bakalár a 4% magisterského stupňa. Špecializačné štúdium dosahovali vo vyššej miere britské sestry (57%) oproti skupine SS (31%). Skupina SS uvádzala rôzne špecializácie: ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii, v psychiatrii, v odboroch chirurgie, v odboroch vnútorného lekárstva. V skupine BS uvádzali špecializácie: Diabetes, Minor illness, Astma, Cervical cytology, Respiratory health, Care of older people. Poznámka: štúdium ošetrovateľstva na pregraduálnej a postgraduálnej úrovni sa líši od slovenského vzdelávania sestier.

Výsledky

Uvádzame štatistické výsledky signifikantných rozdielov medzi sledovanými skupinami v detekčnom postupe rakoviny hrubého čreva a konečníka, rakoviny prsníkov a rakoviny krčka maternice zistené podľa Studentovho t-testu.

Tabuľka 1 Diferenciácie v detekcii nádorov kolorekta

Detekcia rakoviny hrubého čreva a konečníka	SS		BS		p
	M	SD	M	SD	
vek pacienta	2,17	1,14	1,30	0,70	0,0011**
predchádzajúce ochorenia čriev	2,65	1,29	1,46	0,86	0,000***
pozitívna rodinná anamnéza	2	1,10	1,73	1,22	0,396
striedanie zápchy a hnačky	2,27	1,06	1,57	0,99	0,014*
bolesti brucha	2,34	1,00	1,53	0,86	0,002**
prítomnosť krvi v stolici	2,13	1,13	1,57	1,03	0,058
plynatosť	2,34	0,97	1,76	1,03	0,038*
absolvovanie preventívnych prehliadok / skriningu	2,27	1,03	1,84	1,19	0,160

Legenda k významnosti štatistických výsledkov * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Pozitívnym zistením je, že sestry sa podieľajú na detekcii prvotných príznakov rakoviny hrubého čreva a konečníka u asymptomatických jedincov. Štatisticky sme zaznamenali v oboch skupinách rozdiely vo

frekvencovanejšej detekcii signálov ako sú **vek pacienta** ($p = 0,0011^{**}$), **predchádzajúce ochorenia čriev** ($p = 0,000^{***}$), **bolesti brucha** ($p = 0,002^{**}$), **plynatosť** ($p = 0,038^{*}$), **striedanie zápchy a hnačky** ($0,014^{*}$). Môžeme konštatovať, že na základe výsledkov uvedenej položky sa britské sestry podieľajú vo väčšej miere na detekcii symptómov rakoviny hrubého čreva a konečníka oproti skupine slovenských sestier. Z hľadiska priemerných hodnôt, skupina SS najčastejšie posudzuje významný údaj: rodinnú anamnézu a prítomnosť krvi v stolici, no najmenej dôležitým faktorom pre sestry bola podrobná osobná anamnéza (predchádzajúce ochorenia). Skupina BS najčastejšie posudzuje informácie týkajúce sa veku pacienta, osobnej anamnézy a objektívnych údajov (bolesti brucha, anomálie v defekácii a prítomnosti krvi v stolici), rodinnej analýzy a pacientovej účasti na preventívnej prehliadke, či skríningu.

Tabuľka 2 Diferenciácie v detekcii nádorov mliečnej žľazy

Detekcia rakoviny prsníkov	SS		BS		p
	M	SD	M	SD	
pozitívna rodinná anamnéza	1,86	1,38	1,38	0,90	0,131
predchádzajúce ochorenia prsníkov	2,58	1,45	1,42	0,90	0,000***
palpačná infiltrácia v prsníku	2,89	1,37	1,46	0,90	0,000***
sekrécia z bradavky	2,68	1,44	1,65	0,98	0,002**
vzhľad kože na prsníku	2,82	1,46	1,65	0,98	0,000***
vpáčenie bradavky	2,72	1,41	1,80	1,02	0,007**
zdureníe lymfatických uzlín	2,79	1,50	1,57	1,03	0,000***
absolvovanie preventívnych prehliadok / skríníngu	2,20	1,57	1,65	1,13	0,136

Legenda k významnosti štatistických výsledkov * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Pomocou Likertovej škály (1 – 5) sme zisťovali podiel sestier na detekcii rakoviny prsníkov, pričom nižšie skóre znamená frekvencovanosť posudzovania atribútov možnej mamárnej abnormality/ malignity. Z výsledkov komparovaných súborov boli zistené signifikantné rozdiely v posudzovaní znakov: **predchádzajúce ochorenia prsníkov**, **palpačná infiltrácia v prsníku**, **vzhľad kože na prsníku**, **zdureníe lymfatických uzlín v predilekčných lokalitách** na hladine $p = 0,000^{**}$, kde pozitívnejšie skóre dosiahli BS. V sledovaných znakoch, **sekrécia z bradavky** ($p = 0,002^{**}$) a **vpáčenie bradavky** ($p = 0,007^{**}$) boli posudzované častejšie opäť skupinou BS.

Tabuľka 3 Diferenciácie v detekcii cervikálnych nádorov

Detekcia rakoviny krčka maternice	SS		BS		p
	M	SD	M	SD	
pozitívna rodinná anamnéza	2,17	1,63	1,5	1,14	0,079
výtoky z rodidiel	2,72	1,49	1,69	1,05	0,004**
kontaktné krvácanie	2,65	1,49	1,61	1,13	0,005**
bolesť v podbruší	2,75	1,38	1,69	1,05	0,002**
problémy s mikciou a defekáciou	3	1,31	1,76	1,07	0,000***
absolvovanie preventívnych prehliadok / skríníngu	2,58	1,61	1,61	1,13	0,012*

Legenda k významnosti štatistických výsledkov * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Participácia sestier v detekcii rakoviny cervixu bola zo strany BS pozitívnejšia, čomu nasvedčujú zistené rozdiely v detekcii príznakov: **výtoky z rodidiel** ($p = 0,004^{**}$), **kontaktné krvácanie** ($p = 0,005^{**}$), **bolesť v podbruší** ($p = 0,002^{**}$), **problémy s vyprázdňovaním** ($p = 0,000^{***}$) **močového mechúra a hrubého čreva**, **absolvovanie preventívnych prehliadok /skríníngu** ($p = 0,012^{*}$). Lepšie výsledky tejto položky v skupine BS môžu súvisieť s faktom, že v sieti primárnej zdravotnej starostlivosti sa v podmienkach britského zdravotníckeho systému nenachádza gynekologická ambulancia poskytujúca starostlivosť prvého kontaktu ako u nás, preto gynekologickú preventívnu starostlivosť zabezpečujú poskytovatelia (často sestry - špecialistky) v ambulantnom zariadení praktického lekára.

Diskusia

Skríning a skorá onkologická detekcia sú formy sekundárnej prevencie zamerané k odhaľovaniu nádorových útvarov v skorých ešte liečiteľných štádiách (Jennings-Dozier, Mahon, 2002). Sekundárna onkologická prevencia je v podmienkach slovenského zdravotníckeho systému súčasťou rutinných preventívnych prehliadok hrađených na základe verejného zdravotného poistenia. Na Slovensku sa

štandardne realizuje skrining troch nádorových ochorení (rakoviny krčka maternice, rakoviny prsníkov, kolorektálneho karcinómu). Podľa Národného skriningového výboru Spojeného kráľovstva (NSC UK) NHS ponúka podobne škálu troch skriningových programov vyššie uvedených ochorení (Screening and Testing, 2012), ktorých periodicitu vykonávania uvádzame v tabuľke 4.

Tabuľka 4 Periodicita skriningových vyšetrení onkologických ochorení vo VB a SR

Skrining rakoviny krčka maternice VB	Skrining rakoviny prsníkov VB	Skrining rakoviny kolorekta VB	Rizikový manažment rakoviny prostaty VB
Každé 3 roky vo veku od 29 - 49 rokov (smear test)	Každé 3 roky od 50 - 70 rokov (mamografia)	Každé 2 roky od 60 - 69 rokov (FOBT test)	U mužov od 50 rokov (PSA antigén)
Každých 5 rokov od 50 - 64 rokov	Na požiadanie ženy do 73. roka života	Na požiadanie je možné test vykonávať do 75. roka	-
Cervikálny skrining SR	Mamografický skrining SR	Kolorektálny skrining SR	Detekcia rakoviny prostaty SR
Každé 3 roky vo veku od 23 - 64 rokov (po prvých 2 negatívnych výsledkoch vyšetrenia)	1x mamografia za 2 roky vo veku od 40 - 69 rokov	Každé 2 roky od 60 - 69 rokov (FOBT test)	U mužov 1x za 3 roky vo veku od 50 rokov (PSA antigén)

Poznámka: údaje získané z NHS (Health checks for ages 17 – 29, 30 – 64, over- 65 years),

Poznámka: údaje získané zo zákona č. 577/2004 a zákona č. 661/2007

Do akej miery sa sestry podieľajú na vyhľadávaní nádorových ochorení u asymptomatickej populácie môžeme poukázať štúdiami realizovanými sestrami v zahraničí.

Warren a Pohl (1990) skúmali, do akej miery praktické sestry vykonávali onkologické detekčné postupy v ošetrovateľskej praxi. Zistili, že realizácia detekčných postupov nebola v súlade s odporúčanými skriningovými pokynmi ACS. Primárnym dôvodom ich nesprávneho vykonávania detekčných postupov bola neznalosť odporúčaní ACS pre prevenciu a skorú detekciu onkologických ochorení. Nedostatočné detekčné intervencie zo strany sestier boli podmienené ďalšími uvádzanými bariérami, ako nedostatok času sestier na realizáciu detekcie, nízke náklady za realizovaný výkon, nízke uplatnenie onkologickej detekcie v praxi bolo limitované rôznorodým zastúpením respondentov v skúmanej vzorke (výkon odbornej praxe v rôznych zdravotníckych zariadeniach s rôznou odbornou špecializáciou).

Ďalšia zahraničná štúdia pátrala po dôvode, prečo poskytovatelia primárnej zdravotnej starostlivosti (lekári a sestry) nevykonávajú onkologický skrining u svojich pacientov/ klientov vo vekovej kategórii nad 50 rokov. Vyše 42 % respondentov uviedlo, že zanedbávanie preventívnej starostlivosti v zariadeniach primárnej starostlivosti je dôsledkom vyššej potreby starostlivosti orientovanej na pacientov s mnohými závažnými zdravotnými problémami, najmä chronického charakteru (Gulitz, Bustillo-Hernandez, Kent, 1998).

Texaská štúdia skúmala mieru participácie sestier v onkologickej detekcii v rámci pracovných činností orientovaných na oblasť podpory a udržania zdravia populácie. Výskumnú vzorku tvorilo 442 praktických sestier s rôznou špecializáciou, ktorá vyjadrila pozitívne postoje k podpore zdravia (k vykonávaniu skriningových a poradenských postupov), avšak realizácia preventívnych onkodetekčných postupov dosahovala menej než 50 %. Vykonávanie detekcie rakoviny prsníkov sestrami dosahovalo 47%, detekcie cervikálneho karcinómu 36%, detekcie konečníka 22%, detekcie prostaty 14%. Dôsledkom zaznamenaných neuspokojivých výsledkov v realizácii onkologickej detekcie bola uvedená sestrami početnosť lekárov, pre ktorých sestry pracujú. Praktické sestry realizovali častejšie preventívne postupy v zariadeniach s dvomi a piatimi lekármi, ako sestry v zariadeniach s vyšším personálnym zabezpečením lekárov, čo je napokon sestrami vnímanou bariérou v poskytovaní preventívnej starostlivosti (Reeve, Byrd, Quill, 2004).

Meng et al. (2007) uvádza, že deficit vykonávania detekcie prvotných symptómov onkologických ochorení spočíva v nedostatočnej príprave sestier v preventívnych činnostiach počas vzdelávania v školských inštitúciách, čo potvrdilo v štúdii 49 % opýtaných sestier (Meng et al., 2007).

Jednoznačne poskytovatelia primárnej starostlivosti pomáhajú naplňať ciele podpory zdravia a prevencie chorôb tým, že vykonávajú skriningová vyšetrenia, očkovania proti infekčným chorobám a poradenstvo v potrebných oblastiach, ale rozdiel medzi teóriou, resp. odporúčaním a klinickou praxou je značný. Z hľadiska podielu sestier na vyhľadávaní skorých štádií onkologických ochorení ako dôležitého aspektu sekundárnej onkologickej prevencie sme sa v našom výskume zamerali na detekciu prvotných príznakov 3 onkologických ochorení, z dôvodu ich vysokej incidence v oboch krajinách EÚ.

Obe krajiny majú vypracované preventívne postupy pre skorú detekciu nádorových ochorení, realizované v primárnej zdravotnej starostlivosti. Výsledky nášho výskumu poukázali na interskupinové signifikantné rozdiely v participácii sestier na sekundárnej prevencii vybraných onkologických ochorení. Lepšie výsledky sme zaznamenali v prospech skupiny zastúpenej britskými sestrami. Predpokladáme, že zistená štatistická významnosť v detekcii prvotných príznakov nami vybranými nádorovými ochoreniami v skupine britských sestier súvisí s priemerným počtom vyšetrených pacientov počas pracovnej zmeny v zdravotníckom zariadení. Túto skutočnosť sme zisťovali kategorizačnou otázkou „priemerný počet vyšetrených pacientov“. V skupine BS sme zaznamenali o 50 % nižší počet vyšetrených pacientov (M = 21) počas pracovnej zmeny oproti SS, ktoré v priemere ošetrojú v spolupráci s lekárom 42 pacientov denne.

Vyššiu mieru uplatnenia preventívnych činností britskými sestrami možno vysvetliť oprávnením sestier vykonávať preventívne prehliadky, poskytovaním širokej škály pracovných činností v závislosti od špecializácie v odbore. Štandardným preventívnym postupom v britských ambulantných zariadeniach je fakt, že sestry vykonávajú skriningové vyšetrenia krčka maternice (smear test, známy ako cytologický ster z krčka maternice) vo svojich ošetrovaniach. Právomoc sestier vo vykonávaní cervikálneho skriningu je podmienená ich vyšším vzdelaním, získaním certifikátu k vykonávaniu certifikovanej pracovnej činnosti – cervikálna cytológia. Z organizačného hľadiska práce, britské sestry zabezpečujú účasť pacientov/ klientov na skriningových vyšetreniach v podobe písomného oznámenia (pozvánka - list), v ktorom je uvedené meno a priezvisko pacienta, konkretizácia vyšetrenia, na aké sa má dostaviť s presným dátumom a časom u sestry v ambulancii praktického lekára (GP surgery). Po oznámení, je pacient povinný zavolať na recepciu príslušnej ambulancie/ strediska praktických lekárov a potvrdiť, príp. zmeniť dátum a čas vyšetrenia po dohode so sestrou. Samotné skriningové testy realizujú sestry vo svojich ošetrovniach (treatment rooms). Každá sestra má v ambulantnom zariadení svoju pracovnú miestnosť, v ktorej vykonáva potrebné pracovné úkony a konzultačnú miestnosť (consult room) využívanú pre edukačné a poradenské činnosti. U nás ordinácie praktických lekárov sú priestorovo vybavené zvyčajne miestnosťou (vyšetrovňou), v ktorej lekár poskytuje všetky zložky zdravotnej starostlivosti a sesterskou miestnosťou, v ktorej sa priestorovo nachádza administratívna kartotéčná skriňa so zdravotnými kartami registrovaných pacientov. Súčasťou sesterskej miestnosti je ošetrovacia časť pre výkon sesterských pracovných úkonov s príslušnou liekovou skrínkou a pracovným stolom podľa predpísaného legislatívneho dokumentu (vyhláška č. 428/2006 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno – technické vybavenie zdravotníckych zariadení).

Limitácie výskumu

Objektívnym limitom výskumu je sledovanie premennej v dvoch európskych krajinách s odlišným systémom poskytovania primárnej zdravotnej starostlivosti, na úrovni organizácie práce sestier a legislatívneho uznania kompetencií sestier.

Záver

Nesporne riešená problematika je v súčasnosti veľkou výzvou pre ošetrovateľstvo a vznik jeho aplikovaných vedných disciplín za nevyhnutného prejavu politickej vôle. Rozvojom komunitného ošetrovateľstva sa dokážeme priblížiť k čo najpočetnejším skupinám populácie a v plnom rozsahu sesterských kompetencií poskytovať starostlivosť orientovanú na zdravie. Rezort zdravotníctva môže prispieť k spoločnému cieľu – redukcia onkologickej mortality, budovaním silného zdravotníckeho systému založeného na primárnej zdravotnej starostlivosti, integrujúceho podporu zdravia a prevenciu onkologických chorôb.

Zoznam bibliografických odkazov

1. CANCER. 2010. [online]. [a.s.]. [Cit.2010-8-27]. Dostupné na internete : <<http://www.who.in/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>>.
2. DIBA, S. CH. – PLEŠKO, I. – HLAVA, P. 2012. *Incidencia zhubných nádorov v Slovenskej republike 2007*. Bratislava: NCZI, 2012. 135 s. ISBN 978-80-89292-27-1.
3. FAIT, T. et al. 2008. *Preventivní medicína*. Vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 551 s. ISBN 978-80-7345-160-8.
4. GULITZ, E. – BUSTILLO-HERNANDEZ, M. – KENT, E. B. 1998. Missed cancer screening opportunities among older women: A provider survey. In *Cancer Practice*. ISSN 1065-4704, 1998, vol. 6, no. 6, p. 325-332.
5. HANZLÍKOVÁ, A. et al. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. vyd. Martin: Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80-8063-155-7.
6. JENNINGS-DOZIER, K. – MAHON, S. M. – McCorkle, R. 2002. *Cancer prevention, detection, and control: A nursing perspective*. 1. vyd. Pittsburgh: Oncology Nursing Society, 2002. 1044 p. ISBN 1-890504-27-0.

7. MAGUROVÁ, D. - MAJERNÍKOVÁ, L. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
8. MENG, X. et al. 2007. Florida nurse practitioner's attitudes and practices regarding oral cancer prevention and early detection. In *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. ISSN 1041-2972, 2007, vol. 19, no.12, p. 668-675.
9. PLANK, L. 2006. Úloha a možnosti patológa v onkológii. In: *Onkológia*. ISSN 1336-8176, 2006, roč.1, č. 1, s. 33 – 38.
10. REEVE, K. – BYRD, T. – QUILL, B. E. 2004. Health promotion attitudes and practices of Texas nurse practitioners. In *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. ISSN 1041-2972, 2004, vol. 16, is. 3, p.125-133.
11. RYBÁROVÁ, L. et al. 2008. Hodnotenie účasti sestier a pôrodných asistentiek na preventívnych programoch. Prešovská univerzita v Prešove. In: *Molisa 5*. ISBN 978-80-8068-882-0, 2008, 5/2008 s. 163- 167.
12. SCREENING AND TESTING. 05.01.12. [online]. [cit. 2012-08-03]. Dostupné na internete: <<http://www.nhs.uk/LiveWell/Screening/Pages/Screenesthome.aspx>>.
13. SEIFERT, B. 2004. Praktický lékař a preventivní programy v onkologii. In: *Edukační sborník z XXVIII. Brněnské onkologické dny a XVIII. Konference pro sestry a laboranty*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2004. ISBN 80-86793-01-X, s. 23 – 25.
14. WARREN, B. – POHL, J. M. 1990. Cancer screening practices of nurse practitioners. In *Cancer nursing*. ISSN 0162-220X, 1990. vol. 13, is. 3, p. 143-151.

Kontakt na autora:

PhDr. Andrea Obročníková, PhD.

FZO PU v Prešove, katedra Ošetrovatelstva

andrea.obrocnikova@unipo.sk

UPLATNENIE EDUKAČNEJ KOMPETENCIE V PREVENCII ONKOLOGICKÝCH OCHORENÍ

Obročníková A., Majerníková E., Magurová D.

Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov

Abstrakt

Sestra edukátorka sa stáva nositeľom relevantných zdravotníckych informácií, ktoré prispievajú k formovaniu postoja jedinca k vlastnému zdraviu a vykonávaniu zdraviu prospešných rozhodnutí. Cieľom štúdie bolo zistiť a komparovať uplatnenie edukačnej kompetencie sestier primárnej zdravotnej starostlivosti ako jednej z účinných onkopreventívnych intervencií. Zber údajov sme realizovali prostredníctvom neštandardizovaného dotazníka. Výskum prebiehal v mesiacoch január - júl 2012 v dvoch európskych krajinách, vo Veľkej Británii – Wales (Cardiff) a na Slovensku (Prešovský kraj). Súbor tvorili sestry (n = 165) pracujúce v ambulanciách praktického lekára. Implementácia edukačných intervencií bola pozorovaná v skupine britských sestier, ktorá je podmienená počtom ošetrovaných pacientov počas pracovnej doby, úrovňou organizácie práce sestier v ambulancii a legislatívnym uznaním kompetencií sestier, kontinuálnym vzdelávaním sestier v predmetnej problematike.

Kľúčové slová: Ošetrovateľstvo. Edukácia. Kompetencie. Nádorové ochorenia. Prevencia.

Abstract

Nurse educator becomes a carrier of relevant health information that contribute to the modification of individual attitudes to own health and to the implementation of health-promoting decisions. The aim of the study was to investigate and to compare the application of educational competence by nurses in primary health care as the one of the cancer-preventive interventions. We realized a data collection through a non-standardized questionnaire. The research was conducted in the months of January to July 2012 at two European countries, the United Kingdom - Wales (Cardiff) and Slovakia (Presov region). The research sample consisted of 165 nurses working in surgery of general practitioner. Implementation of educational intervention was observed in the group of British nurses what is determined by the number of patients treated during working hours, work organization of nurses in the office and legislative recognition of the nursing competencies and continual nursing training in just actual issue.

Keywords: Nursing. Education. Competencies. Cancer. Prevention.

Úvod

WHO (Svetová zdravotnícka organizácia) v spolupráci s IUAC (Medzinárodná únia proti rakovine) a IACR (Medzinárodná agentúra pre výskum rakoviny) pri príležitosti „Svetového dňa rakoviny“ vyhlásila rok 2010 v kontexte celosvetového boja proti onkologickým ochoreniam s názvom *Rakovine je možné tiež predchádzať*. Onkologické ochorenie je jedným z obávaných príčin úmrtí v celosvetovom meradle. V roku 2007 spôsobilo 7,9 miliónov úmrtí vo svete (World Cancer Day, 2010).

WHO uvádza kľúčové fakty, ktorým všetci zainteresovaní v podpore a ochrane zdravia ako i v onkologickej prevencii musia venovať zvýšenú pozornosť:

- za najvyššiu celosvetovú mortalitou populácie sú zodpovedné karcinómy pľúc, žalúdka, pečene a prsníka;
- viac ako v 30% prípadov zhubných ochorení je možné predchádzať;
- abúzus tabaku je najdôležitejším rizikovým faktorom onkologických ochorení;
- okrem interakcie ďalších externých rizikových faktorov sa na vzniku rakoviny podieľajú genetické faktory;
- celosvetovo sa predpokladá rast onkologickej mortality, v roku 2030 zomrie 12 miliónov na onkologické ochorenia (Cancer, 2010).

Podľa WHO stratégie pre prevenciu a kontrolu onkologických ochorení, onkologickú záťaž spoločnosti možno redukovať **vedomosťou populácie** o príčinách rakoviny a intervenciách, ktorými možno predchádzať vzniku onkologických ochorení. Incidencia onkologických ochorení môže byť redukovaná alebo kontrolovaná implementáciou stratégií pre onkologickú prevenciu, skorú detekciu rakoviny. Dôležité je si uvedomiť, že viac ako 30% možno rakovine predchádzať znížením alebo vyhýbaním sa rizikovým (ovplyviteľným) faktorom, ako užívanie tabaku, nadváha a obezita, znížený príjem ovocia a zeleniny, fyzická inaktivita, užívanie alkoholu, sexuálne prenosná HPV infekcia, znečistené ovzdušie, fajčenie v uzavretých miestnostiach. Elimináciou uvedených faktorov, zároveň vakcináciou proti HPV

a HBV infekcii, kontrolou pracovných rizík, redukciou expozície slnečnému žiareniu je možné dosiahnuť naplnenie celosvetovej preventívnej stratégie - výzvy.

Onkologická záťaž pre jednotlivca či spoločnosť sa zvyšuje, ak sa ochorenie nedetekuje a nelieči včas. Pričom skorá detekcia onkologických ochorení spočíva vo vyhľadávaní príznakov ochorenia, ktorej cieľom je odhaliť ochorenie ešte v dobre liečiteľnom štádiu. Pre odbremenenie spoločnosti od onkologických ochorení je potrebné, aby populácia bola **edukovaná o prvotných príznakoch** a vedela ich rozpoznať. Nevyhnutné je taktiež, aby populácia využívala dostupnú zdravotnú starostlivosť (Cancer, 2010).

Spomedzi poskytovateľov primárnej zdravotnej starostlivosti má široké pole pôsobnosti v prevencii onkologických ochorení ambulancia praktického lekára pre dospelých, ktorá tvorí základ zdravotníckeho systému vo všetkých krajinách EÚ. Ťažiskom všeobecnej ambulantnej starostlivosti je okrem diagnosticko-liečebnej preventívna starostlivosť.

Personálne obsadenie ambulancie praktického lekára pozostáva z lekára a sestry, ktorí sú odbornou spôsobilosťou oprávnení vykonávať intervencie zamerané na prevenciu onkologických ochorení. Legislatívne je sestra podobne ako lekár oprávnená vykonávať anamnestické posúdenie ovplyvniteľných a neovplyvniteľných rizikových faktorov u klienta, fyzikálne vyšetrenie klienta, prípadne odbery biologického materiálu. Legislatívne daná edukačná kompetencia sestry uzatvára možnosť jej pôsobenia v onkologickej prevencii, nepresahujúc rámec jej kompetencií a zásahu do kompetencií lekára pracujúceho v ambulancii.

V zdravotníckej praxi sa primárna prevencia obmedzuje na možnosť komplexného posúdenia ovplyvniteľných a neovplyvniteľných rizikových faktorov podieľajúcich sa na vzniku onkologických ochorení. Dôkladná osobná, rodinná, pracovná anamnéza, anamnéza životného štýlu, gynekologická a sexuologická sú hlavným informačným zdrojom o individuálnej miere prevládajúcich rizikových faktoroch klienta. Prítomnosť jednotlivých rizikových faktorov je nutné vyhodnotiť a určiť stupeň onkologického rizika u klienta. V kontexte realizácie aktivít primárnej onkologickej prevencie sa zdôrazňuje rola edukátora – zdravotníckeho pracovníka. Primárna onkologická prevencia v ambulancii praktického lekára spočíva v zdravotno – výchovnej činnosti, ktorej cieľom je apelovať a motivovať klienta k vedeniu zdravého spôsobu života (Seifert, 2004). Neoceniteľným partnerom lekára vo výchove k zdraviu klienta je erudovaná sestra, ktorá je schopná využiť svoju kompetenciu v plnom rozsahu. Podľa všeobecných odporúčaní v rámci primárnej prevencie onkologických ochorení a identifikácie individuálneho onkologického rizika sestra edukuje klienta o zdravej životospráve, pravidelnej pohybovej aktivite, zdravom životnom štýle (obmedzenie fajčenia, konzumácie alkoholu), zdravom sexuálnom živote, o ochrane pred nadmerným slnečným žiarením, atď. Klientovi s familiárnou a genetickou záťažou je nutné vysvetliť riziko onkologického postihnutia a ponúknuť možnosť využitia genetickej konzultácie s klinickým genetikom pracujúcim na špeciálnom pracovisku.

Predmetom záujmu zdravotníkov v ambulancii je zabrániť rozvinutiu onkologického ochorenia a dosiahnuť priaznivý zdravotný stav každého klienta. Účinným nástrojom v dosahovaní zámeru je opäť zdôrazňovaná výchovno – vzdelávacia aktivita zdravotníckych pracovníkov. Upriamujú pozornosť klienta k varovným príznakom onkologických ochorení, ako sú nehojace alebo krvácajúce eflorescencie na koži, neustupujúci chrapot alebo kašeľ, zmeny vo vyprázdňovaní hrubého čreva a močového mechúra (krv v stolici a moči), dlhotrvajúca bolesť, nevysvetliteľný úbytok telesnej hmotnosti, pretrvávajúce zvýšené telesné teploty, neobvyklé sekrécie (výtoky), hmatné rezistencie neznámeho pôvodu. Sestra edukuje o nutnosti vyhľadania zdravotnej starostlivosti pri objavení sa a pretrvávajú vyššie uvedených anomálií. Zároveň vysvetľuje klientovi význam a dôležitosť účasti na preventívnych prehliadkach/skríningoch (vyšetrenie kože, cytológia krčka maternice, vyšetrenie prsníkov, semenníkov, vyšetrenie konečníka, vyšetrenie stolice na okultné krvácanie a iných laboratórnych markerov). V neposlednom rade súčasťou zdravotno – výchovného pôsobenia pracovníkov na klienta je demonštrovať techniky samovyšetrovania orgánových častí tela, ktoré sú onkológmi považované za efektívnu metódu sekundárnej prevencie. Jej zodpovedný prístup k práci a klientovi sa nezaobíde bez spoluúčasti na demonštrácii techník samovyšetrovania prsníkov, kože, ústnej dutiny, ktoré sú onkológmi považované za efektívnu metódu sekundárnej prevencie. Pre komplexnosť jej pôsobenia v prevencii onkologických ochorení vedie dôkladne administratívnu činnosť, ktorej súčasťou je sledovanie termínov, pozývanie klientov k preventívnym a dispenzárnym prehliadkam, poskytovanie vhodného informačného materiálu (Skála et al., 2005).

V edukácii klienta môže sestra využívať metódy hovoreného slova, tlačeného slova alebo metódy priamej skúsenosti, názorných prostriedkov. Pre vedenie neformálnej edukácie môže využiť aj prostredie čakárne (nástenka, edukačné postery, informačné letáky), prípadne odporučiť klientovi iné informačné zdroje.

Cieľ

Cieľom štúdie bolo zistiť a komparovať uplatnenie/ využívanie edukačnej kompetencie sestier pracujúcich v ambulanciách praktického lekára ako jednej zo sesterských intervencií v rámci prevencie onkologických ochorení.

Materiál a metodika

Pre zber relevantných údajov sme zvolili anonymný neštandardizovaný dotazník. Štúdia prebiehala v mesiacoch január - júl 2012 v dvoch európskych krajinách, vo Veľkej Británii – Wales (Cardiff) a na Slovensku (Prešovský kraj) po predchádzajúcom súhlase oslovených inštitúcií. Výskumnú vzorku tvorili sestry (n = 165) pracujúce v ambulanciách praktického lekára, počtom 89 slovenských sestier (ďalej SS) a 78 britských sestier (ďalej BS). Pre spracovanie výsledkov výskumu sme použili matematicko-štatistické metódy: triedenie údajov, spracovanie údajov, výpočet početnosti (n) a percentuálnych hodnôt (%), spracovanie tabuliek, výpočet priemernej škálovej hodnoty (M) za využitia software SPSS 15.0. Pre štatistickú komparáciu sledovaných skupín sme použili t - test (Studentovo rozdelenie t).

Charakteristika súboru

Podmienkou zaradenia do nášho výskumného súboru bola pracovná pozícia sestry v ambulancii prvého kontaktu – ambulancia praktického lekára pre dospelých / surgery of general practitioner vo dvoch krajinách EÚ (Slovenská republika, Veľká Británia). Celú vzorku probandov tvorili sestry ženského pohlavia v oboch sledovaných skupinách. Z hľadiska veku prevládajúcou vekovou skupinou v celej vzorke boli sestry v období strednej (30-39 rokov) a staršej dospelosti (40-49 rokov). Najvyššie zastúpenie (44%) bolo pozorované u sestier s odbornou praxou nad 20 rokov. Z pohľadu dosiahnutého vzdelania v súbore SS bolo percentuálne najvyššie zastúpené úplné stredoškolské vzdelanie s maturitou, získané na SZŠ 55%. V súbore BS dosahovalo diplomantské štúdium 50% (ekvivalent bakalárskeho stupňa), 46% BS dosahovalo vzdelanie prvého stupňa – bakalár a 4% magisterského stupňa. Špecializačné štúdium dosahovali vo vyššej miere britské sestry (57%) oproti skupine SS (31%). Skupina SS uvádzala rôzne špecializácie: ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii, v psychiatrii, v odboroch chirurgie, v odboroch vnútorného lekárstva. V skupine BS uvádzali špecializácie: Diabetes, Minor illness, Astma, Cervical cytology, Respiratory health, Care of older people. Poznámka: štúdium ošetrovateľstva na pregraduálnej a postgraduálnej úrovni sa líši od slovenského vzdelávania sestier.

Výsledky

Uvádzame signifikantné výsledky skúmania rozdielov medzi sledovanými skupinami v postoji sestier k profesionálnej kompetencii (edukácia) v sledovaných krajinách zistené podľa Studentovho t-testu.

Tabuľka 1 Diferenciácie v postojoch sestier k profesionálnej kompetencii (edukácia) a jej využiti v ambulantnej praxi

Postoj – edukácia	SS		BS		p
	M	SD	M	SD	
Kompetencia sestry - edukácia	1,86	0,52	1,57	0,58	0,060
Využitie edukácie v onkologickej prevencii	2,06	0,59	1,73	0,53	0,030*

Legenda k významnosti štatistických výsledkov * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Sestry oboch skupín vyjadrili pozitívny postoj k oprávnenosti vykonávať edukačnú činnosť ako nezávislú intervenciu sestry v onkologickej prevencii, bez pozorovanej štatisticky významnej diferenciácie. Postoj sestier k využitiu edukácie v onkologickej prevencii bol pozitívny, i keď sme pozorovali signifikantný rozdiel na hladine p = 0,030* v prospech BS. Dokonca tri respondentky zastúpené v skupine slovenských sestier vyjadrili, že needukujú o témach venovaných onkologickej problematike.

Tabuľka 2 Diferenciácie v obsahovom zameraní edukačnej činnosti v oboch sledovaných skupinách sestier

Obsahové zameranie edukácie	SS		BS		p
	M	SD	M	SD	
o škodlivosti fajčenia	2,03	0,91	1,42	0,76	0,008**
o škodlivosti alkoholu	2,06	0,92	1,38	0,75	0,003**
o rizikách obezity	2,17	0,89	1,38	0,64	0,000***
o rizikách návštev /slnenia v soláriách	2,55	0,99	2,26	1,34	0,383
o pozitívnom účinku pohybovej aktivity	2,37	0,94	1,53	0,71	0,000***
o význame /benefite očkovania proti hepatitíde B, C	2,62	1,05	1,80	1,10	0,007**
o význame /benefite očkovania proti HPV	2,75	1,06	1,84	1,05	0,002**
o zásadách zdravej výživy	2,24	1,06	1,38	0,70	0,000***
o technike samovyšetrovania prsníkov	2,82	1,18	1,46	0,65	0,000***
o technike samovyšetrovania semenníkov	2,82	1,25	1,92	1,16	0,007**
o technike sebapozorovania kože	2,93	1,19	2,23	1,24	0,038*
o technike sebapozorovania ústnej dutiny	2,82	1,14	2,5	1,36	0,340
o prvotných príznakoch onkologických ochorení	2,89	1,11	1,73	1,07	0,000***
o technike vyšetrovania stolice na okultné krvácanie	2,13	0,95	2,11	1,24	0,940
odporúčam pacientovi dostupné informačné zdroje	2,34	1,26	1,84	1,22	0,142

Legenda k významnosti štatistických výsledkov * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Položkou sme hodnotili tematické zameranie edukácie z hľadiska onkologickej prevencie u sestier pomocou Likertovej škály (1 – vždy, 3 – niekedy, 5 – nikdy), pričom pozitívne skóre je ohodnotené nižšou číselnou hodnotou. Na túto položku odpovedalo spolu 162 sestier. V podotázkach sme zaznamenali štatistické rozdiely v prospech BS: **o škodlivosti fajčenia** (p = 0,008**), **o škodlivosti alkoholu** (p = 0,003**), **rizikách obezity** (p = 0,000***), **o pozitívnom účinku pohybovej aktivity** (p = 0,000***), **o zásadách zdravej výživy** (p = 0,000***). V podotázkach edukácie týkajúcej sa prospešnosti očkovania sme zaznamenali štatistické rozdiely v prospech BS: **proti hepatitíde B, C** (p = 0,007**), **proti HPV** (p = 0,002**). V podotázkach edukácie týkajúcej sa selfdetekčných techník sme zaznamenali štatistické rozdiely v prospech BS: **samovyšetovanie prsníkov** (p = 0,000***), **semenníkov** (p = 0,007**), **kože** (p = 0,038*). **O prvotných príznakoch onkologických ochorení** edukujú respondenti zo skupiny BS častejšie oproti slovenským sestrám, kde sme zaznamenali signifikantný rozdiel na úrovni p = 0,000***. Z hľadiska priemerných hodnôt najčastejšie skupina SS edukuje svojich pacientov / klientov o škodlivosti fajčenia, alkoholu, o technike vyšetrenia stolice na okultné krvácanie a rizikách obezity. Ojedinelosť využitia sesterskej edukácie možno pozorovať v oblastiach zvýšenia informovanosti pacientov o samovyšetrovacích technikách a potrebe venovať pozornosť prvotným príznakom možného ochorenia. Podobne súbor BS využíva frekventovane zdravotno - výchovný proces pre osvojenie zásad zdravého životného štýlu, no menej realizovanú edukačnú aktivitu sme pozorovali v oblasti informovania o rizikách slnenia v soláriách a potrebe vykonávať samovyšetovanie kože a dutiny ústnej.

Tabuľka 3 Diferenciácie vo vedení edukačných záznamov v komparovaných skupinách sestier

Edukačné záznamy	SS		BS		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
1 veľmi súhlasím	0	0	18	23	18	11
2 súhlasím	21	24	39	50	60	36
3 neviem	0	0	0	0	0	0
4 nesúhlasím	45	52	21	27	66	40
5 veľmi nesúhlasím	21	24	0	0	21	13
M	3,75	-	2,30	-		-
SD	1,09	-	1,12	-		-
P	-	-	-	-	0,000** *	-

Legenda k významnosti štatistických výsledkov * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Z hľadiska priemerných hodnôt sme zaznamenali signifikantný rozdiel vo vedení edukačných záznamov na hladine štatistickej významnosti $p = 0,000^{***}$ v prospech BS.

Zaujímalo nás, akou metódou sestry najčastejšie poskytujú zdravotné informácie. V položke sestry mohli vybrať z ponúkaných možností viaceré odpovede. V skupine BS sme pozorovali preferenciu písomnej metódy v 92% a ústnej metódy v 81%. Praktickú metódu využíva v edukácii len 27% opýtaných. Skupina SS výrazne preferuje ústnu metódu (93%) poskytovania informácií, 17% uviedlo aj písomný spôsob a 11% sestier edukuje prostredníctvom názorno-demonštračných metód. Obe skupiny preferujú individualizovanú edukáciu, v skupine SS potvrdená v 97%, v skupine BS potvrdená celým súborom (100%). Tri respondentky zo skupiny SS vyjadrilo možnosť nevyužívania žiadnej z uvedených foriem edukácie z dôvodu ich absencie v praxi.

Diskusia

Podľa Ayersovej (2009) sestry predstavujú najväčšiu skupinu zdravotníckych pracovníkov, ktorých súčasné vzdelávanie orientované na zdravie, nie iba na chorobu (ako tomu bolo v minulosti), ich stavia do jedinečnej pozície. Všeobecne všetky sestry plnia signifikantnú rolu v onkologickej prevencii a detekcii, bez rozdielu na špecializáciu a lokalitu výkonu ošetrovateľskej praxe.

Podľa vyhlásenia WHO je možné celosvetovo predchádzať až jednej tretine malignitám a to implementovaním stratégií pre onkologickú prevenciu, ktoré povedú k redukcii potenciálneho vystavenia sa riziku vzniku onkologických ochorení, hlavne v dôsledku: zmien v požívaní tabaku a alkoholu, dietetických a fyzických modelov aktivít, imunizáciou proti HPV infekciám, zvládnutím rizík spojených s výkonom povolania, znížením miery vplyvu slnečného žiarenia (Sedláková, 2008). Globálny úspech nemožno však dosiahnuť bez iniciatívnej kooperácie všetkých zložiek vlády v každej krajine. Ďalšiu tretinu onkologických ochorení možno znížiť skorou detekciou skorých štádií, v ktorej má svoju opodstatnenosť medicínska a ošetrovateľská profesia.

Periodické preventívne prehliadky sú nástrojom pre posúdenie úrovne zdravia občana tej ktorej krajiny a zároveň slúžia k odhaleniu suspektných symptómov nádorových ochorení podľa cieľovej skupiny (vek, pohlavie). Preventívne zdravotné prehliadky sú v oboch krajinách bezplatné, na ktoré má každý občan nárok bez rozdielu. Zodpovednosť za ich absolvovanie je ponechaná na dvoch stranách a to poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a prijímateľovi zdravotnej starostlivosti. Ako už bolo uvedené, štandardne je vo Veľkej Británii k preventívnej prehliadke pozývaný každý občan sestrou v podobe listu, ktorý je doručený na adresu trvalého bydliska, u nás však táto forma oslovenia absentuje. Aj napriek pozvaniu k preventívnej prehliadke, ktorá sa absolvuje v príslušnej ordinácii praktického lekára, pacient / klient má právo sa na základe úrovne zdravotného uvedomenia sa rozhodnúť, či ju absolvuje alebo neabsolvuje. Z čoho vyplýva fakt, že preventívne prehliadky sú zo zákona dostupné, ale nie je určená ich povinnosť absolvovania. Podľa Všeobecnej zdravotnej poisťovne v SR ročne využije preventívny nárok na návštevu praktického lekára len 25% dospeléj populácie (Preventívne prehliadky, 2012). Táto skutočnosť otvára priestor pre uplatnenie sesterských intervencií s využitím presvedčivých argumentov, ktoré povedú k zvýšeniu zdravotného povedomia o význame a potrebe ich absolvovania v živote každého jedinca a dosiahnutia tak správneho rozhodnutia v prospech svojho zdravia.

Sestra v súčasnej ošetrovateľskej praxi plní niekoľko profesionálnych rolí. Implementácia modernej koncepcie ošetrovateľstva do praxe ponúka sestrám sa zviditeľniť v pozícii pedagóga a zvýšiť tak profesionálny status a image ošetrovateľstva v spoločnosti. Sestra sa stáva dôveryhodným zdrojom relevantných informácií založených na dôkazoch (výsledkoch najnovších výskumov a štúdií). Jednou z funkcií ošetrovateľstva je výchova k zdraviu, ktorá by mala svojou obsahovou náplňou smerovať k zlepšeniu a ochrane zdravia populácie.

Sestra v systematickom uplatňovaní roly pedagóga a poradcu má obrovskú príležitosť naplňovať ciele celosvetového programu WHO Zdravie 21. Výhodou v uskutočňovaní preventívnych intervencií praktickej sestry je bližšie poznanie pacienta, často krát i jeho rodiny a sociálneho prostredia, v ktorom žije. Je na mieste tvrdiť, že sestry v ambulanciách praktického lekára sú nositeľkami podpory a ochrany zdravia a to vykonávaním prevencie nádorových a iných civilizačných ochorení. Ich úloha spočíva vo zvyšovaní zdravotného povedomia prostredníctvom využitia adekvátnych výchovno – vzdelávacích metód individualizovaných potrebám pacienta / klienta v deficitných oblastiach zdravého správania. Informovanosť je jedným zo základných práv pacienta / klienta (Palková, Berč, 2010). Pracovná náplň sestry v ambulancii praktického lekára pre dospelých je rozsiahleho charakteru. Sestra sa podieľa vo všetkých zložkách zdravotnej starostlivosti, no prioritnou súčasťou sesterskej práce v ambulantnom zariadení v oblasti prevencie je edukácia zdravých a chorých jednotlivcov, rodín. Jej úspešnosť zdravotno – výchovného pôsobenia spočíva z dôvodu už spomínaného dlhodobého poznania pacienta. V edukácii má príležitosť využívať širokú škálu rôznych metód, foriem a prostriedkov edukácie so zameraním na prevenciu, ktorej kontinualita môže byť podporená v spolupráci s inými členmi

poskytujúcimi profesionálnu či neprofesionálnu pomoc (s ADOS, rodinou, svojpomocnými skupinami, inými zdravotníckymi zariadeniami) jedincom. Základným predpokladom pre dosiahnutie výchovno – vzdelávacích cieľov je vzťah vysokokvalifikovanej (erudovanej) sestry a uvedomelého pacienta / klienta, ochotného zmeniť doteraz zaužívané spôsoby správania (Magurová, Majerníková, 2009).

V podmienkach primárnej zdravotnej starostlivosti spočíva v cielenej identifikácii zdravotných rizík a ich eliminácii za aktívnej účasti klienta („pacienta“) na starostlivosti o seba prostredníctvom zdravotníckeho pracovníka (sestry, lekára). Jedincovi umožňuje nadobudnúť vedomosti, získať správne návyky, hodnoty, postoje a dosahovať tak vôľou podporované pozitívne zmeny v konaní (vyhýbaním zdraviu škodlivého správania). Učí jedinca, rodinu, komunitu hygienickým pravidlám, zdravej výžive a pravidlám stravovania, podporuje zvýšenie konzumu zdraviu prospešných potravín a upozorňuje na obmedzenia niektorých doteraz prekrmovaných potravín (škodlivosť slaných, údených potravín), upozorňuje na škodlivosť konzumácie alkoholu a nikotínu, drog, nadmerného slnenia, učí osoby správne zvládať duševné napätie, podporuje fyzický pohyb (Palková, Berč, 2010, s. 21). Výchovný proces má za úlohu rozvíjať mieru sebauvedomenia potrebnú pre adekvátne prevzatie zodpovednosti za svoje budúce rozhodnutia týkajúce sa vlastného zdravia i zdravia svojich blízkych, rodiny.

Môžeme konštatovať, že lepšie výsledky v edukačnej činnosti anglických sestier súvisia s priestorovým vybavením zdravotníckeho zariadenia (consult room), nižším počtom ošetrovaných pacientov počas pracovnej doby oproti skupine slovenských sestier. O poskytnutí zdravotných informácií britské sestry vedú písomný záznam v sesterskej dokumentácii.

Talianska štúdia (2007) podporuje názor, že prevencia chorôb je špecifickou úlohou sestier, ktorá patrí do rúk sestrám. 90% oslovených sestier je presvedčená, že výchova k zdraviu je nevyhnutnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá by mala byť uskutočňovaná pri každom kontakte s pacientom, ale len 62 % sestier ju považuje za efektívny prostriedok v onkologickej prevencii. Aj napriek väčšiny sestier (94%), ktorá mala zahrnutý v učebných kurikulumoch predmet výchova k zdraviu, 43 % opýtaných vyjadrilo nedostačujúce vedomosti v problematike onkologickej prevencie, ktoré by zúročili pre efektívne vedenie edukácie pacienta. Uplatnenie klinických preventívnych zručností v praxi bolo hodnotené podpriemerne, čomu nasvedčovali zistenia v oblastiach: pomoci v odvykaní od fajčenia zistené 40%, v odporúčaní potreby sa zúčastňovať na skriningových vyšetreniach prsníka zistené 55% opýtaných, na skriningu krčka maternice 49%, v potrebe vykonávať samovyšetrenie prsníkov 57% a pravidelného samovyšetrenia kože 62% (Pelusi et al., 2007).

V štúdiu sme predpokladali, že intenzita uplatnenia edukačnej intervencie môže súvisieť s rozširovaním odbornej kvalifikácie sestry. Kontinuálne vzdelávanie v oblasti onkologickej prevencie bolo zaznamenané vo vyššej miere u britských sestier oproti slovenským ($p = 0,049^*$), čo napokon korelovalo s uvádzaním ich vyššej vedomostnej úrovne v predmetnej oblasti.

Magerčiaková, Malíková (2008) uvádzajú niekoľko prekážok vo vykonávaní preventívnych činností slovenských sestier v ambulancii praktického lekára, medzi ktoré zaradila: časové obmedzenie s ohľadom na pracovné povinnosti a počet ošetrovaných pacientov, obmedzený priestor na komunikáciu a edukáciu, izolácia od ostatných pracovníkov, keďže práca sestry je založená na spolupráci sestra – lekár, obmedzené ďalšie vzdelávanie (najmä v prevencii) (Magerčiaková, Malíková, 2008, s. 119). Postoje sestier k realizácii preventívnych intervencií (edukácia) môžu súvisieť s ich identifikovanými bariérami v našom výskume. Medzi významné bariéry uvádzanými slovenskými sestrami patria: nedostatok času, nepostačujúce technické vybavenie ambulancie, lekár nevyžaduje od sestry realizovať onko-preventívne intervencie.

Limitácie štúdie

Objektívnym limitom výskumu je sledovanie premennej v dvoch európskych krajinách s odlišným systémom poskytovania primárnej zdravotnej starostlivosti, na úrovni organizácie práce sestier a legislatívneho uznania kompetencií sestier.

Záver

Odborná verejnosť akcentuje, aby sestry poskytovali nielen ošetrovateľskú starostlivosť, ale venovali sa a viedli edukáciu založenú na dôkazoch (*edukačných prostriedkoch*), ktorá bude zahŕňať aspekty podpory zdravia všeobecne a aspekty špecificky onkologickej prevencie. Prevencia je výzvou pre všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a preto sa stotožňujeme s Cutlerovou a Nortonovou, že sestry sú dôležitými profesionálmi v realizovaní onkologickej prevencie, ale musia sa neustále vzdelávať v tomto zodpovednom poslaní (Norton, 1998; Cutler, 1999).

Zoznam bibliografických odkazov

1. AYRES, C. G. 2009. Said another way. Nurse's role in cancer control. In *Nursing forum*. ISSN 0029-6473, 2009, vol. 44, no. 1, p. 64-67.
2. CANCER. 2010. [online]. [a.s.]. [Cit.2010-8-27]. Dostupné na internete : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>>.
3. CUTLER, L. R. 1999. The contribution of nursing to cancer prevention. In *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 1365-2648, 1999, vol. 29, no. 1, p. 169 – 177.
4. HANZLÍKOVÁ, A. et al. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. vyd. Martin: Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80-8063-155-7.
5. MAGERČIAKOVÁ, M. – MALÍKOVÁ, K. 2008. Prevencia z pohľadu sestry vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti. In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metódik*. ISSN 1335-5090, 2008, roč. XIV, č. 3, s.118 -120.
6. MAGUROVÁ, D. - MAJERNÍKOVÁ, L. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
7. NORTON, L. 1998. Health promotion and health education: What role should the nurse adopt in practice? In *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 1365-2648, 2003, vol. 28, no. 6, p. 1269 – 1275.
8. PALKOVÁ, E. – BERČ, A. 2010. *Onkologické ošetrovateľstvo II*. 1.vyd. ZZ design studio, 2010. 164 s. ISBN 978-80-969605-5-2.
9. PREVENTÍVNE PREHLIADKY. 2012. Dostupné na internete: <www.vszp.sk/poistenci/zdravotna-starostlivost/preventivneprehliadky.html>.
10. SEDLÁKOVÁ, D. 2008. *Stratégie WHO pre prevenciu a kontrolu onkologických ochorení*. [online]. [Cit. 2010-24-8]. Dostupné na internete: <<http://www.farmako-ekonomika.sk/main.php?skok=61&idhit=174>>.
11. SEIFERT, B. 2004. Praktický lékař a preventivní programy v onkologii. In: *Edukační sborník z XXVIII. Brněnské onkologické dny a XVIII. Konference pro sestry a laboranty*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2004. ISBN 80-86793-01-X, s. 23 – 25.
12. SKÁLA, B. - ODRÁŽKA, K. - KOMÁREK, L. 2005. *Obecné preventivní a vyhledávací postupy u nádorové onemocnění v primární péči. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005, 18 s. ISBN 80-86998-02-9.
13. WORLD CANCER DAY. 2010. [online]. [a.s.]. [Cit.2010-8-27]. Dostupné na internete : <<http://www.who.int/cancer/en>>.

Kontakt na autora:

PhDr. Andrea Obročníková, PhD.

FZO PU v Prešove, katedra Ošetrovateľstva

andrea.obrocnikova@unipo.sk

PSYCHOSOCIÁLNI INTERVENČE POSKYTOVANÁ ZDRAVOTNICKOU ZÁCHRANNOU SLUŽBOU

Ralbovská, R.,¹ Levá, J.²

¹Fakulta biomedicínskeho inžinýrství, České vysoké učení technické v Praze

²Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje, Kladno

Abstrakt

Úvod: Velká pozornost je věnována krizové intervenci, která je poskytována při mimořádných událostech pracovníky Zdravotnické záchranné služby. Vysvětleny jsou základní potřeby zasažených osob a techniky první psychické pomoci. Nelze opomenout krizového intervenanta, jako pracovníka, poskytujícího psychosociální intervenci, proto jsou zde vypsané vlastnosti a schopnosti, kterými by měl každý intervent disponovat. **Cíl:** Pomocí nestrukturovaného anonymního dotazníku jsme zjišťovali, jak velká je psychická zátěž samotných interventů, kteří poskytují první psychologickou pomoc obětem na místě mimořádné události. Dále nás zajímají pocity a emoce členů záchranných týmů po psychicky náročném zásahu. Zjišťovali jsme po jakém druhu zásahu, by nejpravděpodobněji vyhledali služby PEER pracovníka, případně psychologa. V závěru práce zjišťujeme, zda samotní členové integrovaného záchranného systému mají zájem se v oblasti psychosociální intervenční péče vzdělávat a zda mají zájem sami pomoc poskytovat, ať už obětem mimořádných událostí nebo svým kolegům. **Metodika:** Výzkumná část této práce je založena na získávání dostupných relevantních informací, pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření bylo prováděno u krizových interventů Zdravotnické záchranné služby v České Republice. **Výsledky:** Získaná data jsou zpracována ve formě tabulek a grafů. V diskusi je provedena komparace námi zjištěných výsledků s výsledky jiných autorů. **Závěr:** V závěru práce jsou pak navrhovány možné zlepšení v této oblasti.

Klíčová slova: Krizová intervence. Podpora. Mimořádná událost. Stres. První psychologická pomoc

Abstract

Introduction: Special attention is paid to the crisis intervention, which is being provided during emergency situations by the workers of the Emergency Medical Service. Explanation is provided with regard to the basic needs of the affected persons and the techniques of the first psychological aid. The person of the crisis interventionist cannot be left out, as this is the person providing the psychosocial intervention, and the paper therefore lists the character qualities and abilities each interventionist should possess. **Objective:** In this part, we will use a non-structured questionnaire to find out how big is the mental stress of the actual interventionists providing the first psychological aid to the victims on site. We are also interested in the feeling and emotions of the members of rescue teams after an intervention which has been mentally demanding. We have investigated after which kind of intervention they would be likely to seek out a PEER worker or a therapist. In conclusion we ascertain, whether the members of the integrated rescue system as such are interested in training in the area of psychosocial intervention care and if they care to provide this help by themselves – either to the victims of emergency situations or to their colleagues. **Methodology:** The research part of this thesis is based on obtaining relevant information by means of an anonymous non-standardized questionnaire survey. The questionnaire inquiry will be carried out with the crisis interventionists at the Emergency Medical Service centres in the Czech Republic. **Results:** The information obtained is presented in tables and charts and compared with our findings well as with the findings of other authors. The final part of this paper provides a summary of the results and objectives of this paper. **Conclusion:** At the end of the work there are proposed possible improvement in this area.

Keywords: Crisis intervention. Support. Emergency situation. Stress. First psychological aid.

Profese zdravotnického záchranáře je profesí převyšující rámec „normálního povolání“. Jedním z hlavních rysů záchranářů je schopnost zvládat velkou psychickou zátěž. Zdravotníci záchranáři každý den zdolávají náročné situace ohrožení lidského života, musí být schopni pracovat v improvizovaných podmínkách, jsou svědky lidských tragédií a spolurozhodují o přežití nebo nepřežití pacienta. Musejí ovládat své emoce, ale nesmí jim chybět nutná dávka empatie. Podstupují psychickou i fyzickou zátěž, která je často nad rámec běžné zátěže a často je společným znakem pro pomáhající profesí. Mezi pomáhající profesí lze dále zařadit ještě sociální pracovníky, pedagogy i zaměstnání pastora a kněze atd. Zaviš (2013) uvádí, že: „právě z důvodu přetažení, stresu a neschopnosti respektovat zásady psychohygieny pastoři v USA hromadně opouštějí svoji profesi“ (Zaviš, 2013, s. 252).

Zdravotníctví záchranári musia často na mieste mimořádné události poskytovať i prvú psychickú pomoc. „Prvá psychická pomoc (ďalej len PPP) je súbor jednoduchých postupů, jejichž cílem je stabilizace psychického stavu zasažené osoby tak, aby se její situace již nezhoršovala, zajištění základních lidských potřeb včetně podpory pocitu bezpečí a předání do další péče (Typová činnost STČ 12/ IZS při poskytování psychosociální pomoci, 2011). Každý zdravotnický záchranář, který poskytuje PPP na místě mimořádné události (ďalej len MU), prochází výcviky ve školicím centru „Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů“.

V súvislosti s realizáciou prvej psychickej pomoci je dôležité, mimo iné, i znalosť a predvídateľnosť emócií ako vlastných, tak i obeť a ďalších osôb, ktoré sa nachádzajú na mieste nehody. V tejto súvislosti Plháková uvádza, že: „emoce zakoušíme jako odchylky od klidného toku prožívání, který rovněž není citově zcela neutrální“ (Plháková, 2007, s. 386). Lidé vyhľadávajú pomoc predovšetkým preto, že si nevedia rady s negatívnymi a nežiadúcimi emóciami, ktoré bývajú doprovodené tzv. poplachové reakcie, ktorá vzniká ve chvíľach výrazného stresu a nejistoty, ktoré sú doprovodené strachom a hnevom.

PPP je overený a osvedčený druh pomoci, ktorá je na mieste u ľudí, zasažených katastrofou, alebo inou mimořádnou, traumatizujúcou udalosťou. Ciele PPP sú základné princípy podpory, ktoré sú potrebné k obnově, k navoleniu pocitu bezpečia, klidu s alespoň minimálnou nádejou. Dôležité je podporovať fyzickú, emočnú a sociálnu istotu. Ďalší z mnoha cieľov je eliminácia pocitu úzkosti a naplnenie aktuálnych potrieb. PPP je často prvým druhom pomoci, ktorá môže byť poskytovaná jednotlivci, či skupinám okamžite na mieste mimořádné události ihneď po traumatizujúcej udalosti (Burke et al., 2009).

Špecifické pre zdravotníckych záchranárov je i práca v teréne s nedostatkom vybavenia, času a mnohdy prítomnými pozorovateľmi. Zdravotnícky záchranár sa musí umieť rýchlo rozhodnúť, poradiť si s prípadnými rodinnými príslušníkmi, ktorí sú pod vysokým tlakom a môžu sa chovať až agresívne a musia predovšetkým pomôcť pacientovi. Ďalšia vec, ktorou si musíme uvedomiť je, že zdravotnícky záchranár sám sa môže dostať do situácie, kedy je sám ohrozený na zdraví či priamo živote. Jedná sa o zásahy u dopravných nehôd, u agresívnych pacientov, ktorí môžu byť pod vplyvom návykových látok. Zdravotníctví záchranári sa potýkajú s ľuďmi závislými na drogách, ktorí môžu mať nakažlivé a prenosné choroby, môžu byť napadnutí. Tieto situácie sú pak príčinou kumulatívneho stresu a chronických psychických záťažov. V dôsledku poznatku vplyvu nadmernej psychickej záťaže u zdravotníckych pracovníkov bola snaha o vytvorenie podporných mechanizmov. Prvá prípravná fáza pre vznik akýchsi psychologických intervenčných služieb pre zdravotníckych pracovníkov sa datuje od roku 2005. Vytváraly sa rôzne pilotné štúdie, průzkumy a analýzy na zdravotníckych záchranných službách. V roku 2009 začal odbor bezpečnosti a krízového riadenia Ministerstva zdravotníctva ČR pracovať na zavedení intervenčných programov do rezortu. V listopade 2010 pak došlo k oficiálnemu schváleniu Systému psychosociálnej intervenčnej služby. Ako prvá pak začala s psychosociálnou intervenčnou službou Stredočeská a Moravskoslezská záchranná služba. Cieľom systému psychosociálnej intervenčnej služby (ďalej len SPIS) je podpora a péče o zamestnancov a dôsledkom toho také komfortnejšie péče o pacientov. Je vhodná v prípadoch, kedy hrozí, že budú zdravotníctví záchranári zasažení psychicky záťažujúcou situáciou, či v prípadoch, kedy si potrebujú prostredie lenom s niekým promluviť a nemajú s kým. Táto ponuka je i mimo iné prevenciou syndromu vyhošenia. Snahou psychosociálnej intervenčnej péče je podpořit kolegu a uľaviť od záťažujúcich situácií, s ktorými je ešte ťažšie pracovať v bežnom prevádzke (Buriánková, Ryba, 2009).

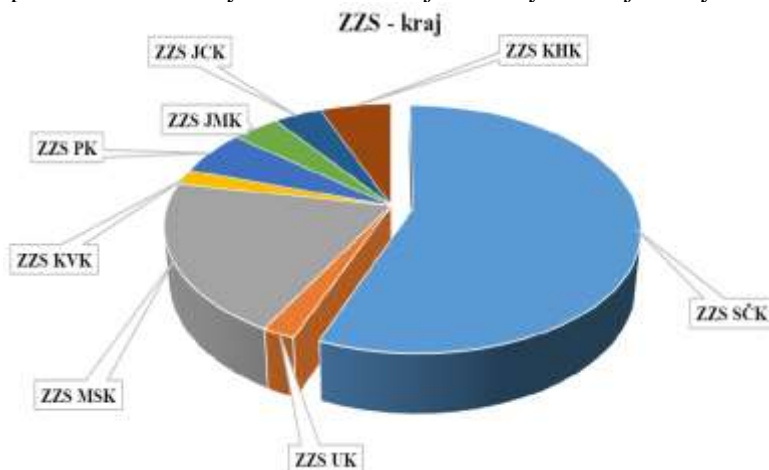
V prípade SPIS sa jedná o stratégiu zvládania psychicky náročných profesionálnych situácií a stavov. Dôležitou súčasťou týchto vzdelávacích aktivít je jednak naučiť sa zvládať výskyt konkrétnych emócií na mieste zásahu a také neefektívnejší spôsob komunikácie s obeťmi a ich príbuznými. Efektívne a adekvátne realizovaná komunikácia môže zmiernovať nástup a dopady akútnej stresovej poruchy, ale i posttraumatickej stresovej poruchy, čo je stav, ktorý sa prezentuje po tom, čo jednotec (obeť, rodinný príslušník, ale i príhľadujúca osoba, ale i zdravotnícky záchranár) prežije veľmi výrazný stres, ktorý není zvladateľný bežnými copingovými stratégiemi a mechanizmami (Mlčák, 2005).

Do SPIS patrí i pomoc, ktorou nabízi PEER - proškolený profesionálny kolega, ktorý prošel navíc certifikovaným výcvikom v systéme psychosociálnej péče o kolegu. Na základě tohoto výcviku, v souladu se závaznými stavovskými dokumenty (etický kodex, krajský koordinátor, garant systému, terminologický slovník SPIS, zásady fungování SPIS), ve spolupráci s krajským koordinátorem a odbornými garanty SPIS, může poskytovat v definovaném rozměru psychickou podporu kolegům. Ti si jí buď vyžádají sami, nebo je jim doporučena.

Metodika

K získání dat jsme zvolili metodu formou nestandardizovaného anonymního dotazníku, který byl distribuován v elektronické podobě. Průzkumné šetření probíhalo u krizových interventů Zdravotnické záchranné služby (ďalej len ZZS) v ČR a to v roku 2015. Jako výzkumný nástroj byl použit anonymní dotazník vlastní tvorby, který se skládal ze dvou částí, amnestické a vlastní. V amnestické části dotazníku bylo zjišťováno pohlaví, věk, délka praxe, působení a pracovní zařazení dotazovaných respondentů. V ústřední části dotazníku jsme zjišťovali míru psychické záťaže u krizových interventů ZZS po jimi

provedených intervencií, ktoré poskytovali na mieste MU. Celkovo jsme při zpracovávání výsledků vycházeli z celkového počtu 50 respondentů z řad krizových interventů, kteří působí u ZZS v ČR. Pro názorné zobrazení příslušnosti krizových interventů k jednotlivým ZZS jsme vytvořili graf č. 1



Graf 1 Příslušnost krizových interventů k jednotlivým krajům v ČR

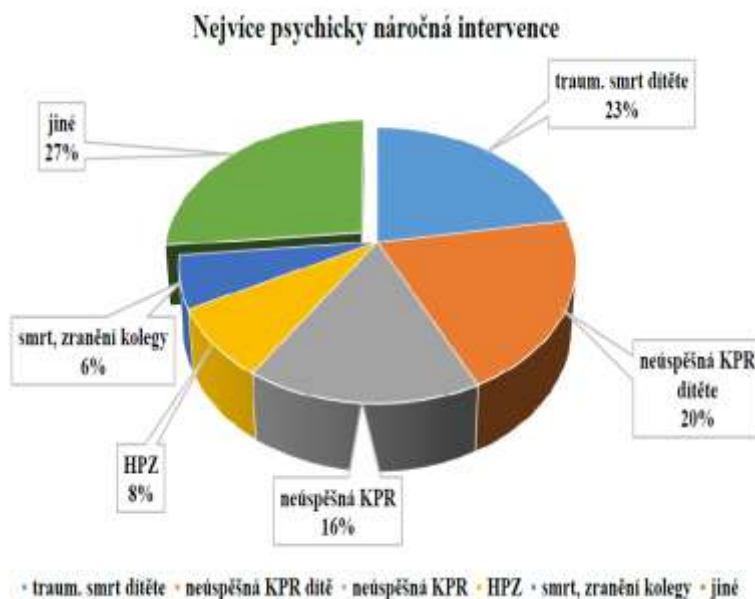
Výsledky

Na začátku našeho průzkumného šetření jsme si zvolili následující tvrzení:

1. Předpokládáme, že více než 50% respondentů bezprostředně po krizové intervenci využilo služeb PEER programu.

Zjišťovali jsme, kolik z dotázaných respondentů, bezprostředně po jimi provedené psychosociální intervenci, využilo služeb PEER programu a podstoupit některou z jejích forem. 15 (43%) respondentů uvedlo, že je to nikdy nenapadlo a PEER intervenci nepotřebovalo. Stejný počet 15 (43%) odpovědělo, že PEER podpory sice nevyužilo, ale uvažovali o tom. Poslední skupina, 5 (14%) respondentů, vyhledalo bezprostředně po jimi prováděné psychosociální intervenci pomoc v podobě PEER podpory. Z celkového počtu odpovědí, kdy intervenenti využili služeb PEER podpory, se jednalo 2 x o metodu individuálního rozhovoru, 2 x o metodu individuální intervence a 1 x o debriefing. Odpovědi byly vyhodnocovány na podkladě odpovědí 35 interventů, protože zbylých 15 respondentů v době uzavření dotazníku doposud psychosociální intervenci na místě MU neposkytovalo. Tvrzení č. 1 nebylo potvrzeno.

Zajímalo nás, které mimořádné události a následné poskytování krizové intervence považují respondenti za psychicky nejvíce náročné. Výsledky této otázky uvádíme v grafu č. 2

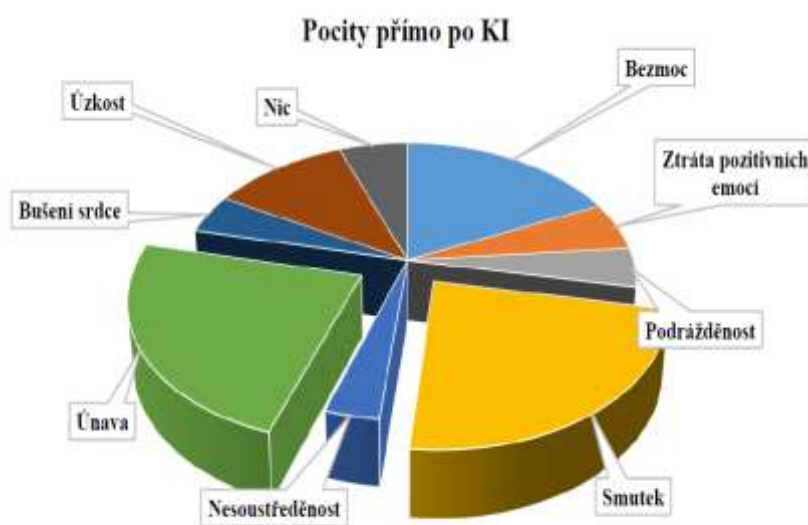


Graf 2 Hodnocení náročnosti jednotlivých krizových intervencí

2. Předpokládáme, že pro více než 50% respondentů je současný systém vzdělávání v poskytování psychosociální intervence dostačující.

Zjišťovali jsme, do jaké míry jsou krizový intervenenti ZZS spokojeni se současným systémem vzdělávání. 26 (52%) z dotázaných respondentů jsou maximálně spokojeni se současným systémem vzdělávání, který absolvují všichni intervenenti, poskytující psychosociální intervenci na místě MU. 15 (30%) respondentů jsou spokojeni pouze částečně, ale neuvedli oblasti, ve kterých se cítí být nejistí a 9 (18%) dotázaných jsou také pouze částečně spokojeni a uvedli oblasti, ve kterých si nejsou jistí a uvítali by zařazení do systému vzdělávání krizových interventů ZZS. Okruhy, které respondenti uváděli, jsou následující: děti, jako zasažení, dětské kolektivy, například školní třídy, komunikace s nepříbuznými, tedy například řidič, který způsobil zranění, či úmrtí, komunikace se sebevrahy, s rodiči, kteří se telefonicky dozví o úmrtí svého dítěte a jsou daleko od místa MU. Tvzení č. 2 bylo potvrzeno 3. Předpokládáme, že se u více než 75% respondentů objevují příznaky stresu po přímo provedených krizových intervencích.

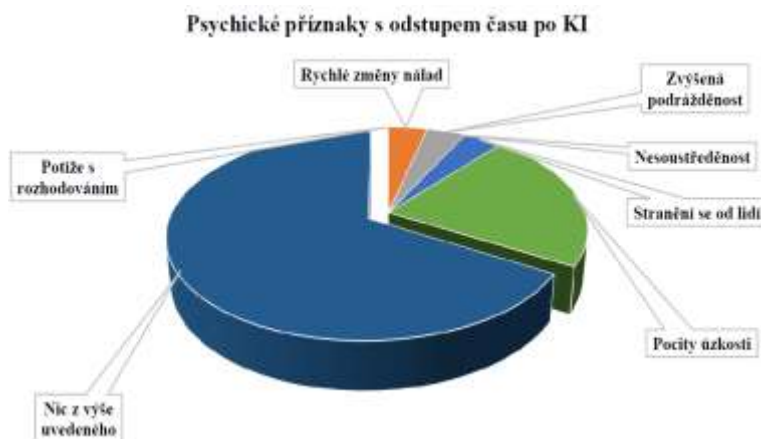
Zjišťovali jsme, zda se u krizových interventů objevují příznaky stresu přímo po jimi provedených intervencích. 21 (60%) respondentů odpovědělo, že přímo po intervencích pociťovali smutek a únavu. 16 (46%) dotázaných uvedlo, že se u nich vyskytl pocit bezmoci. Dalším často uvedeným příznakem, který označili respondenti, byl stav úzkosti, který uvedlo 10 (29%) z dotázaných. Pouhých 5 (14%) respondentů odpovědělo, že se u nich přímo po provedených krizových intervencích neobjevily příznaky stresu. Tvzení č. 3 nebylo potvrzeno.



Graf 3 Pocity respondentů přímo po krizové intervenci

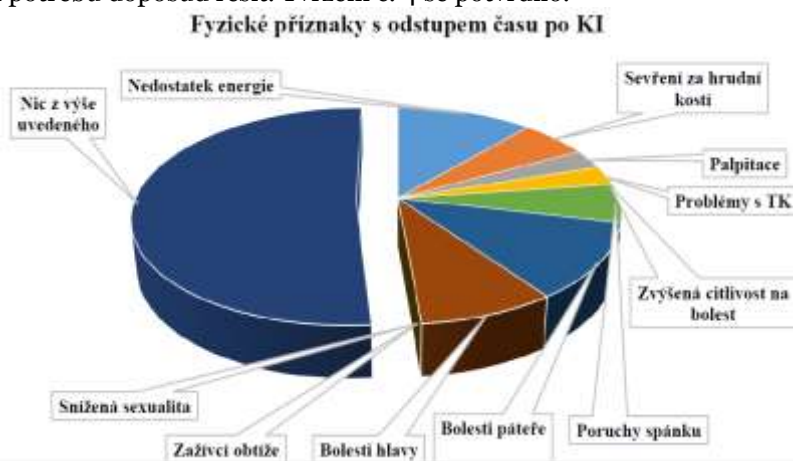
4. Předpokládáme, že u více než 25% respondentů, stresové příznaky přetrvávají i s odstupem času po provedených krizových intervencích.

Zjišťovali jsme, jestli u krizových interventů přetrvávají stresové příznaky s odstupem času, po jimi provedených intervencích, a zda museli samotní intervenenti vyhledat odbornou pomoc. Odpovědi se týkaly jak psychických, tak i fyzických příznaků stresu. 18 (51%) respondentů odpovědělo, že na sobě nepociťují s odstupem času, žádné, fyzické, či psychické, příznaky stresu s odstupem času po jimi provedených intervencích na místě MU.



Graf 4 Psychické příznaky respondentů s odstupem času po krizové intervenci

U fyzických príznakov 4 (11%) respondenti uvedli, že sa u nich objavujú bolesti páteře a nedostatok energie, 3 (9%) z dotázaných odpovedali, že sa u nich objavujú bolesti hlavy a poruchy spánku. U dotazu na psychické príznaky stresu odpovedalo shodně 18 (51%) respondentů, že na sobě žádné z uvedených příznakov necítujú, pouze 8 (23%) respondentů uvedlo, že sa u nich objavujú pocity úzkosti a 4 (11%) odpovedali, že pociťujú zvýšenou podrážděnost. 17 (34%) respondentů odpovedalo, jakým způsobem řešili výskyt psychických, či fyzických příznakov stresu a 10 (59%) z nich odpovedalo, že uvedené symptomy neměli potřebu doposud řešit. Tvrdění č. 4 se potvrdilo.



Graf 5 Fyzické příznaky respondentů s odstupem času po krizové intervenci

Boguská, Monoši, Majlingová (2014) ve své práci, na báze dotazníkového průzkumu, rovněž zjišťovali reakce a pocity zdravotnických záchranářů, a to po zásahu při nehodě s hromadným postižením osob a také způsob, jakým zvládají psychickou zátěž. Z 39 respondentů, kteří se podíleli na zásahu na řešení nehod s hromadným postižením osob, 36 respondentů (92%) nemělo po zásahu žádné negativní psychické projevy, změny chování a uvedli rychlý návrat schopností k původní činnosti. Podrážděnost, třes prstů, končetin, celého těla, pocit tepla, pocení a podobně uváděli 2 respondenti (5%). U 1 respondenta (3%) se objevila deprese, útlum, akutní vyčerpání, výrazný pokles schopnosti plnit přidělenou úlohu. Možnost ovlivnění vědomí, panické reakce (otupělost, neschopnost činnosti, dezorientaci, bezúčelové pohyby atd.) neuvedl ani jeden respondent.

Rovněž Šeblová a Kebza (2005) ve svém výzkumu zjistili, že vyrovnání se s příznaky stresu je velmi přínosné, neboť i zdravotníci jsou pouze lidé a mohou se dostat do takových situací, kdy oni sami potřebují adekvátní formu krizové intervence. Jedná se nejčastěji o stavy zoufalství a bezmoci, které pociťují jak v případě obětí, tak například i svých spolupracovníků, kteří při zásahu mohou být zraněni, nebo může dojít k jejich úmrtí. Andršová uvádí, že: „záchranář se během své praxe se smrtí setkává často. Problematika umírání a smrti vnáší do práce záchranáře výrazný etický rozměr. Záleží na osobnosti záchranáře, jaký postoj zaujme“ (Andršová, 2012, s. 83).

Rovněž autor Humpl (2009) upozorňuje, že zkušenosti členů Integrovaného záchranného systému (dále jen IZS) stále více poukazují na skutečnost, že je nezbytné postarat se o potřeby psychické, duchovní a sociální a to ne jen u obětí MU, ale i u členů IZS.

Závěr

V závěru lze konstatovat, že je důležité věnovat pozornost psychické odolnosti. To ovšem nepůjde bez řádné psychohygieny. V rámci zvyšující se specializace a nároků na členy IZS je nezbytné zajistit jim dobré zázemí a možnost vyrovnat se s prožitými zásahy případně traumaty a to tak, aby nevznikaly škody a ztráty. Členové IZS jsou sice jedinci psychicky odolnější, než je běžná populace, jsou vycvičení a vědí, že je to součást jejich práce, ale stále i oni jsou pouze lidé. Musí vědět, že existuje systém nebo osoba na jejich pracovišti, která je vázána mlčenlivostí, za kterou mohou přijít a ze svých stresů nebo krizí se vypovídat a dále je nějakým způsobem řešit. Zdravotnický záchranář, který se potýká s nalomenou psychikou ať už na základě proběhlého zásahu nebo na podkladě problémů v jeho osobním životě není schopen podávat stoprocentní výkon a může ohrozit jak sebe, tak pacienta nebo i své kolegy. Proto je dle našeho názoru zcela nezbytné, aby se o poskytování psychosociální péče a intervence, pro členy záchranných složek, co nejvíce mluvilo a povědomí o těchto službách se rozšiřovalo. Mnozí zdravotníci pracovníci si dříve říkali, že nepotřebují pomoc s vyrovnáváním se s traumaty, že by to byla pouhá ukázka jejich slabosti. Naštěstí doba pokročila a krizová intervence či psychosociální intervence již není zcela neznámým pojmem a sami zdravotníci pracovníci k sobě samotným přistupují zodpovědněji a nebojí se o svých traumatech mluvit.

Seznam bibliografických odkazů

1. ANDRŠOVÁ, A. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BOGUSKÁ, D., MONOŠI, M., MAJLINGOVÁ, A. Pripravenosť pracovníkov záchranných zložiek na zdolávanie nehôd s hromadným postihnutím osob. In: *Riešenie krízových situácií v špecifickom prostredí*. 19. medzinárodná vedecká konferencia. Žilina: Fakulta špeciálneho inžinierstva Žilinskej univerzity, 2014. s. 67-76. ISBN 978-80-554-0875-0
3. BURLÁNKOVÁ, H., RYBA, A. Systém „Psychosociální intervenční služby – PIS“ na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy. In *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924. 2009, roč. 12, č. 2, s. 35-37.
4. BURKE, J. et al., *Psychological first aid: An Australian Guide*. Australian Psychological Society and Australian Red Cross, 2009, ISBN: 978-0-909896-00-0.
5. HUMPL, L. a kol. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978- 80-7013-562-4.
6. KATALOGOVÝ SOUBOR TYPOVÉ ČINNOSTI, STČ – 12/IZS, Společný list složek integrovaného záchranného systému Ministerstvo vnitra GR HZS ČR, Číslo jednací: MV- 604/PO-IZS-2011, Typová činnost složek IZS při poskytování psychosociální pomoci.
7. MLČÁK, Z. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita-Filozofická fakulta. 2007. ISBN 80-7368-036-X.
8. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. **Praha: Martinus. 2007, ISBN 978-80-200-1499-3**
9. ŠEBLOVÁ, J.; KEBZA, V. Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. In: *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924. 2005, roč. 8, č. 3, s. 27 – 29.
10. ZAVIŠ, M. Prieniky teológie a psychiatrie. In: *V službe evanjelia*. Liptovský Mikuláš: Transciscus, s.r.o., 2013, ISBN 978-80-7140-424-8.

Kontakt na autorky:

PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Fakulta biomedicínského inženýrství

České vysoké učení technické v Praze

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

rebeka.ralbovska@fbmi.cvut.cz

HODNOTENIE PSYCHICKEJ ZÁŤAŽE SESTIER

Rybárová E.,¹ Štefaníková A.²

¹Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove

²Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A. Reimana v Prešove

Abstrakt

V príspevku predkladáme základné informácie o psychickej záťaži, o jej formách, stupňoch a faktoroch spôsobujúcich jej vznik, rozoberáme metódy hodnotenia a merania psychickej záťaže. Uvádžame prehľad copingových štýlov a stratégií napomáhajúcich k zvládaniu psychickej záťaže. Cieľom prieskumu bolo zistiť subjektívne príznaky únavy pred pracovnou zmenou a po pracovnej zmene u sestier. Sledovanými príznakmi únavy boli únava centrálneho nervového systému, úbytok motivácie a somatické príznaky únavy. Prieskumný súbor tvorilo 104 sestier chirurgických pracovísk. Na zber údajov sme použili štandardizovaný dotazník Subjektívnych príznakov únavy – SPÚ. Z výsledkov vyplynulo, že sestry majú zvýšenú psychickú záťaž po zmene. Najviac pociťujú únavu centrálneho nervového systému, potom úbytok motivácie a najmenej si sťažujú na somatické príznaky únavy. V závere príspevku sme sa snažili na základe zistených výsledkov navrhnúť vhodné riešenia na elimináciu a najmä predchádzanie psychickej záťaže. Podľa nášho názoru je potrebné sústrediť pozornosť na oblasť manažmentu nemocníc, vzdelávania sestier, vedúce sestry i na samotné sestry, aby prispievali k prevencii a eliminácii psychickej záťaže.

Kľúčové slová: Sestra. Psychická záťaž. Stres. Ošetrovateľská starostlivosť.

Abstract

The main topic of paper is mental fatigue of nursing providers with the impact on the quality of their work. The theoretical part provides reader with basic information about mental fatigue, its forms, degrees and factors causing its formation, we examine methods of evaluation and measurement of mental fatigue. We introduce also coping styles and strategies, assisting to manage mental fatigue. In the practical part measures mental fatigue of nursing providers. The aim of the thesis was to discover subjective symptoms before and after the nurses' shift. Monitored symptoms of fatigue are central nervous system fatigue, decrease of motivation and somatic symptoms of fatigue. The survey group is 104 nurses from surgical departments. The survey is made by the use of method of structuralized questionnaire Subjective Symptoms of Fatigue. Results show that nurses suffer by increased mental fatigue after the shift. They experience mainly central nervous system fatigue, then decrease of motivation and they complain about somatic symptoms of fatigue at least. In the end, we try to suggest appropriate solutions about elimination and prevention from mental fatigue on the basis of discovered results. In our suggestion, it is necessary to appeal to sphere of the hospital management, education of nurses, leading nurses, nurses by themselves, on the subject of how they can contribute to the prevention and elimination of mental fatigue.

Key words: Nurse. Mental fatigue. Nursing care.

Úvod

Pojem psychická záťaž je za posledné desaťročie čoraz viac diskutovaným a spomínaným pojmom, možno aj z dôvodu dôsledkov, ktoré so sebou prináša. U nás aj v zahraničí sa touto problematikou zaoberá stále viac odborníkov. Realizujú sa prieskumné a výskumné štúdie so zameraním na zdravotníkov, ktoré by mali viesť k pomoci tým, ktorí sú v ohrození.

Súčasne s vývojom spoločnosti a technológií dochádza aj v zdravotníctve k vývoju a neustálemu zvyšovaniu nárokov na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Toto neutíchajúce tempo však v sebe nesie veľký nátlak práve na poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti. Psychika týchto pracovníkov je vystavovaná množstvu faktorov od nutnosti zvyšovania vzdelania cez rôznorodosť sociálnych interakcií až po samotné praktické prevedenie teoretických poznatkov do praxe. Kovářová a Ďordovičová (2005) vyjadrili názor, že profesia sestry, ako pomáhajúcej profesie, sa vyznačuje emocionálnym a fyzickým stresom, ktorý má v konečnom dôsledku zdravotné a behaviorálne následky. Sestra sa pri výkone svojho povolania dostáva neraz do veľmi náročných situácií, ktoré musí zvládať nielen odborne, ale predovšetkým ľudsky. Zvládanie pracovných povinností sestry ovplyvňuje množstvo faktorov. Ak rizikové faktory pôsobiace na sestru prevyšujú schopnosti jej organizmu zvládať daný stav, nastáva nerovnováha, čo vedie k psychickej záťaži.

Psychická pracovná záťaž

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 542/2007 Z. z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci v §2 ods. 1 definuje psychickú záťaž ako: „...faktor pôsobiaci zatažujúco na organizmus a vyžadujúci psychickú aktivitu, psychické spracovávanie a vyrovnanie sa s požiadavkami a vplyvmi životného prostredia“. Rozlišujú sa tri formy psychickej záťaže, a to *senzorická*, *mentálna* a *emocionálna*.

Senzorická záťaž vyplýva z požiadaviek na činnosť periférnych zmyslových orgánov a im zodpovedajúcich štruktúr centrálného nervového systému. **Mentálna záťaž** vyplýva z požiadaviek na spracovávanie informácií kladúcich nároky na psychické funkcie a psychické procesy, ktorými sú pozornosť, predstavivosť, pamäť, myslenie a rozhodovanie. **Emocionálna** záťaž vyplýva z požiadaviek vyvolávajúcich afektívnu odozvu.

Pracovná záťaž je charakterizovaná ako miera vyváženosti medzi výkonovou kapacitou človeka a požiadavkami pracovnej činnosti a tiež podmienkami, za ktorých sa činnosť vykonáva. Z hľadiska veľkosti zataženia sa rozlišuje záťaž **nadlimitná** - v prípade, ak požiadavky prevyšujú výkonovú kapacitu človeka, dochádza k jeho preťaženiu a **sublimitná** - teda záťaž s voľnou výkonovou kapacitou (Szombathyová 2007, s. 246).

Psychická pracovná záťaž je faktor, ktorý predstavuje súhrn všetkých hodnotiteľných vplyvov práce, pracovných podmienok a pracovného prostredia pôsobiacich na kognitívne, senzorické a emocionálne procesy človeka, ktoré ho ovplyvňujú a vyvolávajú stavy zvýšeného psychického napätia a zataženia psycho-fyziologických funkcií (Zákon č.359/2006 Z. z.).

Stupne psychickej záťaže

Mikšík (2001, s. 25) charakterizuje nasledujúce stupne záťaže:

1.stupeň - **bežná psychická záťaž**: nedochádza k neočakávaným zvratom, u jedinca prebieha obvyklá interakcia s okolím

2.stupeň - **optimálna psychická záťaž**: človek je pre ňu vybavený svojimi predpokladmi, tvorí základnú hnaciu silu psychického rozvoja

3.stupeň - **pesimálna psychická záťaž**: sú to príliš nízke alebo vysoké nároky na psychiku; príliš nízke nároky neumožňujú psychický rozvoj a príliš vysoké človek nemôže zvládnuť, sú zdrojom psychickej dezintegrácie

4.stupeň - **hraničná psychická záťaž**: je na hranici riešiteľnosti a jedinec sa s ňou vyrovnáva veľmi ťažko, je sprevádzaná vznikom špecifických i nešpecifických porúch

5.stupeň - **extrémna psychická záťaž**: je záťažou do takej miery, že kompenzačné mechanizmy už nie sú účinné a vzniká dezintegrované správanie.

Faktory pôsobiace na vznik psychickej záťaže

Žiaková a Štípalová (1999, s. 13) uvádzajú nasledujúcich osem faktorov, týkajúcich sa najmä pracovných podmienok, ktoré ovplyvňujú vznik psychickej záťaže u sestier:

1. **nedostatok kompetencií** – sestry pociťujú nízky podiel na rozhodovaní a celkovú podriadenosť lekárom
2. **postavenie žien** – ženy zarábajú podstatne menej ako muži, sestry trpia touto diskrimináciou v osobnom aj pracovnom živote, keďže viac ako 90% ošetrovateľského personálu tvoria práve ženy; neustále sa starajú o druhých, t. j. o pacientov, o rodinu a často zistia, že sa nikto nestará o ne
3. **dominantnosť medicíny** – z pohľadu lekárov, ako aj väčšiny populácie je sestra považovaná za pomocníčku, ktorej úlohou je plniť lekárove príkazy; jej práca sa prehliada a nedoceňuje
4. **nedostatok sestier** – normatívny počet sestier na oddelení určuje Ministerstvo zdravotníctva podľa charakteru oddelenia. Pritom sa neberie do úvahy náročnosť ošetrovateľskej starostlivosti, výsledkom čoho je nadsť na úkor osobného voľna; skrakuje sa tým čas na regeneráciu psychických a fyzických síl
5. **nedostatok pomocného personálu** – úzko súvisí s preťaženosťou sestier, lebo často vykonávajú prácu aj za pomocný personál
6. **časová tieseň** – väčšina sestier si sťažuje na nedostatok času pri plnení svojich povinností, čo môže súvisieť s nedostatkom personálu alebo nerovnomerným zatažením ostatných pracovníkov; sestry trávajú veľa času vybavovaním administratívnych úloh, spracovávaním vlastnej dokumentácie, medzitým vybavujú množstvo telefonických hovorov a často prevádzajú aj lekárske činnosti
7. **zlá ekonomická situácia** – ide najmä o nedostatok liekov, špeciálneho zdravotníckeho materiálu, jednorazových pomôcok, neustála improvizácia sestier a podobne
8. **podmienky pre ďalšie vzdelávanie sestier** – celoživotné vzdelávanie sestier je nevyhnutnou podmienkou ich profesionálneho rastu, no nie vždy majú pre štúdium vytvorené vhodné podmienky.

Podľa Ondriovej a kol. (2008) sú najväčšej záťaži vystavené práve sestry pracujúce na oddeleniach anesteziológie a intenzívnej medicíny alebo jednotkách intenzívnej starostlivosti, pretože poskytujú vysokú kvalitu zdravotníckych služieb o kriticky chorých pacientov. Psychické vyčerpanie v práci sestry je následkom emocionálne náročných situácií, ktoré je potrebné riešiť.

Vo vzťahoch medzi sestrou a pacientom vystupujú do popredia problémy, s ktorými si sestra v danej chvíli nevie rady, cíti sa zaskočená, bezradná, zronená, prežíva pocity krivdy. Nevie si rady so slovnými prejavmi strachu pacienta, z blížiacej sa smrti, s jeho úzkosťou a bolesťou, s verbálnymi útokmi na sestru, sexuálnymi narážkami a ponúkaním rôznych úplatkov v očakávaní väčšej pozornosti a ošetrovateľskej aktivity zo strany sestry. Podobné prejavy sa premietajú aj **do oblasti vzťahov s rodinou pacienta**. Významnou záťažovou udalosťou je odovzdávanie pozostalosti po zomrelom pacientovi, výčitky rodinných príslušníkov týkajúcich sa zanedbania starostlivosti a v niektorých prípadoch naopak, absolútny nezáujem rodiny o ich chorého rodinného príslušníka. **V pracovných vzťahoch** ide o kritické incidenty, teda konflikty medzi sestrou a lekárom, ktoré sestry opisujú ako ponížujúce z dôvodu, že sa často odohrávajú pred pacientom. Ďalším problémom je prenášanie kompetencií z lekára na sestru spôsobom, ktorému sa sestra nevie ubrániť (Jobánková a Kvapilová 2007, s. 18).

Hodnotenie psychickej záťaže

Na hodnotenie psychickej záťaže sa podľa Nariadenia vlády 359/2006 Z. z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred nepriaznivými účinkami nadmernej fyzickej, psychickej a senzorickej záťaže pri práci používajú dva oficiálne dotazníky. Jeden z dotazníkov hodnotí psychickú pracovnú záťaž z hľadiska úrovne pracovných podmienok a druhý podľa charakteristík subjektívnej odozvy zamestnancov na záťaž. Dotazník **hodnotiaci psychickú záťaž z hľadiska úrovne pracovných podmienok** využíva pre svoje výsledky už vyššie spomenuté faktory, ktoré sú uvedené aj v prílohe 3. Táto metóda je určená ako základný skriningový nástroj preventívneho pracovného lekárstva pre hodnotenie závažnosti úrovne pracovných podmienok, ktoré môžu pôsobiť na zdravotný stav zamestnancov a ich pracovnú pohodu, z hľadiska psychickej pracovnej záťaže. Pracovné podmienky z hľadiska psychickej pracovnej záťaže hodnotí v štyroch stupňoch podľa jedenástich charakteristík práce a pracovného prostredia. Súčasťou kritérií nadmernej psychickej pracovnej záťaže je tretí alebo štvrtý stupeň pracovných podmienok, dosiahnutý v tejto metóde. Súčasťou hodnotenia je odôvodnenie zaradenia charakteristiky práce a pracovného prostredia do stupňov A, B, C a D a prevod na výsledné stupne 1, 2, 3 a 4 (Z. z. 359/2006, Príloha č. 6).

Dotazník na **subjektívne hodnotenie vplyvov pracovnej činnosti na psychiku zamestnancov** je vhodný na orientačné skriningové hodnotenie rôznych profesií dostal pomenovanie *Meisterov dotazník* podľa svojho autora. Na základe desiatich položiek dotazník individuálne aj skupinovo hodnotí psychickú záťaž pri práci v troch charakteristikách: psychické preťaženie, monotónna záťaž (monotónia) a nešpecifická záťaž. Hodnotí aj individuálne prežívanie subjektívne pociťovanej psychickej záťaže pri práci (Hladký, Židková 1999, s. 42). Hodnotenie psychickej pracovnej záťaže podľa tejto metódy má platnosť iba pre konkrétnu skúmanú pracovnú skupinu, pretože pracovné skupiny sa aj pri podobnom charaktere práce od seba líšia sociálno-psychologickými okolnosťami (motiváciou k práci, stabilitou pracovnej skupiny, vzťahmi medzi ľuďmi, prístupom vedúcich zamestnancov, podmienkami, v ktorých je práca vykonávaná). Dotazník preto slúži na odhalenie pracovísk so špecifickými problémami, kde je potrebné použiť ďalšie podrobnejšie metódy, ktoré dokreslia obraz miestnych pomerov (Z. z. 359/2006).

Stratégie zvládania psychickej záťaže

Námaha a požiadavky vyplývajúce z práce sú zamestnancami pociťované a vnímané rôzne. Každý človek má vlastné predpoklady na dosahovanie istého výkonu (napr. schopnosti, zručnosti, skúsenosti, zdravotný stav) a vlastné stratégie na zvládnutie záťaže. Každý zamestnanec je aj pri rovnakých podmienkach zamestnaný rôzne (Richter a kol. 2008). Pokiaľ ide o spôsoby správania, ktorými človek dokáže záťaž odolávať alebo záťaž prekonávať, hovorí sa o stratégiách zvládania – copingu. Všeobecne môžeme charakterizovať **coping** ako snahu jedinca zvládnuť podmienky, ktoré presahujú mieru jeho momentálnych adaptačných schopností. Jednu z klasických definícií copingu vyslovil R. S. Lazarus v roku 1966 (cit. podľa Křivohlavý 2001), ktorý pod týmto pojmom rozumie „...proces riadenia vonkajších i vnútorných faktorov, ktoré sú človekom v priebehu záťaže hodnotené ako ohrozujúce jeho zdroje“. Je to úsilie vyrovnať sa s vonkajšími aj s vnútornými požiadavkami a ich vzájomnými konfliktami. Pritom ide o proces, nie o jednorazovú záležitosť, na ktorom sa zúčastňujú dva komponenty: snaha o riešenie problému a snaha o emocionálnu reguláciu. Pri prvom z nich ide o pokus o konštruktívnu činnosť ako odpoveď na podmienky spôsobujúce záťaž a pri druhom o snahu regulovať emocionálne dôsledky záťaže (Košč 2010).

Coping ako súčasť procesu adaptácie spomína už v adaptačnom modeli Callista Royová. Copingový proces podľa nej „...zahŕňa vrodené a získané spôsoby interakcie s meniacim sa prostredím“. Pričom vrodený proces zdolávania je automatický, to znamená, že funguje bez toho, aby si ho človek

uvedomoval. Naopak získaný proces zdolávania sa rozvíja s vývinom človeka, skúsenosťami a učením. Zdolávacie mechanizmy Royová opisuje ako biologické, psychické a sociálne (Žiaková a kol. 2007, s. 100).

Formy copingových stratégií

Všeobecne o copingových stratégiách môžeme povedať, že sú jedným z najšpecifickejších spôsobov, akými pristupujeme k zvládaniu záťaže. Voľba copingových stratégií môže byť ovplyvnená situačnými činiteľmi a faktormi situácie. Existujú stovky stratégií zvládania. Tieto sa môžu rozdeliť do piatich všeobecných kategórií (Košč 2010, s. 95):

1. **kategória – hľadanie informácií** – vedú k zvládaniu cestou rozšírenia vedomostí o stresore; keď mu človek lepšie rozumie, vie ľahšie nájsť spôsob riešenia a zvládať napr. vlastnú úzkosť
2. **kategória – priama akcia**
3. **kategória – inhibícia (utlmenie) činnosti** – môže byť spôsob zvládania, ktorým sa jedinec vyhne činnosti vedúcej do nebezpečenstva
4. **kategória – intrapsychická stratégia** – pri nej sa jedinec pokúša o emocionálnu reguláciu a to napr. popieraním stresora, vyhýbaním sa mu a podobne
5. **kategória – obracanie sa na druhých** – je stratégiou mobilizujúcou sieť sociálnej podpory medzi blízkymi, priateľmi.

Je zrejmé, že ten istý človek môže používať v procese zvládania rôzne stratégie, dokonca i pri tom istom stresore. Coping je teda ovplyvnený minimálne dvoma mechanizmami (Křivohlavý 2001, s. 53):

1. **coping zameraný na problém** pozostáva z aktívnych pokusov o zmenu súčasného problematického vzťahu. Tie sa objavujú, keď je situácia hodnotená ako zmeniteľná. Ak sú copingové stratégie efektívne a poškodenie alebo hrozba sú odstránené, táto zmena ovplyvní nasledujúce hodnotenia a emócie smerom od stresu k pozitívnym stavom. Aj neefektívne pokusy ovplyvňujú hodnotenie, ale smerom k negatívnym stavom. Situácia, ktorá je hodnotená pôvodne ako výhodná, sa takto môže zmeniť na ohrozujúcu, zatiaľ čo emócie sa menia z nádeje na smútok a rezignáciu.

2. **coping zameraný na emócie** obsahuje zvládnutie emócií, ktoré môžu vzniknúť pri nevyhnutnej zmene podmienok. Objavuje sa, keď hodnotíme situáciu ako nezmeniteľnú. Niektoré formy copingu zameraného na emócie menia emočnú odpoveď priamo, bez zmeny významu situácie (napr. vyhnutím sa mysleniu na hodnotenie), iné formy menia zase hodnotený význam situácie (napr. popretím). Hoci coping zameraný na emócie mení osobu miesto prostredia (často skreslením reality), neznamená to, že je menej adaptívny ako coping zameraný na problém.

Křivohlavý (2001) dáva dôraz na tzv. taktické postupy, ktoré ako čiastkové postupy umožňujú dosiahnutie strategických cieľov. Podľa toho rozlišuje:

- **aktívne postupy**: podrobnejšie poznávanie situácie; zvyšovanie informovanosti; posilňovanie osobného „bojového potenciálu“, plánovanie postupu; realizácia a výdrž
- **pasívne postupy**: vyčkávanie; ľahostajnosť; rezignácia; beznádej.

Iným dôležitým mechanizmom pri zvládaní záťaže je štýl zvládania.

Štýly copingových stratégií

Štýlom zvládania rozumieme sklon k narábaniu so záťažovými okolnosťami istým spôsobom. Vieme, že niektorí jedinci zvyknú v záťažovej situácii reagovať hystericky (neprimerane afektívne, napr.: kričať, nariakať, odpadávať atď.), kým iní naopak sú schopní aj veľkú záťaž prežívať vyrovnané, bez výraznejších vonkajších emocionálnych prejavov. Ukazuje sa, že určitý štýl zvládania je efektívnejší pre jeden typ záťaže ako napr. stratégia vyhýbania sa môže byť úspešná pri krátkodobom strese, ale pri inej záťaži je neúčinný. Pre všetky existujúce záťažové situácie teda neexistuje univerzálny, vždy efektívny štýl riadenia (Košč 2010).

Copingové štýly sa vzťahujú na správanie, ktoré sa prejavuje pomerne pravidelne, je do istej miery predpovedateľné a spôsobuje rozdiely medzi ľuďmi pri ich konfrontácii so stresormi. Copingový štýl je navyknutý a pretrvávajúci vzorec správania a na rozdiel od copingových stratégií je považovaný za aspekt osobnosti (Beutler - Moos - Lane 2003).

Opatrenia slúžiace na prevenciu a zvládanie psychickej záťaže

Práca nesmie spôsobovať chorobu – to je dôležité a na to sa zameriava veľká časť preventívnych opatrení v podnikoch. Nesprávne organizovaná a nedostatočne tvorivá práca pôsobí negatívne nielen na výkon zamestnanca, ale pri dlhodobom trvaní môže viesť aj k trvalému poškodeniu jeho zdravia. Znižovať pracovnú záťaž, stres a psychosociálne riziká v ošetrovateľskej starostlivosti je potrebné nie iba z morálneho, ale tiež z právneho hľadiska. A je to mimoriadne potrebné aj z hľadiska ekonomického (Komačeková 2009, s. 28). Podľa rámcovej smernice č. 89/391 Európskeho spoločenstva, prevzatéj do zákona SR č. 129/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci, ktorá sa venuje ochrane zdravia a bezpečnosti pri práci v Európskej únii, sú zamestnávateľia povinní riadiť záťaž a stres súvisiaci s

výkonom práce. Podľa §38 zákona č. 355/2007 Z. z. je zamestnávateľ v oblasti ochrany zdravia pred psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci povinný:

- zabezpečiť hodnotenie psychickej pracovnej záťaže a senzorickej záťaže zamestnancov
- zabezpečiť technické, organizačné a iné opatrenia, ktoré vylúčia alebo znížia na najnižšiu možnú a dosiahnuteľnú mieru zvýšenú psychickú pracovnú záťaž a senzorickú záťaž zamestnancov
- dodržiavať minimálne bezpečnostné a zdravotné požiadavky pri práci so zobrazovacími jednotkami.

Na predchádzanie zvýšenej psychickej pracovnej záťaži sa vykonávajú technické, organizačné a iné opatrenia. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva č. 542/2007 §7, ods. 2, zaraďuje medzi **technické opatrenia** na predchádzanie zvýšenej psychickej pracovnej záťaži ergonomickú úpravu pracoviska, obmedzenie senzorickej záťaže a kvalitu pracovného prostredia. Medzi **organizačné opatrenia** na predchádzanie zvýšenej psychickej pracovnej záťaži spomínaná vyhláška v ods. 3 zaraďuje: organizáciu práce vrátane zlepšenia a zefektívnenia spôsobov činnosti zamestnancov, striedanie rôznych činností pri veľmi monotónnych prácach, rotácia zamestnancov, odstraňovanie rušivých faktorov pri práci, jasné formulovanie úloh, režim práce a odpočinku vrátane primeraného striedania pracovných zmien a primeraného zaradenia prestávok. **Iné opatrenia** na predchádzanie zvýšenej psychickej pracovnej záťaži sú (Vyhláška MZ SR č. 542/2007 §7, ods. 4): systém riadenia a spôsob jeho realizácie zohľadňujúci ochranu zamestnancov, pozitívna motivácia zamestnancov na plnení pracovných úloh v rozsahu a spôsobom zodpovedajúcim ich schopnostiam, zručnostiam, skúsenostiam a predpokladom, systém výberu zamestnancov na exponované pracovné miesta a pre náročné pracovné činnosti s prihliadnutím na odolnosť voči psychickej záťaži, osobnostné a kvalifikačné predpoklady a ďalšie psychologické kritériá podľa konkrétnych požiadaviek pracovného miesta a charakteru práce, primerané rozmiestňovanie zamestnancov, náplne a formy ich výcviku, vykonávanie lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci.

Hodnotenie psychickej záťaže sestier pracujúcich na chirurgických pracoviskách

Predmetom nášho prieskumu bolo na základe štúdia a analýzy dostupných prameňov reflektujúcich psychickú záťaž u sestier zistiť aká je psychická záťaž u sestier pracujúcich na chirurgických lôžkových oddeleniach. Stanovili sme si nasledujúce **ciele**:

1. zistiť subjektívne príznaky únavy u sestier pred pracovnou smenou a po smene
2. analyzovať rozdiely subjektívnych príznakov únavy sestier vzhľadom k dĺžke ich praxe.

Metodika

Zber údajov sme realizovali v období od 29. januára do 5. marca 2011. Pred realizáciou prieskumu sme si vyžiadali súhlas Etickej komisie Fakultnej nemocnice J. A. Reimana v Prešove. Použili sme štandardizovaný dotazník Subjektívnych príznakov únavy - SPÚ (z angl. Subjective Symptoms of Fatigue), ktorý bol vyvinutý v Japonsku asociáciou priemyslového zdravia a slúži na zisťovanie aktuálnej zmenovej únavy pomocou sebahodnotenia. Podľa autora tohto dotazníka, Yoshitakea (1987), tvoria štruktúru dotazníka tri:

- I. faktor: **únavu CNS** (otázka 1-10, minimálne skóre 0, maximálne skóre 40)
- II. faktor: **úbytok motivácie** (otázka 11-20, minimálne skóre 0, maximálne skóre 40)
- III. faktor: **somatické príznaky únavy** (otázka 21-30, minimálne skóre 0, maximálne skóre 40)
- IV. faktor: **kľamstvá – skóre** (otázka 31-32, minimálne skóre 0, maximálne skóre 8).

Spolu má dotazník 32 položiek so zameraním na zistenie psychickej záťaže pred pracovnou smenou a 32 položiek so zameraním na zistenie psychickej záťaže po pracovnej smene. Úlohou sledovanej osoby bolo vyznačiť u 32 príznakov únavy ich intenzitu pred smenou a po smene prostredníctvom výberu jednej zo štyroch položiek Likertovej škály: 0 = vôbec nie, 1 = skôr nie, 2 = aj áno aj nie, 3 = skôr áno, 4 = áno, úplne. Pre každý faktor sa získava skóre intenzity sčítaním bodových hodnôt (0-4). Hrubé skóre je tvorené súčtom všetkých troch faktorov (otázky 1-30, minimálne skóre 0, maximálne skóre 120).

Pri spracovaní získaných údajov prieskumu sme jednotlivé údaje uložili a zoradili do databázy a na ich analýzu sme použili nasledujúce matematicko-štatistické metódy: triedenie údajov, spracovanie údajov, výpočet absolútnej a relatívnej početnosti, korelácie, štatistickú odchýlku. Rozdiely medzi sledovaným súborom a priemernými hodnotami orientačných noriem sme vyhodnotili pomocou t-testu.

Dotazník bol anonymný, vďaka čomu bolo možné dosiahnuť vyšší stupeň objektivity získaných informácií. Všetky informácie získané pre spracovanie dotazníka boli použité na základe dobrovoľného informovaného súhlasu respondentov.

Samotnému vyplneniu dotazníkov predchádzala inštrukcia. V úvode dotazníka po oslovení respondentov sme vyčlenili priestor pre základné informácie o dotazníku. Tieto informácie boli zamerané na zorientovanie sa respondenta v cieľoch prieskumu. V úvode dotazníka boli inštrukcie, akým spôsobom je potrebné dotazník vyplniť, kde ho je možné odovzdať a v prípade potreby získania informácií, koho možno kontaktovať. Súčasťou bola informácia, že vyplnenie a vyhodnocovanie dotazníka je anonymné. Jadro dotazníkov tvorili samotné položky. Záverečná časť bola zameraná na získanie triediacich údajov.

Návratnosť dotazníkov bola 83,2% (104) z celkového počtu 125 rozdáných dotazníkov.

Charakteristika prieskumnej vzorky

Analýzovaný súbor tvorilo 104 sestier z Fakultnej nemocnice J. A. Reimana v Prešove pracujúce na Klinike chirurgie, Oddelení cievnej chirurgie, Klinike úrazovej chirurgie, Klinike urológie a na Klinike gynekológie a pôrodnictva.

Popisné charakteristiky prieskumného súboru sestier zhrňujú tabuľky číslo 1 – 2. Priemerný vek sestier v našej vzorke bol 36 rokov, v rozsahu min. 19 a max. 58 rokov, módu 21 rokov, čo činí 7,7% súboru. Priemerná dĺžka praxe sestier bola 14 rokov, v rozsahu 0,25 – 39 rokov, módu 2 roky činí 5,1% súboru.

Tab. 1 Rozdelenie vzorky sestier podľa dĺžky praxe

Dĺžka praxe	Abs. hodnota	Rel. hodnota %
Do 3 rokov	16	15,38
3 - 5 rokov	9	8,65
6 - 10 rokov	19	18,27
10 - 15 rokov	7	6,73
15 - 20 rokov	20	19,23
viac ako 20	30	28,85
Prax neudaná	3	2,88
Spolu	104	100

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Tab. 2 Rozdelenie vzorky sestier podľa veku

Vek	Abs. hodnota	Rel. hodnota %
19 - 20	2	1,92
21 - 30	35	33,65
31 - 40	31	29,81
41 - 50	20	19,23
viac ako 50	13	12,50
vek neudaný	3	2,88

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Výsledky

Analýza psychickej záťaže sestier chirurgických pracovísk pred pracovnou zmenou a po nej

Psychickú záťaž sestier sme skúmali prostredníctvom štandardizovaného Dotazníka subjektívnych príznakov únavy (ďalej SPÚ) a hodnotili sme tri faktory – únava CNS (ďalej len CNS), úbytok motivácie (ďalej len MOT) a somatické príznaky únavy (ďalej len SOM). V tabuľkách 3 a 4 uvádzame strednú hodnotu a smerodajnú odchýlku každého faktora, a to zvlášť pred začatím pracovnej zmeny a po zmene. Na konci tabuľky 3 je uvedené hraničné skóre, ktoré je súčtom všetkých troch sledovaných faktorov, tu uvádzame strednú hodnotu a smerodajnú odchýlku.

Tab. 3 Priemerné hodnoty faktorov subjektívnych príznakov únavy (n=104)

	Pred zmenou		Po zmene	
	Str. hodnota	Smer. odchýlka	Str. hodnota	Smer. odchýlka
CNS	10,25	9,58	21,14	10,42
MOT	8,96	9,75	15,84	10,99
SOM	8,42	9,02	14,37	10,69
Hr. skóre	27,63	28,34	51,35	32,11

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Tab. 4 Štatistická odchýlka faktorov subjektívnych príznakov únavy

Faktor	Pred smenou	Po smene
CNS	0,94	1,03
MOT	0,96	1,08
SOM	0,89	1,05

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Z výsledkov uvedených v spomínaných je vidieť, že všetky faktory vykazujú u respondentov po pracovnej smene zvýšenú hodnotu. Najvyššie stredné hodnoty boli namerané pri prvom faktore (pred smenou aj po smene), čo je únava CNS, a najnižšie stredné hodnoty zase pri faktore III, ktorý pojednáva o somatických príznakoch únavy.

Hraničné skóre jednotlivých faktorov, ktoré znamenajú nadmerný prejav únavy, je uvedené v tabuľke 5. Toto hraničné skóre reprezentujú súčty stredných hodnôt a smerodajných odchýlok pre každý faktor zvlášť.

Tab. 5 Hraničné skóre dotazníka SPÚ

Hraničné skóre		
Faktor	Pred smenou	Po smene
CNS	19,83	31,56
MOT	18,71	26,83
SOM	17,44	25,06
Hr. skóre	55,98	83,45

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Keďže dotazník nemá určenú normu pre subjektívne príznaky únavy, vychádzali sme z výsledných stredných hodnôt a vypočítaného hraničného skóre pre jednotlivé faktory. Pri porovnaní výsledkov v tabuľkách 3 a 5 môžeme vidieť, aký je rozdiel medzi nadmerným prejavom únavy a nameranými subjektívnymi príznakmi únavy u sestier z nášho súboru pracujúcich na chirurgických pracoviskách.

Hodnotenie subjektívnej únavy CNS pred pracovnou smenou a po nej vzhľadom na dĺžku praxe

Tab. 6 Priemerné hodnoty faktora I subjektívnej únavy CNS vzhľadom k dĺžke praxe sestier (n=104)

Dĺžka praxe		Faktor I CNS	
		Pred zmenou	Po zmene
Do 3 rokov	Str. hodnota	12,25	26,38
	Smer. odch.	7,88	8,76
3 - 5 rokov	Str. hodnota	16,00	22,06
	Smer. odch.	10,14	9,83
6 - 10 rokov	Str. hodnota	8,31	17,38
	Smer. odch.	5,52	10,61
11 - 15 rokov	Str. hodnota	6,93	17,07
	Smer. odch.	7,19	10,46
16 - 20 rokov	Str. hodnota	8,72	19,83
	Smer. odch.	8,37	8,71
viac ako 20	Str. hodnota	8,57	20,96
	Smer. odch.	11,02	11,38

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Najvyššie priemerné hodnoty únavy CNS dosiahli sestry s dĺžkou praxe od 3 – 5 piatich rokov, za nimi nasledovali sestry s najnižšou dĺžkou praxe, a to do troch rokov. Potom nasledovali sestry s dĺžkou praxe od 16 – 20 rokov, 6 – 10 rokov, viac ako 20 rokov praxe. Najnižšiu nameranú priemernú hodnotu faktora I subjektívnej únavy mali sestry s dĺžkou praxe od 11 – 15 rokov.

Najväčší rozdiel stredných hodnôt pred smenou a po smene je u sestier s najkratšou dĺžkou praxe, za nim nasledujú sestry s najdlhšou dĺžkou praxe, potom sú to sestry s dĺžkou praxe od 16 – 20 rokov, 11 – 15 rokov. Najnižší rozdiel stredných hodnôt pred zmenou a po zmene mali sestry s dĺžkou praxe od 6 – 10 rokov.

Hodnotenie úbytku motivácie u sestier chirurgických pracovísk pred pracovnou smenou a po nej vzhľadom na dĺžku praxe

Tab. 7 Priemerné hodnoty faktora II subjektívnej únavy MOT vzhľadom k dĺžke praxe sestier (n=104)

Dĺžka praxe		Faktor II MOT	
		Pred zmenou	Po zmene
Do 3 rokov	Str. hodnota	9,44	19,13
	Smer. odch.	8,35	11,21
3 - 5 rokov	Str. hodnota	15,61	18,22
	Smer. odch.	11,62	11,54
6 - 10 rokov	Str. hodnota	6,54	11,62
	Smer. odch.	4,55	7,97
11 - 15 rokov	Str. hodnota	4,14	11,00
	Smer. odch.	4,70	10,43
16 - 20 rokov	Str. hodnota	8,06	15,11
	Smer. odch.	10,07	8,18
viac ako 20	Str. hodnota	7,89	16,64
	Smer. odch.	10,02	11,96

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Najväčší úbytok motivácie vykazujú sestry s dĺžkou praxe od 3 – 5 rokov. Najnižší úbytok motivácie je u sestier s dĺžkou praxe od 11 – 15 rokov. Za sestrami s najväčším úbytkom motivácie postupne nasledujú sestry s rozpätím dĺžky praxe: do 3 rokov, 16 – 20 rokov, viac ako 20 rokov a 6 – 10 rokov.

Aj v druhom faktore je najväčší rozdiel stredných hodnôt pred smenou a po smene u sestier s najnižšou dĺžkou praxe. Najnižší rozdiel stredných hodnôt je u sestier s dĺžkou praxe od 3 – 5 rokov. Sestry s najdlhšou praxou vykazujú v poradí druhý najväčší rozdiel stredných hodnôt pred smenou a posmene. Za nimi nasledujú postupne sestry s dĺžkou praxe od 16 – 20 rokov, 11 – 15 rokov, 6 – 10 rokov.

Hodnotenie somatických príznakov únavy sestier chirurgických pracovísk pred pracovnou smenou a po nej vzhľadom na dĺžku praxe

Tab. 8 Priemerné hodnoty faktora III subjektívnej únavy SOM vzhľadom k dĺžke praxe sestier (n=104)

Dĺžka praxe		Faktor III SOM	
		Pred zmenou	Po zmene
Do 3 rokov	Str. hodnota	8,38	16,88
	Smer. odch.	8,00	11,84
3 - 5 rokov	Str. hodnota	13,94	16,72
	Smer. odch.	9,99	10,88
6 - 10 rokov	Str. hodnota	3,92	8,77
	Smer. odch.	4,43	6,59
11 - 15 rokov	Str. hodnota	5,71	10,86
	Smer. odch.	6,17	9,57
16 - 20 rokov	Str. hodnota	7,39	12,89
	Smer. odch.	8,47	8,52
viac ako 20	Str. hodnota	8,36	15,61
	Smer. odch.	9,90	11,80

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Somatické príznaky únavy sú podľa tabuľky 10 najväčšie u sestier s dĺžkou praxe od 3 – 5 rokov a najnižšie u sestier od 6 – 10 rokov dĺžky praxe. Za sestrami s najvyššími somatickými príznakmi únavy postupne nasledujú sestry s rozpätím dĺžky praxe do 3 rokov, tesne za nimi sestry s dĺžkou praxe nad 20 rokov, od 16 – 20 rokov a nakoniec sestry s dĺžkou praxe od 11 – 15 rokov.

Rozdiely nameraných hodnôt somatických príznakov únavy pred smenou a po smene sú opäť najväčšie u sestier s najkratšou dĺžkou praxe. Najmenšie rozdiely vykazujú sestry pred smenou a po smene v hodnotenom faktore s dĺžkou praxe od 3 – 5 rokov. Po najvyšších nameraných hodnotách postupne v poradí nasledujú sestry s dĺžkou praxe: nad 20 rokov, od 16 – 20 rokov, od 11 – 15 rokov a od 5 - 10 rokov.

Vypočítané hodnoty korelácií boli pozitívne pre faktor I vzhľadom k dĺžke praxe sestier do 3 rokov, od 6-10 rokov a 10-15 rokov. Pozitívne hodnoty korelácií boli pred pracovnou smenou, aj po pracovnej smene. Negatívne hodnoty korelácií boli vypočítané pre sestry s dĺžkou praxe od 3-5 rokov, 16-20 rokov a nad 20 rokov. Pre faktor II boli korelácie pozitívne v závislosti k dĺžke praxe sestier do 3 rokov, od 6-10 rokov, 10-15 rokov a 16 -20 rokov pred pracovnou smenou aj po pracovnej smene. Negatívne hodnoty korelácií pre faktor II boli vypočítané pre sestry s dĺžkou praxe od 3-5 rokov a nad 20 rokov. Pre faktor III boli hodnoty korelácií pozitívne a negatívne v závislosti k dĺžke praxe sestier rovnako ako pre faktor II.

Diskusia

Meranie psychickej záťaže u sestier, ktorým sme merali tri odlišné faktory subjektívnych príznakov únavy, sme vykonávali pred začatím pracovnej smeny a po skončení pracovnej smeny. Zaujímavé je, že namerané hodnoty vo všetkých troch faktoroch boli vyššie vždy po skončení pracovnej smeny ako pred začatím pracovnej smeny. Faktor I - únava centrálneho nervového systému dosiahol najvyššie hodnoty zo všetkých troch meraných faktorov. O niečo nižšie hodnoty sme namerali pre faktor II - úbytok motivácie. Najnižšie hodnoty boli namerané pre faktor III - somatické príznaky únavy. Spomenutá postupnosť meraných faktorov bola u sestier rovnaká pred začatím pracovnej zmeny aj po skončení pracovnej zmeny.

Vzhľadom k dĺžke praxe sestier v našom prieskume najvyššie hodnoty faktoru I (únava centrálneho nervového systému) pred smenou dosiahli sestry s dĺžkou praxe od 35 rokov. Po pracovnej smene najvyššie hodnoty preukázali sestry s dĺžkou praxe do 3 rokov. Najnižšie hodnoty pre faktor I boli namerané u sestier s dĺžkou praxe od 11-15 rokov pred aj po pracovnej smene. Pre faktor II (úbytok motivácie) pred začatím pracovnej smeny dosiahli najvyššie namerané hodnoty sestry s dĺžkou praxe od 3-5 rokov. Po pracovnej smene to boli sestry s dĺžkou praxe do 3 rokov. Najnižšie hodnoty v úbytku motivácie vykazujú sestry s dĺžkou praxe od 11-15 rokov, a to pred pracovnou smenou aj po pracovnej smene. Pre faktor III (somatické príznaky únavy) pred začatím pracovnej smeny dosiahli opäť najvyššie hodnoty sestry s dĺžkou praxe od 3-5 rokov a po pracovnej smene to boli sestry s dĺžkou praxe do 3 rokov. Najnižšie namerané hodnoty somatických príznakov únavy dosiahli sestry s dĺžkou praxe od 6-10 rokov pred začatím aj po skončení pracovnej smeny.

Naše výsledky sme porovnali s výsledkami výskumu Mastiliakovej (2002), v ktorom sú definované kritéria výkonnosti sestier podľa dĺžky praxe v oblasti psycho - fyziologických ošetrovateľských intervencií. Uvádza, že sestra od 0-1 roku praxe nemá znalosti v oblasti interpersonálnych vzťahov a komunikácie na takej úrovni, aby viedli k ich efektívnemu používaniu. Nerozoznáva vždy situácie, kedy vznikajú problémy a nie je vždy schopná sa prispôbiť meniacej sa situácii. Sestra od 1-3 rokov praxe na rutinný stres reaguje sebakontrolou a vhodným správaním. Izoluje sa a nezapája sa do riešenia problémov. Sestra od 3-5 rokov praxe (na tejto úrovni zostávajú niektoré sestry trvalo) rozumie niektorým problémom, zapája sa do interakcie s problémovými osobami alebo v náročných situáciách. V stresových situáciách reaguje profesionálnym spôsobom. Sestra nad 5 rokov praxe (stredne pokročilá) preukazuje znalosti v práci s pacientmi a spolupracovníkmi a jej komunikácia je efektívna. V počiatoch môže zabrániť vzniku krízy a stresovým situáciám. Vzbudzuje dôveru a rešpekt u pacientov, ale aj spolupracovníkov. Sestra nad 5 rokov praxe (expert, iba málo sestier dosiahne túto úroveň) prejavuje schopnosť viesť a prijímať zodpovednosť pri jednaní vo vysoko stresových situáciách alebo s konfliktnými osobami (Mastiliaková 2002).

Možno konštatovať, že z výsledkov analýzy údajov od našej vzorky respondentov vyplýva zistenie, že **subjektívne príznaky únavy sestier sú vždy vyššie po skončení pracovnej smeny**. Ďalším negatívom je zistenie, že **najväčšia psychická záťaž sa vyskytuje u sestier, ktoré majú najkratšiu dĺžku praxe**. Preto si dovoľujeme navrhnúť nasledujúce odporúčania pre ošetrovateľskú prax:

- zaradiť do študijného plánu budúcich sestier predmet zameraný na tréning zvládania psychickej záťaže
- organizovať v rámci seminárov prednášky a cvičenia pre sestry, vďaka ktorým sa budú môcť sestry naučiť techniky zvládania stresu
- zabezpečiť pomoc klinického psychológa, ktorý bude k dispozícii pre sestry v prípade zvýšenej psychickej záťaže
- pravidelne monitorovať duševné zdravie sestier na jednotlivých oddeleniach,
- podporiť návštevy psychológov, či psychiatrov v prípade pocitu nezvládania situácie

- vytvárať pracovné podmienky, ktoré vedú k pracovnej spokojnosti, čoho dôsledkom je lepšia kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti
- zefektívniť zaškoľovanie nových sestier spôsobom, ktorý bude mať čo najnižší dopad na ich psychickú záťaž
- pozitívne hodnotiť hlásenie mimoriadnych udalostí poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Záver

Práca v zdravotníctve je spojená s väčšou mierou stresu v porovnaní s väčšinou iných profesií. Záťažové faktory, ktoré pôsobia na ošetrojúci personál, majú mnohorakú tvár. Sestry sa počas výkonu svojho povolania musia vyrovnávať okrem samotnej práce na smeny, časovej tiesne, konfliktu rolí a informačnej preťažnosti aj so špeciálnymi zaťažujúcimi faktormi, ako sú kontakt s bolesťou, smrťou, jednanie s konfliktnými a niekedy až agresívnymi pacientmi, či príbuznými a podobne. Ako sa sestra popasuje a nakoniec vyrovná so všetkými zaťažujúcimi situáciami, ktoré na ňu číhajú, závisí vždy predovšetkým od jej osobnosti.

Štúdie ukazujú, že nadmerný stres zvyšuje riziko pochybení, nesprávnych rozhodnutí, ale tiež psychosomatických ochorení a závislosti na alkohole, či iných návykových látkach. Zhoršuje zdravotný stav, ale aj produktivitu práce sestier a nepriaznivo pôsobí aj na ich rodinné prostredie. Príznaky únavy súvisiace s prácou netreba podceňovať. Často sú subjektívne príznaky únavy prvým signálom úplného vyčerpania alebo až vyhorenia organizmu. Dlhodobé zaťaženie vedie ku chronickej únave, keď pocit únavy začína byť intenzívnejší a vyskytuje sa nielen po skončení práce, ale aj v jej priebehu, dokonca pred začatím. Únava ovplyvňuje pozornosť, pamäť, zmeny myslenia, nálad a záujmov poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti, čo sa následne môže prejaviť na kvalite starostlivosti. Na druhej strane sa od sestry očakáva maximálna profesionalita pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti za každých okolností. Ako však dosiahnuť, aby sa sestry stávali profesionálkami vo svojom odbore aj napriek mnohým zaťažujúcim pôsobiacim faktorom?

Prezentovanými výsledkami z prieskumu sme chceli poukázať na subjektívne príznaky zmenovej únavy sestier pracujúcich na chirurgických pracoviskách. Práve tam je sestra vystavená zvýšenej psychickej záťaži plynúcej často z časovej tiesne, urgentných príjmov, potreby manuálnej zručnosti, ovládania postupov špeciálnych výkonov, pooperačného sledovania, rozpoznania príznakov bezvedomia, či krvácania a nutnosti obísť sa aj bez stálej prítomnosti lekára.

Ďalším prekvapujúcim zistením, ktoré tiež vnímame ako negatívne, je nameranie zvýšenej psychickej záťaže u sestier s najnižšou dĺžkou praxe.

V našej legislatíve sú presne stanovené opatrenia, ktoré sa majú vykonávať pri prevencii psychickej pracovnej záťaže. Nestačí sa však spoliehať len na legislatívu. Aj sama sestra by mala dbať o svoje duševné zdravie a pohodu pri práci. Preto by sestry mali ovládať metódy zvládania záťažových situácií a techniky správnej relaxácie. Zo strany manažmentu by však tiež mala vychádzať podpora sestier vedúca k starostlivosti o ich vlastné duševné zdravie, aby aj vďaka tomu mohli sestry poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝH ODKAZOV

1. BEUTLER, L. E., MOOSE, R. H., LANE, G. 2003. Coping, treatment planning, and treatment outcome. Discussion. In: *Journal of Clinical Psychology*, v. 59, n. 10, p. 1151 – 1167. ISSN 1077-2413.
2. HOŠEK, V., 1997. *Psychologie odolnosti*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-7066976-4.
3. JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J., 2007. Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. In: *Sestra*, roč. 17, č. 7-8, s.18 – 19. ISSN 1210 – 0404.
4. KOMÁČEKOVÁ, D. 2009. Ošetrovateľská starostlivosť a psychická záťaž. In: *Zdravotnícke noviny*. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia. ISSN 1335-4477. 2009, č.10. s.9.
5. KOVAŘOVÁ, M., ĎORĐOVIČOVÁ, S., 2005. Rizikové faktory profesionálneho vyhorenia európskych sestier. In: *Zborník – vedecko-odborná konferencia s medzinárodnou účasťou 4. - 5. novembra 2005: Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciách*. FZaSP bl. P. P. Gojdiča v Prešove. Bratislava: TYPOSET, s. 117-121. ISBN 80-96449-1-6. 2005.
6. KOŠČ, M., 2010. *Základy psychologie*. Vydavatelství: Mladé leta. ISBN 9788-01-0016-778.
7. KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
8. MASTILIAKOVÁ, D., 2002. *Úvod do ošetrovatelství I*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0429-9.
9. MIKŠÍK, O., 2001. *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Vydavatelství
10. Karolinum. ISBN 0-19-8597-7.
11. ONDRIOVÁ, I. a kol.. 2008. Riziká psychickej a fyzickej záťaže sestier pracujúcich s kriticky chorým. In: *Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša MOLISA 5 – zborník* [online]. Prešov: FZ PU

- et FNŠP J.A. Reimana [cit. 2009-12-30]. s.153-154. ISBN 978-80-8068-882-0. Dostupné na: http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_154_31.pdf
12. RICHTER, G., GRUBER, H., USCILOVSKA, A., JANCUROVA, L., KONOVA, D., 2008. *Príručka hodnotenia rizika v malých a stredných podnikoch*. 5. Psychická záťaž. Identifikácia a zhodnotenie nebezpečenstiev; stanovenie opatrení [online]. ISBN 978-3-941441-08-8. Dostupné na: http://www.nip.sk/?id_fa=34&ins=nip
 13. SZOMBATHYOVÁ, E. 2007. Hodnotenie psychickej záťaže pri ručných pracovných operáciách. In: *Transfer inovácií*, č.10, s. 246-248. ISSN 80-8073-461-5.
 14. *Vyhláška MZ SR č. 542/2007 Z.z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci.*
 15. YOSHITAKE, H., 1978. Three characteristic patterns of subjective fatigue symptoms. In: *Ergonomics*. vol. 21, n. 3, pp. 231-233. ISSN 0014-0139.
 16. *Zákon č.359/2006 Z. z., o podrobnostiach a ochrane zdravia pred nepriaznivými účinkami nadmernej fyzickej, psychickej a senzorickej záťaže pri práci.*
 17. *Zákon 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.*
 18. ŽIAKOVÁ, K., ZAMBORIOVÁ, M., ŠPIRUDOVÁ, L., PALENČÁR, M., 2007. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-247-2.
 19. ŽIAKOVÁ, K., ŠTÍPALOVÁ, O., 1999. Syndróm vyhorenia. In: *IN-FO sestra*, roč. 2, č. 4, s.12-14. ISSN 13354132.

Kontakt na autora:

PhDr. Ľubica Rybárová, PhD.

FZO PU Prešov, katedra Pôrodnej asistencie

lubica.rybarova@unipo.sk

NEFARMAKOLOGICKÁ LIEČBA FIBRILÁCIE PREDISIENÍ

Slanina, M.¹, Miženkova, E.²

¹Kardiocentrum FNsP J.A. Reimana Prešov

²Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove

SÚHRN

Fibrilácia predsiení (FP) je najčastejšou pretrvávajúcou srdcovou arytmiou. Aj napriek tomu, že antiarytmická liečba zostáva hlavným terapeutickým prostriedkom jej liečby, dochádza k rozvoju nefarmakologických liečebných postupov. Medzi nefarmakologické postupy manažovania fibrilácie predsiení patrí kardiostimulačná, ablačná a chirurgická liečba. V prvej časti práce rozoberáme ablačnú liečbu FP, ktorá zahŕňa abláciu AV uzla a izoláciu pľúcnych žíl. Druhá časť je venovaná chirurgickej liečbe. Navrhnutých bolo niekoľko chirurgických postupov zamedzujúcich vzniku a pretrvávaniu FP; najefektívnejšou metódou je procedúra MAZE. Tretia časť je venovaná kardiostimulácii v manažmente FP.

Kľúčové slová: Fibrilácia predsiení, Ablácia, Kardiostimulácia, Chirurgická liečba

SUMMARY

Atrial fibrillation (AF) is the most common cardiac arrhythmia. Although antiarrhythmic drugs remain the main herapeutic treatment mode, there has been a significant progress in the field of non-pharmacological management treatment. Non-pharmacological approach of managing atrial fibrillation involves cardiac pacing, ablation and surgical treatment. The first part of the paper deals ablation of the AF, which includes the ablation of the AV node and the isolation of the pulmonary veins. The second part is devoted to surgical treatment. A few surgical techniques have been proposed for the prevention of the onset and persistance of atrial fibrillation; most effective is Maze procedure. The third part is dedicated to the cardiac pacing in the management of AF.

Key word: atrial fibrillation, ablation, cardiac pacing, surgical therapy

Ablčná liečba fibrilácie predsiení

Pre časté zlyhanie medikamentózneho liečby FP sme v súčasnom období svedkami rozvoja nefarmakologických liečebných postupov. Historicky prvým nefarmakologickým postupom bolo katetrizačné prerušenie vedenia medzi predsieniami a komorami - **ablácia Hisovho zväzku jednosmerným prúdom a implantácia pacemakera**. Vykonávala sa v celkovej anestézii a komplikovala sa ťažkými komorovými arytmiami alebo ruptúrou myokardu (Anfinsen, 2000). Katetre boli prvýkrát použité koncom roku 1960 na intrakardiálny záznam a stimuláciu. Na sklonku 80. a začiatku 90. rokov minulého storočia nahradil pôvodne používaný DC - výboj bezpečnejší rádiový frekvenčný prúd (RF) a tým došlo k rýchlemu rozvoju poznatkov o mechanizmoch srdcových arytmií a použitiu perkutánných katérových ablačných techník v liečbe arytmií (Kmec, 2006a, Kmec, 2010).

Vo všeobecnosti sa má katérová ablácia rezervovať pacientom s FP, ktorí sú symptomatickí napriek optimálnej medikamentózneho liečbe, vrátane kontroly rytmu a frekvencie. Pri rozhodnutí o vykonaní ablačnej procedúry u symptomatických pacientov treba zväžiť:

1. Stupeň postihnutia predsienne (napr. typ FP, veľkosť ľavej predsienne (LP), anamnéza FP).
2. Prítomnosť a závažnosť základného kardiovaskulárneho ochorenia.
3. Možné liečebné alternatívy (antiarytmiká, kontrola frekvencie).
4. Preferenciu pacienta.

Katérová ablácia je odporúčaná ako alternatíva k antiarytmickej liečbe u pacientov so symptomatickou recidivujúcou paroxysmálnou FP, ktorí užívajú antiarytmiká. Odporúčania ESC (European Society of Cardiology) pre abláciu ľavej predsienne u pacientov s FP sú uvedené v tabuľke 1. U pacientov s FP a súčasným srdcovým zlyhávaním (SZ), ktorí majú pri amiodarónovej liečbe symptomatické recidívy FP zostáva katérová ablácia jedinou voľbou podporujúcou liečbu kontroly rytmu. Liečba kontroly rytmu je u týchto pacientov indikovaná z dôvodu zlepšenia symptómov súvisiacich s FP (EHRA (European Heart Rhythm Association) skóre II-IV) a vzhľadom na možnosť recidívy FP má byť antikoagulačná liečba ponechaná. Je potrebné zdôrazniť, že u pacientov so SZ je pravdepodobnosť zachovania sínusového rytmu po katérovej ablácii nižšia a riziká súvisiace s katérovou abláciou sú u pacientov so SZ vyššie (Camm, 2012).

Tabuľka 1 Odporúčania ESC pre abláciu ľavej predsieni u pacientov s fibriláciou predsieni (Camm, 2012)

Odporúčanie	T	HD
Katétrová ablácia symptomatickej paroxysmálnej FP je odporúčaná u pacientov so symptomatickými recidívami FP napriek antiarytmickej liečbe (amiodarón, dronedarón, flecainid, propafenón, sotalol) a u tých, ktorí preferujú liečbu kontroly rytmu, ak ju vykoná elektrofyziológ, ktorý má primeraný výcvik a je vykonaná v centre so skúsenosťami s abláciami.	I	A
Katétrová ablácia sa má zamerať na izoláciu pľúcnych žíl.	IIa	A
U vybraných pacientov so symptomatickou paroxysmálnou FP sa má zvážiť katétrová ablácia ako prvo-líniová liečba ako alternatíva antiarytmickej liečby, so zreteľom na výhody a riziká.	IIa	B
Ak sa plánuje katétrová ablácia FP, počas procedúry sa má zvážiť nepretržitá orálna antikoagulačná liečba AVK pri udržiavaní INR do 2,0.	IIa	B
Ak dochádza v prvých šiestich týždňoch po katétrovej ablácii k recidívam FP, má sa zvážiť liečba kontroly rytmu "pozerať a čakať".	IIa	B

Legenda: AVK - antagonisti vitamínu K, FP - fibrilácia predsieni, INR - international normalized ratio, T - trieda odporúčaní, HD - hladina dôkazov

Katetrizačné ablácie FP sú výkony v ľavom srdci, teda v systémovom obeh. Sú to výkony pomerne dlhé a náročné tak pre operátora, ako aj pre pacienta. Pre hodnotenie pomeru rizika a prínosu je preto vždy nutné poznať potenciálne komplikácie (tabuľka 2). Komplikácie môžu vzniknúť včasne alebo v dlhšom časovom odstupe od výkonu (Cappato, 2005).

Tabuľka 2. Možné komplikácie pri katetrizačných abláciách fibrilácie predsieni (voľne upravené podľa Cappato, 2005, Camm, 2010).

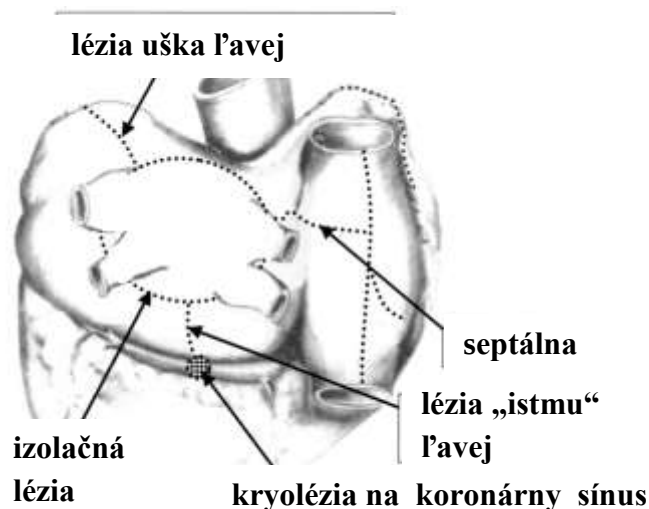
KOMPLIKÁCIE	VÝSKYT
Tamponáda srdca	0,8 - 3%
Tromboembolické príhody	0 - 7%
Stenóza pľúcnych žíl	0,5 - 2%
Paréza bráničného nervu	0,1 - 0,5%
Átrioezofágová fistula	~ 0,25%
Perieozofágové vágové poškodenie	1%
Artériovenózna fistula	0,43%
Akútne koronárne poškodenie	0,0002% (raritné)
Uviaznutie katétra v aparáte mitrálnej chlopne	0,01%
Výskyt iatrogénnych ľavopredsienových tachykardií	1,2 - 31%
Hematóm v mieste punkcie	častý
Radiačné poškodenie	neuveďený
Vzduchová embólia	neuveďený
Celková úmrtnosť	0,7%

Chirurgické postupy v liečbe fibrilácie predsieni

Podstata prvých chirurgických výkonov zameraných na profylaxiu recidív FP vychádzala z teórie mnohopočetných, náhodných reentry okruhov. Na zamedzenie ich šírenia boli navrhnuté tri základné koncepty: vylúčenie, fragmentácia a vytvorenie kanálov. Vylučovacie metódy majú za cieľ izoláciu fibrilujúcej predsieni alebo záchratu kľúčovej funkcie. Fragmentácia používa atriotómiu na vytvorenie čiastočne oddelených segmentov, ktoré bránia vzniku mnohopočetných reentry vln. Vytvorenie kanálov má za cieľ modifikovať geometriu tkaniva z dvojrozmernej štruktúry na jednorozmernú. Všetky chirurgické postupy sú spojené s odstránením uška ľavej predsieni ako prevencie vzniku intrakavitárnej trombózy (Blackshear, 1996)

Jednou z možností, ako doceliť prevod vzruchov zo sínusového uzla na komory, hlavne u chorých indikovaných ku kardiochirurgickému výkonu z inej indikácie, je úplná elektrická **izolácia ľavej predsieni** od zvyšku srdca. Prvýkrát túto chirurgickú izoláciu LP vykonal Williams roku 1980. Giraudon a spol. v roku 1985 opísali **koridorovú operáciu**, pri ktorej je vytvorený koridor medzi

sínusovým uzlom a AV-uzlom, ktorý je izolovaný od zvyšného tkaniva predsieni incíziou na septe. Súčasťou výkonu je aj odstránenie oboch ušíek. Ďalšími, dnes už historickými chirurgickými postupmi boli **kompartimentová operácia** a koncept **špirálnej operácie**. Koncom 80. rokov 20. storočia, po sérii predchádzajúcich experimentov, rozpracoval americký chirurg **James Cox** so spolupracovníkmi chirurgickú metódu, ktorá mala revolučný charakter. Vzhľadom na to, že systém incízií odpovedal princípu bludiska (anglicky „maze“), nazýva sa táto metóda jednoduchým názvom „**MAZE**“. Metóda bola od svojho uvedenia do klinickej praxe v roku 1987 dvakrát modifikovaná s výrazným výsledným zlepšením výsledkov (Kmec, 2010, Kmec, 2006b). **Cox-MAZE III** (obrázok 1) je pomerne extenzívny zákrok, ktorý pozostáva z incízií a kryolézií vytvorených s cieľom prerušiť makro-reentry okruhy v oboch srdcových predsieniach. Mnohopočetné transmurálne incízie a sutury doplnené kryoléziami prerušujú abnormálne reentry okruhy. Obojstranné (pravo- aj ľavo predsieňové) incízie smerujú sínusovú depolarizáciu k AV - uzlu. Pozdĺž týchto dráh je vytvorených mnoho slepých chobotov, ktoré umožňujú depolarizáciu celých predsiení a tak zachovávajú transportnú funkciu predsiení. Ďalšie lézie okolo pľúcnych žíl izolujú potenciálne spúšťače FP. Lézie v pravej predsieni zabráňujú vzniku flutteru predsiení. Excízia uška ľavej a pravej predsieni sa vykonáva s cieľom zamedziť tvorbe trombu. Cox-maze III je veľmi efektívna a považuje sa za zlatý štandard chirurgickej korekcie FP (Cox, 2004). Približne 5 - 10% pacientov vyžaduje pooperačne implantáciu trvalého kardiostimulátora, u väčšiny je to z dôvodu patológie sínusového uzla. Napriek dokázanej úspešnosti a bezpečnosti procedúra MAZE nie je tak rozšírená, ako by sa pri vysokej prevalencii FP očakávalo. Hľadali sa cesty zníženia chirurgickej náročnosti procedúry Cox – MAZE III. Snahou je zjednodušiť konfiguráciu ablačných línií a tým skrátiť čas operácie a náročnosť zákroku. Taktiež aj sám Cox navrhol zjednodušenie ablačných línií. Chirurgická liečba FP prekonala v poslednom období značný rozvoj a smeruje k technikám, ktoré dovoľia vykonávať operáciu z epikardiálneho prístupu s využitím minimálnej invazivnosti a umožnia operovať symptomatických pacientov aj bez sprievodnej srdcovej choroby (Kmec, 2010).



Obrázok 1 Lézie ľavej predsieni pri štandardnej chirurgickej procedúre MAZE III pri fibrilácii predsiení (Cox, 2003).

Kardiostimulačná liečba u pacientov s fibriláciou predsiení

Kardiostimulačná liečba pri FP je indikovaná u pacientov so symptomatickou pomalou srdcovou frekvenciou, kde sa zvažuje **antibradykardická kardiostimulácia**. Pri permanentnej FP so symptomatickou bradykardiou, ktorá je následkom AV-blokády alebo užívania antiarytmík, sa obyčajne vyžaduje komorová frekvenčne adaptabilná stimulácia (VVIR). Taktiež pacienti s permanentnou FP a symptomatickou chronotropnou inkompetenciou počas záťaže, ktorá spôsobuje limitáciu ich pracovnej kapacity, vyžadujú implantáciu VVIR pacemakerov, a to aj pri absencii významnej bradykardie v pokoji. Ak perzistuje rýchla komorová frekvencia po farmakologickej liečbe FP, ktorá sa ukázala ako neefektívna alebo je netolerovaná pacientom, indikuje sa tzv. liečba „ablovať a stimulovať“ (Cooper, 2002). Jednou z možností prevencie a liečby FP v širokom spektre nefarmakologických intervencií je i trvalá kardiostimulácia (Kmec, 2008). Vzájomný vzťah medzi sínusovou bradykardiou a zvýšeným výskytom atriálnych tachyarytmií je dobre známy. Úlohou kardiostimulačnej liečby

v prevencii paroxysmov FP je teda hlavne zabrániť nízkej srdcovej frekvencii, veľkým asystolickým pauzám a výrazným poklesom pulzu. Vzhľadom na to, že antibradykardický efekt trvalej kardiostimulácie nedokázal zabezpečiť dostatočne uspokojivý efekt v prevencii FP, boli vyvinuté viaceré sofistikované preventívne a terapeutické algoritmy, ktoré sa stali integrálnou súčasťou moderných kardiostimulačných systémov (tabuľka 3) (Knight, 2005). Viaceré vykonané multicentrické štúdie nedokázali signifikantný efekt týchto preventívnych terapeutických algoritmov na redukciu vzniku FP a udržanie sínusového rytmu (Kmec, 2010). Sú dôkazy, že inkorporácia algoritmov, ktoré minimalizujú komorovú stimuláciu je prospešná, efektívne redukuje nepotrebnú komorovú stimuláciu, redukuje vývoj FP a vznik novej FP ako aj morbiditu. Algoritmy MVP (managed ventricular pacing) prispievajú k signifikantnej redukcii komorovej stimulácie, ale u pacientov s intermitentnou AV-blokádou III. stupňa vládne veľká skepsa či by mal byť algoritmus MVP aktivovaný (Kaliská, 2009, Kmec, 2014). Je tu podozrenie na možnosť zvýšeného rizika vzniku pauzami spúšťanej polymorfnej komorovej tachykardie/fibrilácie (Simantirakis, 2009).

Tabuľka 3 Prístupy pre prevenciu fibrilácie predsieni založené na využití kardiostimulačnej liečby (Knight, 2005)

Štandardná predsieňová stimulácia
Multisite (stimulácia z viacerých miest) predsieňová stimulácia
Stimulačné algoritmy pre zvýšenie predsieňovej stimulácie
Stimulačné algoritmy zachovávajúce prirodzené komorové vedenie
Nové stimulačné miesta v predsieni (Bachmanov zväzok, ostium koronárneho sínusu)
Kombinácia algoritmov pre prevenciu/ termináciu fibrilácie predsieni
Hybridné prístupy (kardiostimulátory s medikáciou alebo abláciou)

Záver:

Fibrilácia predsieni je najčastejšou pretrvávajúcou srdcovou arytmiou. Napriek tomu, že antiarytmická liečba zostáva hlavným terapeutickým prostriedkom jej liečby, dochádza k rozvoju nefarmakologických liečebných postupov. Medzi nefarmakologické postupy manažovania fibrilácie predsieni patrí kardiostimulačná, ablačná a chirurgická liečba. Vo všeobecnosti sa má katéetrová ablácia rezervovať pacientom s FP, ktorí sú symptomatickí napriek optimálnej medikamentóznej liečbe. Chirurgická procedúra Cox-MAZE III je pomerne extenzívny zákrok, ktorý pozostáva z incízií a kryolézii vytvorených s cieľom prerušiť makro-reentry okruhy v oboch srdcových predsieniach. Chirurgická liečba FP prekonala v poslednom období značný rozvoj a smeruje k technikám, ktoré dovoľia vyonávať operáciu z epikardiálneho prístupu s využitím minimálnej invazivosti a umožnia operovať symptomatických pacientov aj bez sprievodnej srdcovej choroby. Jednou z možností prevencie a liečby FP v širokom spektre nefarmakologických intervencií je i trvalá kardiostimulácia. Vzájomný vzťah medzi sínusovou bradykardiou a zvýšeným výskytom atriálnych tachyarytmií je dobre známy.

LITERATÚRA

1. Anfinson, O.G. Non-pharmacological Treatment of Atrial Fibrillation. In Tidsskr Nor Laegeforen. ISSN: 0029-2001. 2000, vol 120, p. 2884-2889.
2. Blackshear, J.L., Odell, J.A. Appendage obliteration to reduce stroke in cardiac surgical patients with atrial fibrillation. In Ann Thorac Surg. ISSN: 0003-4975. 1996, vol. 61, p. 755-759.
3. Camm, A.J., Kirchhof, P., Lip, G.Y.H., et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). In Eur Heart J. ISSN 0195-668X. 2010. doi:10.1093/eurheartj/ehq278.
4. CAMM, A.J., KIRCHHOF, P., LIP, G.Y.H., et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). In European Heart Journal. ISSN 0195-668X. 2012, vol. 33, p. 2719-2747.
5. Cappato, R., Calkins, H., Chen, S.A., et al. Worldwide survey on the methods, efficacy, and safety of catheter ablation for human atrial fibrillation. In Circulation. ISSN: 0009-7322. 2005, vol. 111, p. 1100-1105.
6. Cox, J. L. Atrial fibrillation II. rationale for surgical treatment. In J Thorac Cardiovasc Surg. ISSN 0022-5223. 2003, vol. 126, p. 1693-1699
7. Cooper, J.M., Katcher, M.S., Orlov, M.V. Implantable Devices for The Treatment of Atrial Fibrillation. In N Engl J Med. ISSN: 0028-4793. 2002, vol. 346, p. 2062-2068.

8. Kaliska, G., Bodnár, J., Hatala, R., Kmec, J., Malacký, T., Margitfalvi, P., Stančák, B. 2009. Smernice pre implantácie kardiostimulátorov v podmienkach Slovenskej republiky. In Kardiolog. prax. ISSN 1336-3433, 2009, roč. 7, č. 2, s. 79-90.
9. Kmec, J., Slanina, M. 2006a. Nefarmakologické stratégie liečby fibrilácie predsiení kardiostimulačná a ablačná liečba. In Lek Obz. ISSN 0457-4214, 2006, roč. LV, č. 5, s. 213-219.
10. Kmec, J. 2006b. Nefarmakologické stratégie liečby fibrilácie predsiení – chirurgická a hybridná liečba. In Lek Obz. ISSN 0457-4214, 2006, roč. LV, č. 6, s. 244 -249.
11. Kmec, J. 2010. Fibrilácia predsiení. Prešov: Cofin, a.s., 2010. 210 s. ISBN 978-80-967145-2-0.
12. Kmec J. 2014. Kardiostimulačná a resynchronizačná liečba v súčasnosti. IN Interná med. ISSN **1335-8359**. 2014, roč.14, č.10,s. 384-390.
13. Kmec, J. 2008. Prechodná strata komorovej stimulácie u pacienta po synchronnej bifázickej elektrickej kardioverzii pre perzistujúci flutter predsiení. In Kardiolog. prax. ISSN 1336-3433. 2008, roč. 6, č. 2, s. 115-117.
14. Knight, B.P., Gersh, B.J., Carlson, M.D., et al. Role of permanent Pacing to Prevent Atrial fibrillation. In Circulation. ISSN 0009-7322. 2005, vol. 111, p. 240-243.
15. Simantirakis, E.N., Arkolaki, E.G., Vardas, P.E. Novel pacing algorithms: Do They represent a beneficial proposition for patients, physicians, and the health care system? In Europace. ISSN: 1099-5129. 2009, vol. 11, p. 1272-1280.

Kontakt na autora:

MUDr. Miroslav Slanina
Kardiocentrum FNŠP J.A. Reimana Prešov,
slanina@fnšppresov.sk

PREHLÁSENIE

Rukopis nebol zaslaný, resp. už publikovaný v inom časopise.
Miroslav Slanina v.r.

ŽIVOTNÝ ŠTÝL U ADOLESCENTOV

Slaninková, J., Ondriová, I., Horňáková, A., Packová A.

¹ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

SÚHRN

Východisko: Sledovali sme pozitívne a negatívne faktory životného štýlu adolescentov, získané informácie sme porovnávali medzi dievčatami a chlapcami. **Súbor a metódy:** Súbor tvorili žiaci základných a stredných škôl v okrese Prešov v počte 116 vo veku 13 až 17 rokov, z toho bolo 61 dievčat a 55 chlapcov. Použili sme dotazníkovú metódu zberu informácií. **Výsledky:** Mladá generácia má mnoho nezdravých návykov, ktoré negatívnym spôsobom môžu ovplyvniť jej zdravie, či prípadne viesť k predčasnej smrti. Analýzou a porovnaním sledovaných skupín sme nezistili významné rozdiely. Preukázalo sa zblížovanie obidvoch skupín v spôsobe života a zdraví škodlivých návykoch. **Záver:** Adolescenti by si mali upraviť životný štýl v prospech svojho zdravia. Mladá generácia by mala dostať adekvátny rozsah poznatkov o zdraví, rizikách, ochoreniach a prevencii. Na výchove by sa vo významnej miere mali podieľať okrem rodiny a školy hlavne zdravotníci ako odborníci na dôsledky negatívnych dopadov zlého životného štýlu na zdravie jedincov vo forme prednášok, prezentácií, workshopov.

Kľúčové slová: Adolescenti, Zdravie, Zdravý životný štýl, Rizikové faktory, Výchova k zdraviu.

Summary

Introduction: We followed the positive and negative lifestyle factors in adolescents and the obtained results were compared among girls and boys. **The research group and methods:** The research group consisted of 116 adolescents aged 13-17 years, 61 girls and 55 boys from the primary and secondary schools in the district of Presov. A questionnaire method was used to collect information. **Results:** The young generation has a lot of unhealthy habits that negatively can affect its health, and eventually lead to premature death. Through analysis and comparison of the observed groups no significant differences were found. It has been proven some convergence of both groups in their lifestyle and habits having deleterious health effect. **Conclusion:** Adolescents should modify their lifestyles for the benefit of their health. The young generation should be given an adequate range of knowledge regarding wellbeing, health risks, diseases and prevention. In addition to family and school mainly health care professionals as experts on the consequences of the negative effects of bad lifestyle for a healthy individuals should significantly be involved in health education using the forms of lectures, presentations and workshops.

Key words: adolescents- health – healthy lifestyle – risk factors – health education.

Úvod

Životný štýl je komplexný pojem, ktorý sa dá iba komplexne vyjadriť. Je významným atribútom sociálneho statusu a možno ho vzťahovať ako k individu, tak aj k sociálnym skupinám. Životný štýl je funkčný prvok života, ktorý s človekom vyberá z repertoáru danej kultúry za určitých podmienok podľa svojich kritérií a potrieb, a to, ako tieto prvky prepája, transformuje, obohacuje a pretvára do vlastného systému. Existuje mnoho definícií životného štýlu.

Diderot (1996) uvádza, že životný štýl je prevládajúci spôsob života jednotlivcov i sociálnych skupín. Zahŕňa reprodukčné charakteristiky, typ pracovných vzťahov, spôsob sociálnej interakcie, trávenie voľného času a pod. Životný štýl je ovplyvnený tradíciami, prostredím, ekonomickou a sociálnou vyspelosťou spoločnosti.

Podľa Jansa (2005) je životný štýl dynamický proces formy bytia jedinca, determinovaný geneticky, etnicky, sociálne, kultúrne, profesne a generačne.

Životný štýl je súhrn toho, ako človek žije, zahŕňa formy dobrovoľného správania v životných situáciách, ktoré sú založené na individuálnom výbere z rôznych možností. Medzi základné prvky životného štýlu patrí pohybová aktivita, výživa, pitný režim, regenerácia, pracovný režim a voľný čas, vplyv okolitého prostredia, sociálne vzťahy, odolnosť voči stresu, úroveň lekárskej starostlivosti a iné.

Štruktúru aj obsah životného štýlu podmieňuje pravdepodobnosť vzniku ochorenia, preto formovanie zdravého životného štýlu predstavuje jednu z určujúcich úloh výchovy, najmä výchovy v rodine a v škole. Všetky zložky nášho životného štýlu, by mali byť vo vzájomnej rovnováhe. Vhodné sklbenie práce, aktivít vo voľnom čase, odpočinku, dobrého stravovacieho režimu a pozitívneho prístupu k životu možno pokladať za racionálny a pre človeka vhodný životný štýl.

Podľa Krcha a Marádovej (2003) zahŕňa zdravý spôsob života vyrovnaný a pravidelný denný režim, dodržiavanie zásad zdravej životosprávy, dostatok spánku, pravidelné stravovanie, dostatok pohybovej aktivity, pestovanie športu, aktívne využívanie voľného času, dodržiavanie zásad osobnej hygieny, duševnú pohodu, zníženie nadmernej psychickej záťaže, dodržiavanie zásad duševnej hygieny, čo najmenší styk so škodlivinami prostredia, ochranu pred úrazmi a nákazlivými ochoreniami, dostatočnú a plnohodnotnú výživu, zodpovedné správanie sa v najrôznejších životných situáciách, odolnosť voči škodlivým návykom fajčenie, alkohol, drogy a pohodu v medziľudských vzťahoch.

Špecifiká životného štýlu u adolescentov.

Adolescencia je prechodná fáza rastu a vývoja medzi detstvom a dospelosťou. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje adolescenta ako osobu vo veku medzi 10. a 19. rokom života.

Dospievajúci sú jedinečnou populáciou so špecifickými problémami a potrebami. Zdravie dospievajúcich je veľmi zvláštny problém, na ktorý sa zameriava pozornosť verejnosti na celosvete z viacerých dôvodov. Je dobre zdokumentované, že vývoj správania v období dospievania má do veľkej miery vplyv na zdravie v dospelosti. Niektoré zdravie ohrozujúce správanie napr. fajčenie, alkohol, rovnako ako zdravu prospešné správanie napr. šport, ktoré adolescent prijíma počas dospievania, často pretrváva až do dospelosti. Obdobie prechodu do dospelosti, by malo mladých ľudí vybaviť vzdelaním, zručnosťami, rozhodovacími schopnosťami a informáciami, aby mohli vo svojom ďalšom živote fungovať ako zodpovední dospelí.

Pre mladého človeka je veľmi dôležitá fyzická aktivita. Nedostatok telesného pohybu v živote ľudí, označovaný ako hypodynamia alebo hypokinéza, spojený s nesprávnou životosprávou a nadmernými stresovými situáciami má zlý vplyv na zdravotný stav a telesnú kondíciu dnešnej populácie. Neustálym zvyšovaním životnej úrovne sa rozširujú možnosti pre mnohostranné využitie voľného času, v ktorom by mala mať adekvátne zastúpenie aj pohybová aktivita ako neoddeliteľná súčasť života mladej generácie. Avšak ako poukazujú viacerí autori (Belej 1992, Bendíková 2007, Boržíková 2006) zastúpenie pohybovej aktivity v režime mladých ľudí je vzhľadom na požiadavky dnešnej doby nepostačujúce.

Nedostatočná pohybová aktivita adolescentných jedincov je často v súčinnosti s nezdravým stravovaním. Mnoho mladých ľudí prekračuje dennú odporúčanú dávku pre celkový denný príjem energie, tukov a nasýtených tukov. Bohužiaľ, až príliš veľa mladých ľudí volí neaktívny spôsob života. Ukázalo sa, že životné návyky ako je zlá výživa a nedostatok pravidelnej pohybovej aktivity prispievajú k významnému zvýšeniu chorobnosti a úmrtnosti čoraz väčšieho počtu ľudí už v mladom veku (McElroy 2002).

Adolescencia sa vyznačuje silnou tendenciou experimentovať s rizikovým správaním. Túžba po novostiach, odvaha k experimentom sú v dospievaní oveľa väčšie ako v neskoršom veku. Najčastejším rizikovým správaním v tejto populácii je nadmerné sledovanie televízie, hranie videohier, fajčenie a pitie alkoholu, ako aj nedostatok spánku, nadávanie, či vandalizmus (Boržíková 2006).

Podľa odhadov Svetovej zdravotníckej organizácie až 70% predčasných úmrtí v dospelosti je príčinou rizikového správania ako je fajčenie, užívanie drog, bezohľadná jazda, ktoré sa začalo už v priebehu dospievania.

Fajčenie tabakových výrobkov sa radí k najzávažnejším známym rizikovým faktorom, ktoré ovplyvňujú vznik, rozvoj a priebeh celého radu ochorení v produktívnom veku fajčiarov. Najvýznamnejšie faktory, ktoré ovplyvňujú fajčenie adolescentov, sú vplyv vrstovníkov, stres, nuda, obavy zo zvyšovania hmotnosti, vzorové správanie idolov.

Asi 90 % fajčiarov si zapálilo prvú cigaretu pred 18. rokom života. Priemerný vek pri zapálení prvej cigarety je asi 10 rokov. Čím nižší je vek, kedy daný jedinec začne s fajčením, tým závažnejšie je poškodenie nezrelého organizmu, a tým silnejšia závislosť vzniká (Sovinová 2009).

V štatistických údajoch sa hneď za rizikovými faktormi, ktoré ohrozujú život človeka nachádza po fajčení konzumácia alkoholu. Alkohol zabíja viac mladistvých, než všetky statné drogy dohromady. Je to jedna z troch hlavných príčin smrti u 15-24 ročných, ide o nehody, vraždy a sebvraždy (Sikorová 2011).

Truhlářová (2006) zdôrazňuje, že adolescenti sú vo vzťahu k alkoholu jednou z najzraniteľnejších skupín, pretože sú to jedinci emocionálne nestabilní, u ktorých ešte nie je pevne utvorená hierarchia hodnôt.

Pipeková (1998) rozlišuje rôzne motivačné faktory konzumácie alkoholu u adolescentov.

Interpersonálne so snahou získať uznanie rovesníkov a preniknúť medziľudskými bariérami, sociálne, kde sa mladí ľudia snažia identifikovať s určitou subkultúrou, emocionálne sú zamerané na uvoľnenie od psychickej bolesti, zníženie úzkosti, uvoľnenie zlej nálady a špecifické, kde prevláda potreba prežiť dobrodružstvo, túžba po novom vzrušení, zážitkoch, adrenalíne.

Melgosa (2004) uvádza, že následky pitia alkoholu u detí môžu byť násilná trestná činnosť, stávajú sa častejšie obeťami sexuálneho násillia. Alkohol u mladých často spôsobuje otravu, ktorá môže skončiť smrteľne, môže spôsobiť narušenie vývoja mozgu, spomalenie rastu rovnako u dievčat aj chlapcov, hormonálne poruchy u dievčat, rýchle prepadnutie závislosti, súvisí aj s užívaním iných drog.

Vo vekovej skupine adolescentov bol zaznamenaný aj nárast počtu jednotlivcov užívajúcich drogy. Podľa Verešovej (2004) vzhľadom na dominantnosť rizík v období adolescencie, stojí na prvom mieste faktor neschopnosti zvládať rizikové situácie a adekvátne sa rozhodnúť, a to v rôznych kontextoch a situáciách. Mladí ľudia siahajú čoraz častejšie po nezákonných drogách. Medzi príčiny používania ilegálnych drog možno zaradiť napríklad neúspechy vo vytváraní samostatného života, nadväzovaní dlhodobých vzťahov, neschopnosť nájsť zmysel života, ale i vplyv rovesníkov (Ondrejko 1999).

Obdobie dospievania je aj plné kritiky voči blízkym. V tomto náročnom období sa jedinec síce cíti dospelý, ale nedokáže adekvátne posúdiť nezodpovednosť svojho konania. Veľmi ľahko sa dostane pod vplyv svojich starších a skúsenejších kamarátov. Na Slovensku je závislosť od psychoaktívnych látok najvyššia vo veku 14 – 19 rokov so stále klesajúcou vekovou hranicou (Strapcová 2002).

Podľa Nešpora (2000) existujú u dospievajúcich jednotlivcov odlišnosti pôsobenia návykových látok. Závislosť od návykových látok sa vytvára podstatne rýchlejšie, existuje vyššie riziko ťažkých otráv s ohľadom na nižšiu toleranciu, vyššie riziko nebezpečného konania pod vplyvom návykovej látky. U adolescentov závislých od návykových látok býva zreteľné zaostávanie v psychosociálnom vývine. Dlhodobá prognóza však môže byť podstatne priaznivejšia, ako by naznačoval často búrlivý priebeh.

Nakoľko je vznik a rozvoj závislostí veľmi častý práve v adolescentnom období, je potrebné začať intervenciu práve v tomto období, prípadne ešte skôr (Strapcová 2002).

Adolescencia je tiež často vekom kedy vrcholí nástup závažných duševných ochorení ako je depresia a psychózy. Zaťaženie stresom z fyzických, emocionálnych, sociálnych a sexuálnych zmien v živote adolescenta môže viesť k úzkosti, agresii, poruchám sebaovládania, dokonca až k fyzickým ochoreniam (Chovanová 2005).

Podľa štúdie (Qidwai 2010), ktorá skúmala populáciu adolescentov, sú dievčatá v adolescentnom veku viac náchylné k depresívnym stavom než chlapci. Majú tiež častejšie problémy so spánkom. Zneužívanie návykových látok a iné závislosti boli naopak zaznamenané častejšie u chlapcov. Podľa uvedenej štúdie viac ako polovica respondentov spala menej ako osem hodín denne. Iba necelých 17% respondentov sa domnievalo, že fyzická aktivita je nevyhnutná pre udržanie zdravia.

Preto pomôcť adolescentom vytvoriť zdravý životný štýl a vyhnúť sa vývoju rizikového správania je zásadné a malo by sa začať skôr, ako sú tieto spôsoby správania pevne osvojené. Otázka primárnej prevencie zameranej na predchádzanie zneužívania návykových látok, vedenie ku zdravému a zodpovednému životnému štýlu je stále viac aktuálna.

Dospievajúca generácia by mala byť vnímaná ako odlišný segment našej populácie, preto je dôležité si uvedomiť a riešiť ich zdravie a problematický životný štýl. Nároky na mladých ľudí sú vysoké a ich rodičia často nedokážu predvídať mnohé tlaky, ktorým ich dieťa čelí. Ako môže dospelá populácia pomôcť tej dospievajúcej splniť požiadavky a nároky na nich kladené a vybaviť ich adekvátnym vzdelaním, zručnosťami a rozhľadom, ktorý budú potrebovať v meniacom sa prostredí bude závisieť na tom, ako dobre dokážu pochopiť ich svet.

Cieľ

Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistiť úroveň životného štýlu u adolescentov.

Súbor

Vzorku tvorilo 116 adolescentov vo veku 13 a 17 rokov zo základných a stredných škôl v okrese Prešov. Z toho bolo 28 žiakov ôsmeho ročníka, 42 žiakov deviatego ročníka a 46 žiakov prvého ročníka strednej školy a gymnázia. Z uvedeného počtu bolo 61 dievčat a 55 chlapcov.

Výber vzorky bol zámerný. Do výskumu boli zaradení respondenti spĺňajúci nami vopred určené kritériá. K zaraďovacím kritériám patrili: vek (adolescencia 13 – 17 rokov), žiak siedmeho až deviatego ročníka základnej školy, študent prvého/druhého ročníka strednej školy.

Metodika

Na zber empirických údajov bola použitá metóda dotazníka vlastnej konštrukcie. Skúmali sme spôsob stravovania, pohybovú aktivitu, dĺžku spánku, najčastejšie zložky rizikového správania u adolescentov – nadmerný čas strávený pri počítači a televízii, fajčenie, alkohol. Výsledky výskumu boli vyhodnotené percentuálne.

Výsledky výskumu

Strava a nápoje	dievčatá	chlapci
Nepravidelne sa stravuje	9,7 %	7,4 %
Je mi jedno čo zjem, kedy a či je to zdravé	16,1 %	29,7 %
Neraňajkuje	39%	44%
Konzumuje ovocie a zeleninu	55 %	66 %
Vôbec neje ovocie a zeleninu	3 %	11 %

Nápoje	dievčatá	chlapci
Nápoje s obsahom cukru viackrát počas dňa pije	58 %	45 %

Pohyb	dievčatá	chlapci
Vo voľnom čase športuje	26 %	52 %
Pravidelne športuje	13 %	41 %
Žiadnu pohybovú aktivitu nevykonáva	19 %	11%
Spánok	dievčatá	chlapci
Spí 8 hodín	26 %	41 %
Spí 6-5 hodín	10 %	22 %

Čas strávený pri počítači a televízii denne	dievčatá	chlapci
3-4 hodiny	55 %	22 %
5-6 hodín	6%	19%
7 aj viac hodín	23 %	22%

Závislosti u adolescentov	dievčatá	chlapci
Fajčí	7 %	10%
Nefajčí	68 %	78 %
Alkohol užíva raz v týždni	0 %	4 %
Alkohol užíva raz v mesiaci	13 %	22 %
Vôbec neužíva alkohol	74 %	41 %
Užívanie iných drog	0%	0%

Životný štýl ovplyvňuje	dievčatá	chlapci
rodina	27 %	37 %
kamaráti, kamarátky	64 %	41 %
média, sociálne siete	13 %	22 %

Diskusia

Spôsob výživy a stravovania jednotlivca ovplyvňuje aj životný štýl a ekonomická situácia rodiny, zaradené medzi sociálno-kultúrne faktory (Tomagová, Bóriková a kol. 2008).

Štúdia HELENA, trojročný projekt financovaný EÚ, ktorého cieľom bolo prehĺbiť poznatky o životnom štýle a stravovacích návykoch mladých ľudí od 13 do 16 rokov v 5 krajinách Európy (Belgicko, Maďarsko, Španielsko, Švédsko a Veľká Británia). Príjem potravín je ovplyvňovaný nazeraním a postojmi na výživu a zdravie, ako aj na výber a preferencie. Mladí ľudia, ktorí sa zúčastnili štúdie, chápu význam zdravého stravovania a vedia, že nie vždy sa spôsob ich stravovania zhoduje s princípmi zdravej výživy. Výsledky korelujú s našim výskumom, keď desatina adolescentov uvádza, že sa stravuje zle, tretine chlapcov a pätine dievčat nezáleží na tom, či to čo jedia je zdravé, takmer polovica respondentov nestihne zjesť ráno raňajky. Ovocie a zeleninu denne konzumuje viac chlapcov ako dievčat, vôbec ovocie a zeleninu nekonzumuje tiež viac ako desatina chlapcov.

Viackrát denne pije sladké nápoje dve tretiny adolescentov, nepatrne viac dievčat. Je dokázané, že adolescenti, ktorí uvádzajú častú konzumáciu sladených nápojov majú zvýšenú hladinu inzulínu v krvi (Kondaki a kol. 2013). Z toho vyplýva, že čím viac cukru naraz telo prijme, tým väčšie sú výkyvy hladiny cukru v krvi. Výkyvy hladiny krvného cukru v konečnom dôsledku vplývajú na kognitívne procesy a emocionálnosť adolescentov. Dôsledkom často býva agresia namierená voči rovesníkom prejavujúca sa šikanovaním, častým zapájaním sa do fyzickej bitky a s tým súvisiaci častý výskyt vážnych úrazov.

Tínedžeri veľmi radi a všemožne bojujú proti nočnému spánku, keď môžu radšej spia dopoludnia. Väčšina z nich však nemá dostatočne dlhý spánok, špeciálne cez voľné dni a víkendy. Niektorí už v tomto veku trpia poruchami spánku. Nejde len o to, že sú unavení počas dňa, čo môže viesť až k chronickej únave a strate výkonnosti, nedostatok kvalitného spánku má vplyv aj na ich zdravie. Výsledky nášho výskumu potvrdzujú, že dostatočne dlho spí len tretina adolescentov.

Štúdia vedcov z Pittsburghu zisťovala u 362 adolescentov údaje o spôsobe spánku, problémoch so spánkom, fajčení a pití alkoholu, poruchách správania, strese, a demografických charakteristikách dospelávajúceho respondenta. Výsledky ukázali, že doba spánku menej ako osem hodín za noc ovplyvňuje psychické zdravie osoby, pocit dobrej nálady, mentálne schopnosti, produktivitu a výkon. Mnohé štúdie spájajú nedostatok spánku s vážnymi zdravotnými problémami ako zvýšené riziko depresii, obezita, kardiovaskulárne choroby a cukrovka (Science News 2007).

Spôsob, akým trávi človek voľný čas je významným kritériom životného štýlu. Významnú úlohu hrá voľný čas v schopnosti jedinca vedieť v priebehu dňa kompenzovať svoje povinnosti (práca, škola), čo je veľmi dôležité hlavne pre zdravie človeka, jeho rozvoj a optimálnu pohodu predovšetkým u detí a mládeže. Ide o psychohygienu človeka, teda aby sa človek cítil užitočný, spokojný a výkonný, aby žil zdravý a vyrovnaný život vo všetkých vekových obdobiach (Prucha, Walterová, Mareš 2001). Vo svojom voľnom čase nepravidelne aktívne športuje polovica chlapcov a tretina dievčat. Pravidelne športuje štyridsať percent chlapcov a desať percent dievčat. Žiadnu pohybovú aktivitu nevykonáva desatina chlapcov a pätina dievčat. Z výskumu ďalej vyplýva, že pätina mládeže trávi voľný čas pri televízii, počítači a na internete viac ako 7 hodín denne, ostatní respondenti od 3 do 6 hodín.

Neustálym zvyšovaním životnej úrovne sa rozširuje priestor na mnohostranné využitie voľného času, v ktorom by mala mať adekvátne zastúpenie aj pohybová aktivita. Tá by mala byť súčasťou spôsobu života mladej generácie. Avšak mnoho autorov poukazuje na to, že je to naopak. Aby sa človek tešil dobrému zdraviu, mal by podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) urobiť denne najmenej 10-tisíc krokov. Podľa Toussainta () je veľmi znepokojujúce, že ľudia vo veku 15 až 24 rokov chodia pešo menej, denne prejdú okolo 2 000 krokov. V tejto vekovej kategórii sa najviac prejavuje tendencia k sedavému spôsobu života. Na vine je záľuba vo videohrách a komunikácia prostredníctvom internetu, smartfónov či tabletov. Mladí vo veku od 15 do 24 rokov sú doslova prilepení k obrazovke, sú dokonca menej aktívni než ľudia vo veku od 55 do 64 rokov. Výťahy, počítače, autá a celková mechanizácia výroby nám priniesli sedavý spôsob života. Bohužiaľ, príliš veľa ľudí volí neaktívny spôsob života. Ukázalo sa, že životné návyky, zlá výživa a nedostatok pravidelnej pohybovej aktivity prispievajú k významnému zvýšeniu chorobnosti a úmrtnosti čoraz väčšieho počtu ľudí v mladšom veku (Buková 2010).

S obdobím adolescence súvisí problematika rizikového správania. Podľa autorov Širůček, Širůčková, Macek (2007) je rizikové správanie sociálny konštrukt zahŕňajúci rozmanité formy správania. Nie sú vždy taxatívne vymedzené, ale spôsobujú zdravotné, sociálne alebo psychologické ohrozenie (reálne, predpokladané) jednotlivca samého alebo jeho sociálneho okolia.

V rámci projektu "Nerovnosti v zdraví u adolescentov" bol vo vzorke slovenských adolescentov (n = 2616, z toho 1370 chlapcov, priemerný vek 15 rokov) skúmaný vplyv fajčenia, konzumovania alkoholu, užívania drog, nedostatku fyzickej aktivity a ich kumulácie na zdravie. Výsledky potvrdzujú škodlivý vplyv fajčenia, konzumovania alkoholu, užívania drog a nedostatočnej fyzickej aktivity na zdravie adolescentov (Gecková a kol. 2000).

Podľa našich zistení denne fajčí desatina adolescentov. S fajčením dvadsať percent adolescentov začalo už vo veku 11 rokov. Výsledky výskumu korelujú s výsledkami prieskumu Health Behaviour in School Aged Children, ktorý sa robí už od roku 1983 a mapuje život detí v 44 krajinách. Na Slovensku vyplňalo dotazníky 10-tisíc žiakov zo 130 základných škôl na celom Slovensku, v máji a júni 2014. Skúsenosť s fajčením potvrdila desatina 11-ročných chlapcov a päť percent 11-ročných dievčat. Tieto čísla sa s vekom zvyšujú. Len časť detí, ktoré experimentujú s cigaretami, sa stane neskôr pravidelnými fajčiarmi, nízky vek skúseností s cigaretami však významne zvyšuje riziko dlhodobého pravidelného fajčenia v neskoršom veku. Slovensko patrí ku krajinám s pomerne vysokým výskytom fajčenia. Podľa odhadu Svetovej zdravotníckej organizácie z roku 2013 prevažujú muži 34%. U žien je výskyt fajčenia oveľa nižší 16 %.

Podľa relevantných odhadov pripadá na Slovensku na každého obyvateľa vo veku 15 a viac rokov spotreba alkoholu za jeden rok zodpovedajúca 13,0 litrom čistého etanolu, pričom európsky priemer je 10,9 litra. To, že majú mladí skúsenosti s alkoholom, ukazuje, že je dostupný aj pre mládež a je spoločensky tolerovaný.

Výsledky nášho výskumu, potvrdzujú, že štyri percenta chlapcov užívajú alkohol raz týždenne, dvadsať percent chlapcov a viac ako desať percent dievčat raz mesačne. Iné drogy neuviedol ani jeden respondent. Výsledky korelujú s výsledkami prieskumu Health Behaviour in School Aged Children. Približne štyria z desiatich 15-ročných školákov a pätina 13-ročných školákov uviedli, že konzumujú alkohol aspoň raz za mesiac. Medzi 11-ročnými kladne odpovedalo 11 % chlapcov a 5 % dievčat.

Vyššie uvedené faktory výrazne ovplyvňujú negatívnym spôsobom jadro našej spoločnosti, ktorým je rodina. Osobnosť každého jedinca sa formuje vplyvom prostredia v ktorom žije, študuje, pracuje, trávi voľný čas a realizuje svoje záľuby. Rodina by mala byť miestom, v ktorom sa všetci členovia obdivujú a vážia, čo nevylučuje zdravú kritiku (Buková, 2010).

Je preto dôležité, aby predovšetkým rodičia viedli deti k osvojovaniu zásad zdravého životného štýlu a to najmä cez vlastný príklad života. Aj výsledky nášho výskumu ukazujú, že životný štýl adolescentov najviac ovplyvňuje u tretiny dievčat a chlapcov hlavne rodina, a dve tretiny dievčat a tretinu chlapcov ovplyvňujú hlavne kamaráti, kamarátky. Média a sociálne siete ovplyvňujú desatinu chlapcov a dievčat. Mladí ľudia, ktorí cítia dostatok harmónie v rodine vyplývajúcej z lásky rodičov, závislostiam neprepadajú v takej miere ako tí, u ktorých je deficit lásky. Láska v rodine súvisela i s výberom partie kamarátov s ktorými sa študenti stýkali. Pri nedostatku lásky v rodine to bola spoločnosť, kde sa viac fajčilo a kde sa brali drogy (Rešovský 2001).

Harmonická a láskyplná rodinná klíma má veľký význam má na životný štýl a teda i na zdravie. Podľa amerického vedca Deana Ornisha nielen samotný zdravý životný štýl, dostatok pohybu, zdravá strava, radikálne obmedzenie spotreby alkoholu a nikotínu nie je zárukou pohody a pevného zdravia. Skutočne zdravý a šťastný môže byť iba ten, kto má okrem toho vytvorenú aj pevnú sieť spoločenských väzieb s rodinou, priateľmi a kolegami. Liečivá sila dobrých medziľudských vzťahov je doložená desiatkami medzinárodných štúdií s veľkým počtom účastníkov zo všetkých končín sveta (Rešovský 2001).

Záver

Mladá generácia má mnoho nezdravých návykov, ktoré negatívnym spôsobom môžu ovplyvniť jej zdravie, či prípadne viesť k predčasnej smrti. Adolescenti tieto návyky veľmi často preberajú od svojich rodičov.

Základy zdravého životného štýlu by mal získať mladý človek v rodine, nemalú úlohu pri jeho formovaní má však aj zdravotníctvo, škola a prístup celej spoločnosti k ochrane a podpore zdravia. Preto dostatok potrebných poznatkov o zdraví, rizikách, ochoreniach a prevencii mal adolescent získať aj v škole a od zdravotníkov. Výchova k zdraviu je jednou z dominujúcich cieľových kategórií výchovného pôsobenia, ktorý je orientovaný na zdravie ako najvyššiu ľudskú hodnotu. Výchovou zdravého jedinca vychovávame zdravú spoločnosť.

Naším výskumom sme chceli poukázať na veľký význam prevencie civilizačných ochorení už v detstve. Prevencia zameraná na dospelých jedincov je často už neefektívna.

Bibliografia:

1. BELEJ, M. (1992) Vplyv pohybového režimu na zmeny všeobecnej pohybovej výkonnosti vysokoškoláckok. In: Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica XXII. Olomouc: 1992. s. 107-110. ISBN 80-7067-177 -7.
2. BENDÍKOVÁ, E. (2007) Životný štýl - pohybový režim v živote adolescentov = Life style - place moter activities of motor regime adolescent. In: Sport a kvalita života. Brno: Masarykova univerzita, s. 8. ISBN 978-80-210-4435-7.
3. BORŽÍKOVÁ, I. (2006) Diagnostika motorickej docility v školskej telesnej výchove. Zborník prác z vedecko-pedagogickej konferencie učiteľov telesnej výchovy. Minerva 2006. Prešov: MPC, 2006. ISBN 80-8045-426-4.
4. BUKOVÁ, A. Nedostatok fyzickej aktivity mladých ľudí v súčasnej spoločnosti. Pohybová aktivita v živote človeka. Pohyb detí. Zborník recenzovaných vedeckých príspevkov ISBN 978-80-555-0301-1[online]. [cit.6.marca2016]. Dostupné z: http://www.pulib.sk/elpub2/FS/Majherova1/pdf_doc/o1.pdf
5. EUFIC. 2016. Nový výskumný projekt zameraný na európsku mládež. Časopis Food today. 2005, č.6. [online]. [cit.6.marca2016]. Dostupné z: <http://www.eufic.org/article/sk/artid/helena-european-adolescents-spotlight/>.
6. GECKOVÁ, A., PUDELSKÝ, M., TUINSTRA, J., VAN DIJK, J. P. (2000). Vplyv fajčenia, konzumovania alkoholu, užívania drog a nedostatku fyzickej aktivity na zdravie adolescentov. In: Československá psychologie, 2000, 44, 2, s. 132-147.
7. GECKOVÁ A., PUDELSKÝ M., VAN DIJK J. P. 2000. Vplyv rodičov na fajčenie, konzumovanie alkoholu a športovanie adolescentov. In: Čes. a slov. psychiatrie. 2000, 96, No. 8, pp. 406 - 410.
8. GONZÁLEZ-GROSS, M., SJÖSTROM, MANIOS, Y. (2013). Daily sugar-sweetened beverage consumption and insulin resistance in European adolescents: The HELENA (healthy lifestyle in Europe by nutrition in adolescence) study. Public Health Nutrition, 16(3), 479-486.
9. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. (2000). Psychologický slovník. Praha : Portál. ISBN 80- 7178- 303-X.

10. CHOVANOVÁ, E. (2005) Research on motoricity of children of the younger school age. In: Acta Universitatis Matthiae Belii, Physical education and sport, Vol. 6, No.6., UMB v Banskej Bystrici, PF UMB. ISBN 80-8083-172-6.
11. JANSÁ, P. 2005. Pohledy české mládeže na sport a pohybové aktivity (15- 18 let). pp. 117- 148. In: Jansa, P., Kocourek, J., Votruba, J., Dašková, B.(Eds.) Sport a pohybové aktivity v životě české populace. Praha: FTVS UK. ISBN 80- 86317- 33- 1.
12. KONDAKI, K., GRAMMATIKAKI, E., JIMÉNEZ-PAVÓN, D., DE HENAUW, S.,
13. KRCH, F. D.; MARÁDOVÁ, E. Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy – příručka pro učitele.1. vyd. Praha: VÚP, 2003. 20s.
14. McELROY, M.W. 2002. The New Knowledge Management - Complexity, Learning, and Sustainable Innovation, 2002, pp. 86-88.
15. MELGOSA, J. Žít naplno. Praha: Advent-Orion, 2004. 191 s. ISBN: 80-7171-601-X.
16. Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11, 13 a 15-ročných školákov. HBSC Slovensko 2013/2014. [online]. [cit.6.marca 2016]. Dostupné z: http://www.coherent.sk/docs/hbhc-narodna-sprava-2013_2014_final.pdf
17. NEŠPOR, K., 2011. Návykové chováni a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál. ISBN 978-807-3679-088.
18. ONDREJKOVIČ, P., BREZÁK, J.; VLČKOVÁ, M.: Sociálna patológia. 1.vyd. PF UK, Bratislava. 1999. 184 s. ISBN 80-88868-47-5.
19. PIPEKOVÁ, J. a kol.. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN: 80-85931-65-6.
20. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. 2009. Pedagogický slovník. Praha : Portál, 2009. 395 s. ISBN 978-80-7367-647-6.
21. REŠOVSKÝ, J.Vplyv rodiny na životný štýl. In:Bulletin. Empatia. 2001,Roč. VIII. č.1. [online]. [cit.6.marca 2016]. Dostupné z: <http://www.psychologia.sk/empatia/emo1-1/01-1.htm>
22. SCIENCE NEWS. 2007. Sleep Deprivation Can Lead To Smoking, Drinking. [online]. [cit.6.marca2016].Dostupné z: <http://www.equark.sk/index.php?cl=article&iid=265>.
23. SIKOROVÁ, L. Potreby dítěte v ošetrovateľskom procese. Praha: Grada, 2011. s. 46. ISBN 978-80-247-3593-1.
24. SOVINOVA, H., a kol., 2004. Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice [online]. Praha: Státní zdravotný ústav [cit.10.3.2016]. ISBN 80-7071-230-9. Dostupné z: SOVINOVA, H., 2009. Fajčenie tabakových výrobkov a jeho nepriaznivý vplyv na ľudské zdravie. In: Sociálna prevencia: Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry [online]. Roč. 4, č. 3, s. 9-10 [cit. 25. októbra 2014]. ISSN 1336-9679. Dostupné z: http://www.infodrogy.sk/drogyUserFiles/File/Legalne_drogy_web_1.pdf 57
25. STRAPCOVÁ,K. Arts,W.-Hagenaars,J.-Halman,L./eds./ The Cultural Diversity of European Unity: Finding, Explanations and Reflections from the European Values Study. In: Sociológia, roč.36, č.2 (2004), s.168-172.
26. ŠLEPECKÝ, M. a kol.: Ako zvládnuť stres. Žilina : EDIS, 2001, 178 s. ISBN 80-7100-840-0 PhDr. Eva Borzová, CSc.: Srdce a duševná hygiena
27. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. et al. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2008. s. 53–61.
28. TRUHLÁŘOVÁ, Z., SMUTEK, M. Riziková mládež v současné společnosti. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. 234 s. ISBN: 8070410442.
29. VEREŠOVÁ, M.: Mediátory užívania drog : Cesta k efektívnej prevencii drogových závislostí. - Nitra : UKF, 2004. - 394 s. - ISBN 80-8050-767-8.

Kontakt na autora:
PhDr. Janka Slaninková, PhD.
Katedra MTO FZO PU v Pršove
janka.slaninkova@unipo.sk

FENOMÉN DISKRIMINÁCIE

Sýkora, A.¹, Roháč, J.

¹ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Abstrakt

V ostatnom čase aj v priestore zdravotníctva bola zaznamenaná frekvencia pojmov „diskriminácia“ a „diskriminovať“. Podľa niektorých slovníkov cudzích slov pod pojmom „diskriminácia“ sa rozumie zaujaté neuznávanie rovnosti, rozlišovanie osôb pri priznávaní práv, výhod a pod. A pojem „diskriminovať“ (niekoho, niečo) znamená zaujato rozlišovať pri priznávaní práv, výhod.... Žiaľ pri interpretácii týchto pojmov došlo k neadekvátnemu subjektivismu. Toto poznanie inšpirovalo študentov akreditovaných študijných odborov FZO PU k zaujatiu určitých postojov k problematike rovnakého zaobchádzania v oblasti zdravotníctva, pravda s akcentom na dimenzie platnej legislatívy a dobrých mravov. Predovšetkým študenti externej formy štúdia prezentovali svoje postoje verbálne a niektorí aj písomne. Cieľom tohto príspevku je poukázať aspoň na niektoré aktuálne otázky korešpondujúce s ochranou pred diskrimináciou podľa platnej legislatívy.

Kľúčové slova: Zákaz diskriminácie. Formy diskriminácie. Povinnosť dodržiavať zásadu rovnakého zaobchádzania. Právna ochrana pred diskrimináciou.

Abstract

Recently, in the area of health and record the frequency of the terms "discrimination" and "discriminatory". According to some dictionaries of foreign words, the term "discrimination" means concerned with the non-recognition of equality, a distinction of persons in the granting of rights, benefits and so on. And the term "discriminate" (someone, something) means taking discriminate in the granting of rights, benefits.... Unfortunately the interpretation of these terms an inadequate subjectivism. This knowledge inspired the students of the study fields FZO PU from taking a certain attitude to the issue of equal treatment in health care, with emphasis on the true dimension of the current legislation and best practice. In particular, students external students presented their positions and some verbal and writing. The aim of this paper is to point to at least some of the current issues corresponding to protection against discrimination under the legislation.

Key words: Prohibition of discrimination. Forms of discrimination. The obligation to respect the principle of equal treatment. Legal protection against discrimination.

Úvod

Z čl. 12 ods. 1 prvá veta a ods. 2 Ústavy SR vyplýva, že ľudia sú slobodní a rovní v dôstojnosti aj v právach. Základné práva a slobody sa zaručujú na území SR všetkým bez ohľadu na pohlavie, rasu, farbu pleti, jazyk, vieru a náboženstvo, politické či iné zmýšľanie, národný alebo sociálny pôvod, príslušnosť k národnosti alebo etnickej skupine, majetok, rod alebo postavenie. **Nikoho nemožno z týchto dôvodov poškodzovať, zvýhodňovať alebo znevýhodňovať.**

Podľa Lisabonskej zmluvy (Zmluvy o fungovaní EÚ) EÚ je založená na hodnotách cti a ľudskej dôstojnosti, slobody, demokracie, rovnosti, právneho štátu a rešpektovania ľudských práv patriacich k menšinám. Tieto hodnoty sú spoločné členským štátom v spoločnosti, v ktorej prevláda **pluralizmus, nediskriminácia, tolerancia, spravodlivosť, solidarita a rovnosť medzi ženami a mužmi.**

Národná rada SR ešte v roku 2004 schválila zákon č. 365 o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon) s účinnosťou od 1. júla 2004. Súčasťou prijatia predmetného zákona bolo aj rozšírenie kompetencií slovenského národného strediska pre ľudské práva, napr. o monitorovaní zásady rovnakého zaobchádzania a o zhromažďovaní a pohybe informácií o rasizme, xenofóbii a antisemitizme v SR, ako aj o zabezpečení právnej pomoci obetiam diskriminácie a prejavom intolerancie vrátane vydávania odborných stanovísk vo veciach dodržiavania zásady rovnakého zaobchádzania. Aj z napísaného možno dôvodiť, že fenomén rovnakého zaobchádzania a ochrany pred diskrimináciou javí sa viac než aktuálny. Preto zákonodarcom ustanovené pravidla by mali dotknutým subjektom aj v oblasti zdravotníctva poskytnúť primeranú mieru istoty a právnej bezpečnosti.

Zákaz diskriminácie

Treba mať na zreteli, že spomínaný antidiskriminačný zákon upravuje uplatňovanie zásady rovnakého zaobchádzania a zároveň ustanovuje prostriedky právnej ochrany, ak dôjde k porušeniu tejto zásady. Dodržiavanie zásady rovnakého zaobchádzania spočíva v zákaze diskriminácie z dôvodu pohlavia, náboženského vyznania alebo viery, rasy, príslušnosti k národnostnej alebo etnickej skupine,

zdravotného postihnutia, veku, sexuálnej orientácie, manželského stavu, farby pleti, jazyka, politického alebo iného zmýšľania, národného alebo sociálneho pôvodu, majetku, rodu alebo iného postavenia. **Pri dodržiavaní zásady rovnakého zaobchádzania je treba prihliadať aj na dobré mravy, na účely rozšírenia ochrany pred diskrimináciou.** Základným zmyslom imperatívu správať sa v súlade s dobrými mravmi je vylúčiť pri výkone práva hrubé porušovanie morálky, zabezpečiť minimálnu slušnosť pri výkone subjektívnych práv. Inými slovami, dodržať etické normy (vrátane etického kódexu zdravotníckych pracovníkov) pri výkone subjektívnych práv účastníkov vzťahu.

Formy diskriminácie

Podľa antidiskriminačného zákona diskriminácia je:

- a) **Priama diskriminácia** – konanie alebo opomenutie, pri ktorom sa s osobou zaobchádza menej priaznivo, ako sa zaobchádza, zaobchádzalo alebo by sa mohlo zaobchádzať s inou osobou v porovnateľnej situácii. Konkrétne tu postačuje, ak sa menej priaznivé zaobchádzanie v porovnateľnej situácii týka jednej osoby, na rozdiel od nepriamej diskriminácie, kde by malo ísť o menej priaznivé zaobchádzanie vo vzťahu k viacerým osobám. Pripúšťa sa tzv. **pozitívna diskriminácia osôb z dôvodu zdravotného stavu, veku, pohlavia a náboženského presvedčenia a viery, napr. pri určení počtu povinne zamestnávať zdravotne postihnuté osoby, atď;**
- b) **Nepriama diskriminácia** – navonok neutrálny predpis, rozhodnutie, pokyn alebo prax, ktoré znevýhodňuje osobu v porovnaní s inou osobou (nepriama diskriminácia nie je, ak takéto predpis, rozhodnutie, pokyn alebo prax sú objektívne odôvodnené sledovaním oprávneného záujmu a sú primerané a nevyhnutné na dosiahnutie takéhoto záujmu);
- c) **Obťažovanie** – také správanie, v dôsledku ktorého dochádza alebo môže dôjsť k **vytváraniu zastráajúceho, nepriateľského, zahanbujúceho, potupujúceho, zneuctujúceho alebo urážajúceho prostredia** a ktorého úmyslom alebo následkom je alebo môže byť zásah do slobody alebo do ľudskej dôstojnosti. Obťažovanie teda zákonodarca chápe ako diskrimináciu;
- d) **Sexuálne obťažovanie** – verbálne, neverbálne alebo fyzické správanie sexuálnej povahy, ktoré **úmyslom alebo následkom je alebo môže byť narušenie dôstojnosti osoby a ktoré vytvára zastráajúce, ponižujúce, zneuctujúce, nepriateľské alebo urážlivé prostredie.** Sexuálne obťažovanie je osobitnou formou obťažovania a je považované za diskrimináciu;
- e) **Pokyn na diskrimináciu** – konanie, ktoré spočíva v zneužití podriadenosti osoby na účel diskriminácie tretej osoby. Žiaľ často sa vyskytuje v latentnej forme;
- f) **Nabádanie na diskrimináciu** – presvedčovanie, utvrdzovanie alebo podnecovanie osoby na diskrimináciu inej osoby;
- g) **Neoprávnený postih** – také konanie alebo opomenutie, ktoré je pre osobu, ktorej sa týka nepriaznivé a **priamo súvisí s domáhaním sa právnej ochrany pred diskrimináciou vo svojom mene alebo v mene inej osoby alebo s podaním svedeckej výpovede, vysvetlenia alebo súvisí s inou účasťou tejto osoby v konaní vo veciach súvisiacich s porušovaním zásady rovnakého zaobchádzania, ako aj so sťažnosťou namietajúcou porušenie zásady rovnakého zaobchádzania;**

Povinnosť dodržiavať zásadu rovnakého zaobchádzania

V podstate ide o to, že **zákonodarca ukladá každému povinnosť dodržiavať zásadu rovnakého zaobchádzania v oblastiach:**

- **Pracovnoprávných a obdobných právnych vzťahov,**
- **sociálneho zabezpečenia,**
- **zdravotnej starostlivosti,**
- **poskytovania tovarov a služieb,**
- **vo vzdelaní.**

Zásada rovnakého zaobchádzania podľa vyššie uvedeného sa vzťahuje len v spojení s právami osôb ustanovenými osobitnými zákonmi, napr. Zákoníkom práce, Zákonom o štátnej službe, Zákonom o výkone prác vo verejnom záujme, Zákonom o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, Zákonom o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve.

Žiada sa upozorniť, že pri posudzovaní, či ide o diskrimináciu alebo nie, sa neberie do úvahy, či dôvody, ktoré k nej viedli, vychádzali zo skutočností alebo z mylnej domnienky.

Právna ochrana pred diskrimináciou

Z ustanovení antidiskriminačného zákona o. i. vyplýva, že každý má podľa tohto zákona právo na rovnaké zaobchádzanie a ochranu pred diskrimináciou. Teda **každý** sa môže domáhať svojich práv na súde, ak sa domnieva, že je alebo bol dotknutý na svojich právach, právom chránených záujmov alebo slobodách nedodržaním zásady rovnakého zaobchádzania. **Môže sa najmä domáhať, aby ten, kto nedodržiaval zásadu rovnakého zaobchádzania:**

- **upustil zo svojho konania** (ak je to možné),
- **napravil protiprávny stav,**
- **poskytol primerané zadostučinenie.**

V prípade, že by primerané zadostučinenie nebolo dostačujúce, najmä ak nedodržaním zásady rovnakého zaobchádzania **bola značným spôsobom znížená dôstojnosť, spoločenská vážnosť alebo spoločenské uplatnenie poškodenej osoby, môže sa tá domáhať aj náhrady nemajetkovej ujmy v peniazoch.** Sumu náhrady nemajetkovej ujmy v peniazoch určí súd s prihliadnutím na závažnosť vzniknutej nemajetkovej ujmy a všetky okolnosti, za ktorých došlo k jej vzniku. Nemožno tu nespomenúť, že právo na náhradu škody alebo právo na inú náhradu podľa osobitných predpisov, napr. podľa Zákonníka práce, nie je antidiskriminačným zákonom dotknuté. Rovnako treba dať do pozornosti, že každý má právo na ochranu svojich práv aj mimosúdnu cestou, a to prostredníctvom mediácie. Konanie vo veciach porušenia zásady rovnakého zaobchádzania sa začína na návrh osoby, ktorá namieta, že jej právo bolo dotknuté porušením zásady rovnakého zaobchádzania (ďalej len „žalobca“). Žalobca je povinný v návrhu označiť osobu, o ktorej tvrdí, že porušila zásadu rovnakého zaobchádzania – žalovaného. Je to žalovaný, ktorý má zákonnú povinnosť (dôkazné bremeno) preukázať, že neporušil zásadu rovnakého zaobchádzania, pravda ak žalobca oznámi súdu skutočnosť, z ktorých možno dôvodne usudzovať, že k porušeniu zásady rovnakého zaobchádzania došlo.

Záver

Je zrejmé, že predmetná problematika sa javí ako zložitá a širokospektrálna. Svedčí o tom tiež postoj zákonodarcu, ktorý v antidiskriminačnom zákone odkazuje na celý rad iných zákonov, resp. všeobecne záväzných právnych predpisov. Antidiskriminačný zákon prevzal aj právne akty EŠ a EÚ, ktoré tvoria jeho prílohy. Žiada sa pripomenúť, že v intenciách antidiskriminačného zákona zamestnávateľ a príslušný orgán odborovej organizácie, ktorí uzavreli kolektívnu zmluvu podľa osobitného predpisu, boli povinné uviesť ustanovenia kolektívnych zmlúv do súladu s týmto zákonom, a to do šiestich mesiacov odo dňa jeho účinnosti. Táto povinnosť sa vzťahuje aj na vnútorné predpisy, na vydávanie ktorých je zamestnávateľ oprávnený. Autori týmto príspevkom mienili poskytnúť aspoň základné informácie o danej problematike z platnej legislatívy v nádeji, že budú motivovať napr. študentov k napísaniu záverečných prác s príslušným prieskumom (výskumom) v oblasti zdravotníctva. **Iba na základe kvalifikovaného prieskumu (výskumu) by bolo možné dať objektívnejšiu odpoveď na položenú otázku. Prípadné pozitívne zistenie diskriminácie by bolo zlým signálom predovšetkým pre pacientov.**

Použité a odporúčané pramene

1. Ústava SR v platnom znení.
2. Lisabonská zmluva (Zmluva o fungovaní EÚ).
3. Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou (Antidiskriminačný zákon) v znení neskorších predpisov. Zákonník práce v platnom znení.
4. 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.
5. Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
6. Občiansky súdny poriadok v platnom znení.
7. Zákon č. 420/2004 Z. z. o mediácii a o doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
8. Barancová, H.: Zákonník práce. Komentár. SPRINT Bratislava 2005: ISBN 80-89085-48-2.
9. Roháč, J., Kormošová, M.: Niektoré právne aspekty diskriminácie - obťažovania na pracovisku (mobing). In: Synergia. Ročník IV/2006, č. 7-8, s. 106-118: ISSN 1336-2275.
10. Roháč, J.: Ochrana pred diskrimináciou. (Extrakt otázok z platnej legislatívy). PU PBF 2008: ISBN 978-80-8068-856-1; EAN 978808068851.
11. Roháč, J., Sýkora, A.: Ľudským právam sa treba stále učiť. Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia. Časopis SKS a PA, Bratislava č. 6/2013, s.7.

12. Charta práv sestier a pôrodných asistentiek. SKS a PA. Schválená snemom SKS a PA dňa 19. 04. 2008.
13. Jordán, D, Roháč, J., Sýkora, A.: Ako sa právne chrániť proti neoprávneným zásahom do našej integrity. In: Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia [elektronický zdroj]: časopis Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. ISSN 1339-5920. Roč. 12, č. 3 (2014), online, s. 27-28.

Kontakt na autora:

RNDr. Andrej Sýkora, PdD.

Katedra MTO FZO PU v Prešove

andrej.sykora@unipo.sk

BEZPEČNOSŤ A OCHRANA ZDRAVIA PRI PRÁCI

Sýkora, A.1, Roháč, J.

¹ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Abstrakt

Do kontextu akreditovaných študijných programov na FZO PU patrí študijný odbor Laboratórne vyšetrovacie metódy v zdravotníctve. Študenti si v rámci jednotlivých predmetov získavajú tiež teoretické a legislatívne poznatky o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci. Už počas klinickej laboratórnej praxe tieto poznatky testujú s akcentom na povolanie, ktoré pro futuro budú vykonávať v zdravotníctve.

Kľúčové slová: Ochrana práce. Potreba vzájomnej spolupráce. Povinnosti zamestnávateľa. Práva a povinnosti zamestnancov. Kontrola bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci.

Abstract

In the context of the study programs at PU FZO it includes Field of study Laboratory examination methods in health care. The students in individual subjects also receive theoretical and legal knowledge of health and safety at work. Already during clinical laboratory practice this knowledge tested with an emphasis on the vocation that pro futuro be carried out in health care.

Key words: Protection work. The need for mutual cooperation. Obligations of the employer. The rights and obligations. Control of safety and health at work.

Úvod

Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci je relevantnou súčasťou starostlivosti o človeka v pracovnom procese. Dynamický rozvoj zdravotníctva vyžaduje, aby na úseku bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci boli postupne zavádzané také opatrenia, ktoré by mali efektívnejšie zaisťovať zdravotníckym pracovníkom bezpečnú a zdravotne neškodlivú prácu, ako aj rad ďalších opatrení, ktoré patria do globálnej starostlivosti o zdravotníckych pracovníkov. Napokon táto požiadavka vyplýva aj z Ústavy SR, ktorá deklaruje právo zamestnancov na spravodlivé a uspokojujúce pracovné podmienky vrátane ochrany a bezpečnosti zdravia pri práci. Právo zamestnancov na ochranu života a telesnej integrity je deklarované aj v medzinárodnom práve ako aj v komunitárnom práve - práve EÚ. Ide napr. o Dohovory Medzinárodnej organizácie práce, Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, Európsku sociálnu chartu, viaceré smernice EÚ, ktoré sú premietnuté do našej vnútroštátnej legislatívy vrátane medicínskeho práva, Zákonníka práce a Zákona o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci. V rámci vymedzeného priestoru pre tento druh publikácie nebude možné danú problematiku analyzovať a syntetizovať hlbšie. Obmedzíme sa preto iba na interpretáciu vybraných otázok. Za ťažiskovú úpravu problematiky považujeme ustanovenia Zákonníka práce a Zákona o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci.

Ochrana práce

Ochrana práce je systém opatrení vyplývajúcich z:

- a) právnych predpisov
- b) organizačných opatrení
- c) technických opatrení
- d) zdravotníckych opatrení
- e) sociálnych opatrení

Všetky sú zamerané na utváranie pracovných podmienok zaisťujúcich bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci, zachovanie zdravia a pracovnej schopnosti zamestnanca.

Treba podčiarknuť, že ochrana práce je neoddeliteľnou súčasťou pracovnoprávných vzťahov. Ako aj to, že starostlivosť o bezpečnosť a zdravie zamestnancov pri práci a o zlepšovanie pracovných podmienok ako základných súčastí ochrany práce je rovnocennou a neoddeliteľnou súčasťou plánovania a plnenia pracovných úloh. Zákonodarca, akcentuje, že bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci **je stav pracovných podmienok, ktoré vylučujú alebo minimalizujú pôsobenie nebezpečných a škodlivých činiteľov pracovného procesu a pracovného prostredia na zdravie zamestnancov.**

Potreba vzájomnej spolupráce

Zamestnávateľ, zamestnanci a zástupcovia zamestnancov pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci a odborová organizácia navzájom spolupracujú pri plánovaní a vykonávaní opatrení v oblasti ochrany

práce. To vyžaduje znalosť právnych predpisov a ostatných predpisov na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, **ktoré sú neoddeliteľnou a trvalou súčasťou kvalifikačných predpokladov.** Pri hodnotení pracovných výsledkov má sa prihliadať aj na dodržiavanie právnych predpisov a ostatných predpisov na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, čo dávame do osobitnej pozornosti. V nadväznosti na napísané nemožno opomenúť, že odborným zamestnancom povereným plnením úloh pri zaisťovaní bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, zástupcom zamestnancom pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci **a zamestnancom nesmie vzniknúť ujma za plnenie úloh pri zaisťovaní bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci.**

Povinnosti zamestnávateľa

Zákonnodarca ustanovil, že zamestnávateľ je v rozsahu svojej pôsobnosti povinný **sústavne zaisťovať bezpečnosť a ochranu zdravia zamestnancov pri práci a na ten účel vykonávať potrebné opatrenia vrátane zabezpečenia:**

- a) prevencie
- b) potrebných prostriedkov
- c) vhodného systému na riadenie ochrany práce

V tejto súvislosti zamestnávateľ **je povinný zlepšovať (zefektívňovať) úroveň ochrany práce vo všetkých činnostiach a prispôbovať úroveň ochrany práce meniacim sa skutočnostiam.**

Ďalšie povinnosti zamestnávateľa v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci upravuje už spomínaný osobitný zákon o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci, na ktorý odkazujeme. Ide napr. o všeobecné povinnosti zamestnávateľa uvádzané v § 6 zákona, povinnosť zamestnávateľa pravidelne, zrozumiteľne a preukázateľne oboznamovať každého zamestnanca s právnymi predpismi a ostatnými predpismi na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci atď.

Práva a povinnosti zamestnancov

V Zákonníku práce ide o dve základné extenzívnejšie koncipované práva zamestnancov v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci:

- a) právo na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci
- b) právo na informácie o nebezpečenstvách vyplývajúcich z pracovného procesu a pracovného prostredia a o opatreniach na ochranu pred ich účinkami

Pokiaľ ide o povinnosti zamestnancov, tie okrem Zákonníka práce sú aj v iných právnych predpisoch vrátane medicínskych. **Vo všeobecnosti platí, že zamestnanci sú povinní pri práci dbať o svoju bezpečnosť a zdravie a o bezpečnosť a zdravie osôb, ktorých sa ich činnosť týka.**

Ďalšie práva a povinnosti zamestnancov v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci upravuje už citovaný zákon, napr. **zamestnanec má právo:**

- a) Odmietnuť vykonať prácu alebo opustiť pracovisko a odobrať sa do bezpečia, ak sa dôvodne domnieva, že je bezprostredne a vážne ohrozený jeho život alebo zdravie alebo život alebo zdravie iných osôb
- b) prerokovať so zamestnávateľom všetky otázky bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci súvisiace s jeho prácou

V prípade potreby možno po vzájomnej dohode prizvať na rokovanie aj odborníkov v danom odbore. **Do povinnosti zamestnanca zákonodarca zaradil** napr. povinnosť dodržiavať:

- a) právne predpisy a ostatné predpisy na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci,
- b) pokyny na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci,
- c) zásady bezpečnosti práce,
- d) zásady ochrany zdravia pri práci,
- e) zásady bezpečného správania na pracovisku a určené pracovné postupy, **s ktorými bol riadne a preukázateľne oboznámený.**

Ďalej je povinný spolupracovať so zamestnávateľom a zástupcom zamestnancov pre bezpečnosť v potrebnom rozsahu tak, aby im umožnil plniť povinnosti na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci a úlohy uložené príslušným inšpektorátom práce alebo orgánom dozoru:

- a) **Vykonávať** práce, obsluhovať a používať pracovné prostriedky, materiály, nebezpečné látky a ostatné prostriedky v súlade s:
 - návodom na používanie, s ktorým bol riadne a preukázateľne oboznámený
 - poznatkami, ktoré sú súčasťou vedomosti a zručnosti v rámci získanej osobnej spôsobilosti
- b) **obsluhovať** pracovné prostriedky a vykonávať činnosti s vyšším rizikom, ktoré ustanovujú osobitné predpisy, len ak má na ich obsluhu a vykonávanie osvedčenie alebo preukaz a ak je zamestnávateľom poverený na túto obsluhu alebo vykonávanie činnosti,
- c) **dodržiavať** zákaz vstupovať do priestoru, zdržiavať sa v priestore a vykonávať činnosti ustanovené osobitnými predpismi, ktoré by mohli bezprostredne ohroziť jeho život alebo zdravie,

- d) **zúčastňovať sa** na oznamovaní a inom vzdelávaní zabezpečovanom zamestnávateľom v záujme bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci **a podrobiť sa overovaniu jeho znalostí**,
- e) **podrobiť sa** lekárskeym preventívnym prehliadkam,
- f) **oznamovať** bez zbytočného odkladu vedúcemu zamestnancovi alebo podľa potreby bezpečnostnému technikovi, zástupcovi zamestnancov pre bezpečnosť, príslušnému inšpektorátu práce alebo príslušnému orgánu dozoru tie nedostatky, ktoré by pri práci mohli ohroziť bezpečnosť alebo zdravie, najmä bezprostredné a vážne ohrozenie života alebo zdravia, **a podľa svojich možností sa zúčastňovať na ich odstraňovaní**,
- g) **nepoužívať** alkoholické nápoje, omamné a psychotropné látky na pracoviskách a v priestoroch zamestnávateľa a v pracovnom čase aj mimo týchto pracovísk a priestorov, nenastupovať pod ich vplyvom do práce,
- h) **podrobiť sa** vyšetreniu, ktoré vykonáva zamestnávateľ alebo príslušný orgán štátnej správy, aby zistil, či zamestnanec nie je pod vplyvom alkoholu, omamných látok alebo psychotropných látok,
 - **Okruh zamestnancov zamestnávateľa a iných osôb oprávnených dať zamestnancovi pokyn, aby sa podrobil vyšetreniu, uvedie zamestnávateľ v pracovnom poriadku alebo vo vnútornom predpise.**
- f) **dodržiavať** určený zákaz fajčenia na pracoviskách.

Kontrola bezpečnosti a ochrany zdravia

Z ustanovení Zákonníka práce vyplýva, že u zamestnávateľa u ktorého pôsobí odborová organizácia, má odborový orgán právo vykonávať kontrolu nad stavom bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci. Pritom má právo najmä:

- a) **Kontrolovať**, ako zamestnávateľ plní svoje povinnosti v starostlivosti o bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci a či sústavne utvára podmienky bezpečnej a zdravotne neškodnej práce,
- b) **pravidelne preverovať** pracovisko a zariadenie zamestnávateľa pre zamestnancov a kontrolovať hospodárenie zamestnávateľa s osobitnými ochrannými prostriedkami,
- c) **kontrolovať**, či zamestnávateľ riadne vyšetruje príčiny pracovných úrazov, zúčastňovať sa na zisťovaní príčin pracovných úrazov a chorôb z povolania, prípadne ich sám vyšetrovať,
- d) **upozorniť** zamestnávateľa na prácu nadčas a nočnú prácu, ktorá by ohrozovala bezpečnosť a ochranu zdravia zamestnancov.

K uvedenému sa žiada poznamenať, že inšpekcia práce sa vykonáva podľa osobitného zákona. Zamestnanci, ktorí sú poškodení porušovaním povinností vyplývajúcich z pracovnoprávných vzťahov, ako aj zástupcovia zamestnancov, ktorí sú v pracovnom pomere u zamestnávateľa, u ktorého kontrolnou činnosťou podľa Zákonníka práce zistili porušovanie pracovnoprávných predpisov, **môžu podať podnet na príslušnom orgáne inšpekcie práce**.

Všeobecné zásady bezpečnosti práce v chemickom laboratóriu

Pri práci v chemickom laboratóriu je potrebné dodržiavať zásady bezpečnej práce, ktoré môžeme stručne zhrnúť do niekoľkých bodov:

- a) Pri práci v chemickom laboratóriu používame pracovný odev a ochranné pomôcky.
- b) V laboratóriu držiame poriadok a čistotu.
- c) V laboratóriu je zakázané jesť, piť a fajčiť.
- d) Nádoby ktoré používame v laboratóriu sa nesmú používať pri jedení, pití a prechovávaní potravín.
- e) Laboratórne nádoby sa čistia ihneď po použití, kým je známa povaha znečisťujúcej látky a kým nečistota nezaschne.
- f) Práce, pri ktorých môže dôjsť k úniku škodlivých chemických látok do ovzdušia, je potrebné vykonávať v digestóriu s dostatočným odťahom.
- g) Pri zahrievaní látok v skúmavkách sa musí udržiavať ich ústie odvrátené od seba aj iných prítomných. Obsah skúmavky sa zahrieva od hladiny, aby sa zabránilo vystreknutiu kvapaliny vplyvom utajeného varu.
- h) Pri práci s horľavinami sa musí z ich blízkosti odstrániť otvorený oheň a zaistiť dokonalé vetranie.
- i) Do odpadového potrubia je zakázané vylievať rozpúšťadlá, ktoré sa nemiešajú s vodou, jedy, výbušné látky, koncentrované kyseliny, lúhy a látky, ktoré v styku s vodou a vodnými roztokmi kyselín a lúhov poskytujú jedovaté plynné produkty.
- j) Rozbité sklo a črepiny sa ukladajú do nádob určených k tomuto účelu.
- k) Elektrické zariadenia používané v laboratóriu musia byť udržiavané v stave, ktorý zodpovedá platným elektrotechnickým predpisom.
- l) V laboratóriu musia byť dobre prístupné uzávery vody, plynu a elektriny. Pred odchodom z laboratória sme povinní vypnúť elektrické spotrebiče a uzatvoriť prívod plynu a vody. Prípadné závady na inštalácii, ktoré by mohli spôsobiť úraz, je potrebné nahlásiť.
- m) Po skončení práce odovzdáme svoje pracovné miesto v bezpečnom a nezávažnom stave.

Záver

Naša legislatíva vymedzuje pojem ochrany práce ako systém opatrení vyplývajúcich z právnych predpisov a z celého globálu opatrení zacielených na utváranie pracovných podmienok zaisťujúcich bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci, zachovanie zdravia a pracovnej schopnosti zamestnanca. Z takto vymedzeného pojmu „ochrana práce“ možno dôvodiť, že bezpečnosť a ochrana zdravia zamestnanca pri práci v zdravotníctve je významným atribútom ochrany práce a sama ochrana práce ako systém komplexu opatrení zamestnávateľa je prostriedkom na efektívnejšie dosiahnutie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci. V neposlednom rade zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci ja adekvátnou zákonnou požiadavkou starostlivosti zamestnávateľa o spravodlivejšie podmienky zamestnancov. Treba preto s danou problematikou oboznamovať aj budúce absolventky už počas ich štúdií. Vyplýva to aj z študijného programu, akreditovaného AK vrátane predmetov Laboratórna technika, Odborná laboratórna prax, Pracovné právo a ďalšie.

Literatúra:

1. Barancová Helena: *Zákonník práce – Komentár*. SPRINT, vydavateľská, filmová a reklamná agentúra, Bratislava, 2005; ISBN 80-89085-48-2.
2. Roháč Ján: *Základy štátneho, ústavného práva*. ManaCon, 1999; ISBN 80-85668-78-5.
3. Roháč Ján: *Základné pojmy z teórie práva a všeobecná charakteristika vybraných právnych odvetví slovenského právneho systému*. Vysokoškolské učebné texty. PU FHPV, 2002; ISBN 80-8068-093-0.
4. Roháč Ján, Sýkora Andrej: *Dobrá sociálna politika zamestnávateľa. Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. Časopis SKS a PA. Bratislava č.1/2014.
5. *Ústava SR v platnom znení*.
6. *Zákon č. 578/2004 Z. z. O poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých predpisov*.
7. *Zákonník práce v platnom znení*.
8. *Zákon č. 124/2005 Z. z. O bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov*.
9. *Zákon č. 576/2004 Z. z. O zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou v znení neskorších predpisov*.
10. *Zákon č. 577/2004 Z. z. O rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotníckeho poistenia a o úhrade za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov*.
11. *Nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a o sústave certifikovaných pracovných činnosti*.
12. Roháč Ján, Sýkora Andrej, Bujňák Jozef: *Ochrana osobných údajov*. Prešov, 2014, ISBN 978-80-971609-2-0, EAN 9788097160920.
13. Roháč Ján, Sýkora Andrej: *Ľudským právam sa treba stále učiť*. Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia. Časopis SKS a PA. Bratislava, č. 6/2013, s. 7.

Kontakt na autora:

RNDr. Andrej Sýkora, PdD.

Katedra MTO FZO PU v Prešove

andrej.sykora@unipo.sk

EMOCIONÁLNE VYČERPANIE U SESTIER V PALIATÍVNEJ A HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI

Šimová, Z., Šuličová, A., Novotná, Z., Šantová, T., Činová, J.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Úvod: Špecifickou skupinou sestier náchylných na vznik syndrómu vyhorenia sú sestry poskytujúce paliatívnu a hospicovú starostlivosť, ktorá je charakteristická tým, že sa poskytuje pacientom, ktorí sú v terminálnom štádiu ochorenia. **Cieľ:** Cieľom prieskumu bolo zistiť rozdiely v intenzite emocionálneho vyčerpania medzi sestrami pracujúcimi v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Ďalej sme chceli zistiť súvislosť medzi vzdelaním a dĺžkou odbornej praxe sestier a úrovňou emocionálneho vyčerpania. **Materiál a metodika:** Prieskum sme realizovali u 47 sestier pracujúcich v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Na zber empirických dát sme použili validizovaný a reliabilný dotazník na zisťovanie syndrómu vyhorenia - MBI (Maslach Burnout Inventory). **Výsledky:** Z výsledkov prieskumu vyplýva, že sestry pracujúce v hospicoch vykazujú nižšiu intenzitu emocionálneho vyčerpania ako sestry pracujúce na oddeleniach poskytujúcich paliatívnu starostlivosť. Z hľadiska dĺžky odbornej praxe sme zistili závislosť medzi dĺžkou odbornej praxe a mierou emocionálneho vyčerpania u sestier. Najväčšiu intenzitu emocionálneho vyčerpania sme zaznamenali u sestier s najdlhšou odbornou praxou a naopak najnižšiu u sestier s najkratšou odbornou praxou. **Záver:** Výsledky prieskumu potvrdili, že práca sestier v hospicovej a paliatívnej starostlivosti je riziková z hľadiska vzniku emocionálneho vyčerpania.

Kľúčové slová: Paliatívna starostlivosť. Hospicová starostlivosť. Sestra. Emocionálne vyčerpanie. Syndróm vyhorenia.

Abstract

Introduction: Specific groups of nurses are more susceptible to burnout syndrom - mainly nurses providing palliative and hospice care, which is characterized in that it provides to patients with end-stage disease. **Objective:** The aim of the survey was to determine differences in the intensity of emotional exhaustion among nurses working in palliative and hospice care. Furthermore, we would like to establish a link between education and length of professional experience of nurses and level of emotional exhaustion. **Material and Methods:** The survey was conducted with 47 nurses working in palliative and hospice care. To collect empirical data we used and validated in reliable questionnaire to detect burnout - MBI (Maslach Burnout Inventory). **Results:** The survey shows that nurses working in hospices have a lower intensity of emotional exhaustion than nurses working on the wards providing palliative care. In terms of professional experience, we have found a relationship between the length of professional experience and level of emotional exhaustion in nurses. The greatest intensity of emotional exhaustion was recorded by nurses with the longest professional experience and the lowest among nurses with the shortest professional practice. **Conclusion:** The survey results confirm that the nurses working in the Hospice and Palliative Care are at higher risk in terms of emotional exhaustion.

Key words: Palliative Care. Hospice Care. Nurse. Emotional burnout. Burnout syndrome.

Úvod

Práca sestry je zaradovaná medzi náročnejšie povolania, ktoré si vyžaduje znášanie veľkej psychickej aj fyzickej záťaže. V rámci poskytovania tejto starostlivosti v paliatívnej sfére sa sestra často stretáva s umieraním, čo je náročný proces z hľadiska prístupu k zomierajúcemu (Martinková 2010). Profesia sestry pracujúcej v paliatívnej starostlivosti je charakterizovaná vysokými nárokmi na psychickú vyrovnanosť a odbornosť, sú kladené vysoké nároky na výkon, častokrát bez možnosti adekvátneho oddychu a je dokonca sprevádzaná vážnymi následkami v prípade, ak dôjde k omylu počas poskytovania starostlivosti (Hnátová, Kovalčíková 2010). Pre vykonávanie tejto formy starostlivosti je charakteristická veľká dávka nasadenia a zodpovednosti. Sestry majú tendenciu pociťovať výkon tejto práce ako poslanie, preto prácu vykonávajú oddane a cítia sa povinné pochopiť každého pacienta, zaujímať sa o nich, vcítiť sa a prijať každého takého, aký je. Tu však nastáva problém, ak zistia, že je to prakticky nemožné (Kilíková, Šramka, 2005).

Sestrám pracujúcim v paliatívnej a hospicovej starostlivosti hrozí riziko vzniku syndrómu vyhorenia, predovšetkým z dôvodu častej infaustnej prognózy chorých a z ich osobného neuspokojenia v povolání, keď vznikne deficit rovnováhy emócií. Syndróm vyhorenia vzniká všade tam, kde človek viac

emocionálne dáva než prijíma alebo tam, kde je príliš veľký rozdiel medzi predstavami človeka a životnou realitou (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004).

Cieľ

Cieľom prieskumu bolo identifikovať intenzitu emocionálneho vyčerpania u sestier poskytujúcich paliatívnu a hospicovú starostlivosť. Ďalej sme chceli zistiť, či sociodemografické faktory sestier ako vzdelanie a počet odpracovaných rokov na súčasnom pracovisku ovplyvňujú mieru ich emocionálneho vyčerpania.

Materiál a metodika

Prieskum bol realizovaný v mesiacoch február - marec 2014 vo Fakultnej nemocnici J. A. Reimana v Prešove na oddeleniach klinickej onkológie, radiačnej onkológie a v liečebni dlhodobo chorých a v hospicioch – hospic sv. Alžbety v Ľubici, hospic Matky Terezy v Bardejovskej Novej Vsi a hospic Domu Božieho milosrdenstva v Banskej Bystrici.

Na zber empirických dát sme použili validizovaný a reliabilný dotazník na zisťovanie syndrómu vyhorenia - MBI (Maslach Burnout Inventory), ktorého autori sú Maslach a Jackson. Je jedným z najznámejších dotazníkov na sledovanie syndrómu vyhorenia u exponovaných profesií. Dotazník obsahuje 23 položiek, ktoré sú rozdelené do troch subškál: emocionálne vyčerpanie (9 položiek), depersonalizácia (5 položiek) a osobnostné uspokojenie z práce (9 položiek). Pocity sa hodnotia na stupnici intenzity, ale aj frekvencie a vyhodnocuje sa celkové skóre pre jednotlivé oblasti. Každá položka má číselnú stupnicovú odpoveď od 0 po 7, pričom 0 znamená vôbec a 7 znamená veľmi silne. MBI meria na každej škále úroveň vyhorenia v 3 stupňoch: vysoká, mierna, nízka. V oblasti emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie korešpondujú vysoké hodnoty s vysokým stupňom vyhorenia, u osobného uspokojenia je to naopak, nízke hodnoty poukazujú na vysoký stupeň vyhorenia (Maslach, Jackson, 1981).

Celkovo prieskumnú vzorku tvorilo 47 sestier, z toho 24 sestier pracovalo na oddeleniach poskytujúcu paliatívnu starostlivosť a 23 sestier zúčastnených na prieskume pracovalo v hospici. Z hľadiska vzdelania malo 18 sestier ukončené úplné stredoškolské vzdelanie, vyššie odborné vzdelanie malo 8 sestier, 12 sestier malo ukončené vysokoškolské vzdelanie I. stupňa a 9 sestier vysokoškolské vzdelanie II. stupňa. Z hľadiska dĺžky odbornej praxe sa prieskumu zúčastnilo 14 sestier s dĺžkou praxe od 0 – 5 rokov, 11 sestier malo dĺžku praxe od 5 do 10 rokov a dĺžku praxe viac ako 10 rokov malo 22 sestier.

Výsledky

V nasledujúcich tabuľkách uvádzame výsledky prieskumu zameraného na identifikáciu intenzity emocionálneho vyčerpania sestier v súvislosti s ich pracoviskom, vzdelaním a a dĺžkou ich praxe.

Tab. 1 Emocionálne vyčerpanie sestier z hľadiska ich pracoviska

Emocionálne vyčerpanie				
Úroveň	Hospice		Paliatívna starostlivosť	
	n	%	n	%
Nízke	11	48	4	17
Mierne	10	44	12	50
Vysoké	2	8	8	33
Spolu	23	100	24	100

Z výsledkov vyplýva, že nízku intenzitu emocionálneho vyčerpania uviedlo 48% sestier z hospicov a len 17% sestier z oddelení paliatívnej starostlivosti. Vysokú intenzitu emocionálneho vyčerpania uviedlo len 8% sestier z hospicov a 33% sestier z oddelení paliatívnej starostlivosti.

Tab. 2 Emocionálne vyčerpanie sestier z hľadiska vzdelania

Emocionálne vyčerpanie						
Úroveň	SŠ		VOV (dipl.)		VŠ (Bc., Mgr.)	
	n	%	n	%	n	%
Nízke	6	33	3	38	6	29
Mierne	7	39	3	38	12	57
Vysoké	5	28	2	26	3	14
Spolu	18	100	8	100	21	100

Z hľadiska vzdelania sme analýzou výsledkov zistili, že nízku intenzitu emocionálneho vyčerpania uviedlo 33% sestier so stredoškolským vzdelaním, 38% s vyšším odborným vzdelaním a 29% sestier s vysokoškolským vzdelaním I. a II. stupňa.

Vysokú intenzitu emocionálneho vyčerpania uviedlo 28% sestier so stredoškolským vzdelaním, 26% s vyšším odborným vzdelaním a 14% sestier s vysokoškolským vzdelaním I. a II. stupňa.

Tab. 3 Emocionálne vyčerpanie sestier z hľadiska dĺžky odbornej praxe

Emocionálne vyčerpanie						
Úroveň	0 – 5		5 – 10		10 a viac	
	n	%	N	%	n	%
Nízke	6	43	4	36	5	23
Mierne	5	36	6	55	11	50
Vysoké	3	21	1	9	6	27
Spolu	14	100	11	100	22	100

Z hľadiska dĺžky odbornej praxe sme zistili, že nízku intenzitu emocionálneho vyčerpania pociťuje 43% sestier s dĺžkou praxe od 0-5 rokov, a 36% s dĺžkou praxe od 5-10 rokov a 23% sestier s dĺžkou praxe 10 a viac rokov.

Vysokú intenzitu emocionálneho vyčerpania uviedlo 21% sestier s dĺžkou praxe od 0-5 rokov, 9% sestier s dĺžkou praxe od 5-10 rokov a 27% sestier s dĺžkou praxe 10 a viac rokov.

Diskusia

Cieľom prieskumu bolo zistiť intenzitu emocionálneho vyčerpania u sestier poskytujúcich paliatívnu a hospicovú starostlivosť. Emocionálne vyčerpanie je podľa Maslach stav vyčerpania a únavy a je považované za hlavnú zložku syndrómu vyhorenia. Významnú rolu vo vytváraní emocionálneho vyčerpania hrajú skúsenosti s emočným napätím v práci. Emocionálne vyčerpanie predstavuje stratu chuti do života, nedostatok síl v akejkoľvek činnosti a stratu motivácie. Človek trpí pocitmi bezmocnosti, beznádeje, depresie a je unavený. Môže byť nahneváný alebo nepriateľský (Grandey 2003). V tomto prieskume sme zaznamenali výrazné rozdiely v intenzite emocionálneho vyčerpania vzhľadom na pracovisko sestier. Nízku intenzitu emocionálneho vyčerpania uvádzali častejšie sestry z hospicov a vysokú intenzitu emocionálneho vyčerpania pociťujú častejšie sestry z oddelení paliatívnej starostlivosti (tab.1). Tieto výsledky korešpondujú s výsledkami výskumu, ktorý realizovali Hosáková a Adamczyk (2010) kde jedným z cieľov, ktorý si autorky stanovili bolo zistenie emócií, ktoré sa najčastejšie vyskytujú pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti. Zistili, že sestry z hospicov uvádzali častejšie pri pocitoch sprevádzajúcich výkon ich práce pocity ako šťastie, nádej a naplnenie, pričom sestry z LDCH uvádzali za častejšie pocity skôr ľútosť, smútok a beznádej. To sa zhoduje aj s našimi výsledkami, pretože u väčšiny sestier v hospicovej starostlivosti sme zaznamenali nízku úroveň emocionálneho vyčerpania a vysoké uspokojenie z práce. Naopak u sestier z nemocničných oddelení paliatívnej starostlivosti sme zistili vysokú úroveň emocionálneho vyčerpania a nízku úroveň osobného uspokojenia z práce. Autori O'Connor, Aranda (2005) uvádzajú, že podľa výsledkov štúdie prevedenej v Memorial Sloan Kettering Cancer Center boli sestry pracujúce v hospicoch viac nábožensky založené a mali nižšie skóre vyhorenia v porovnaní so sestrami z iných nemocničných oddelení, čím sa môžeme domnievať, že taktiež duchovná stránka osobnosti sestry ju môže chrániť pred vznikom syndrómu vyhorenia.

Ďalej sme zisťovali rozdiely v intenzite emocionálneho vyčerpania vzhľadom na vzdelania sestier. Najnižšiu intenzitu emocionálneho vyčerpania sme zaznamenali u sestier s vysokoškolským vzdelaním. Vysokú intenzitu emocionálneho vyčerpania pociťujú najmä sestry so stredoškolským vzdelaním a sestry s vyšším odborným vzdelaním (tab. 2).

Prieskumom sme zisťovali aj súvislosť medzi dĺžkou odbornej praxe a intenzitou emocionálneho vyčerpania u sestier pracujúcich v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Hnátová (2010) uvádza, že pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti sa postupom času mnoho cieľov stane nesplniteľnými a spoločne s týmto pocitom sa objavuje aj strata dôvery vo vlastné schopnosti s pocitmi nezmyselnosti vykonávanej práce. A to všetko postupom času vedie k vyhoreniu. Najväčšiu intenzitu emocionálneho vyčerpania sme zaznamenali u sestier s najdlhšou odbornou praxou a naopak najnižšiu u sestier s najkratšou odbornou praxou (tab. 3). Naše výsledky korešpondujú s výskumom Bužgovej a Ivanovej (2008), ktoré mapovali mieru syndrómu vyhorenia u zamestnancov pracujúcich v domove pre seniorov v Moravskoslezskom kraji. Zistili, že dĺžka praxe mala jednoznačný vplyv na výskyt syndrómu vyhorenia. Najčastejšie sa syndróm vyhorenia vyskytoval u zamestnancov s dĺžkou praxe viac ako 9 rokov. Závislosť medzi dĺžkou odbornej praxe a mierou syndrómu vyhorenia sa potvrdila aj v práci Hasovej (2010), kde ako metóda zberu údajov bol použitý MBI dotazník. Autorka zistila, že miera vyhorenia úmerne rastie so zvyšujúcou dĺžkou odbornej praxe. Z ďalších realizovaných výskumov, ktoré sa týkali vzťahu medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe je vhodné spomenúť výskum, ktorý bol uskutočnený medzi sestrami a pôrodnými asistentkami na Slovensku, ktorý uskutočnili Dimunová, Nagyová (2009). Autorky zistili, že v rozmedzí praxe medzi 0- 5 rokov bol zaznamenaný väčší výskyt syndrómu vyhorenia. Domnievajú sa, že to súvisí s faktom, že v časovom období 1 – 3 rokov môže byť u sestier zvýšené pracovné nasadenie,

prácu vykonávajú s veľkým nadšením a zabúdajú pritom na realizáciu psychohygieny. Až v období po 5 roku klinickej praxe dochádza k vyrovnaní sa v profesijnom živote aj k dozrievaniu v osobnej sfére. Avšak dlhodobý, pretrvávajúci stres, kontakt so smrťou, utrpením, môžu byť dôvodom výskytu syndrómu vyhorenia v dlhšom časovom období. Výsledky nášho prieskumu nepoukazujú na to, aby sestry vykazovali známky vyhorenia v prvých 5 rokoch práce. Analýzou údajov sme zistili, že so stúpajúcou dĺžkou odpracovaných rokov stúpalo aj riziko a výskyt syndrómu vyhorenia u sestier.

Záver

Syndróm vyhorenia patrí medzi psychosomatické ochorenia a môže sa vyskytnúť v profesijnom živote každého človeka. Povolanie sestry je vznikom a rozvojom syndrómu vyhorenia ohrozené, nakoľko poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti je späté s úzkym kontaktom s pacientom, ako prijímateľom tejto starostlivosti. Špecifickou skupinou sestier náchylných na vznik tohto syndrómu sú sestry poskytujúce paliatívnu starostlivosť, ktorá je charakteristická tým, že sa poskytuje pacientom, ktorí sú v terminálnom štádiu ochorenia, teda je zameraná hlavne na tíšenie bolesti a uspokojovanie jeho potrieb, pričom sa neočakáva zlepšenie zdravotného stavu. Je poskytovaná v posledných chvíľach života pacienta a častokrát býva doprevádzaná prítomnosťou bolesti, utrpenia, smútku a nakoniec aj smrti. Práve tieto faktory môžu byť časom jedným z hlavných príčin vzniku a rozvoja syndrómu vyhorenia u sestier, ktoré túto neľahkú prácu vykonávajú.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BUŽGOVÁ, R., IVANOVÁ, K. (2008). Syndrom vyhoření u zaměstnanců domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji. In: *Geriatria* [online] 2008, roč. 4. s. 165–168. [cit. 2016-04-15]. Dostupné z: <http://www.geriatria.sk/files/geriatria/Geriatria20084.pdf>
2. DIMUNOVÁ, L., NAGYOVÁ, I., 2012. Vzťah medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe u sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku. In: *Profese*. 2012. roč. 5, č. 1, s. 1-4. ISSN 1803-4330. [cit. 2016-04-10] Dostupné z: http://www.mc3.sk/wp-content/uploads/2014/10/POL_CZ_2012-1-1_Dimunova.pdf.
3. GRANDEY, A. A., 2003. When “the show must go on”: surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. In: *Academy of Management Journal*. 2003. Vol. 46, no. 1, s. 86-96. ISSN 0001-4273.
4. HASOVÁ, M. 2010. *Syndrom vyhoření u zdravotních sester [diplomová práce]*. 2010. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. 105 s.
5. HNÁTOVÁ, I., KOVALČÍKOVÁ, N., 2010. Problematika syndrómu vyhorenia pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. Zborník prednášok z 5. ročníka medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Bratislava : Solen , 2010. roč. 3, supl. S2, s. 57-58. ISSN 1337-6896.
6. HOSÁKOVÁ, J., ADAMCZYK, R., 2010. Postoje sester z klinické praxe k paliatívni péči. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. roč. 3, č. 1, s. 62-63. ISSN 1337-6896.
7. KILÍKOVÁ, M., ŠRAMKA, M. 2006. Příčiny a důsledky syndrómu vyhorenia v zdravotníctve. In: *Ošetrovateľský obzor*. 2006, roč. 3, č. 3. s. 94-96. ISSN 1336 -56 0 6 .
8. MARTINKOVÁ, J. 2010. Osobnostné predpoklady a rola sestry v paliatívnej starostlivosti. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. roč. 3, č. supl. 2, s. 32-33. ISSN 1337-9917.
9. MASLACH, C., JACKSON, S. E. 1981. The measurement of burn-out. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981, vol. 2, no. 2, p. 99–113. ISSN 0142-2774.
10. O' CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliatívni péče pro sestry všech obdorů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishong, a.s. ISBN 80-247-1295-4.
11. SEMANOVÁ, V. 2014. *Syndróm vyhorenia u sestier pracujúcich v paliatívnej a hospicovej starostlivosti: [bakalárska práca]*. 2014. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov. 54 s.
12. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. 2004. *Paliatívni medicína*. Praha: Grada Publishing, 2004. 531 s. ISBN 80-247-0279-7.

Kontakt:

PhDr. Zuzana Šimová, PhD.
Katedra OSE FZO PU v Prešove
zuzana.simova@unipo.sk

PÁDY U SENIOROV S PORUCHAMI CHÔDZE A ROVNOVÁHY

Šuličová A., Šantová T., Šimová Z., Cinová J.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Abstrakt

Úvod: S vekom narastá prevalencia pádov a úrazov, predovšetkým u seniorov s poruchami rovnováhy a chôdze. Pády u seniorov spolu s poruchami chôdze predstavujú najčastejšiu príčinu invalidizácie a disability, ktorá sa prejaví zmenou funkčnej schopnosti a sebestačnosti u seniorov a vznikom závislosti seniora v uspokojovaní potrieb rôzneho druhu a miery.

Ciele: Zistiť, aké vysoké je riziko pádu u seniorov s poruchou chôdze a rovnováhy. Zistiť úroveň vedomostí o preventívnych opatreniach na zabránenie pádu. Na základe zistených nedostatkov realizovať potrebné preventívne opatrenia na elimináciu pádov u rizikových seniorov.

Metódy a súbor: Prieskumnú vzorku tvorilo 30 seniorov, z toho 15 žien a 15 mužov od 65 do 85 rokov, žijúcich v zariadení pre seniorov. Mieru rizika pádu u seniorov sme zisťovali pomocou testu na hodnotenie rovnováhy a chôdze – Tinettiovej testu. Celkový test je rozdelený do dvoch podtestov. A to test hodnotiaci rovnováhu (POMA - B) a test hodnotiaci chôdzu (POMA - G) Test je hodnotený na základe schopností pacienta vykonávať dané úkony. Úroveň informovanosti o prevencii pádov seniorov, resp. aj ich opatrovateľov a príbuzných sme hodnotili pomocou vedomostného testu.

Výsledky a diskusia: Pri vyhodnotení celkového skóre sme skonštatovali, že 10 respondenti, čo je 33 %, dosiahli 26 až 28 bodov, a to znamená, že nemajú zvýšené riziko pádu, 11 respondenti (37 %) dosiahli menej ako 26 bodov a to znamená, že je nutná prevencia a rehabilitácia a 9 respondenti (30 %) dosiahli menej ako 19 bodov a majú riziko pádu zvýšené päťnásobne. Pri hodnotení vedomostného testu boli zistené nedostatky v oblasti úpravy vonkajšieho prostredia na zníženie rizika pádu, vstávania zo zeme po páde a v možnostiach využívania kompenzačných pomôcok pre zvýšenie rovnováhy a stability pri chôdzi.

Záver: Na základe zistených nedostatkov bola realizovaná edukácia pre seniorov so stredným a vysokým rizikom pádu a pre ich príbuzných a opatrovateľov. Význam prevencie narastá predovšetkým u seniorov s už prekonaným pádom, pretože riziko opakovania pádu u nich stúpa trojnásobne.

Kľúčové slová: Pády. Seniori. Poruchy rovnováhy a chôdze. Tinettiovej test. Prevencia. Edukácia.

Abstract

Introduction: With increasing age, the prevalence of falls and accidents, especially among seniors with poor balance and walking. Falls in the elderly with gait disturbances are the most common cause of disability, which is reflected by changes in functional capacity and self-sufficiency in the elderly and the development of old-age dependency in meeting the needs of different types and rates.

Objectives: Find out how high is the risk of falling in the elderly with impaired gait and balance. Determine the level of knowledge on preventive measures to prevent falls. Based on identified deficiencies implement the necessary preventive measures to eliminate the risk of falls among seniors.

Methods and file: Survey sample consisted of 30 seniors, including 15 women and 15 men from 65 to 85 years, living in Institution for social care for senior. The degree of risk of falling in the elderly We examined using tests to evaluate balance and gait – test of Tinetti. The overall test is divided into two subtest. This test evaluation balance (POMA - B) test and evaluation walking (slow - G) The test is evaluated based on the patient's ability to perform such operations. The level of awareness on the prevention of falls for the elderly, respectively. and their carers and relatives were evaluated using the knowledge test.

Results and Discussion: In the evaluation of total scores, we found that 10 respondents, which is 33%, achieved 26 to 28 points, that is, they do not have an increased risk of falling, 11 respondents (37%) to below 26 points, that is, the need for prevention and rehabilitation 9 respondents (30%) have achieved less than 19 points and have a fivefold increased risk of falling. In evaluating the knowledge test was found defective in matters concerning external environment to reduce the risk of falling,

getting up from the ground after the fall and the possibilities of using assistive devices to increase balance and stability while walking.

Conclusion: *Based on identified deficiencies was realized education of the elderly with moderate and high risk of falling and for their relatives and carers. Growing importance of prevention especially among seniors with already dated the fall, because the risk of recurrence fall rise threefold.*

Keywords: *Falls. Seniors. Impaired balance and gait. Test of Tinetti. Prevention. Education.*

Úvod

Pády sú v starobe častejšie a ich výskyt s vekom narastá. Postihujú 20-30 % osôb vo veku 65-69 rokov a až 50 % osôb nad 85 rokov. Vyššia prevalencia je u žien, u akútne i chronicky chorých, hospitalizovaných a u osôb v dlhodobej ústavnej starostlivosti. Pád je zmena polohy, ktorá končí kontaktom tela so zemou; môže byť doprevádzaná poruchou vedomia a poranením. (Topinková, 2005). Pády sú významným symptómom krehkosti (fraitly) neskorej staroby. Ich príčina býva vo vyššom veku prevažne multifaktorálna, s interakciou početných vnútorných a vonkajších faktorov. Pády predstavujú v starobe veľký zdravotný problém, ktorý má závažné medicínske a ekonomické dôsledky (Weber, 2000).

Príčiny pádov

S vekom sa zhoršujú funkcie senzorického (propriocepcia, zrak, vestibulárny systém), centrálného (spracovanie informácií v CNS) i efektorového systému (posturálne reflexy, spomalenie motorickej odpovede, obmedzený rozsah kĺbovej pohyblivosti). Tieto fyziologické zmeny spojené so starnutím prispievajú k vzniku pádov spolu s ďalšou orgánovou patológiou a pri nadmerných nárokoch vonkajšieho prostredia (Topinková, 2005).

Väčšina starých ľudí sa sťažuje na závraty, na pocity neistoty pri stojí a chôdzi, na slabosť nôh, na zhoršenú pohyblivosť. Základným výrazom pre poruchu rovnováhy je závrat, vertigo. Závrat označuje viacero pocitov (vertigo, pocit nestability, presynkopa). Pojem závrat, vertigo chápeme ako stratu priestorovej orientácie, ako narušenie vzťahu medzi okolitým priestorom a jednotlivcom trpiacim poruchou rovnováhy, delí sa na periférne a centrálné (Krajčík, 2010).

Komplikácie pádov a úrazov

U 10 – 15 % pacientov dôjde v dôsledku pádu k poraneniu mäkkých tkanív, ktoré vyžadujú ošetrovanie lekárom. U 3–5 % pacientov je pád príčinou zlomeniny: najčastejšie stehna, zápästia, paže, dolných končatín, stavca. Najčastejšie dochádza k poraneniu hlavy a mozgu, k poraneniu hrudníka a brucha a k poraneniu pohybového systému (Topinková, 2005).

Vyšetrenie chôdze a rovnováhy

Anamnestické príznaky porúch rovnováhy a chôdze sú často nešpecifické. Pacient sa často sťažuje na spomalenie chôdze, neistotu v priestore a nestabilitu. Pri vyšetrení sa sledujú základné rysy chôdze a pátra sa po príznakoch postihnutia, hodnotí sa prevedenie požadovaného pohybu, svalová sila, posturálne reflexy, známky laterálnej instability.

Ku klinickému vyšetreniu porúch chôdze patrí:

- základné neurologické vyšetrenie - zisťuje konfiguráciu dolných končatín, držanie, rozsah aktívneho a pasívneho pohybu, svalový tonus a silu
- vstávanie z ľahu do sedu a zo sedu do stoja odhaľuje svalové slabosti, poruchy pohybovej koordinácie
- vyšetrenie spontánnej chôdze je vhodné vykonať na chodbe alebo na inom priestore, ktoré poskytuje aspoň desať metrovú dráhu, základná šírka, dĺžka krokov, plynulosť pohybov, odchýlky zo smeru štartu a zastavenia, otáčanie na mieste a pri chôdzi, spontánne a na povel prechod zúženým miestom, prekračovanie a vyhýbanie sa prekážkam v ceste
- manévry pri chôdzi – tandemová chôdza (chodidlá sa kladú tesne pri sebe), chôdza so zavretými očami, chôdza pospiatky, chôdza po päťkách a špičkách (Kalvach a kol., 2008).

Sestra, aby čo najobjektívnejšie zistila do akej miery potrebuje senior pomoc pri sebaobslužných činnostiach alebo či mu hrozí riziko pádu môže použiť testy:

- test základných denných činností - Bartelov test (ADL) zahŕňa základné samoobslužné úkony,

- test inštrumentálnych všedných činností (IADL) – pomocou neho zisťujeme schopnosť seniora žiť v samostatnej domácnosti a v komunite,
- skriningový test na určenie rizika pádu je jednoduchým testom na zistenie rizika pádu pacienta počas hospitalizácie,
- Mini – Mental State Exam je osvedčeným testom na posúdenie kognitívnych funkcií, ktorý hodnotí orientáciu, pamäť, pozornosť, reč a konštruktívne schopnosti. Úzko súvisí s hodnotením porúch pohyblivosti, lebo dezorientovaný pacient má zvýšené riziko pádu /úrazu a je problémový aj z hľadiska dodržiavania terapeutického režimu,
- Gaitov funkčný test na určenie rovnováhy – prevencia pádu,
- Tinettiovej test – test rovnováhy a chôdze,
- Screeningový test mobility (MST) – pre zhodnotenie motorických funkcií,
- Hodnotenie domácich podmienok podľa Tideiksaara (Németh, 2011).

Opatrenia zamerané na prevenciu pádov

Každé zdravotnícke zariadenie by malo mať vypracovaný protokol nielen na vyhodnocovanie rizika poranenia pacienta následkom pádu, ale aj protokol opatrení, ktoré majú aktuálnemu alebo potenciálnemu riziku predísť:

- je vhodné umiestniť nad posteľ pacienta výstražné oznámenie vysoké riziko pádu, aby mali nielen členovia ošetrovateľského tímu, ale aj rodina či pracujúci študenti stále na zreteli zvýšenú opatrnosť pri manipulácii s pacientom alebo pri iných aktivizujúcich zásahoch,
- znížiť posteľ, zaistiť na nej brzdy, zdvihnúť bočnice, treba si dať pozor na to, že zdvihnuté bočnice niekedy u ošetrovateľského personálu evokujú, že ide o imobilného pacienta,
- ak je to možné, odporúča sa umiestniť pacienta blízko sesterskej izby a toaliet,
- sestra musí zabezpečiť pre pacienta signalizačné zariadenie na dosah ruky a vysvetliť mu jeho ovládanie,
- informovať rodinu pacienta o zabezpečení vhodnej obuvi,
- odstrániť prekážky v okolí pacienta to znamená správne rozmiestniť nábytok, zabezpečiť prístup k posteli z troch strán, taktiež pomocné zariadenie na posteľ, zábradlia a madlá na chodbách či v sociálnych zariadeniach,
- zabezpečiť vhodné nočné osvetlenie, nielen na izbe, ale aj na chodbách a v sociálnych zariadeniach,
- ubezpečiť sa, že niekto z ošetrojúceho personálu pomáha pacientovi v prípade potreby pri vstávaní, sprevádzanie na vyšetrenia.

Pred prepustením seniora do domáceho ošetrovania je potrebné poučiť rodinu o existujúcom riziku pádu a o nevyhnutnosti upraviť prostredie v domácnosti tak, aby k úrazu nedošlo:

- potrebné je zabezpečiť dostatočné osvetlenie, podlahy by mali byť nešmykľavé v kúpeľni, na toalete a na schodoch by mali byť madlá,
- koberce by mali byť fixované, aby sa neklázali a nekrčili, je potrebné odstrániť z podlahy predmety, ktoré sú pri chôdzi mimo zorného poľa, ako sú šnúry elektrospotrebičov, nízke stolíky, hračky a podobne,
- pre ľudí so šúchavou chôdzou je prospešné odstránenie prahov, dôležité sú dostatočné vysoké stoličky s opierkami na ruky, poličky v skrinkách by nemali byť príliš vysoko ani príliš nízko, aby senior nemuseli zakláňať hlavu a zohýbať sa, odporúča sa rozostaviť v byte stabilný nábytok, ktorého sa môžu pridržať, schody by nemali byť vyššie ako 18 cm a okraje schodov by mali byť zvýraznené, veľmi nebezpečné sú nepravidelné schody, dvere na toalete by sa mali otvárať smerom von, aby bolo možné vyprostiť spadnutú osobu, pacientov, ktorý nemajú stabilný sed, je potrebné na kresle pripútať, aby nespadli (Krajčík, 2008).

Ciele prieskumu

Zistiť, aké vysoké je riziko pádu u seniorov s poruchou chôdze a rovnováhy. Zistiť úroveň vedomostí o preventívnych opatreniach na zabránenie pádu. Na základe zistených nedostatkov realizovať potrebné preventívne opatrenia na elimináciu pádov u rizikových seniorov.

Súbor a metodika

Prieskumnú vzorku tvorilo 30 seniorov, z toho 15 žien a 15 mužov od 65 do 85 rokov, žijúcich v sociálnom zariadení v domove Pokojnej staroby vo Veľkom Šariši. Kritériami zaradenia do výberového súboru bol

vek nad 65 rokov, absolvovanie testu MMSE na orientačné posúdenie kognitívnych funkcií a informovaný súhlas o účasti v prieskume. Informácie týkajúce sa rizika pádov u seniorov s poruchou rovnováhy a chôdze sme získali od respondentov individuálne prostredníctvom testu na hodnotenie rovnováhy a chôdze – Tinettiho testu. Test je určený pre podrobnejšie zhodnotenie rovnováhy a chôdze u pacientov vyššieho veku. Ide o funkčné zhodnotenie, ktoré neumožňuje diagnostikovať príčinu porúch, ale sleduje ich klinickú závažnosť a možné dôsledky. Táto metóda bola pre nás najvýhodnejšia k získaniu informácií. Celkový test je rozdelený do dvoch podtestov. A to test hodnotiaci rovnováhu (POMA - B) a test hodnotiaci chôdzu (POMA - G) (Faber et al., 2006, s. 951). Test je hodnotený na základe schopností pacienta vykonávať dané úkony. Každá oblasť je hodnotená bodmi do 28, osoby dosahujúce 26 bodov a menej majú zvýšené riziko pádov, pacienti s menej než 19 bodmi majú zvýšené riziko päťnásobne. Test obsahuje 16 položiek, kde je uvedených 9 činností zameraných na rovnováhu a 7 činností zameraných na chôdzu. Z psychometrických vlastností má nástroj až 95 % reliabilitu celkového hodnotiaceho nástroja, senzitivita sa pohybuje na čísle 64,0 % a špecifická na 62, 5 % (Faber et al., 2006, s. 951). Výhodný je aj krátky čas na administráciu nástroja: 10 - 15 minút (Hartford Institute for Geriatric nursing, 2005, s. 3). Test bol vyplňovaný medzi seniormi Zariadenia sociálnej starostlivosti v obci Veľký Šariš. Podmienkou zaradenia do súboru bola prítomnosť poruchy chôdze alebo vertiga u seniorov.

Výsledky

Tabuľka č. 1: Rovnováha v sede

Prevedenie	Počet respondentov n	Percento %
Problémy s udržaním rovnováhy (0 bodov)	17	56%
Stabilný, istý sed (1 bod)	13	44%
Spolu	30	100%

17 respondentov, čo je 56 % má problémy s udržaním rovnováhy a 13 respondentov (44 %) má istý, stabilný sed

Tabuľka č. 2: Postavenie zo sedu na stoličke

Prevedenie	n	%
Neschopný bez pomoci (0 bodov)	12	40%
Pomáha si rukami (1 bod)	14	46%
Postaví sa bez pomoci rúk (2 body)	4	14%
Spolu	30	100

Postavenie zo sedu na stoličke nepreviedlo 12 respondentov, čo je 40%. 14 respondentov (46%) si pomáha rukami a iba 4 respondenti sa postavili bez pomoci rúk.

Tabuľka č. 3: Postavenie z ľahu na lôžku

Prevedenie	n	%
Neschopný bez pomoci (0 bodov)	10	34%
Postaví sa, ale potrebuje viac pokusov (1 bod)	12	40%
Postaví sa na prvý pokus (2 body)	8	26%
Spolu	30	100%

10 respondenti (34 %) sú neschopní postavenia z ľahu na lôžko bez pomoci, 12 respondentov (40%) sa postaví, ale potrebuje viac pokusov, a 8 respondenti (26 %) sa postavia na prvý pokus.

Tab. č. 4 Rovnováha po postavení

Prevedenie	n	%
Neistý, neschopný (0 bodov)	5	17%
Stabilný, ale používa paličku alebo sa chytá predmetov (1 bod)	15	50%
Stoj istý bez pomôcky a opory (2 body)	10	33%
Spolu	30	100%

5 respondentov (17 %) s neistí po postavení, 15 respondenti (50 %) majú stabilnú rovnováhu po postavení a 10 respondentov (33 %) majú stoj istý bez pomôcky a opory

Tab. č.5 Rovnováha v stoj

Prevedenie	n	%
Neistý, neschopný (0 bodov)	8	27%
Stoj istý, ale na širšej báze alebo palicou (1 bod)	12	40%
Stoj istý na úzkej báze, bez opory (2 body)	10	33%
Spolu	30	100%

8 respondenti, čo je 27 % majú neistú rovnováhu v stoj, 12 respondenti majú stoj istý, ale na širšej báze a to je a 10 respondentov (33 %) má stoj istý na úzkej báze bez podpory.

Diskusia

Hlavným prieskumným cieľom bolo zistiť, aké je vysoké riziko pádu u seniorov s poruchami rovnováhy a chôdze. Na hodnotenie rizika pádu sme použili Tinettiovej test. Test hodnotenia rovnováhy posudzuje nasledujúce: rovnováhu v sede, postavenie zo sedu na stoličke, postavenie z ľahu na posteli, rovnováhu po postavení – prvých 5 sekúnd, rovnováhu v stoj, stoj pri tlaku na sternum, stoj so zavretými očami, otočenie o 360 stupňov, posadenie späť na stoličku. Test hodnotenia chôdze hodnotí tieto oblasti: iniciáciu chôdze, dĺžku a výšku kroku, súmernosť kroku, plynulosť kroku, udržanie smeru kroku, rovnováha trupu, chôdzu .

Položky testu č. 1 až 9 boli zamerané na rovnováhu. Zistili sme, že väčšina respondentov má problém s rovnováhou, pri vstávaní si pomáhajú rukami. Väčšinou sa postavia sami, ale potrebujú viac pokusov. Viacerí používajú paličku alebo sa chytajú predmetov. Pri vyšetrení zameranom na stoj seniori predviedli pomerne stabilný stoj. Avšak pri tlaku na sternum vykazovali neistý stoj. Stoj so zavretými očami bol neistý. Otáčanie o 360 stupňov buď seniori vykonávali nesúvisle alebo len neisto. Na stoličku si sadajú s pomocou ramien, s ťažkosťami. Pri vyšetrení chôdze seniori predviedli rozchodenie bez ťažkostí. Pri zisťovaní dĺžky a výšky kroku neboli zistené závažné odchýlky. U vyšetrovaných seniorov sme zistili väčšinou súmerný pravý a ľavý krok a plynulosť kroku bez prerušenia. Udržanie smeru chôdze zvládali s problémami, zistili sme mierne vybočovanie. Pri vyšetrovaní rovnováhy trupu sme zistili chýbanie kolísania v trupe, ale pokrčenie v panve a kolenách a pomáhanie si rukami. Väčšina seniorov mala chôdzu na širokej báze. Pri vyhodnotení celkového skóre sme skonštatovali, že 10 seniori, čo je 33 %, dosiahli 26 až 28 bodov, a to znamená, že nemajú zvýšené riziko pádu, 11 seniori (37 %) dosiahli menej ako 26 bodov a to znamená, že je nutná prevencia a rehabilitácia a 9 seniori (30 %) dosiahli menej ako 19 bodov a majú riziko pádu zvýšené päťnásobne. Pri porovnávaní mužov a žien sme nezistili

výraznejšie rozdiely. Pri hodnotení vedomostného testu boli zistené nedostatky v oblasti úpravy vonkajšieho prostredia na zníženie rizika pádu, vstávania zo zeme po páde a v oblasti využívania kompenzačných pomôcok pre zvýšenie rovnováhy a stability pri chôdzi.

U seniorov so stredným a vysokým rizikom pádu a u ich príbuzných a opatrovateľov sme na základe zistenia nedostatkov v prevencii pádu realizovali edukáciu zameranú na zvýšenie informovanosti o preventívnych opatreniach pádu.

Záver

V rámci preventívneho pôsobenia sestra využíva primárnu, sekundárnu a terciárnu výchovu k zdraviu. Sestra edukuje pacienta o riziku kolapsu a upozorní ho na pomalú zmenu polohy, v rámci prevencie bolesti a svalových spazmov odporučí používanie korzetu, brušných a bedrových pásov a bandáží. Vykonáva s pacientom cieleň nácvik chôdze, cvičenia rovnováhy. Edukuje pacienta a rodinu o úpravách domáceho prostredia, aby sa predišlo pádu, o potrebe pravidelnej primeranej fyzickej záťaže prostredníctvom chôdze, a o vhodnosti používania pevnej obuvi s protišmykovou podrážkou (Poledníková 2006). Seniora upozorní na nebezpečné činnosti a rizikové správanie, ktoré ho môže ohroziť pádom, ako je konzumácia alkoholu, chôdza po klzkom povrchu, chôdza v ponožkách po tvrdom podklade, lozenie na stoličku, nosenie bremien, neopatrné vstávanie, chôdza dolu schodmi, záklon hlavy, otáčanie hlavy počas chôdze a ponáhľanie sa v prípade poruchy hybnosti. Dôležitá je edukácia, ako sa správať po páde (Krajčík, 2010).

Literatúra

1. FABER, M. - BOSSCHER, R. - CW VAN WIERINGEN, P. 2006. Clinimetric Properties of the Performance-Oriented Mobility Assessment. In *Physical Therapy*. ISSN 00319023, 2006, vol. 86, no. 7, p. 944 - 954.
2. HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING. 2005. *Tinetti Assessment Tool: Description* [online]. 2005, s. 3, [cit.2012-06-1].
3. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/uploads/File/Tinetti_Assessment_Balance.pdf.
4. KALVACH, Z. A KOL. 2008. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*. Praha: Grada publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-249-4.
5. KRAJČÍK, Š. 2008. Pády v starobe I. časť. In *Geriatría*. ISSN 1335- 1850, 2008, roč. 14, č. 2, s. 78-82.
6. KRAJČÍK, Š., 2010. Pády. In: HEGYI, L. a Š. KRAJČÍK. *Geriatría*. 2010. 1. vyd. Bratislava: Herba, s. 198-200. ISBN 978 -80 – 89171-73-6.
7. MIHALOVÁ, J. 2012. *Prevencia pádov u seniorov s poruchou rovnováhy a chôdze*. [bakalárska práca]. Prešovská univerzita v Prešove. 54 s.
8. NÉMETH, F. DERŇÁROVÁ, I. HUDÁKOVÁ, A. 2011. *Komplexné geriatrické hodnotenie a ošetrovanie seniorov*. Prešov: Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov, 2011. 216 s. ISBN 978-80-555-0381-3.
9. POLEDNÍKOVÁ, I. A kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8050-799-6.
10. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatrie pro praxi*. Galent, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-2.
11. WEBER, P. a kol. 2000. *Minimum z klinické gerontológie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

Kontakt na autora:

PhDr. Andrea Šuličová, PhD.

Katedra OSE FZO PU v Prešove

andrea.sulicova@unipo.sk

INFORMOVANOST RODIČŮ O PÉČI U DĚTÍ S ASTMATEM A BRONCHITIDAMI

Tymlová J., Hlubková Z., Jana Kačorová

*Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetrovatelství
Nemocnice Nový Jičín, a. s.*

Abstrakt

Úvod: Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak jsou informováni rodiče o nemoci, léčbě a prevenci onemocnění u svého dítěte s astmatem nebo bronchitidou. **Metodika:** K získání dat byl použit nestandardizovaný dotazník. Odpovídalo 91 respondentů – rodičů dětí s astmatem a bronchitidou, kteří přicházeli na dětskou příjmovou ambulanci, ambulanci dětské alergologie nebo byli hospitalizováni na dětském lůžkovém oddělení. **Výsledky:** Dotazníkovým šetřením byla prokázána vysoká informovanost respondentů, ale v souladu s doporučeními Globální iniciativy pro astma je stále nutné zvyšovat úroveň znalostí v péči o nemocné děti. Úroveň znalostí byla u dotazovaných respondentů dobrá a dostačující. Znali vlastní onemocnění, léčbu i rizikové faktory onemocnění. **Závěr:** Bronchitida i astma jsou poměrně lehce zvládnutelné onemocnění i v dětském věku. Spolupráce rodičů takto nemocných dětí se zdravotníky je klíčová pro jejich zvládnutí. Nejpřirozenější edukátor je pro rodiče sestra, která je k nim nejbližší a tráví s nimi nejvíce času.

Klíčová slova: Dítě. Informovanost. Rodiče. Péče. Astma. Bronchitida.

Abstract

Introduction: The main goal of this theses was to determine how parents are informed about the disease, its treatment and prevention of diseases when their child is sick. **Methodology:** An anonymous questionnaire was used for the data acquisition. 91 respondents completed the questionnaire - parents of children with asthma and bronchitis who had visited the paediatrician, children's allergology office or were hospitalized at the children's department. **Results:** The questionnaires showed high awareness of the respondents but in accordance with the recommendations of the Global Initiative for Asthma it is still necessary to increase the level of knowledge in the care of sick children. The level of knowledge among the respondents was good and sufficient. They knew their own illness, treatment and risk factors for disease. **Conclusion:** Bronchitis and asthma are relatively easy and manageable diseases even during childhood. The cooperation of the children's parents with the health professionals is crucial to manage the disease. The most natural educator for parents is the nurse who is their closest health professional and spends the most of the time with them.

Keywords: Child. Knowledge. Parents. Care. Asthma. Bronchitis.

Úvod

Podle Deklarace práv dítěte patří uspokojování potřeb dítěte k nejdůležitějším požadavkům péče o dítě poskytované kýmkoliv a kdekoliv, zároveň je třeba respektovat stupeň vývoje dítěte a situaci, v níž se dítě nachází. Ovlivňuje ho i prostředí, kterým je obklopeno a které na něho působí. Potřeby dítěte se tak stávají požadavky na péči o ně a určují, co má znát ten, kdo péči poskytuje. V našem případě rodič.

K vybraným onemocněním dýchacích cest u dětí, kterými se tato práce zabývá, patří astma a bronchitidy. Bronchitidy patří k nejčastějším onemocněním, kvůli kterým je dítě hospitalizováno, a astma patří k nejčastějším chronickým onemocněním dětského věku, jedná se převážně o ambulantní onemocnění. Prevalence těchto onemocnění stoupá. Důsledky těchto onemocnění postihují nejen nemocného, ale i jeho rodinu. Kašák uvádí: „U batolat a malých dětí je nutno pečlivě informovat o podstatě astmatu rodinu dítěte a její příslušníky pečlivě vycvičit v zacházení s inhalačními systémy.“ (Kašák, 2005, s. 53) U pacientů s astmatem a bronchitidou je důležitá oblast sekundární prevence, která je zaměřena na výchovu a vzdělávání pacientů. (Svěráková, 2012, s. 7)

Akutní bronchitida i exacerbace astmatu jsou vnímána rodiči jako poměrně dramatické onemocnění. I přesto jsou tyto nemoci poměrně lehce zvládnutelné i v dětském věku. Stačí se jen naučit používání akutních inhalačních léčiv, eliminovat rizikové faktory vzniku onemocnění a exacerbací, upravit životosprávu. Toto vše je v kompetenci a v režii rodičů těchto dětí. Sestra je pro ně ten nejpřirozenější „učitel“, který je k nim nejbližší a tráví s nimi a jejich nemocnými dětmi nejvíce času. Pokud sestra dobře zvládne svou roli edukátorky, rodiče přijmou její rady za své a budou ochotni se jejími radami a poučeními řídit, přesune se léčba těchto nemocí z lůžkových částí do domácí péče. Sníží se tím i trauma dítěte z hospitalizace a finanční náročnost jejich léčby.

K tomu je důležité získat pacientovu důvěru. A tu získáme vzájemnou informovaností a důkladnou edukací jak dítěte, tak především jeho rodičů. Dle doporučení Globální iniciativy pro astma je edukace pacienta: „kontinuální proces, jehož cílem je poskytnout astmatickému pacientovi a jeho rodině přiměřené informace a nácvik dovedností tak, aby se pacient cítil dobře a aby mohl podle lékařem předem stanoveného léčebného plánu přizpůsobovat medikaci svému stavu. Musí být kladen důraz na rozvíjení trvalého partnerského vztahu mezi zdravotníky, pacienty a jejich rodinami.“ (ČIPA, 2003, s. 91) Je úkolem sestry seznámit se důkladně s rodinou pečující o nemocné dítě, pomůže jí to lépe pochopit potřeby rodiny v rámci informovanosti a potřeby edukace. Farkašová uvádí: „Edukační role sestry je mnohostranně zaměřená na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a jednání jedince i skupiny v zájmu podpory zachování a obnovy zdraví. Edukační ovlivňování se realizuje formou získávání nových vědomostí, změn postojů, přesvědčení, jakož i změn motivace prožívání, chování a jednání člověka.“ (Farkašová, 2006, s. 180)

Cíle

Hlavním cílem bylo zjistit, jak jsou informováni rodiče o nemoci, léčbě a prevenci onemocnění u svého dítěte s astmatem nebo bronchitidou a jakou roli hrají sestry při poskytování informací rodičům.

Soubor

Do průzkumného šetření byli zařazeni rodiče dětí, u nichž bylo diagnostikováno astma nebo bronchitida. Děti byly ve věku 0-5 let. Nejčastěji zastoupeným věkem dětí byl věk od 4 do 5 let, 35,16%. Nejčastější věk rodičů byl mezi 30-40 lety – 64% z celkového počtu dotazovaných. Většina dotazovaných rodičů měla vzdělání středoškolské s maturitou – 37,36%. Vzorek rodičů obsahoval 85% žen a 15% mužů. Rodiče byli se svými dětmi hospitalizováni na dětském oddělení nebo přicházeli na dětskou příjmovou a dětskou alergickou ambulanci Nemocnice Nový Jičín a.s.

Metodika

Průzkumné šetření probíhalo kvantitativní formou, a to formou nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby, který obsahoval 27 položek. Otázky byly motivovány doporučeními ČIPA a GINA. Dotazník obsahoval otevřené i uzavřené otázky. U většiny položek dotazníku měli respondenti možnost výběru z více nabízených odpovědí. Získané údaje z dotazníků byly zpracovány do tabulek a grafů pomocí programu Microsoft Excel. Všechny údaje byly zpracovávány v absolutní a relativní četnosti. Průzkumné šetření bylo schváleno hlavní sestrou Nemocnice Nový Jičín a.s. Bylo rozdáno 100 dotazníků, návratnost byla 96 dotazníků, 5 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost vyplnění. Pro ověření srozumitelnosti dotazníku byla realizována pilotní studie s 10 respondenty. Po zhodnocení vyplněných dotazníků bylo upraveno znění několika otázek a 1 otázka byla z dotazníku vyřazena. Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 91 respondentů, jejichž odpovědi byly úplné a mohly se použít k dalšímu zpracování.

Výsledky

V úvodních položkách dotazníku jsou specifikovány a rozvedeny základní údaje o vzorku respondentů a jeho rodině. Vyhodnocování cílů empirického šetření a výsledky dotazníkového šetření je popisováno dle jednotlivých dílčích cílů práce.

Byla zjišťována informovanost rodičů o vlivu prostředí na zdraví dítěte a přítomnost možných rizikových faktorů pro vznik onemocnění. Otázka bydliště souvisela s možností znečištěného venkovního ovzduší, zde uvedlo 52 (57 %) respondentů bydlení ve městě a 39 (43 %) na vesnici. Zda si respondenti myslí, že žijí ve znečištěném ovzduší, uvedlo 18 (20 %) ano, 32 (35 %) spíše ano, 26 (29 %) spíše ne a 15 (16

%) ne. Většina respondentů - 67 (74 %) v domácnosti nekouří, nejúčinnějším opatřením v primární prevenci je zabránění expozici tabákovému kouří. Pasivní kouření jako rizikový faktor vzniku onemocnění se zde neprokázal. Dalším rizikovým faktorem vzniku onemocnění je vytápění pevnými palivy s následnou expozicí dítěte. Těmito palivy vytápí 39 (40 %) respondentů.

Mapovala se informovanost rodičů o vlivu alergie na onemocnění astma a bronchitida. Alergie je dalším rizikovým faktorem vzniku astmatu. Jen 32 (34 %) dětí dotazovaných respondentů netrpí některou z alergií uvedenou v dotazníku, 36 (39 %) trpí pylovou alergií, 8 (9 %) potravinovou, 8 (9 %) kontaktní, 8 (9 %) jinou než nabízenou alergií. Zvíře v domácnosti jako rizikový faktor vzniku astmatu uvedlo 35 (38 %) dotazovaných. Nejagresivnějšími alergeny jsou alergeny kočky a psa, ti také byly v odpovědích zastoupeny nejčastěji. Pes u 26 (49 %) odpovědí, kočka u 14 (26 %). Alergologickou poradnu navštěvovalo se svými dětmi 61 (67 %) respondentů.

Byly zjišťovány informace o hospitalizaci, období bez potíží, začátku léčby u dětí. 58 (64 %) dětí bylo již hospitalizováno pro onemocnění dýchacích cest, v 43 (70 %) případech se jednalo o bronchitidu, a jen v 5 (8 %) případech byli hospitalizováni pro astma. Z těchto odpovědí vyplývá, že rodiče zvládají management astmatu, bohužel to neplatí o bronchitidě. V odpovědích se dále vyskytovaly nemoci laryngitida, pneumonie, tonzilitida. Věk začátku onemocnění u svých dětí uvedli respondenti v 28 (31 %) případech do 1 roku, 18 (20 %) od 1 roku, od 2 let 17 (19 %) respondentů, od 3 let 11 (12 %), od 4 let 12 (13 %) a jen 5 (5 %) respondentů uvedlo věk začátku onemocnění od 5 let. Nejčastěji se onemocnění dýchacích cest diagnostikuje a léčí již v kojeneckém věku, proto by edukace měla být zaměřena primárně na rodiče těchto dětí. Oslovení respondenti byli také rodiče dětí, u nichž se potíže s dýcháním objevují opakovaně několikrát během roku.

Jaká je samotná informovanost rodičů, jaká je úroveň jejich vědomostí o příčinách, rizikových faktorech, prevenci a léčbě těchto onemocnění? Způsob získání informací popisuje následující tabulka.

Tabulka 1. Způsob získání informací o onemocnění

Způsob získání informací o onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
informoval nás lékař	82	52,56
dostali jsme informační letáky a brožury	13	8,33
informovala nás sestra	30	19,23
nedostali jsme informace	0	0,00
jiným způsobem	3	1,92
celkem	156	100,00

70 (77 %) dotazovaných bylo informováno o vhodné životosprávě, stejný počet byl informován také o vlivu kouření na nemoc jejich dítěte. Informace o důležitosti očkování při prevenci onemocnění dýchacích cest dostalo 43 (47 %) dotazovaných. 87 (96 %) respondentů dostalo informace o léčbě onemocnění jejich dítěte.

Jakou roli hrají sestry při poskytování informací rodičům? Většina – 85 (93 %) dotazovaných uvedlo, že informace podané sestrami jsou pro ně přínosné. Nejčastější formou informací byl osobní pohovor se sestrou u 84 (74 %) případů, dále následovaly „brožury a letáky“ u 20 (18 %) případů, literatura a internetové odkazy u 8 (7 %) a u 2 (2%) jiné formy informací. Jen ve 4 (5 %) případech uvedli respondenti, že sestra jim nepodala žádné informace. Druh informací podaných sestrou uvádí tabulka 2.

Tabulka 2. Informace podané sestrou

Informace ohledně léčby podané sestrou	Absolutní četnost	Relativní četnost
použití inhalátoru s léky	61	41,78
o odsávání	27	18,49
o inhalacích	47	32,19
žádné	7	4,79
jiné	4	2,74
celkem	146	100,00

Výsledky empirického šetření poukázaly na dostatečnou informovanost respondentů, ale v souladu s doporučením Globální iniciativy pro astma, je nutné zvyšovat úroveň znalostí v péči o nemocné děti.

Diskuze

Z vyhodnocených dotazníků vyplývalo, že respondenti znali vlastní onemocnění, léčbu i rizikové faktory onemocnění. Jejich znalosti se odrážely v jejich životním stylu a v opatřeních, které uváděli do vlastního života. Vlivem kouření na onemocnění dolních cest dýchacích u dětí se zabývaly 2 studie: *Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and lower respiratory infections in infancy* (Jones et al. 2011), která poskytla aktualizovaný systematický přehled a metaanalýzu studií o vztahu mezi pasivním kouřením a infekcemi dolních cest dýchacích a norská studie *The impact of pre- and postnatal exposures on allergy related diseases in childhood: a controlled multicentre intervention study in primary health care* (Dotterud et al. 2013, s. 123), která také potvrzuje souvislost mezi pasivním kouřením, životosprávou a faktory vnějšího prostředí na vznik alergických onemocnění, konkrétně astmatu u dětí. Většina respondentů nekouřila, pokud ano, tak mimo domácnost, aby nevystavovala své děti pasivnímu kouření. Znala a byla poučena o životosprávě. U dětí dotazovaných rodičů bylo diagnostikováno onemocnění a oni znali i následný postup v léčbě – navštěvovali alergologickou poradnu, kde byly jejich děti pod dohledem specialistů. U jejich dětí bylo již diagnostikováno alergické onemocnění a oni se snažili nevystavovat své děti expozici alergenů – neměli ve své domácnosti zvířata. Byli informováni o akutní léčbě onemocnění pomocí inhalátorů a tyto léky uměli používat – díky edukaci sestry. Znali a byli poučeni o životosprávě dítěte i o vlivu znečištěného ovzduší na zhoršování zdravotního stavu dítěte. Faktorem vnějšího prostředí vyvolávající onemocnění dýchacích cest u dětí se zabývala česká studie „Ovlivňuje znečištěné ovzduší náš zdravotní stav?“ (Šrám, Dostál, 2012) V této studii je jasně prokazatelná souvislost mezi znečištěným venkovním ovzduším a následným vznikem onemocnění. Jsou rodiče informováni o tom, že znečištěné ovzduší může ovlivnit zdravotní stav jejich dětí a vnímají tuto informaci jako důležitou? V odpovědích respondentů nebyla tato informovanost prokazatelná dostatečně a důrazně. Pro mě zarážející byla skutečnost, že velká část dotazovaných nepovažovala své okolní venkovní ovzduší za znečištěné, patrně je oblast okresu Nový Jičín, i když spádově patří do Moravskoslezského kraje, který je krajem s nejvíce znečištěným ovzduším, vnímána jako méně znečištěná než např. oblast Ostravy.

Rodičům pečujícím o děti s nemocemi astma a bronchitida je zajišťován dostatek informací. Většina dotazovaných uvedla, že informace ohledně onemocnění astma a bronchitida u svých dětí dostala od lékaře, domnívám se, že tyto informace byly teoretické. O praktických dovednostech je informovala sestra, jak dokazují další výsledky průzkumného šetření. Odpovědi respondentů jednoznačně poukazují na to, že informace podané sestrami pomáhají se zvládáním léčby jejich dítěte, viz tabulka 2. Většina respondentů byla informována o onemocnění svých dětí, znala léčbu, používání inhalátorů, uměla, i když s nepřesnostmi popsat správnou životosprávu u svých nemocných dětí. Věděla o rizikových faktorech a byla o nich znovu poučena zdravotnickým pracovníkem. Nejprínosnější pro ně byl osobní pohovor se sestrou. Naprostá většina respondentů uvádí, že informace podané sestrou jim pomohly v léčbě onemocnění jejich dítěte. Ale v souladu se studií *Parental knowledge and use of preventive asthma care measures in two pediatric emergency departments* (Deis et al. 2010, s. 551-556), která ukazuje na stálou potřebu zlepšit vzdělávání na různých úrovních péče, včetně škol, klinik primární péče, centra neodkladné péče, a na oddělení urgentního příjmu, ve vzdělávání se zaměřit na používání inhalačních léčiv, zákaz kouření, nutnosti očkování proti chřipce, a s doporučeními Světové zdravotnické organizace a Globální iniciativy pro astma je nutné zvyšovat úroveň znalostí v péči o nemocné děti.

Závěr

Úroveň informovanosti i znalosti rodičů o onemocnění jejich dětí byla dobrá a dostačující. Rodiče dětí s onemocněním astma a bronchitida tvrdí, že jsou dostatečně informováni, ale nedodržují doporučení v některých bodech. Tvrdí, že byli poučeni o životosprávě, ale zde by měl být kladen důraz na posilování imunitního systému, dostatečný pitný režim a nácvik dýchání. V informovanosti rodičů takto nemocných dětí by sestry neměly zapomínat na procvičování praktických dovedností v používání inhalačních léčiv a v údržbě jednotlivých inhalačních systémů. Jejich informace o očkování jsou

nedostatečné a obzvlášť v době sezónních onemocnění a epidemií chřipek by se na toto téma nemělo zapomínat. Upozorňovat na to, že očkování je pro jejich dítě zcela bezpečné.

Bibliografické zdroje

1. ČESKÁ INICIATIVA PRO ASTMA: *Globální strategie péče o astma a jeho prevenci*. Praha: Jalna, 2003. 200 s. ISBN 80-86396-10-X.
2. DEIS, J., et al., *Parental knowledge and use of preventive asthma care measures in two pediatric emergency departments*. The Journal of asthma [online]. 2010; 47 (5): 551-556 [cit. 19. 11. 2013]. ISSN 2053-6277.
3. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833823/>
4. DOTTERUD, C., K. et al. *The impact of pre- and postnatal exposures on allergy related diseases in childhood: a controlled multicentre intervention study in primary health care*. BioMedCentral Public Health [online]. 2013, 13: 123 [cit. 08. 02. 2013]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/123>.
5. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovateľství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
6. JONES, L. et al. *Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta – analysis*. Respiratory research [online]. 2011; 12 (5) [cit. 10. 01. 2011]. ISSN 1465-9921. Dostupné z: <http://respiratory-research.com/content/12/1/5>.
7. KAŠÁK, V. *Asthma bronchiale*. Praha: Maxdorf, 2005. 148 s. ISBN 80-7345-062-3.
8. SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
9. ŠRÁM, R., DOSTÁL, M. *Ovlivňuje znečištěné ovzduší náš zdravotní stav?* Medical Tribune [online]. 2012; 13 [cit. 12. 06. 2012]. ISSN 1214-8911. Dostupné z:
10. <http://www.tribune.cz/clanek/26998-ovlivnuje-znecistene-ovzdusi-nas-zdravotni-stav>.

Kontakt na autora:

Mgr. Jana Tymlová

mail: tymlova@centrum.cz

VYBRANÉ MOŽNOSTI TERAPIE OSLABENÉHO HLBOKÉHO STABILIZAČNÉHO SYSTÉMU CHRBTICE

Urbanová K.^{1,2}, Mikul'áková W.¹, Kozel M.¹

¹Prešovská Univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra fyzioterapie

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, doktorandské štúdium

Abstrakt

Jedným z najvýznamnejších funkčných faktorov držania tela je hlboký stabilizačný systém. Tento systém je aktivovaný pri každom cielelom pohybe horných a dolných končatín, ale aj pri statickom zaťažení. Poruchy hlbokého stabilizačného systému sú významným faktorom vzniku vertebrogénnych porúch. V súčasnosti existujú viaceré fyzioterapeutické postupy, ktoré môžeme využiť na ovplyvnenie porúch hlbokého stabilizačného systému. Ide hlavne o metódy pohybovej terapie. V tejto práci sa venujeme popisu vybraných fyzioterapeutických postupov pri insuficiencii hlbokého stabilizačného systému chrbtice: dynamická neuromuskulárna stabilizácia (DNS), špirálna stabilizácia chrbtice - SM systém, prístup k prirodzenej pohybovej liečbe a k dynamickému držaniu tela: Thun - Hohenstein, špirálna dynamika: Larsen, cvičenie s využitím lopty, metodika senzomotorickej stimulácie podľa Jandu a Vávrovej a posturálny tréning pomocou tyče Propriomed.

Kľúčové slová: Hlboký stabilizačný systém. Vertebrogénne poruchy. Fyzioterapeutické postupy.

Abstract

One of the most important factors of functional posture is deep stabilization system. The system is targeted at every movement of arms and legs, as well as under static load. Deep stabilization system disorders are an important factor for vertebrogenic disorders. Currently, there are a number of physiotherapy, which can be used for disorders affecting the deep stabilization system. It is methods of physical therapy. In this paper, we will discuss selected physiotherapy at insufficiency of deep stabilization of the spine. Specifically, the following methodology: dynamic neuromuscular stabilization (DNS), Spiral stabilization of the spine – Sm system, acces to the natural physical therapy and a dynamic posture: Thun – Hohenstein, Spiral Dynamics: Larsen, exercises using balls, methodology sensorimotor stimulation according to Janda and Vávrová and postural trainig through the bars Propriomed.

Keywords: Deep stabilization system. Spondylous disorders. Physiotherapy.

Úvod

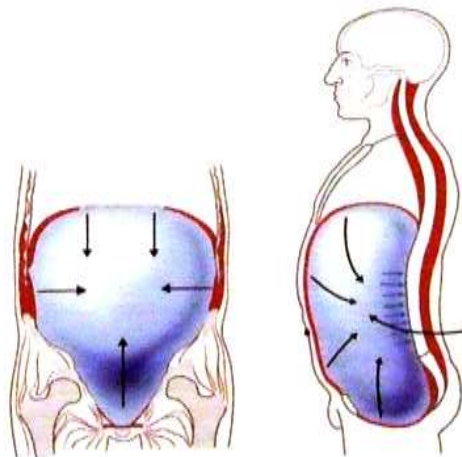
Hlboký stabilizačný systém (HSS) je jedným z najvýznamnejších funkčných faktorov držania tela. Cielelný pohyb horných a dolných končatín je sprevádzaný aktiváciou hlbokého stabilizačného systému, avšak tento systém sa aktivuje aj pri statickom zaťažení. Insuficiencia hlbokého stabilizačného systému a iné jeho poruchy sú významným faktorom vzniku vertebrogénnych porúch. V súčasnosti existuje značný počet fyzioterapeutických postupov, ktoré môžeme využiť na ovplyvnenie porúch hlbokého stabilizačného systému. Ide hlavne o metódy kinezioterapie. Danej problematike sa v súčasnosti venuje množstvo autorov z českej odbornej praxe. V príspevku sa venujeme popisu vybraných metód, opierajúc sa hlavne o poznatky autorov ako Dagmar Pavlů, Richard Smíšek, Pavel Kolář a iných.

Cieľ

Cieľom článku je priniesť krátky prehľad o metodikách, ich princípoch a postupoch pri terapii insuficiencie HSS chrbtice. Vybrané metodiky predstavujú rozmanité aspekty terapie danej problematiky, ktoré sú dôležité z hľadiska individuálneho prístupu pri úprave porúch funkcie HSS. Dané metodiky sú neodmysliteľnou súčasťou prevencie vzniku funkčných a neskôr až štrukturálnych porúch osového aparátu.

Východiská

Pojem hlboký stabilizačný systém je v odbornej literatúre popisovaný čoraz častejšie, ale nie vždy je jasné, čo konkrétne HSS tvorí. Najčastejšie hlbokým stabilizačným systémom autori nazývajú lokálne svaly chrbtice a funkčnú stabilizačnú jednotku drierkovej chrbtice. Tú tvoria m. transversus abdominis, m. diaphragma, mm.multifidi, m. serratus posterior superior, svaly panvového dna, kostovertebrálne a iliovertebrálne vlákna m. quadratus lumborum (Suchomel, 2006; Dvořák, 2006; Kociová, 2008).



Obr. č. 1: Svalová súhra medzi autochtónnou muskulatúrou, bránicou, svalmi panvového dna a brušnými svalmi za fyziologickej situácie (Kolář et al, 2009, str.39).

Pre vývoj patológie hrá dôležitú úlohu skutočnosť, že kineziologický vzor posturálnej stabilizácie je zabudovaný do všetkých pohybov. Najčastejším problémom je insuficiencia prednej stabilizácie chrbtice a prevaha extenčnej aktivity povrchových svalov chrbta (Kolář, 2006).

Ak je narušený nábor svalov chrbtice a trupu pri ich reakciách na vonkajšie podnety, dochádza k neprimeranému zaťaženiu a posturálnej instabilite. Narušená funkcia sa potom vplyvom stereotypného preťažovania svalstva stáva vlastným etiologickým faktorom anatomickeho nálezu a vzniku ťažkostí (Kolář et al, 2009).

Metódy práce

Dynamická neuromuskulárna stabilizácia (DNS)

Túto metodiku zaraďujeme medzi špeciálne fyzioterapeutické postupy. Prostredníctvom metodiky podľa Kolára ovplyvňujeme funkciu svalu v jeho posturálnej lokomočnej funkcii.

Pri bežnom posilňovaní svalu vychádzame hlavne z jeho anatomickej funkcie. Vo fyzioterapii sa z tohto pohľadu cvičí väčšinou podľa svalového testu. Avšak pri rozvoji sily svalu nemôžeme vychádzať len z jeho odstupu a úponu, dôležité je začlenenie svalu do svalových reťazcov. Tieto nemôžeme odvodzovať len z anatomických súvislostí, ale aj z riadiacich procesov CNS (Kolář, 2009).

Počas stoja, sedu aj pri pohybe sú jednotlivé pohybové segmenty spevnené tzv. koaktivačnou aktivitou – synergiou agonistov a antagonistov. Z toho vyplýva, že posturálna aktivita predchádza a sprevádza každý cielený pohyb. Sval môže vo svojej anatomickej funkcii dosahovať maximálne hodnoty, ale jeho zapojenie do konkrétnej posturálnej funkcie môže byť nedostatočné. Sval tak v tejto funkcii zlyháva. Chybné zapájanie svalov pri stabilizácii si jedinec automaticky fixuje a využíva pri všetkých činnostiach. Dôsledkom je stereotypné preťažovanie, ktoré je významným etiopatogenetickým faktorom množstva pohybových porúch (Kolář, 2009).

Aby nedochádzalo k preťažovaniu mäkkých štruktúr, musí centrálny nervový systém zaistiť, aby sa spevňovanie segmentu vykonávalo v centrovanom postavení kĺbu. Predpokladom pre toto postavenie je rovnováha medzi svalmi v celom biomechanickom reťazci, medzi vynaloženou stabilizačnou svalovou silou a veľkosťou vonkajšej sily (Kolář, 2009).

Všeobecné princípy nácvikových techník pri DNS:

1. Využívame všeobecné princípy vychádzajúce z programov dozrievajúcich počas posturálnej ontogenézy.

2. Cvičenie začíname ovplyvňovaním trupovej stabilizácie, teda HSS chrbtice.

3. Svaly cvičíme vo vývojových posturálnych lokomočných vzoroch. Začlenenie svalov do týchto reťazcov umožňuje modulovať automatické zapojenie svalu v jeho posturálnej funkcii.

4. Pri voľbe cvičenia na ovplyvnenie stabilizácie je nutné rešpektovať, že spevnenie segmentu nie je vždy viazané len na svaly príslušného segmentu. Vždy ide o začlenenie do globálnej svalovej súhry, vychádzajúcej z opory.

5. Posturálna sila musí vždy zodpovedať sile svalov, ktoré pohyb vykonávajú.

Voľba cvičenia vychádza z cieľa, ktorý chceme dosiahnuť. Jedným z hlavných cieľov je vôľová kontrola automatickej posturálnej funkcie svalov. Naučenú súhru stabilizačných svalov sa postupne snažíme zaviesť do bežných denných činností (Kolář, 2009).

Nácvik posturálnej stabilizácie chrbtice, hrudníka a panvy je nutné začať s ovplyvňovaním koordinácie trupovej stabilizácie. Neexistuje pohyb končatín bez spevnenia trupu ako celku. Každý fázický pohyb si vyžaduje spevnenie trupu. U väčšiny ľudí s poruchami pohybového aparátu je jeho kontrola narušená (Kolář, 2009)

Pri ovplyvňovaní trupovej stabilizácie sa zameriavame na (Kolář, 2009):

- ovplyvnenie stuhnutosť a zlepšenie dynamiky hrudného koša,
- ovplyvnenie „narovňania“ chrbtice,
- nácvik dychového stereotypu a stabilizačnej funkcie bránice (kontrola vnútrobrušného tlaku),
- nácvik posturálnej stabilizácie chrbtice s využitím reflexnej lokomócie,
- nácvik hlbokoj posturálnej stabilizácie chrbtice v modifikovaných polohách,
- cvičenie posturálnej funkcie vo vývojových vzorcach.

Špirálna stabilizácia chrbtice – SM systém

SM (špirálno-mobilný systém) je cvičenie, ktoré zabezpečuje dynamickú stabilizáciu. Zároveň posilňuje oslabené svaly, uvoľňuje skrátené a napnuté svaly. Taktiež obnovuje pohyblivosť kĺbov a dáva telu potrebnú stabilitu a pevnosť v čase pokoja aj pohybu. Ide o cvičenie koordinačné, vzhľadom na to, že koordinuje vzájomné postavenie pohybových segmentov. V neposlednom rade nám optimalizuje riadenie pohybu, a tak precvičuje pohybové stereotypy ako je chôdza, beh, práca a šport (Smíšek, 2009). Princíp špirálnej stabilizácie je založený na stabilizácii chrbtice svalovými reťazcami v tvare zostupných špirál. Tieto špirály spájajú pohyb ramena so stojnou nohou. Hlavné stabilizačné svaly trupu sú šikmé brušné svaly m. obliquus abdominis externus a internus a m. transversus abdominis. Panvu nám stabilizuje m. gluteus maximus a svalstvo panvového dna. Špirálové svalové reťazce aktivujú pohyb ramena a lopatky dopredu a dozadu. Pri pohybe lopatky a ramena dozadu sa aktivuje u svalovej špirály najprv m. latissimus dorsi a m. trapesius. Pri pohybe lopatky a ramena smerom dopredu sa aktivuje u svalovej špirály m. serratus anterior alebo m. pectoralis major. Ide o prirodzené stabilizátory pohybu (dynamické stabilizátory) človeka vo vzpriamenej pozícii. Špirálna stabilizácia vytvára stabilitu v centre tela (panva, brucho, panvové dno, dolný hrudník, bránica) a uvoľňuje panvový a ramenný pletenec k pohybu. Ako príklad slúži práca rozsiahlym pohybom ramena, využívaná predtým v poľnohospodárstve, ale predovšetkým chôdza a beh s protipohybom ramien (Smíšek, 2008).

Špirálna stabilizácia má dva hlavné vplyvy na chrbticu. Prvým je trakcia, druhým dôležitým vplyvom je centrácia. Hovoríme o trakcii smerom kraniálne a centrácii vyrovnávajúcej chrbticu smerom do stredovej osi. Taktiež dochádza k zúženiu pásu. Ide o viditeľný fenomén poukazujúci na činnosť šikmých brušných svalov v čase pohybu (Smíšek, 2009).

Pre chôdzu, beh, zdravý šport a cvičenie SM je charakteristické striedanie špirálnej a vertikálnej stabilizácie. Špirála stabilizuje pohybovú fázu a pôsobenie vonkajších síl a vertikála stabilizuje pokojovú fázu. Ako príčinu bolesti chrbtice, preťaženia a degenerácie považujeme nesprávnu, náhradnú, vertikálnu stabilizáciu pohybu napriek tomu, že pohyb má stabilizovať špirála (Smíšek, 2009).

Trakcia chrbtice ťahuje chrbticu smerom kraniálnym. Týmto mechanizmom dochádza k regenerácii medzistavcových platničiek. Platničky tak nasávajú do seba tekutinu a zväčšujú svoj objem. Zároveň

dochádza k vzájomnému vzdialeniu sa medzistavcových kĺbov. Tlak na telá stavcov sa znižuje. Ide teda o pozitívny vplyv na regeneráciu platničiek a prevenciu osteoporózy a jej následkov (Smíšek, 2009).

Prístup k prirodzenej pohybovej liečbe a k dynamickému držaniu tela: Thun - Hohenstein

Autor odvodil z podrobnej analýzy spôsobu pohybu zástupcov rôznych živočíšnych druhov vrátane opíc až po vzpriameného dvojnožca – človeka zdroje rôznych patologických javov na ľudskom pohybovom aparáte a mimo neho. Navrhol tak cesty, ako ich odstraňovať a ako im čeliť. Podľa autora telo nie je v celej rozmanitosti druhov nič iné než produkt účelovo riadených foriem pohybu. Organický pohyb je starší ako jeho produkt – pohybový aparát. Vzhľadom na to musí byť možné pomocou pohybovej výchovy telo formovať k zdraviu (Pavlů, 2003).

Praktické vykonanie: prístup k prirodzenej pohybovej výchove a prirodzenému držaniu tela má väčšinou preventívny význam, ale jeho uplatnenie vo fyzioterapii tiež nie je zanedbateľné. Príčinu poklesu klenby nohy napr. videl v zníženej spolupatričnosti človeka s prírodou, ktorého „vynútené“ nosenie obuvi vedie k poruchám členkových kĺbov, Achillových šliach, kolien, bedrových kĺbov, chrčtice a ramenných pletencov. K odstráneniu týchto porúch nestačia bežné statické opatrenia. Je tu nutný dynamický prístup. Autor však bohužiaľ nezanechal sústavný opis svojho pohybového konceptu (Pavlů, 2003).

Špirálna dynamika: Larsen

Metodika bola vypracovaná švajčiarskym lekárom Dr. Christianom Larsenom ako trojdimenzionálny koncept pohybovej koordinácie človeka na anatomicko-funkčných podkladoch. Koncept vychádza z poznania skrutkovice, t.j. špirálového skrutkového usporiadania, ako základného štruktúrneho elementu pohybového aparátu. Trup predstavuje dvojité špirálu, to umožňuje špirálovité pohyby doprava a doľava. Horné a dolné končatiny tvoria jednoduché špirály, vyvinuté v protichodnom smere. Tento koncept sa usiluje o poznanie priestorových a časových sledov optimálnej koordinácie ľudského pohybu a ich integrácie do každodenných pohybových aktivít. V popredí stoja globálne funkčné vzájomné vzťahy ľudského pohybového systému (Pavlů, 2003).

Postup pri aplikácii špirálnej dynamiky je nasledovný: najskôr si otestujeme držanie tela pacienta a pohybovú koordináciu pri bežných denných činnostiach a cvikoch. Na základe zistení vykonávame sériu cvičení, ktoré trvajú približne 30 minút. Postupujeme od jednoduchých prvkov ku komplexnejším. Pacienta vedieme k uvedomeniu si zafixovaných pohybových vzorcov. Na začiatku sa osvedčuje pasívne vedenie pohybov, neskôr vykonávanie pohybov s pomocou a nakoniec s aplikáciou odporu. Pacient postupne prechádza na samostatné vykonávanie správne vedených pohybov. Najskôr v ľahu, potom v sede a nakoniec v stoj. Veľmi vhodné je využiť pri tejto metóde cvičenie s loptami. Záverečná fáza sa venuje integrácii naučených pohybov do komplexných pohybových vzorcov, uplatňujúcich sa v praktickom živote. Na konci jednotlivých lekcí sa zostavuje v spolupráci s pacientom trojsekundové cvičenie pre bežný život. Napr. podsadenie panvy pri čistení zubov (Pavlů, 2003).

Cvičenie s využitím lopty

Veľké lopty, ktoré využívame pri cvičení majú rôzne názvy, napr. „Pezziball“, „Gymnyball“, či „Fitball“. U lopty všeobecne využívame elasticko-dynamické vlastnosti, jej guľový tvar a dve styčné plochy – labilná lopta a stabilná podložka. Pre posilnenie HSS využívame loptu pre jej nestabilné vlastnosti, či už ako balančnú pomôcku, alebo na zlepšenie a tréning koordinácie, pri funkčnej stabilizácii chrčtice aj pri nácviku aktivácie zmyslového vnímania. Pri samotnom cvičení využívame rolovanie lopty na podložke, pohyb tela – vo vzťahu k podložke a k lopte, trvalé rovnovážne reakcie (balančné) a odľahčenie tela. Samozrejme, cvičenie je kontraindikované pri bolesti alebo tiež pri vysokom stupni osteoporózy a u stavov s ťažkými poruchami rovnováhy. Veľkosť lopty hrá dôležitú úlohu pri cvičení. Podstatným kritériom výberu lopty je, aby pri sede na lopte boli bedrové kĺby v polohe mierne nad kolennými kĺbmi, tiež tuhosť lopty, povrch pre cvičenie nekĺzavý – gumené podložky alebo nekĺzavé koberce. Cvičenie vykonávame pomaly, dôkladne, bez veľkého vynaloženia sily. Nesmie v žiadnom prípade vyvolávať bolesť. Cviky sa líšia stupňom náročnosti. U začiatočníkov je dôležitá pomoc fyzioterapeuta, z dôvodu správneho vykonania, ale aj bezpečnosti (Pavlů, 2003; Kumičáková, 2005).

Cvičenie s využitím pružných ťahov

Pružné ťahy vo fyzioterapii nachádzajú uplatnenie vo veľkom množstve konceptov. Zásľuhu na jednom z prvých cvičení má Alois Brugger, ktorý vypracoval ucelený systém cvičení s pomôckou Thera-Band v 70. rokoch minulého storočia. Súčasné pružné ťahy sa dajú charakterizovať ako produkty z čistého latexu. Ten dodáva pomôcke vysokú elasticitu, pevnosť proti pretrhnutiu a možnosť vyvíjať narastajúci odpor. K najčastejšie používaným pomôckam tohto druhu patria: gumové pruhy, ktoré majú šírku cca 15 cm, rôznych farieb, ktoré odlišujú veľkosť odporu danej gummy. Ďalšou používanou pomôckou sú gumové hadice s priemerom do 1 cm. Tie sa tiež vyrábajú v rôznych farbách, v závislosti od veľkosti odporu, ktorý kladú. Dĺžka pružných ťahov je rôzna a závisí od cieľa použitia (Pavlů, 2003).

Cvičenie s týmito ťahmi umožňuje vykonávať hlavne aktívne cvičenie proti narastajúcemu odporu. V rámci cvičenia môžeme pracovať s izometrickými, koncentrickými aj excentrickými kontrakciami svalov. Zároveň však môžeme využiť pružné ťahy aj v rámci asistovaných cvičení (Pavlů, 2003).



Obr.č. 2: Thera-Band (Thera-Band,2011)

Využívame ich na posilňovanie oslabených a uvoľňovanie skrátených svalov, na zlepšenie kĺbovej pohyblivosti, cvičenie koordinácie, funkčnej stabilizácie chrčtice a pri aeróbnom tréningu. Jedinou kontraindikáciou je alergia na latex, ostatné kontraindikácie vychádzajú vždy z danej diagnózy a voľby cviku (Pavlů, 2003).

Základné podmienky pri cvičení s pružnými ťahmi sú nasledovné. Jasné stanovenie cieľa terapie. Zvoliť si taký odpor pružného ťahu, aký zodpovedá aktuálnemu stavu pacienta. Dôležitá je inštrukcia pacienta a voľba metódy cvičenia a cvikov. Správna aplikácia pružného ťahu, aby bolo cvičenie cielené na danú oblasť, ktorú chceme ovplyvniť. Významná je aj voľba počtu opakovaní cvikov a kontrola efektu cvičenia (Pavlů, 2003).

Metodika senzomotorickej stimulácie podľa Jandu a Vávrovej

Metodika bola vypracovaná profesorom Jandom a rehabilitačnou pracovníčkou Vávrovou a vychádza z konceptu Freemana. Jej podstatou je, že hovorí o dvoch stupňoch motorického učenia: 1. stupeň: snahou je zvládnuť nový pohyb a vytvoriť základné funkčné spojenie. Toto sa deje počas výraznej kortikálnej aktivity. Riadenie činnosti na tejto úrovni je výrazne náročné a únavné. Preto je tu snaha presunúť riadenie na nižšiu úroveň. 2. stupeň: je menej únavný a rýchlejší proces. Riadenie vykonáva na úrovni podkôrových regulačných centier. Nevýhodou však je, že ak dôjde k zafixovaniu stereotypu na tejto úrovni, dá sa to následne len veľmi ťažko ovplyvniť (Pavlů, 2003).

Cieľom metódy je dosiahnuť reflexnú, automatickú aktiváciu požadovaných svalov v takom stupni, aby pohyby nevyžadovali výraznejšiu kortikálnu kontrolu. Len ak dosiahneme subkortikálnu kontrolu aktivácie najdôležitejších svalov, budeme mať záruku, že tieto svaly budú aktivované v potrebnom stupni a časovom úseku tak, ako si to vyžaduje optimálne a najmenej zaťažujúce vykonanie pohybu. Touto metódou tiež dokážeme ovplyvniť základné pohybové vzory človeka ako je stoj a chôdza (Dobošová, 2007).

Metodika využíva facilitáciu proprioreceptorov niekoľkých základných oblastí, ovplyvňujúcich riadenie stoja a aktiváciu spino-cerebello-vestibulárnych dráh. Pracujeme s facilitáciou kožných receptorov, plosky nohy a šijových svalov (Pavlů, 2003).

Pri aplikácii metódy sa využíva množstvo pomôcok, ktorými sú guľové a valcové výseče, balančné sandále, fitter, balance pad, točne, mini trampolína, indoboard a balančné lopty. Tiež využívame Posturomed a bossu (Pavlů, 2003).



Obr.č.3: Posturomed

Cvičenie vykonávame prevažne vo vertikále. Samotné cvičenie predchádzajú postupy, ktoré vedú k úprave funkcie periférnych štruktúr. Potrebujeme tak zaistiť ich normálnu funkciu. Postup pri cvičení je nasledovný. Postupujeme od distálnych častí proximálne. Teda začíname korekciou chodidla, kde nacvičujeme tzv. malú nohu (vymodelovanie pozdĺžnej a priečnej klenby), ďalej korigujeme koleno, panvu, hlavu a ramená. Pred začiatkom senzomotorickej stimulácie dbáme tiež na reedukáciu aktívneho a pasívneho pohybu kĺbov, prípravu šliach, svalov, kĺbných puzdier, správnu polohu pacienta, sledovanie dolných končatín a držania tela a samozrejme udržanie pozornosti a spolupráce pacienta (Pavlů, 2003; Gúth, 1998).

Prvým krokom pri nácviku, je zvládnutie malej nohy. Po zvládnutí tzv. malej nohy a korigovaného držania na pevnej podložke zvyšujeme náročnosť cvičenia. Pridávame cviky na výsečiach, najprv na valcovej a neskôr na guľovej. Zo začiatku cvičíme na oboch končatinách, postupne sťažujeme cvičenie a prechádzame len na jednu končatinu. Náročnosť cvikov zvyšujeme na oboch dolných končatinách aj na jednej tzv. postrkovaním. Postrkovanie vykonáva fyzioterapeut, pričom môžeme zaradiť k zvyšovaniu náročnosti aj hádzanie loptičky alebo podrepy. Ďalším prvkom metodiky je nácvik zadných a predných polkrokov. Toto vykonávame znovu od najjednoduchších postupov na pevnej podložke, k nácviku na valcovej výseči, guľovej až postupne k nácviku výpadov a výskokov. Ďalším stupňom náročnosti je nácvik chôdze v balančných sandáloch. Tiež postupujeme od nácviku stoja, prešľapovania na mieste až po vlastnú chôdzu v rôznych smeroch. Jedným z prvkov metodiky je aj cvičenie na trampolíne. Cvičíme vo vertikále, napr. výskoky s odpružením chodidiel. Zaraďujú sa však aj iné cviky napr. na točni, kde sa precvičuje najmä svalstvo bedrových kĺbov, chrbta a brucha. Tiež na fitteri, ktorý nám umožňuje kĺzavé pohyby do strán u stojaceho, sediaceho či kľaciaceho pacienta, alebo cvičenie na balančných loptách (Pavlů, 2003; Gúth, 2004).

Pravidelným zaradením senzomotorického tréningu na nestabilných plochách sa zlepšuje celková pohybová koordinácia a optimalizuje sa posturálna stabilita. Taktiež sa zlepšuje východisková poloha, a tým sa vytvára a fixuje v podkôrových centrách nová, zlepšená posturálna situácia bez nociceptívnych podnetov (Dobošová, 2007).

Posturálny tréning pomocou tyče Propriomed

Synergická aktivácia svalov je predpokladom každého stabilného držania tela a cieleného pohybu. Cvičenie s tyčou Propriomed podporuje prostredníctvom impulzov vo veľkých stimulačných dávkach cielene túto synergickú súčinnosť intersegmentálnych svalov dolnej časti chrbtice. Tieto svaly sú zanedbávané a najviac namáhané. Cvičenie zaisťuje pomocou aktivácie svalov nôh, panvového pletenca, brušných, sedacích, prsných a tiež ramenného pletenca stabilizáciu a správne držanie tela. Štandardnými cvikmi je možné aktivovať svalstvo rôznych kľúčových miest na tele potrebných pre

stabilizáciu vzpriameného držania tela. Svaly preťažené monotónnym držaním tela sa uvoľnia a ostanú voľné aj pri námahe. Pomocou nastaviteľných regulátorov frekvencie a tlmiacich dielov, ktoré sú súčasťou tyče, je možné stimulovať svalstvo podľa individuálneho stupňa výkonnosti. Táto stimulácia je rozhodujúcim faktorom, lebo len tak je zaistená presne určená aktivácia, vhodná pre segmentálne svalstvo a dosiahnutie potrebných terapeutických účinkov (Putá, 2007).

Záver

Výskumy potvrdili, že u pacientov s chronickými bolesťami chrbta je porušená funkcia hlbokého stabilizačného systému chrbtice. Ak teda chceme zabezpečiť správnu súhru a koordináciu povrchových a hlbokých svalov pri pohybe, ale aj počas statickej záťaže a dosiahnuť zmiernenie vertebrogénnych ťažkostí, musíme sa zamerať na ovplyvnenie stabilizačných funkcií chrbtice, čiže na posilnenie hlbokého stabilizačného systému. Lewit a Lepšíková uvádzajú, že svaly sú tiež pôvodcom reťazových reakcií, o ktorých poznatky nám umožňujú postupovať oveľa cielenejšie. Neuromuskulárne mobilizačné techniky dávajú možnosť pomocou pacientových svalov, postupovať terapeuticky správne. Súhrnne, techniky aktivácie HSS nám dávajú do rúk najúčinnější spôsob normalizácie funkčných porúch. Spektrum metodík využívaných na ovplyvnenie HSS je veľmi široké a umožňuje nám vybrať adekvátnu metodiku a spôsob terapie podľa individuálnych potrieb pacienta.

Použitá literatúra

1. DOBOŠOVÁ, D. Proprioceptívny tréning. In. *Rehabilitácia*. ISSN 0375-0922. 2007, roč. 44, č. 4.
2. DVOŘÁK, R., HOLIBKA, V: Strukturální a funkční spojení bránice a svalů břišní stěny. In. *Rehabilitácia*. ISSN 0375-0922. 2006, roč. 43, č. 2.
3. GÚTH, A. A KOLEKTÍV. *Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov*.
4. Bratislava: Vydavateľstvo : LIEČREH GÚTH, 2004. 470 s. ISBN 80-88-932-16-5.
5. GÚTH, A. A KOLEKTÍV *Výšetrovacie a liečebné metodiky pre fyzioterapeutov*.
6. Bratislava: Vydavateľstvo: LIEČREH GÚTH, 1998. 448 s. ISBN 80-88932-02-5.
7. KOCIOVÁ, K. *Kineziológia a patokineziológia*. 1.vyd. Prešovská univerzita v Prešove. [online] 2008. 26s. [cit. 15.12.2010] Dostupné na internete:
8. http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_materialy/svk/posturalna_stabilizacia.pdf.
9. KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1.vyd. Galén. Praha. 2009. 1400 str. ISBN 978-80-72-62-657-1.
10. KUMIČÁKOVÁ, A. Cvičenie na lopte, literárny prehľad, kritické prehodnotenie pre potreby rehabilitácie. In *Rehabilitácia*. ISSN 0375-0922. 2005. roč.42, č. 3.
11. LEWIT K., LEPŠÍKOVÁ M. Chodidlo – významná časť stabilizačného systému. In *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. ISSN 1211-2658. 2008. č.3.
12. PAVLŮ D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. 2. opravené vydání. Brno. Akademické vydavatelství Cerm, s.r.o.:2003, s. 239, ISBN: 80-7204-312-9.
13. POSTUROMED [online] [cit. 16.3.2016] Dostupné na internete:
14. <http://www.posturomed.sk/uploads/wysiwyg/Posturomed/posturomed-202-cvicenie.jpg>
15. PUTA, CH., HERBSLEB, M. *Propriomed*. 1.vyd. HEIDER BIOSWING, 2007. 21s.
16. SMÍŠEK, R. SMÍŠKOVÁ K. *Spirální stabilizace*. Léčba a prevence bolestí zad. Praha: MUDr. Richard Smíšek. 2009. 144 . ISBN 978-80-904292-0-8.
17. SUCHOMEL, T. Stabilita v pohybovém systému a hluboký stabilizační systém – podstata a klinická východiska. In. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. ISSN 1211-2658 . 2006, roč. 13, č. 3, s. 112-124.

Kontakt na autora:

Mgr. Katarína Urbanová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce

sv. Alžbety v Bratislave

MIGRACE A ZDRAVÍ

¹Vavrošová, J., ²Závacká, I., ³Blahutová, P.

¹

¹[Ústav urgentní medicíny a forenzních oborů](#)

²[Katedra biomedicínských oborů](#)

³[Ústav urgentní medicíny a forenzních oborů](#)

Lékařská fakulta Ostravské Univerzity v Ostravě

Abstrakt

Současná doba a migrace zvyšují jak možnost kontaktu s cizinci, tak i nebezpečí přenosu infekčních či parazitárních onemocnění, protože mnoho migrantů pochází z územních celků, kde se vyskytují onemocnění, která nejsou v Evropě běžná. V tomto ohledu je nutné si uvědomit rizika, která jsou s migrací spojená. Jako rizikové můžeme vnímat nekontrolovatelné migrační toky, které souvisí s politikou Schengenského prostoru a ovlivňují jednak vstup cizinců na území členských států EU a jejich další volný pohyb v rámci tohoto teritoria. Zde je rovněž nutné zmínit například ne zrovna příznivý vývoj v oblasti sexuálně přenosných infekcí či TBC, kde cizinci představují asi třetinu onemocnění u nově diagnostikovaných případů.

Klíčová slova: cizinec, migrace, veřejné zdraví, zdravotní péče.

Abstract

Current time and migration increase the possibility of contact with foreigners, as well as the risk of transmission of infectious diseases or parasite infections, since many migrants come from territories, where there are diseases that are not common in Europe. In this regard, it is necessary to realize the risks that are associated with migration. As a risk we can perceive any uncontrolled migration, associated with the policy of the Schengen area, which affect the entry of foreigners on the territory of EU Member States and further free movement within this territory. Here it is also necessary to mention, for example, not very favorable developments in the field of sexually transmitted infections and tuberculosis, where foreigners represent about a third of all newly diagnosed cases.

Keywords: foreigner, migration, public health, health care.

Úvod

Zdraví je prioritou pro všechny obyvatele světa bez rozdílu národnosti, pohlaví a věku. Všechny země Evropské unie (EU) sdílejí společné hodnoty jako například právo všech občanů na stejnou úroveň zdravotní péče, ale každá země EU si volí zdravotní politiku, která nejlépe vyhovuje jejím podmínkám. Z toho logicky vyplývá potřeba spolupracovat při řešení problémů, od migrace obyvatel, plošného očkování, až po epidemie různého druhu.

Nemoci navíc neznají hranice, a to zejména v globalizovaném světě, kde mnoho osob cestuje na velké vzdálenosti v krátkém časovém intervalu, což může způsobit přenos závažných onemocnění, která se mohou následně rychle šířit. (1)

Pravidla vstupu a pobytu cizince na území EU

Z toho důvodu může být zdraví a zdravotní stav osob v EU ovlivněn mnoha aspekty, mezi které patří nekontrolovatelné migrační toky, které souvisí s politikou Schengenského prostoru, ovlivňující jednak vstup cizinců na území členského státu EU a následnou možnost volného pohybu v rámci tohoto teritoria.

Občané EU se mohou v rámci celého Schengenského prostoru volně pohybovat a při jejich vstupu do EU jsou kontrolováni jen minimálně. I když občané třetích zemí jsou při vstupu do EU podrobeni tzv. důkladné kontrole a musí prokázat svou totožnost, platnost cestovního pasu a také splnění všech dalších nezbytných podmínek pro vstup do země EU. (6) Jakmile získají vízum, které je v současné době jednotné a platí napříč všemi členskými státy na dobu 3 měsíců, mohou se následně volně a nekontrolovatelně pohybovat na území všech členských států, pokud nejsou na seznamu tzv. nežádoucích osob. (7)

Dalším faktorem, který může velmi negativně ovlivňovat jednak šíření infekcí a jednak zvýšenou incidenci u mnoha infekčních onemocnění, je v současné době právě nelegální migrace. Do roku uzavření Schengenské smlouvy, byli nejčastějšími nelegálními migranty občané Vietnamu, Ukrajiny a Číny. Po zavedení schengenského prostoru jsou to hlavně občané Sýrie, Ukrajiny a Vietnamu. (8, 9, 10) Migrace bývají velmi často ekonomické a ve většině případů se stává, že cizinci cestují do ekonomicky silných západních zemí, a Slovensko nebo ČR je pro ně často jen přestupní stanicí, nikoliv cílem. Celkem často se stává, že Ukrajinci nebo Čečenci zažádají o azyl v Polsku, kde by měli zůstat a čekat na vyřízení azylové žádosti. Bohužel, jen co získají průkazku žadatele o azyl, tranzitují dále do Rakouska nebo Německa. V okamžiku vyřízení žádosti dávno pobývají v jiné členské zemi. (11)

Veřejné zdraví a vstup cizinců do země a importované nemoci

Protože četná onemocnění mohou znamenat ohrožení veřejného zdraví, je nutno regulovat vstup jedinců trpících nebezpečnou nákazou již při vstupu do země. Například v české legislativě je umožněno dle zákona 326/1999 Sb. O pobytu cizinců na území České republiky a dle § 182a odst. 1, regulovat vstup cizinců, je-li „*důvodné podezření, že cizinec trpí nemocí, která je uvedena v seznamu stanoveném vyhláškou Ministerstva zdravotnictví*“ (§182a odst. 1); (2) a tím ohrožuje veřejné zdraví.

U vstupu stačí k odmítnutí jen podezření na některou z nemocí, které ohrožují zdraví. Pro vyhoštění během pobytu už nestačí pouhé podezření, ale cizinec musí být skutečně nemocen, a tím ohrožovat veřejné zdraví. Podmínkou také je, že k tomuto onemocnění dojde do 3 měsíců, po vstupu na území. Tyto nemoci pak musí být obsaženy ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 274/2004 Sb., vydané dle § 182a. Jedná se o nemoci ohrožující veřejné zdraví a nemoci podléhající hlášení dle Mezinárodního zdravotního řádu jako vysoce nebezpečné nákazy, jako např. MERS, SARS, „*pravé neštovice, tuberkulóza, v aktivním stadiu mikroskopicky nebo kultivačně pozitivní nebo s tendencí rozvinutí, dále syfilis nebo jiné infekční nemoci, pro které stanovil správní úřad k ochraně před jejich zavlečením ochranná opatření. Nemoci a postižení ohrožující veřejný pořádek, dále duševní poruchy, poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek a deliria či impulzivní stavy a další nemoci spojené s chováním ohrožujícím druhé osoby, které se projevuje násilím nebo chováním projevujícím se ničením, nebo jejich důvodnou hrozbou*“. (3)

Veřejné zdraví stejně tak jako naše zdraví osobní, může být ovlivněno mnoha faktory. Jednak dodržováním preventivních opatření u obyvatel EU při cestování a o dovolené. A dále dodržování povinných zdravotnických prohlídek u osob žádajících o azyl a dále požadování lékařské zprávy o zdravotním stavu u osob pocházejících z rizikových oblastí

Proto se u všech cizinců ze zemí jako Keňa, Kongo, Moldavsko, Mongolsko, Nigérie, Pákistán, Turkmenistán, Tádžikistán, Uzbekistán, Ukrajina a Vietnam sleduje výskyt TBC, výskyt pohlavních nemocí a HIV/AIDS u žádostí o udělení víza k pobytu a u žádostí o povolení k dlouhodobému pobytu se vyžaduje lékařská zpráva, která stanoví, že cizinec netrpí TBC, syfilis a HIV infekcí.

I když bylo zavedeno toto opatření, je stále možné zanesení chorob, jako TBC nebo AIDS příslušníky jiných států. HIV nás může ohrožovat velkou měrou, protože například u Ukrajinců, byla zjištěna nejvyšší úroveň HIV infekce v Evropě a prevalence HIV na Ukrajině mezi uživateli drog přesahuje 60 %. Zákeřností tohoto onemocnění je bezpříznakové počáteční stadium a velmi dlouhá inkubační doba. Jedinci bez příznaků pak představují největší nebezpečí dalšího šíření. (15) Riziko zanesení TBC může být snižováno rentgenovým vyšetřením u žadatelů o azyl a ilegálních imigrantů. (15)

Vzestup incidence onemocnění – aktuální stav v SR a ČR

Přenos parazitárních a infekčních onemocnění souvisí s migrací, protože mnoho migrantů pochází z územních celků, kde se vyskytují onemocnění, která nejsou v Evropě běžná. (3)

Vývoj v oblasti sexuálně přenosných infekcí je jak na Slovensku, tak v ČR v posledních letech velmi nepříznivý. V ČR i přes nízké celkové počty případů infekcí HIV, syfilis a kapavky v řádech stovek až tisíců za rok, je patrný výrazný vzestup počtu těchto infekčních onemocnění (např. nárůst nových ročních záchytů HIV z 63 případů v r. 2003 až na 212 případů v r. 2012, tj. 336% vzestup). (4)

Na Slovensku bolo v roce 2014 zaznamenané celkom 83 nových prípadů AIDS. Od začátku monitorování prípadů HIV/AIDS v SR od roku 1985 do 31. 12. 2014 bylo toto onemocnění zaznamenané celkom u 722 občanů – občanů SR i cizinců. (16)

V prípade syfilis, predstavujú onemocnění u cizinců asi tretinu všech nově diagnostikovaných případů. V prípade ČR stoupl výskyt tohoto onemocnění velmi rychle v rozmezí let 1990 až 2000, incidence se zvýšila šestkrát. Z výše uvedených důvodů, a to na základě iniciativy Ministerstva zdravotnictví a hlavního hygienika, byla roku 2009 nařízena povinnost předložit spolu s vízem potvrzení, že cizinec netrpí infekcí syfilis nebo tuberkulózou (TBC). (5, 6)

Výskyt případů syfilis na Slovensku má za posledních 10 let stoupající tendenci. V roce 2014 bylo vykázano 370 případů syfilis (6,83/100 000), v porovnání s rokem 2013 (300 onemocnění, 5,54/100 000) došlo k vzestupu výskytu celkom o 23,3%. (16)

V oblasti gonokokových infekcí byl za poslední desetiletí na Slovensku rovněž zaznamenaný zvyšující se trend výskytu. V roce 2014 bylo zaznamenané 449 případů gonokokových infekcí (8,29/100 000), což oproti roku 2013 představuje vzestup o 34,4%. (16)

ČR patří v mezinárodním srovnání k zemím s nízkým výskytem TBC, a i navzdory změnám v očkování dětí, je jeho incidence nízká a je zaznamenaný jeho dlouhodobý stabilní pokles. Můžeme tedy říci, že narůstající počet cizinců v populaci ČR, nezvyšuje riziko onemocnění touto chorobou, i když podíl cizinců mezi nemocnými se zvyšuje a podíl cizinců na výskytu TBC je významný. (5)

Důležité je rovněž sledovat vývoj v oblasti výskytu onemocnění jako jsou spalničky, příušnice nebo černý kašel.

Na Slovensku byl zaznamenaný vzestup u onemocnění černým kašlem. V roce 2010 byla zjištěna vůbec nejvyšší nemocnost za období posledních 10 let. V roce 2014 bylo nahlášeno 1123 onemocnění, tedy nemocnost 20,73 na 100 000, což je meziroční vzestup o 23,81%. V roce 2014 rovněž pokračovala epidemie příušnic v oblasti východního Slovenska (nemocnost 28, 78 na 100 000 obyvatelů)

Dle hodnocení WHO patří Slovensko mezi státy s nízkou incidencí tuberkulózy, výskyt případů tohoto onemocnění v roce 2014 byl 5,96 na 100 000.

Virová hepatitida typu B (VHB) se na Slovensku v posledním desetiletí udržuje na nízké úrovni. V roce 2014 bylo zaznamenané 85 onemocnění akutní VHB (1,57 na 100 000), což znamená 15% vzestup v porovnání k roku 2013. (16)

Ochrana veřejného zdraví a migrace

Přenosné nemoci, jako tuberkulóza, spalničky a chřipka, vážně ohrožují lidské zdraví. Jejich výskyt není omezen státními hranicemi, a pokud proti nim nejsou přijímána efektivní opatření, mohou se rychle šířit. Objevují se nová onemocnění jako MERS nebo SARS (těžký akutní respirační syndrom). Jedná se například o tuberkulózu s mnohočetnou lékovou rezistencí a onemocnění způsobené bakterií *Staphylococcus aureus* rezistentní vůči methicilinu.

Evropa nejen jako regionální celek sousedících států, ale i jako celek správní, musí na tyto hrozby reagovat co nejefektivněji. Klíčový význam pro minimalizaci rizik, kterým čelíme, by měla mít úzká spolupráce členských států, evropských orgánů, jako je Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí, a mezinárodních organizací, například Světové zdravotnické organizace. (12)

Hlavním cílem EU je zavést účinné systémy zdravotního dozoru, mechanismy včasného varování a strategie prevence, aby bylo možno na tyto hrozby okamžitě reagovat. Pro zajištění odpovídající reakce na úrovni unie má klíčový význam rychlé zjištění vznikajících přenosných nemocí, jejich ohnisek a pružné sdílení informací o jejich možném rozšíření v mezinárodním měřítku.

Od roku 1999 funguje síť epidemiologického dozoru a kontroly přenosných nemocí, jejímž úkolem je sledovat a rychle odhalovat případné hrozby pro zdraví v EU, aby bylo možné rychle spustit ochranné mechanismy. Síť je tvořena orgány veřejného zdraví, které odpovídají za dozor, a následné řešení situace v členských státech. Od května 2005 je v provozu Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí. (13, 14)

Na Slovensku byl zaznamenaný vzestup u onemocnění černým kašlem, v roce 2010 byla zjištěna vůbec nejvyšší nemocnost za období posledních 10 let. V roce 2014 bylo nahlášeno 1123 onemocnění, tedy

nemocnosť 20,73 na 100 000, čo je medziročný vzestup o 23,81%. V roku 2014 rovněž pokračovala epidemie príušnic v oblasti východného Slovenska (nemocnosť 28,78 na 100 000 obyvateľů)

Dle hodnotení WHO patrí Slovensko medzi štáty s nízkou incidenciou tuberkulózy, výskyt prípadů tohoto ochorenia v roku 2014 bol 5,96 na 100 000.

Virová hepatitída typu B (VHB) sa na Slovensku v poslednom desaťročí udržiava na nízkej úrovni. V roku 2014 bolo zaznamenané 85 ochorení akútnej VHB (1,57 na 100 000), čo znamená 15% vzestup v porovnaní k roku 2013. (16)

Záver:

Problém cizinců a migrantů se stává stále aktuálnější. V současnosti získávají novou zkušenost s imigrací i země, které měly dříve zkušenost spíše s emigrací jako SR nebo ČR. Stoupající počty migrantů nesouvisí jen s problémy ekonomickými, politickými a sociálními, ale také se mohou projevit v oblasti zdravotnictví. Ze statistik vyplývá, že 45% přírůstku vyspělých zemí včetně Evropy tvoří imigranti. V 2. Polovině 20. století v evropských zemích, do nichž byla emigrace nejsilnější (Německo, Velká Británie, Francie) začíná vznikat a rozvíjet se studium migračních procesů včetně otázek spojených s adaptací migrantů v novém prostředí a jejich integrace do majoritní společnosti. Mezi oblastmi, které hrají důležitou roli v integraci patří několik složek, a to právní systém, bydlení, zaměstnání, zdravotní péče, sociální zabezpečení, vzdělání, kultura i náboženství.

Seznam literatury:

1. PORTÁL EVROPSKÉ UNIE [online]. 1995, 26/05/2011 [cit. 2011-06-12]. Veřejné zdraví. Dostupné z WWW: <http://europa.eu/pol/health/index_cs.htm>.
2. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon 326/1999 Sb.: o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů. In Sbírka zákonů, Česká republika. Ze dne 30. listopadu 1999, HLAVA II, s. 2.
3. PÉČE O CIZINCE V ORDINACI LÉKAŘE V ČR. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, 100 s. ISBN 80-866-2512-5
4. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Tuberkulóza a respirační nemoci [online]. 2012, 2015 [cit. 2015-06-17]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/tuberkuloza-cr>
5. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K., State of art report Czech Republic MIGHEALTHNET in the CR [Internet]. Prague: Charles University, First Faculty of Medicine – Institute of Public Health
6. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. In: Sbírka zákonů České republiky. 2000, č. 258.
7. NESVADBOVÁ, L. Study of economic migrants' health status and social problems in 1996-1999. The final research report. Prague: Ministry of Health of the Czech Republic; 2000
8. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Zpráva o zdraví: obyvatel České Republiky [online]. Praha, 2014, 160 s. [cit. 2015-05-05]. Dostupné z:
9. file:///C:/Users/Vavrosova/Downloads/Zpr%C3%A1va_o_zdrav%C3%AD_obyvatel_%C4%8CR_2014.pdf
10. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní ošetrovateľství 1. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-
11. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K., Migrants' health and access to healthcare in the Czech Republic. Central European journal of public health [online]. Prague: Czech Medical Association J. E. Purkyně, 2011, (3): 134-138 [cit. 2015-06-10]. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/cejph/archiv/2011-3-04-full.pdf>
12. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. Pojistné na zdravotní pojištění [online]. 2015, 2015 [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/otazky-a-odpovedi/pojistne-na-zdravotni-pojisteni/81/cizinci-mimo-eu-pracujici-v-cr-jake-pojisteni%20-%20komer%C4%8Dn%C3%AD%20poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD%2030.000>
13. Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2009-2010. Praha: Státní zdravotní ústav, 2011. ISBN 978-80-7071-318-1. Dostupné z: http://www.aids-hiv.cz/aktuality_files/rocenka_HIV-AIDS_2009-2010.pdf

14. Veřejné zdraví: Přenosné nemoci. ŘEDITELSTVÍ PRO VEŘEJNÉ ZDRAVÍ A HODNOCENÍ RIZIK. Evropská komise[online]. 2015 [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/communicable_diseases/portal/index_cs.htm
15. WHO. Data on the size of the epidemic: Number of people (all ages) living with HIV [online]. World Health Organization, 2011 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: <http://apps.who.int/ghodata/>
16. USTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Pohlavní nemoci: Zdravotnická statistika ČR. Praha: UZIS ČR, 2011, 40 s. ISBN 978-80-7280-948-6. Dostupné z: <http://www.google.cz/cse?cx=002651195016181801082:vaw3rioc5ky&q=pohlavn%C3%AD%20nemoci#gsc.tab=0&gsc.q=pohlavn%C3%AD%20nemoci&gsc.page=1>
17. Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2012 – 20. In: Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej Republiky [online]. 2015 [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/Sprava_o_zdravotnom_stave_obyvatelstva_SR_za_roky_2012_2014.pdf

Kontakt na autora:

Mgr. Jana Vavrošová

Ústav urgentní medicíny a forenzních oborů Lékařská fakulta OU, Ostrava

email: jana.vavrosova@osu.cz

MULTIKULTÚRNE ASPEKTY V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

Vitková M.,^{1,2} Argayová I.,¹ Boguská D.,^{1,2} Medvecová E.

¹ Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove,

² FALCK Záchranná a.s.

ABSTRAKT

Cieľom príspevku je priblížiť oblasť multikultúrneho ošetrovateľstva, poukázať na špecifiká ošetrovania pacientov iných kultúr a zistiť, či existujú rozdiely medzi sestrami vo vybraných zdravotníckych zariadeniach na Slovensku a v Čechách v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva.

Kľúčové slová: Multikulturálne aspekty. Multikulturálne ošetrovateľstvo. Špecifiká ošetrovateľskej praxe

ABSTRACT

The aim of this thesis was to bring the area of multicultural nursing, highlight the specifics treat patients of other cultures and determine whether there are differences between nurses in selected health facilities in Slovakia and the Czech Republic in the field of multicultural nursing.

Key words: Multicultural aspects. Multicultural nursing. Specifics of nursing practice.

ÚVOD

Multikultúrne ošetrovateľstvo je komparatívny, humanistický, praktický a teoretický odbor zameraný na podobnosti a rozdiely starostlivosti o rôzne kultúry s ich súborom hodnôt, životných zvyklostí a presvedčení, s cieľom poskytovať vhodnú, účinnú a individuálnu podporu v zdraví a chorobe“ (Simočková, 2012, s. 23). Základom sa stala teória kultúrne zhodnej starostlivosti postavenej na všestrannosti a rozmanitosti, kde sa predpokladá, že každý človek má právo na vlastné kultúrne hodnoty, vieru a potreby (Kabátová a kol., 2011).

MULTIKULTÚRNE ASPEKTY V OŠETROVATEĽSTVE

Vo všeobecnosti môžeme povedať, že transkultúrne chápanie kompetencií v ošetrovateľstve predpokladá poznať a pochopiť odlišnú kultúru a neštandardné podmienky. Farkašová a kol. (2005) ďalej uvádza, že je dôležité tiež posilňovať interakcie medzi sestrami a jedincami s odlišnou kultúrou, ktorá vyžaduje vzájomné pochopenie, poznávanie, akceptovanie, spoluprácu, ochotu vymieňať si názory, myšlienky, návrhy a možnosti riešení.

Nasledujúcimi aspektmi sestra zabezpečí pacientovi optimálne bytie: telesnú, medziľudskú, spoločenskú, psychickú, etickú a duchovnú pohodu. Sestra je preto vo svojej práci povinná:

- upevňovať zdravie a predchádzať chorobám,
- zlepšovať zdravotný stav a rozvíjať sebestačnosť,
- napomáhať ku zmysluplnému životu v zdraví a chorobe (Líšková, Nádaská, 2006).

Najčastejšie sa stretávame s pacientmi z nižšie prezentovaných kultúr, kde zaznamenávame široké spektrum kultúrnych rozdielov.

Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o arabskú kultúru

Pre arabskú kultúru je typický islam, jedno z najrozšírenejších svetových náboženstiev, ktorý ovplyvňuje myslenie a správanie jeho vyznávačov. Asi najväčším špecifikom u žien, ktoré ich už na prvý pohľad odlišuje, je ich odev, ktorý ich zahaľuje (Simočková, 2012). U Moslimov sú zakázané všetky výrobky z bravčového mäsa, niekedy aj alkohol. Zomierajúci musí vyznať svoje hriechy a prosiť o odpustenie. Islam podporuje predlžovanie života aj u nevyliciteľne chorých. Starostlivosť o moslimských pacientov je špecifická, odráža sa od kultúry a postojov, tradícií, ktoré sú ovplyvnené Koránom. Aj pri príchode do iných krajín vrátane Európy, striktné dodržiavajú svoju kultúru a tradície vo všetkých oblastiach života, vrátane zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Moslimskí pacienti nie sú ochotní prispôbiť sa kultúre iných krajín (Líšková, Nádaská, 2006).

Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o židovskú kultúru

Židovský zákon vyžaduje, aby Židia vyhľadávali kvalifikovanú medicínsku starostlivosť. Ortodoxní a konzervatívni Židia sa riadia predpisom o tzv. kóšer stravy, ktorá zakazuje bravčové mäso, mäso mäkkýšov, konzumovanie mliečnych výrobkov spolu s mäsom. Vo väčšine tieto predpisy striktne dodržiavajú. Ctia si tiež sabat (sobotu) a to od piatkového večera po sobotný západ slnka. V tomto čase, ale aj cez hlavné židovské sviatky môžu odmietnuť hospitalizáciu alebo sa podrobiť lekárskemu zákroku, ak je to nevyhnutné na záchranu života. Pre Židov je veľmi dôležité súcitenie s blížnym – nie ľútosť, ale láska bola vždy motívom židovskej dobročinnosti (Špirudová a kol., 2004).

Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o Vietnamicov

Vietnamská kultúra je ovplyvňovaná dvomi kultúrami: čínskou a indickou. Vietnamci si svoju kultúru uznávajú a chránia. Životnú filozofiu určuje rovnováha a harmónia – jin a jang (Sedláková, 2005). Veľký dôraz kladú na dodržiavanie tradícií pri príprave jedál, u ktorého sa zide celá rodina a riešia najdôležitejšie otázky. Veľký dôraz kladú Vietnami na vzdelanie. Pri rozhovore je nezdvorilé dívať sa im priamo do očí, pretože môže to vyjadrovať povýšenosť. Pokiaľ je to možné, uprednostňujú sprchu ráno a to každý deň. Osobná hygiena je pre vietnamských pacientov dôležitá a radšej si ju urobia sami, avšak uprednostňujú súkromie. Jedia 3x denne, pričom obed a večera sú hlavné jedlá. Keď sú chorí jedia teplé jedlo, majú radi listnatú zeleninu a ovocie, ryžu jedia s každým jedlom (Špirudová a kol., 2004).

Na základe zistených údajov sestra poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť prispôbenú špecifickým potrebám daného pacienta. Migrácia neustále stúpa a v zdravotníckych zariadeniach na celom svete sa stále viac a viac stretávame s príslušníkmi jednotlivých skupín. Preto sme sa rozhodli zaoberať týmto problémom a zistiť aké vedomosti a skúsenosti majú sestry nielen na Slovensku ale aj v Čechách s danou problematikou a aké sú hlavné prekážky pri ošetrovateľskej starostlivosti o týchto pacientov.

Hlavným problémom prieskumu:

Aké názory prevládajú u sestier z nemocnice v Ostrave v Čechách a z nemocnice v Kropáčoch na Slovensku v spojitosti s multikultúrnym ošetrovateľstvom pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti?

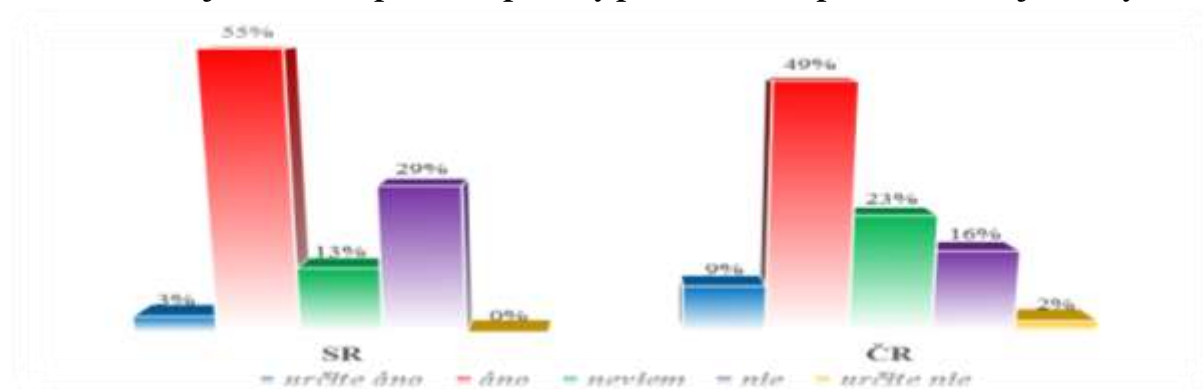
Charakteristika výberového súboru.

Prieskumný súbor tvorilo spolu 136 respondentov – sestier a to 93 sestier z nemocnice v Kropáčoch zo Slovenskej republiky a 43 sestier z nemocnice v Ostrave z Českej republiky. Sestry boli zaradené do prieskumnej vzorky na základe zámerného výberu, s rôznou dĺžkou odbornej praxe, rôzneho veku a s rôznym stupňom vzdelania.

Vysvetlivky: SR – Slovenská republika, ČR – Česká republika

Z prieskumu vyberáme:

Otázka č.1 Zaujímate sa o špecifické potreby pri ošetrovaní pacientov z inej kultúry?

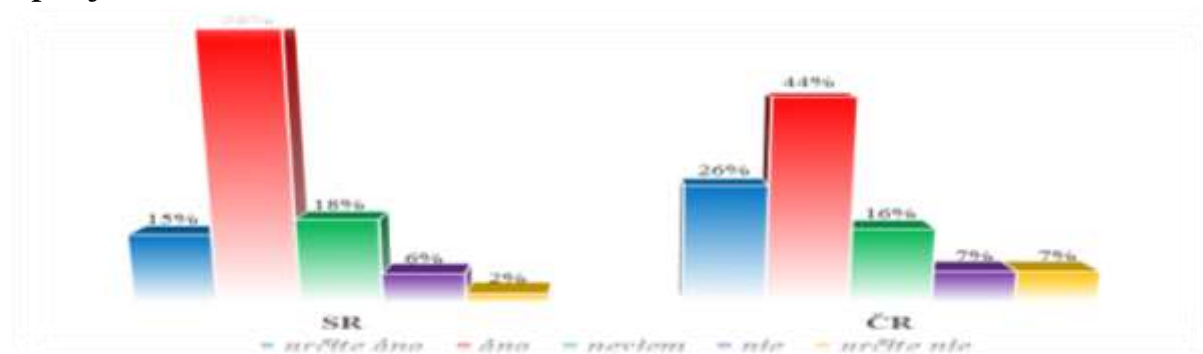


Graf 1 Záujem respondentov o špecifické potreby pri ošetrovaní pacientov inej kultúry

(Zdroj : vlastné spracovanie)

Graf 1 poukazuje na fakt, že 55% sestier má a 3% určite má záujem o špecifické potreby, avšak 29% sestier je presvedčených, že nemá záujem. V ČR podobne ako v SR, to znamená, že 49% sestier má a 9% sestier určite má záujem o špecifické potreby. O špecifické potreby nejaví záujem 16% sestier a 2% určite nemajú záujem.

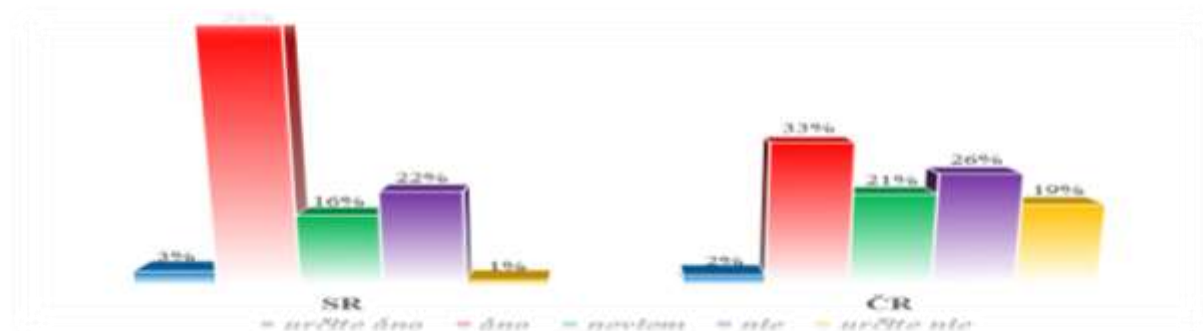
Otázka č.2 Rešpektujú sa na Vašom oddelení špecifické potreby pacientov inej kultúry v plnej miere?



Graf 2 Rešpektovanie špecifických potrieb pacientov inej kultúry v plnej miere
(Zdroj : vlastné spracovanie)

Z nasledujúceho grafu vyplynulo, že špecifické potreby sa rešpektujú v SR u 15% sestier určite áno, 58% sestier áno, avšak 6% sestier uviedlo nie a 2% sestier určite nie. V ČR 26% sestier uviedlo určite áno, 44% áno, zhodne po 7% sestier nie a určite nie.

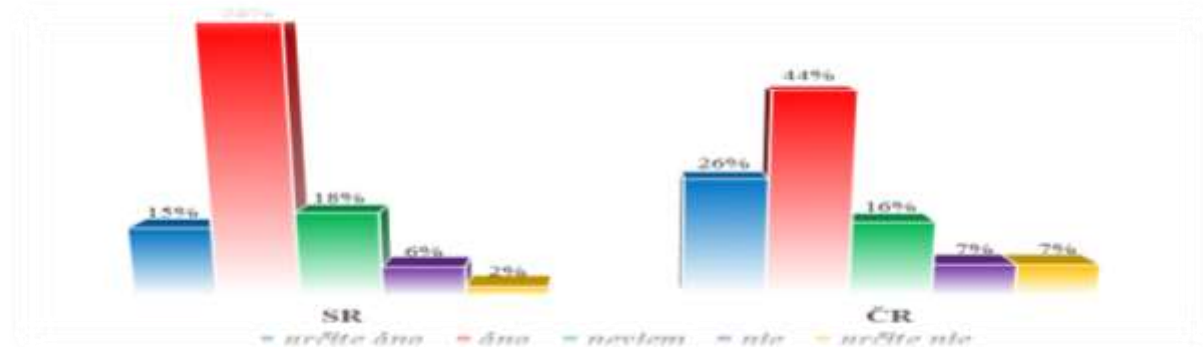
Otázka č. 3 Zohľadňujete a praktizujete pri ošetrovaní aj náboženské zvyky a rituály?



Graf 3 Praktizovanie náboženských zvykov a rituálov pri ošetrovaní
(Zdroj : vlastné spracovanie)

Náboženské zvyky a rituály pri ošetrovaní v SR zohľadňuje a praktizuje až 58% sestier áno, 3% sestier určite áno, 22% sestier nie a 1% sestier určite nie. V ČR 33% sestier áno, 2% sestier určite áno, 26% sestier nie a 19% sestier určite nie.

Otázka č. 4 **Rešpektujú sa na Vašom oddelení špecifické potreby pacientov inej kultúry v plnej miere?**



Graf 4 Rešpektovanie špecifických potrieb pacientov inej kultúry v plnej miere

(Zdroj : vlastné spracovanie)

Z nasledujúceho grafu vyplynulo, že špecifické potreby sa rešpektujú v SR u 15% sestier určite áno, 58% sestier áno, avšak 6% sestier uviedlo nie a 2% sestier určite nie. V ČR 26% sestier uviedlo určite áno, 44% áno, zhodne po 7% sestier nie a určite nie.

Diskusia

Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti je založená na uspokojovaní individuálnych potrieb pacientov, čo vyžaduje ošetrovateľský personál, ktorý má zodpovedajúce vlastnosti a schopnosti. Z výsledkov nášho prieskumu môžeme usúdiť, že 49% sestier ČR má vedomosti v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva, kým v SR má len 23% sestier. Vo výskume Pitekovej a Gerlichovej (2011) s termínom multikultúrne ošetrovateľstvo sa stretlo (64,00%) respondentov celého súboru a 36 respondentov sa nestretlo. Tieto výsledky svedčia o tom, že vedomosti sestier v našom prieskume v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva sú na veľmi nízkej úrovni. V našom prieskume sme sa zamerali hlavne na kultúry, s ktorými sa sestry na Slovensku a v Čechách najčastejšie stretávajú v klinickej praxi. Slovensko je multietnická a multikultúrna krajina. Umenie pohybovať sa v danej kultúre a poznať ich špecifiká je nevyhnutnou súčasťou vzdelávania sestier. Naše výsledky porovnávame tiež s výsledkami Karáskovej (2010), ktorá zistila, že vedomosti z multikultúrneho ošetrovateľstva považuje za dôležité 30 respondentov (43%), predovšetkým z dôvodu pochopenia odlišnej kultúry a 8 respondentov (11%) by uvítalo materiály s touto problematikou priamo na oddelení. Vedomosti z multikultúrneho ošetrovateľstva nie sú dôležité pre 26 sestier (37%) a 6 sestier (9%) uviedlo, že by sa mal príslušník odlišnej kultúry prispôbiť danej kultúre. Prekvapivé sú výsledky, kde vysoký počet respondentov nemá záujem o vedomosti z multikultúrneho ošetrovateľstva.

Druhým cieľom bolo zistiť a porovnať, či sa sestry v Českej republike a sestry v Slovenskej republike dostatočne venujú špecifickým potrebám pri ošetrovaní pacienta iného etnika.

Na základe výsledkov môžeme konštatovať, že v SR 24% sestier a v ČR 53% sestier je dostatočne informovaných o špecifikách ošetrovania pacienta inej kultúry. U 29% sestier SR a 21% sestier ČR existujú na oddelení príručky o daných kultúrach a ich špecifikách. Pri ošetrovaní pacienta inej kultúry v SR má 29% sestier a v ČR 40% sestier možnosť nahliadnuť do príručiek o daných kultúrach. Do príručiek o danom etniku a jeho špecifikách nemá možnosť nahliadnuť na svojom pracovisku až 86 (86,00%) respondentov z celkového množstva opýtaných vo výskume Pitekovej a Gerlichovej (2011). Na oddeleniach, kde pracujú sestry zúčastnené v našom prieskume v plnej miere sa rešpektujú špecifické potreby pacientov inej kultúry. Vyjadřilo to 73% sestier zo SR a 70% sestier z ČR.

Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti patrí medzi tradičné hodnoty zdravotnej starostlivosti. Pri ošetrovaní pacienta z inej kultúry sa 75% sestier SR a 47% sestier z ČR stretlo s odmietavým postojom pacienta. Pri ošetrovaní pacienta inej kultúry si 15% sestier SR a 42% sestier ČR myslí, že je potrebná prítomnosť rodinného príslušníka. Náboženstvo je dôležitou súčasťou všetkých kultúr. Rituály, s ktorými sa môžeme stretnúť na našich oddeleniach sú prevažne krst novorodenca, pomazanie nemocných, stravovacie zvyklosti počas pôstu, rituály spojené so smrťou pacienta, ale aj rituály týkajúce sa ich vyznania. Náboženské zvyky a rituály pri ošetrovaní v SR zohľadňuje a praktizuje až 61% sestier SR a

35% sestier ČR. Svet, v ktorom žijeme, nie je biblickým rajom, kde sa všetci milujú a venujú sa uspokojovaniu svojich záujmov. Úlohou sestry je poskytnúť starostlivosť cudzincom v súlade s ich zvykmi a tradíciami, pričom umožňuje sestrám disponovať vedomosťami o multikulturalite prostredia, z ktorého pacient prichádza. Pre väčšinu sestier je podľa výskumov najväčšou prekážkou v komunikácii s pacientom jazyková bariéra. Rôznorodosť jazykov vždy spôsobovala dorozumievacie problémy. Ľudia síce môžu technicky zvládnuť iný jazyk, aj napriek tomu však nemusia porozumieť kultúre národa či etnika a tým môžu vznikať interkultúrne komunikačné bariéry. Uvedomenie si problému a bariéry v komunikácii, je prvým krokom k tomu, aby sme ju prekonali a vedeli sa s ňou vyrovnávať. Každá kultúra má svoj vlastný štýl komunikácie, svoje vlastné pravidlá jednania, ktorými sa kultúra riadi.

Návrhy a odporúčania pre klinickú prax

Na svete sú milióny ľudí, ktorí majú svoju vlastnú kultúru, zvyky a normy, ale je nad ľudské sily všetko pochopiť, naučiť sa a riadiť sa tým. Ale o čo sa môžeme všetci snažiť je zachovať si vzájomnú úctu, urobiť si čas, neponáhľať sa a počítať s problémami, ktoré môžu nastať.

Na základe výsledkov prieskumu navrhujeme niekoľko odporúčaní pre manažment zdravotníckych zariadení, v ktorých je veľká pravdepodobnosť hospitalizácie pacienta z kultúrne odlišného prostredia:

- Motivovať sestry do výučby cudzích jazykov a sprostredkovať im kurzy, ktoré by boli z časti hrazené zdravotníckym zariadením, aby sa odstránila jazyková bariéra.
- Umožniť sestrám účasť na seminároch so zameraním na multikultúrne ošetrovateľstvo.

Odporúčania pre vedúce sestry:

- Vypracovať piktogramy, rôzne brožúry, manuály na každom oddelení týkajúce sa špecifik jednotlivých etník a kultúr, ktoré by sestry mohli využívať v rámci zlepšenia kvality ošetrovateľskej starostlivosti o iné kultúry.

Odporúčania pre samotné sestry:

- Bolo by vhodné, aby každá sestra v dnešnom multikultúrnom svete poznala nielen kultúrne odlišnosti minorít, ale aby ovládala aspoň jeden svetový jazyk a bola schopná sa dorozumieť.
- Pokúsiť sa získať čo najviac informácií o hlavných etnických či kultúrnych skupinách žijúcich na Slovensku i v Čechách.
- Rešpektovať jedinca a jeho osobné názory, presvedčenia, postoje, ako aj kultúrne a etnické praktiky a brať ohľad na etiku, kultúrne a biologické zvláštnosti.
- Byť trpezlivá, ohľaduplná, tolerantná ku všetkým typom príslušníkov inej kultúry, aby sa predišlo mnohým nedorozumeniam a konfliktom.

ZÁVER

Objektom práce sestry je človek, a preto v jej práci má veľký význam dodržiavanie žiaducich foriem jednania vo vzťahu k pacientovi, jeho rodine či komunite. Predovšetkým si musí uvedomiť okamžité potreby pacienta vyplývajúce z jeho stavu, na ktoré musí reagovať pohotovo, správne, ale aj humánne. Aspekty ošetrovania príslušníkov iných kultúr sú špecifické a vyžadujú od sestry poznanie a kultúrnu akceptáciu, vďaka ktorej je možná spolupráca. Od sestry ako nositeľa profesionálneho systému starostlivosti sa spoločensky očakáva, že práve ona vie, akceptuje a vytvára ústretové intervencie voči príslušníkom iných kultúr.

Umenie efektívnej komunikácie nespočíva len v tom, že sa dokážeme dobre vyjadriť, ale je nutné vedieť ľudí počúvať a priviesť ich k tomu, aby sa rozhovorili. Všade na svete sú ľudia, ktorí si myslia, že iba ich kultúrne normy a obyčaje sú správne a pravdivé. Zvyky, hodnoty a normy jednej kultúry by nemali byť hodnotené podľa inej kultúry. Je nanajvýš potrebné učiť sestry tolerancii, ktorá je v súčasnom, cudzích kultúram čoraz otvorenejšom svete, nevyhnutná. Mali by sme sa teda snažiť spoznať, pochopiť a tolerovať všetky kultúry, s ktorými sa stretneme a poskytovať vhodnú, účinnú a individualizovanú ošetrovateľskú starostlivosť.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. EURÓPSKA ÚNIA. 2011. Migrants in Europe. In *Eurostat statistical books. European Union: Luxemburg*. 2011. ISBN 978-92-79-16231-2, p. 148.
2. IVANOVÁ, K. - ŠPIRUDOVÁ, L. - KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikultúrní ošetrovateľství I*. Praha : Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 978-80-247-1212-1.
3. KNEZOVÍČ, R. a kol. 2012. Aplikácia etických princípov do multikultúrneho prístupu v rámci zdravotnej starostlivosti. In *Sborník z mezinárodního kongresu AWHP*. Praha: Fakulta biomedicínského inženýrství, 2012. ISBN 978-80-86571-15-7, s. 128-145.
4. KOBER, L. 2008. Specifika ošetrovateľskej péče o cizince. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2008, roč. 18, č. 10, s. 24.
5. LÍŠKOVÁ, M. - NÁDASKÁ, I. 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. Martin : Osveta, 2006. 70 s. ISBN 978-80-8063-216-2.
6. PITECHOVÁ, M. - GERLICHOVÁ, K. 2011. Skúsenosti sestier pri poskytovaní starostlivosti pacientom iných etník na Slovensku. In *Biele srdce vo farebnom svetle. Zborník*. Trnava : Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2011. ISBN 978-80-8082-488-4, s.120-128.
7. RUDDOCK, H. C. - TURNER, dS. 2007. Developing Cultural Sensitivity: Nursing students' experiences of Study Abroad Programme. In *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 1365-2648, 2007, Vol. 59, No. 4, p. 361-369.
8. SEELEMAN, C. - SUURMOUND, J. - STRONKS, K. 2009. Cultural Competence: a Conceptual Framework for Teaching and Learning. In *Medical Education*. ISSN 1365-2923, Vol. 43, p. 229-237.
9. SEDLÁKOVÁ, G. 2005. Rešpektovať tradície a rituály. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2005, roč. 10, č. 11, s. 14 - 15.
10. SIMOČKOVÁ, V. 2012. Kultúrne odlišnosti v oblasti reprodukčného zdravia. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2012, roč. XI, č. 11-12, s. 23-25.
11. ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. 2004. Pečujeme o klienty odlišných etník a kultur. In *Uživatelský manuál pro lůžková zdravotnická zařízení v ČR*. Olomouc, 2004. 303 s. ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. 2006. *Multikultúrní ošetrovateľství I*. Praha : Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 978-80-2471-213-0.
12. ZELENÍKOVÁ, R. - VRUBLOVÁ, Y. 2011. *Transkulturní ošetrovateľství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 166 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
13. ŽIAKOVÁ, K. et al. 2008. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Osveta. 2008. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

Kontakt na autora:

Mgr. Martina Vitková

FZO PU v Prešove, katedra Urgentnej zdravotnej starostlivosti

martina.vitkova@unipo.sk

Pokyny pre prispievateľov

Adresa pre zasielanie rukopisov:

PhDr. Ľubica Rybárová, PhD. Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Partizánska 1, 080 01 Prešov 1, Slovensko. č. tel. 051/7562441, fax. 051/7562400, e-mail: molisa@unipo.sk.

V zborníku budú uverejnené iba vedecké články a prehľadové práce.

(viď <http://www.ssmv.sk/view.php?cislocianku=2006022801>)

Sprievodný list

Rukopis posielajte do redakcie **dvojmo**, v rátane **elektronického** média (CD) spolu so sprievodným listom, na ktorom by mali byť tieto údaje:

- Prehlásenie, že rukopis nebol zaslaný, resp. už publikovaný v inom časopise.
- Prehlásenie autorov, že dodržali všetky všeobecne platné zásady vedeckej, klinickej a experimentálnej práce.
- Kontakt na prvého autora, plnú adresu pracoviska, tel.č., e-mail

Príprava rukopisu

Rukopis, vrátane obrázkov a tabuliek, musí byť dodaný dvojmo, napísaný v počítačovom editore Word 2003 alebo vyššej verzii typom písma **Times New Roman** veľkosť **12** na formáte **A4 (30** riadkov, riadkovanie **1,5**). Rukopis je členený v zásade na **abstrakt** v slovenskom a anglickom jazyku (vrátane kľúčových slov), **úvod**, **materiál a metodika**, **výsledky**, **diskusia (záver)**, **literatúra**.

Abstrakt by mal mať „štruktúrovanú formu“. Mal by sa skladať z častí: **PREČO** autori venujú pozornosť tejto oblasti (**Východisko práce**), **ČO** autori sledovali (**Ciele**), **AKO** to robili (**Materiál a metodika**), **ČO** zistili (**Výsledky**) a **ČO Z TOHO** vyplýva (**Záver**) – max. 150 slov. **Kľúčové slová** (max. 5). Prosíme autorov, aby v záujme čo najširšej citovanosti svojich príspevkov, uvádzali abstrakt aj v **anglickom** jazyku. Zborník MOLISA budeme publikovať aj v elektronickej podobe na www.unipo.sk.

V časopise sú publikované príspevky v slovenčine, češtine, prípadne v angličtine. Práce majú byť napísané v zhode so zásadami pravidiel slovenského jazyka, gramaticky správne a štylisticky zrozumiteľne. V práci možno používať len jednotky SI sústavy. Autori nesú zodpovednosť za všetky údaje opísané v práci.

Uvádzaná **literatúra** má byť použitá v texte (citovaná), okrem prehľadových článkov by **nemala presahovať 20 zdrojov**. **Citovanie v texte** sa robí metódou **prvého údaja a dátumu** (autor, rok publikovania: Jansen et al., 2002).

Tabuľky môžu byť priamo v texte alebo na osobitnom liste. Text k tabuľke má byť stručný a výstižný.

Obrázky môžu byť publikované len čierno-biele, musia byť kontrastné – výstup z počítača, v rátane sprievodného textu.

Literatúra (vzory uvádzania bibliografických odkazov citovaných v text - spracované podľa KIMLIČKA, Š. *Ako citovať*. Bratislava: STIMUL, 2002):

ŠVEC, Š. *Základné pojmy v pedagogike a andragogike*. 1. vyd. Bratislava : IRIS, 1995. 276 s. ISBN 80-88778-15-8.

CHOVANCOVÁ, B. Ošetrovanie ženy v prenatálnom období. In ELIÁŠOVÁ, A. *Pôrodnické ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Martin : Vyd. Osveta, 2000. ISBN 80-8063-053-4, s.18-22.

KOZOŇ, V. Ošetrovateľský výskum. In *Revue profesionálnej sestry*. ISSN 1335-1753.1997, roč. 4, č. 3, s. 5-7.

VARHANÍKOVÁ, M. Uspokojovanie potrieb spánku a oddychu ako ošetrovateľský problém. In *Ludské potreby ako ošetrovateľský problém: zborník prednášok so seminára učiteľov ošetrovateľstva*. Bratislava : IDVZP, 1994, s. 120-125.

Vyhláška č. 131/1997 Ministerstva školstva Slovenskej republiky o doktorandskom štúdiu.

CARROLL, L.. Alice's adventures in Wonderland. [online]. Texinfo ed. 2.1. [Dortmund (Germany)]: WindSpiel, Nov. 1994 [cit. 1996-02-10]. Dostupné na internete:

<<http://www.germany.eu.net/books/carrol/allice/html>>

Nursing proces. [online], 27/05/2000 [cit. 2002-22-11]. Dostupné z:

<<http://academic.cuesta.org/atoverly/nsgdiag.pdf>>