



**Fakulta zdravotníctva
Katolíckej univerzity v Ružomberku
Ústredná vojenská nemocnica v Ružomberku**



ZBORNÍK Z KONFERENCIE



**NOVÉ POZNATKY V OBLASTI MEDICÍNSKYCH VIED
A OŠETROVATEĽSTVA**

Kolektív autorov

RUŽOMBEROK

2007

© **Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,
Ružomberok, 2007**

Recenzenti: doc. MUDr. Květenský Josef, CSc.
doc. MUDr. Lacko Anton, CSc.
h. doc. MUDr. Bestvina Dušan
h. doc. MUDr. Osina Otto, PhD.
PhDr. Kadučáková Helena, PhD.
PhDr. Kuberová Helena, PhD.

Za odbornú a jazykovú stránku zodpovedajú autori. Rukopis neprešiel redakčnou a jazykovou úpravou.

ISBN 978-80-8084-126-3

Vážení účastníci konferencie,

konferencia „Ružomberské zdravotnícke dni“ s medzinárodnou účasťou je organizovaná Fakultou zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku a Ústrednou vojenskou nemocnicou v Ružomberku v spolupráci so Slovenskou lekárskou spoločnosťou a Slovenskou spoločnosťou sestier a pôrodných asistentiek o. z. SLS. Fakulta zdravotníctva nadväzuje na podobné konferencie so zdravotníckou problematikou, organizované inými univerzitami a inštitúciami, ktoré zabezpečujú univerzitné vzdelávanie v oblasti zdravotníctva.

Osobitná pozornosť je zameraná na oblasť ošetrovateľstva a bioetiky v problémových skupinách etnických menšín, kde poznatky o ochrane zdravia vo väčšej miere absentujú. Priali by sme si, aby konferencia bola priestorom pre výmenu skúseností a základom pre spoločný dialóg v týchto dôležitých oblastiach.

Naším zámerom je informovať zdravotnícku verejnosť o skúsenostiach z vývoja a aplikáciách najnovších vedeckých poznatkov z oblasti medicínskych vied, ošetrovateľstva a bioetických problémov súčasnosti a ich zavádzania do praxe. Zároveň tiež otvoriť komunikáciu v daných oblastiach.

Lekárska i zdravotnícka prax sa v posledných rokoch čoraz častejšie stretáva s výskytom ochorení, ktoré spôsobovali vážne epidémie v 50-60-tych rokoch minulého storočia. Naše skúsenosti ukazujú na absentujúce poznatky o zásadách zdravého životného štýlu a výživy. Tieto problémy si vyžadujú zvýšenú pozornosť a širšiu osvetu nielen zo strany zdravotníckych pracovníkov, ale najmä pacientov.

Konferencia, ktorú organizuje Fakulta zdravotníctva a špecializované pracoviská, má prispieť k zlepšeniu diagnostiky, terapie a prevencie aktuálnych problémov súčasnosti.

Organizačný výbor ďakuje všetkým účastníkom konferencie za záujem o túto aktuálnu tému, usporiadateľom za podporu odborného podujatia a tiež sponzorom za ich odbornú i spoločenskú spoluúčasť.

Prajeme Vám, aby ste si z konferencie odniesli čo najviac nových poznatkov a strávili tieto dni v príjemnom pracovnom i spoločenskom prostredí.

Karel Komárek

predseda organizačného výboru

Predslov

V dňoch 10. - 11. novembra 2006 zorganizovala Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku odborné podujatie s názvom : „Nové poznatky v oblasti medicínskych vied a ošetrovateľstva". Toto prvé veľké zamestnanie malo prezentovať doterajšie výsledky odbornej činnosti Fakulty zdravotníctva KU (FZ) v Ružomberku.

V každej prednesenej práci boli uvedené aj pohľady do budúcnosti, predovšetkým návrhy, ako zlepšiť činnosť FZ v každej oblasti.

Seminára sa aktívne zúčastnili aj pracovníci z ďalších fakúlt zo Slovenskej republiky, ale aj pracovníci z Českej republiky. Prednášajúci z iných pracovísk mimo FZ svojimi prednáškami prispeli k vysokej odbornej úrovni celej konferencie.

V oboch dňoch sa „Zdravotníckych dní" zúčastnilo 146 registrovaných účastníkov a veľa neregistrovaných zainteresovaných poslucháčov. Celá akcia bola poctená účasťou prominentných členov čestného predsedníctva. Odborná časť prebiehala i pod garanciou Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Aktívny účastníci predniesli 68 odborných prác v dvoch sekciách: Medicínskej a ošetrovateľskej. Potešila vysoká úroveň všetkých prednesených prác a trvale vysoká účasť na prednáškach po oba dni. Účastníci so záujmom prijali aj práce a skúsenosti z iných odborných pracovísk. Boli sme radi, že sme mohli privítať aj priateľov z Českej republiky. Bohatá účasť na diskusii a všetkých ďalších akciách bola dokladom o aktuálnosti prednesených tém.

Pre účastníkov konferencie bol organizovaný aj spoločenský program, ktorý bol bohato navštívený a prispel k nadviazaniu osobných kontaktov pracovníkov FZ KU s príslušníkmi iných odborných pracovísk.

Na základe úspešného priebehu celej akcie sa domnievame, že tento seminár by sa mohol stať pravidelnou odbornou akciou, kde by bolo možné prezentovať výsledky pedagogickej, vedeckovýskumnej aj odbornej činnosti príslušníkov FZ KU. Súčasne by sme radi konfrontovali naše výsledky so skúsenosťami iných pracovísk v Slovenskej republike, ale aj s pracoviskami zahraničnými. Už teraz sme začali prípravu podobnej akcie v roku 2007, na ktorú chceme pozvať odborných pracovníkov zo SR, ale aj zo zahraničia.

V tomto zborníku predkladáme príspevky prác, ktorá boli prednesené na konferencii. Formu a obsah príspevkov vypracovali autori prednesených prác.

Sme radi, že priebeh konferencie bol úspešný. Pozitívne hodnotenie bolo publikované zo strany predsedníctva konferencie, ale aj zo strany všetkých zúčastnených. Veríme, že publikované výsledky a závery z prednesených prác prispedia k rutínnej činnosti všetkých

zúčastnených a to ako v odbornej činnosti medicínskej, tak aj ošetrovateľskej. Práce sú podnetom aj k zlepšeniu pedagogickej činnosti.

Tešíme sa na ďalší ročník, tešíme sa na „Zdravotnícke dni v Ružomberku“ v roku 2007. Budeme radi, keď budeme môcť privítať všetkých, ktorí majú záujem o ďalšie zlepšovanie celej činnosti Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku a ktorí chcú predávať výsledky a skúsenosti svojej odbornej činnosti pracovníkom iných pracovísk.

Ružomberok, december 2006

doc. MUDr. Josef Květenský, CSc.

SÚČASNÝ STAV A PERSPEKTÍVY VEDECKO-VÝSKUMNEJ ČINNOSTI FZ KU

Kvätenský J., Lacko A., Malíková K.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku je mladou vysokou školou. Bola konštituovaná najskôr od jesene 2002 ako „Ústav zdravotníctva a sociálnej práce" pri Pedagogickej fakulte Katolíckej univerzity v Ružomberku. Súčasne boli zriadené aj detašované pracoviská FZ KU v Poprade, Levoči a Košiciach.

Od 1. 7. 2005 bola ustanovená samostatná Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity s detašovanými pracoviskami v Poprade, Levoči a Košiciach.

Fakulta zdravotníctva má akreditáciu na výučbu predmetu: "Ošetrovateľstvo" na stupni „Bakalár - Bc.", pre dennú aj externú formu štúdia a to ako v Ružomberku, tak aj na detašovaných pracoviskách

Súčasne v Ružomberku je akreditované aj štúdium ošetrovateľstva v dennej aj externej forme na stupni „magister - Mgr.". Ďalej je v Ružomberku akreditovaná štúdium predmetu „pôrodná asistancia" v dennej aj externej forme na stupni „bakalár - Bc.". Je akreditácia aj pre vykonávanie rigorózných skúšok pre stupeň „PhDr.".

Fakulta zdravotníctva za dobu svojej činnosti získala spoluprácu s odbornými pracoviskami v Slovenskej republike, ale aj v Českej republike, v Poľskej republike, v Nemeckej spolkovej republike a v USA.

Mimo zabezpečenia pedagogickej činnosti sa príslušníci FZ zapojili aj do vedecko-výskumnej a publikačnej činnosti.

Prehľad doterajších výsledkov

Monografie		Učebné texty		Publikácie		Prednášky			Iné
v SR	mimo SR	v SR	mimo SR	v SR	mimo SR	v Slovenskej republike		mimo SR	
						s medzinárodnou účasťou	bez medzinárodnej účasti		
21	2	24	-	352	130	210	339	96	

Domnievame sa, že uvedené výsledky ukazujú na cielené riadenie vedecko-výskumnej činnosti.

Do budúcnosti plánujeme vedecko-výskumnú činnosť ďalej rozširovať. Do celej činnosti sme zapojili aj študentov vo forme „Študentskej vedecko-odbornej činnosti“.

V našej práci dávame podrobnú informáciu o všetkých aktivitách, ktoré chceme v ďalšom období realizovať na úseku vedecko-odbornej a publikačnej činnosti. Naša aktivita je zameraná na plnenie výskumných úloh celoštátneho charakteru, ale aj na úlohy v rámci rezortného a fakultného významu. Podrobnosti sú uvedené v prednáške. Vedecko-výskumnú činnosť považujeme za jednu z priorít celej činnosti FZ KU všetkých odborných pracovníkov fakulty.

PRÍNOS NUKLEÁRNEJ KARDIOLÓGIE PRE KLINICKÚ PRAX

Lacko A., Straka J., Bestvina D., Chalachánová I, Valko P.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Interná klinika, pracovisko nukleárnej medicíny Cyklotrónového centra SR

Súhrn

Za posledné obdobie na Slovensku sa zmenil prístup k diagnostike a v liečebnom postupe kardiovaskulárnych ochorení. Venuje sa pozornosť vzájomným medziodborovým vzťahom, ako sú napr. kardiovaskulárne ochorenia a cievne ochorenia mozgu, atď. Spektrum vyšetrovacích metód sa rozšíril. Cieľom je poukázať na možnosti nukleárnej kardiológie v diagnostike, v stratifikácii včasných zmien kardiovaskulárneho aparátu.

Kľúčové slová: Mikrovaskulárna angína-nukleárna kardiológia-viabilita myokardu

Summary

In the Slovak Republic the clinical approach to diagnostic and therapy of cardiovascular diseases has changed in last period. The emphasis is given to reciprocal relationships between for example cardiovascular disease and angiopathy disease of the brain. Spectrum of diagnostics methods has become wider. The aim is to refer is possibilities of nuclear cardiology in diagnostics and stratification of early changes of cardiovascular system.

Key words: Microvasculare angina- nuclear cardiology-viable myocardium

Úvod

Za posledných 10 rokov došlo k obrovským zmenám v prístupe, diagnostike, liečbe kardiovaskulárnych ochorení. Je to predovšetkým rozvoj invazívnych vyšetrovacích metód, ich zavedením do rutínnej praxe. S týmto súvisí i rozšírenie spektra neinvazívnych vyšetrovacích metód, predovšetkým echokardiografických (TEE, záťažové ECHOKG, dobutamínové ECHOKG, intrakoronárne ECHOKG) aj metód nukleárnej medicíny (v USA za posledných 5 rokov nárast týchto vyšetrení o 20-30%). Rozšírili sa ich indikácie (tab I.).

Indikácie scintigrafických vyšetrení srdca

Zmenou je aj objavenie peptidových hormónov secernovaných orgánmi, ktoré doposiaľ neboli považované za klasické endokrinné žľazy. Medzi endokrinné orgány sa

zaradili srdce, cievy, mozog, atď. Endokrinné srdce je tvorené špecifickými myoendokrinnými bunkami v srdcových predsieňach. Tieto bunky syntetizujú a secerňujú peptidy, ktoré majú nátriuretické, diuretické a vazorelaxačné vlastnosti.

Tabuľka 1 Indikácie scintigrafických vyšetrení srdca

- DIAGNOSTIKA ICHS, LOKALIZÁCIA, ROZSAH, ZÁVAŽNOSŤ
- NEGATÍVNY ZÁŤAŽOVÝ EKG TEST PRI TYPICKEJ A NETYPICKEJ STENOKARDII
- PATOLOGICKÁ EKG KRIVKA BEZ SUBJEKTÍVNYCH ŤAŽKOSTÍ PACIENTA
- IDENTIFIKÁCIA RIZIKOVÝCH PACIENTOV PO PREKONANOM IM
- POSÚDENIE HEMODYNAMICKEJ VÝKONNOSTI KOLATERÁL POČAS ZÁŤAŽE
- SLEDOVANIE PACIENTOV PRED A PO REVASKULARIZÁCII
- INFORMÁCIA O STAVE MIKROCIRKULÁCIE
- VYŠETRENIE VIABILITY MYOKARDU (18FDG, 123I MASTNÉ KYSELINY)
- VYŠETRENIE STAVU PERFÚZIE A FUNKCIE U KMP, PRED KARDIOTOXICKOU LIEČBOU, PRED NEKARDIOLOGICKÝM CHIRURGICKÝM ZÁKROKOM, ZISTENIE TERAPEUTICKÉHO ÚČINKU LIEKOV, ATĎ.
- GAMAGRAFICKÉ ZOBRAZENIE ADRENERGICKEJ INERVÁCIE MYOKARDU (123I-MIBG, 18F DOPAMIN)

Mikrovaskulárna angína

Mikrovaskulárna srdcová angína je spojená s ischémiou a klasickými anginóznymi ťažkosťami. Koronarografické vyšetrenie je zvyčajne negatívne. Zmenená je kardiálna mikrocirkulácia. Stav sa hovorí i koronárna arteriová choroba, od ischemickej choroby srdca sa odlišuje. Patologickým substrátom je ovplyvnenie vazodilatácie, ktorá je závislá od hladiny oxidu dusnatého (NO) a ďalších faktorov. Hladina vazodilatačných pôsobkov sa znižuje, vazokonstrikčné faktory nadobúdajú prevahu. Syndróm mikrovaskulárnej angíny býva spojený s hyperinzulinémiou, ktorá je prejavom inzulinovej rezistencie (metabolický syndróm X, Reaven, 1988). V patofyziologickom mechanizme mikrovaskulárnej angíny je adrenergne podmienený spasmus ciev v dôsledku aktivácie sympatikového nervového systému, objavuje sa diastolická a systolická dysfunkcia LK, môže byť i častejší výskyt non Q-IM (tab. 2).

Patologické zmeny pri vzniku ischémie myokardu môžu prebiehať v troch anatomických komponentoch. Sú to epikardiálne cievy, myokard a malé koronárne cievy, koronárna mikrocirkulácia. Zmeny na epikardiálnych koronárnych cievach môžu byť dynamické alebo trvalé. Dilatácia odporových (intramyokardiálnych) ciev pri záťaži spôsobuje zvýšenie prietoku, predstavuje tzv. koronárnu rezervu. Prvým patologickým

stavom obmedzujúcim koronárnu rezervu je nález trvalej stenózy epikardiálnej koronárnej cievy. Dynamickú stenózu najčastejšie spôsobuje zvýšenie cievneho tonusu (vazospasmu) na úrovni excentrického plátu alebo intravaskulárna trombóza.

Tabuľka 2 Zmeny mikrocirkulácie

- KLINICKÝ OBRAZ ICHS, POZITÍVNY ZÁŤAŽOVÝ TEST, NEGATÍVNA KORONAROGRAFIA (SYNDROM X)
- CHOROBA MALÝCH CIEV
- MIKROVASKULÁRNA SRDCOVÁ ANGÍNA
- ZMENENÁ KARDIÁLNA MIKROCIRKULÁCIA
- ZNÍŽENÁ SCHOPNOSŤ VAZODILATÁCIE (ZNÍŽENÁ FUNKCIA EDRF)
- NADMERNÁ VAZOKONSTRIKCIA, PREVAHA VAZOKONSTRIKČNÝCH POSOBKOV
- ENDOTELOVÁ DYSFUNKCIA, VZOSTUP CIEVNEJ REZISTECIE, HYPERINZULINÉMIA, INZULÍNOVÁ REZISTENCIA, MIKROVASKULÁRNE OMRÁČENIE
- ČASTEJŠÍ VÝSKYT NON Q-IM
- ZÁPALOVÉ POCHODY, MOŽNÝ PRECHOD K ATS (hsCRP, mikroalbuminúria, atď.)

Koronárny spasmus môže sa objaviť aj u intaktnej cievy. Koronárna rezerva môže byť teda zmenená aj pri intaktných epikardiálnych cievach práve zmenou funkcie intramyokardiálnych arteriol, zmenou mikrocirkulácie, prítomnou hypertrofiou LK. Za prejav ischémie je zodpovedný nepomer medzi hmotou svaloviny a kapacitou mikrovaskulárneho riečiska, zmenšenie priesvitu arteriol na základe morfolologickej prestavby, obmedzenie vazodilatačnej schopnosti odporových ciev, kompresia priesvitu ciev zvýšeným intramyokardiálnym tlakom, atď.

V prípade ischémie arterioly sú dilatované už v pokojovom stave, pri záťaži sa tento kompenzačný mechanizmus nemôže uplatniť, dochádza k heterogenite perfúzie, ktorá spravidla korešponduje s anatomicou lokalizáciou koronárnej stenózy a so stupňom je závažnosti. Podstatou tohto stavu je nepomer medzi subepikardiálnou a subendokardiálnou perfúziou, po ktorom nasledujú metabolické zmeny. Uvedené zmeny ovplyvňujú vlastnosti komory v diastole aj v systole, dochádza k prejavom lokálnej asynergie (hypokinéza, akinéza, dyskinéza), nakoniec k zmenám na EKG krivke a k vzniku bolesti. Rádionuklidové vyšetrenie v kaskáde ischemických stupňov (porucha perfúzie, anaeróbny metabolizmus, diastolická a systolická dysfunkcia, EKG zmeny, angina pectoris) zachytávajú proces ischémie v začiatkoch.

Množstvo rádiofarmaka vychyteného v myocytoch pri prietoku krvi koronárnymi cievami je úmerné prietoku krvi v kapilárnom riečisku v čase aplikácie a schopnosti myocytov

extrahovať rádiofarmakum. Za normálnych okolností, pri normálnom prietoku krvi koronárnymi cievami je depozícia rádioaktivity v myokarde homogénna. Pri úplnom prerušení krvného zásobenia v určitej oblasti myokardu pozorujeme v tejto oblasti defekty v depozícii rádioaktivity (nekróza, jazva). Pri záťažovom vyšetrení sa prejaví po aplikácii rádiofarmaka porucha perfúzie nižšou depozíciou rádiofarmaka v postihnutej oblasti. Pri hodnotení perfúzie sa určuje jednak lokalizácia, rozsah a závažnosť poruchy perfúzie (ľahká hypoperfúzia až defekt perfúzie). Porovnávajú sa záťažové a pokojové nálezy s hodnotením reverzibility zmien perfúzie (defekt reverzibilný, čiastočne reverzibilný, fixovaný). Viabilita teda znamená stav perfúzie, integritu membrán, metabolizmus myocytov a kontraktilnú rezervu myokardu.

Viabilita myokardu

Za posledných 20 rokov boli popísané dva klinické stavy a to prechodné zníženie zásobenia myokardu kyslíkom, označujeme ako „omráčený myokard- stunned myocardium“ a protrahovanú dysfunkciu myokardu pri chronickej ischemii, označujeme ako „stuhnutý myokard - hibernating myocardium“. Omráčený aj hibernovaný myokard majú schopnosť úplného návratu k normálnej funkcii, pretože ich bazálny metabolizmus je zachovaný.

Pre omráčený myokard je typické:

1. Normálna perfúzia dysfunkčného myokardu (nesúlads „mismatch“ medzi normálnou perfúziou a abnormálnou funkciou).
2. Reverzibilita kontraktilnej dysfunkcie.
3. Mikrovaskulárne omráčenie po ischemickom inzulte (vzostup pokojovej cievnej rezistencie, zhoršenie reakcie na vazodilatačné podnety).

Pre hibernovaný myokard je typické:

1. Nízky koronárny prietok v postihnutej oblasti.
2. Perzistujúca, ale reverzibilná porucha kontrakcie myokardu (súlads „match“ medzi redukciou perfúzie a poruchou funkcie LK).
3. Normalizácia funkcie postihnutého segmentu po zlepšení koronárneho prietoku.

Na zistenie viability myokardu dnes môžeme využiť ¹⁸FDG. Mechanizmus zobrazenia hibernovaného myokardu spočíva v zistení zmeneného metabolizmu. ¹⁸FDG sa vychytáva v tkanivách. Miesta s hibernovaným myokardom sa pri scintigrafii zobrazujú kontrastnejšie ako normálny myokard (glukóza sa metabolizuje anaeróbnym spôsobom).

Poinfarktová fibróza je metabolicky málo aktívna a 18FDG neakumuluje. Pri vyšetrení 18FDG môžu nastať nasledovné situácie:

1. Normálny prietok a normálne vychytávanie.
2. Znížený prietok a normálne vychytávanie.
3. Znížený prietok a znížené vychytávanie.

Viabilný myokard je charakterizovaný nesúlalom prietoku a metabolizmu „flow metabolism mismatch“.

Neviabilný myokard, je charakterizovaný súladom prietoku a metabolizmu „match“, sa nezobrazí.

Záver

V prehľadnom referáte ukazujeme možnosti diagnostiky mikrovaskulárnych zmien a to v oblasti cievneho systému pri diagnostike mikroangiopatických zmien v oblasti srdca pri diagnostike mikrovaskulárnej angíny. Vyšetrenie viability sa využíva napríklad zistenie stavu viability srdcového svalu po transplatácii kmeňových buniek do postihnutej koronárnej cievy, atď. Včasná diagnostika má vplyv na prognózu ochorenia.

Zoznam bibliografických odkazov

1. GORDON DEPUY, E., GARCIA, V.E., BERMAN, S.D. ET ALL.: Cardiac Spect Imaging. Philadelphia: Lippincott Williams, Wilkins, 2001, 350s.
2. KANAIDE, H.: Endothelin Regulation of Vascular Tonus. Gen. Pharmac. 27, 1996, č.4, s. 559-663
3. KASKI, J.C., MOSER, K. M.: Microvascular Angina. Select 40, 1998, č. 22/23, s. 24.
4. ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J A KOL.: Ischemická choroba srdeční. Praha: Grada-Avium, 2003, 364s.
5. DEPUY, E., G., GARCIA, E. V., BERMAN, D.S.: Cardiac Spect Imaging. Philadelphia, USA: Lippincott Williams et Wilkins, 2001, 340s.
6. Beller, A.G : Clinical Nuclear Cardiology. Virginia: Saunders Comp., 1995, 370s.
7. HRNČIAR, J.: Endokrinné choroby a hormonálno-metabolické rizikové faktory ischemickej choroby srdca. Žilina: EPP, 1977, 245s.
8. HULÍN, I. A KOL.: Patofyziológia. Bratislava: SAP, 1998, 1143s.
9. KREZE, A., LANGER, P., KLIMEŠ, I., LICHARDUS, B. a kol.: Praktická endokrinológia. Bratislava: SAP, 1993, 550s.
10. ASCHERMANN, M. a kol.: Kardiologie. Praha: Galén, 2004, 1480s.

11. ELL, P. J., GAMBÍR, S. S. ET AL.: Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treatment. London, Elsevier 2005, 1900s.
12. KRAFT, O., ULLMANN, V., JANUŠKA, J.: Pseudoaneuryzma levé srdeční komory, postavení radionuklidové ventrikulografie v diagnostice. Cor Vasa 2002, 44, 6, 269-299 (ISSN 0010-8650).
13. KRAFT, O., LEPEJ, J.: International Symposium on Cardiovascular Nuclear Medicine. Kardiologie ve světě. Cor Vasa 2002, 44, 10. Kardio K 215-216 ISSN 0010-8650.

NAŠE SKÚSENOSTI S RÁDIONUKLIDOVOU DIAGNOSTIKOU CIEVNYCH OCHORENÍ MOZGU

Krajňáková A.¹, Krajňák V.¹, Lacko A.², Koleda P.¹, Maslejová M.¹, Danková M.¹

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

¹Neurologická klinika, ²Interná klinika ÚVN Ružomberok

Rádionuklidová diagnostika spojená s moderným počítačovým vyhodnocovacím softwarom predstavujú revolúciu vo vyšetrovacích metodikách. Dôvodom je:

- a) rádionuklidmi sa vizualizuje metabolizmus bunky
- b) rádionuklidy sú schopné predpovedať tkanivovú kondíciu (penumbru)
- c) vyšetrenia skvalitňujú terapeutické vstupné okno

V praxi sa používa:

SPECT (jednofotónová emisná tomografia – rádionuklidy Ceretec a Datscan)

PET (pozitrónová emisná tomografia – rádionuklid deoxyfluoroglukóza)

Kvantum fotónov či pozitronov sa spracuje dynamicky v čase za použitia ganakamery. Nukleárne aktívne látky sú viazané na organické látky tak, že každá z nich dokáže zobraziť určitú funkciu metabolizmu a kvantifikovať ju.

CERETEC

(hexametylpropylénaminomim = HMPAO)

značený rádionuklidom ⁹⁹Tc

Používa sa na vyšetrenie mozgového krvného prietoku (CBF). Ide o lipofilnú látku, schopnú prestúpiť hematoencefalickú bariéru a vstúpiť do jednotlivých mozgových buniek. Intracelulárne sa mení na polárny metabolit a viaže sa na glutathion, čím sa fixuje v bunke a neuniká v čase merania. V praxi sa aplikuje cca 500 MBq na priemerného 70 kg pacienta bez ohľadu na pohlavie. Snímanie sa realizuje od 2 min. do 4 hod. po podaní. Podstatou vyšetrenia je úroveň akumulácie Ceretecu v bunkách, ktorá je úmerná kvantite prietoku krvi v mozgovom tkanive.

DATSCAN

(joflupan)

značený rádionuklidom 123 J

Používa sa na vyšetrenie aktivity dopamínu v substantia nigra a nigrostriátových axónoch. Diagnostikuje Parkinsonovú chorobu a parkinsonský syndróm. Ide o analogón kokaínu. 30% jeho aktivity v mozgu je spôsobená striátovým vychytávaním. Z ostatných centrálnych štruktúr má miernu afinitu k serotonínu, ale tá je 10x nižšia. V určovaní dráh dopamínu je teda veľmi presný. V praxi sa aplikuje obvykle dávka cca 180 MBq na 70 kg vážiaceho človeka bez ohľadu na pohlavie. Prvé scany sa robia 3-4 hodiny po jeho aplikácii. Umožňuje vysoké rozlíšenie pre substantia nigra a striatum v porovnaní s ostatnými štruktúrami mozgu. Vyšetrenie Datscanom je veľmi presné.

SPECT

Vyšetrenie zamerané na mozgovú perfúziu pri podozrení na rôzne formy ischémii metódikou SPECT-CERETEC.

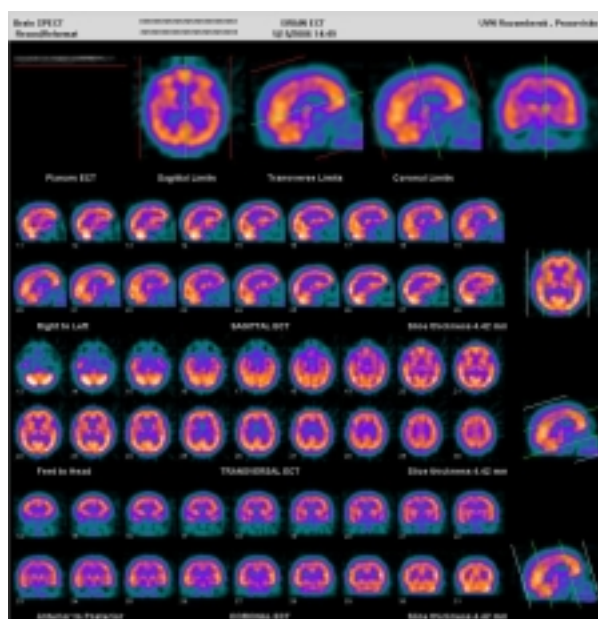
Bolo vyšetrených 37 pacientov, 16 žien, 21 mužov s vekovým priemerom $64,5 \pm 7,7$ roka.

Klinické diagnózy, s ktorými boli pacienti poukázaní na vyšetrenie SPECT CERETEC boli nasledovné:

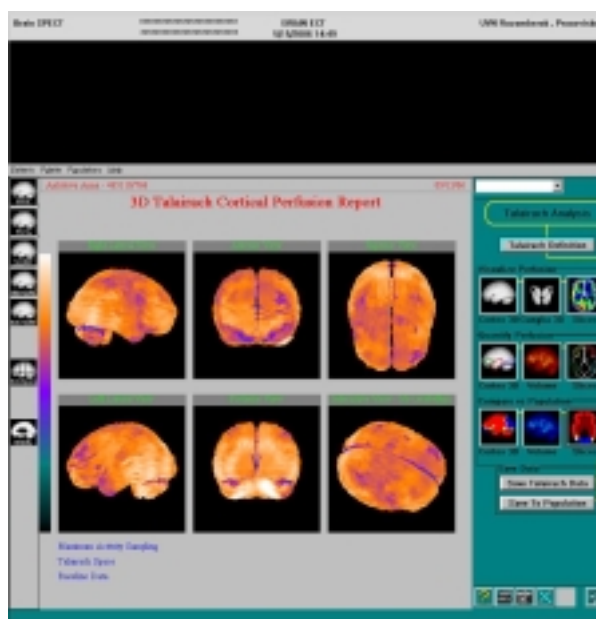
1. Cievne príhody mozgové s ložiskovou symptomatikou: $n = 10$ (priemerný vek $66 \pm 10,5$ roka, 2 ženy a 8 mužov)
2. Cerebrovaskulárna insuficiencia: $n = 5$ (priemerný vek $60,4 \pm 7$ rokov, 4 ženy a 1 muž)
3. TIA : $n = 19$ /priemerný vek $51 \pm 5,4$ roka , 9 žien a 10 mužov/
4. Amaurosis fugax $n = 3$ (priemerný vek $38,1 \pm 2,75$ roka, 1 žena a 2 muži)

Fyziologická norma mozgovej perfúzie.

Slice Review

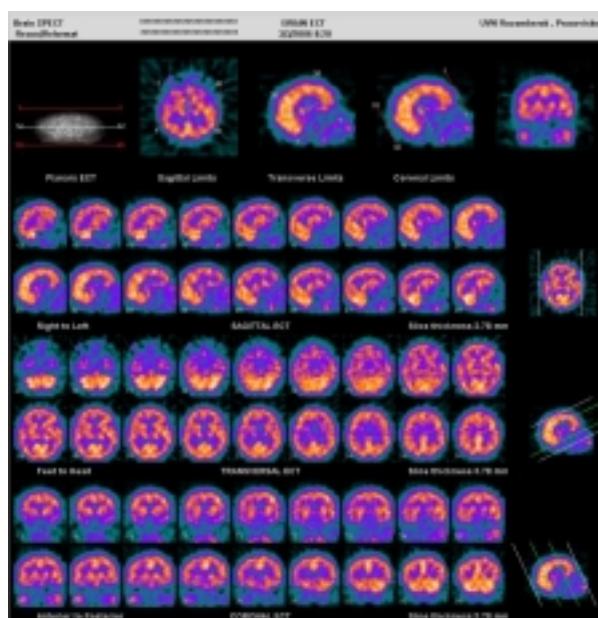


3D Talairach

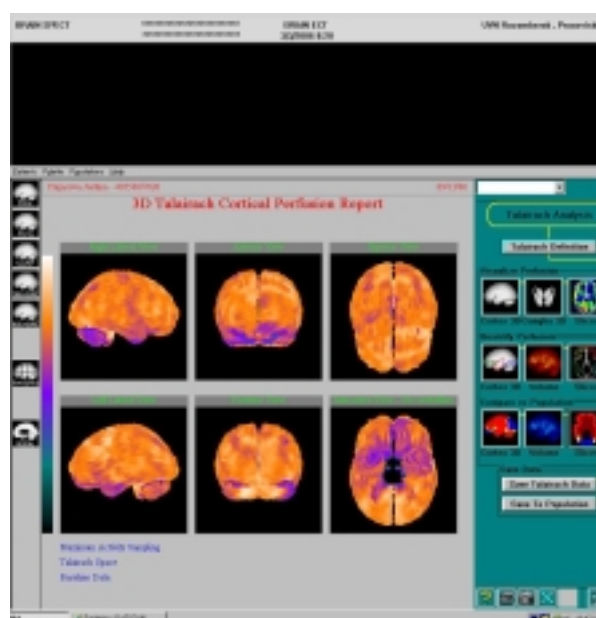


L'ahká hypoperfúzia frontobazálne a cerebellárne

Slice Review

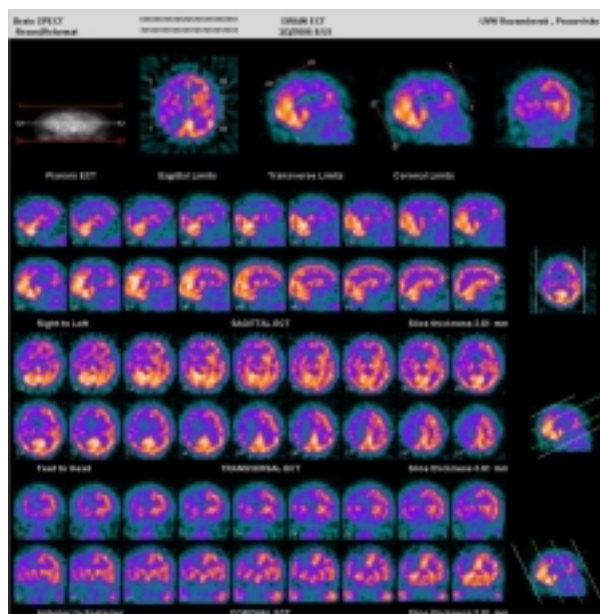


3D Talairach



Ťažká hypoperfúzia pravej hemisféry

Slice Review

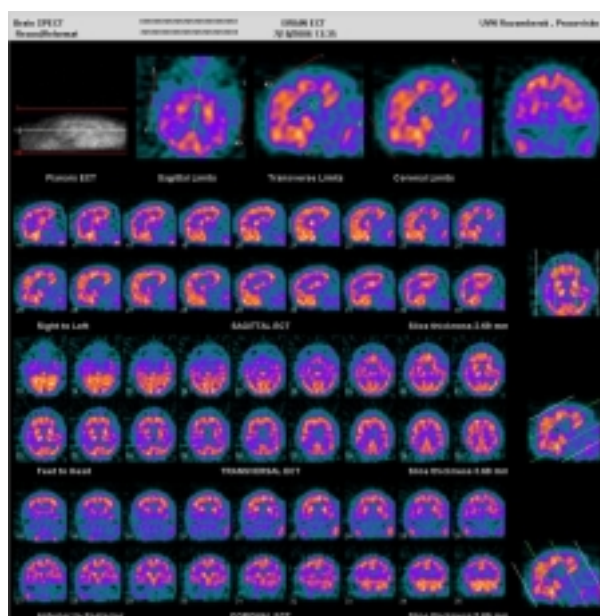


3D Talairach

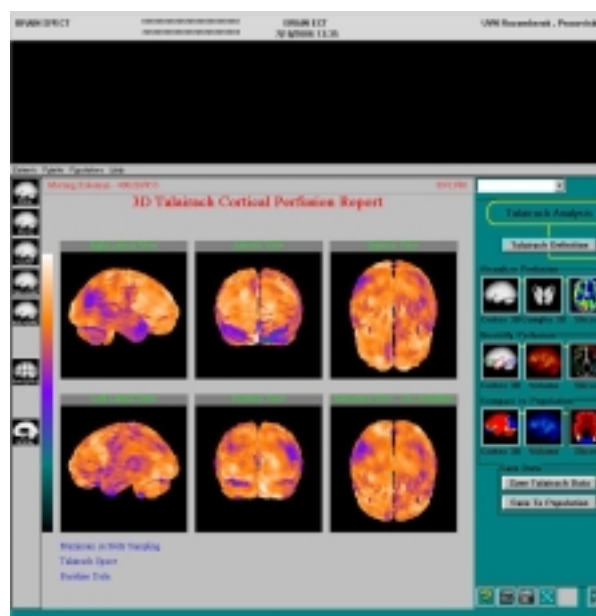


Viacpočetné hypoperfúzie temporoparietookcipitálne prevažne vpravo

Slice Review



3D Talairach



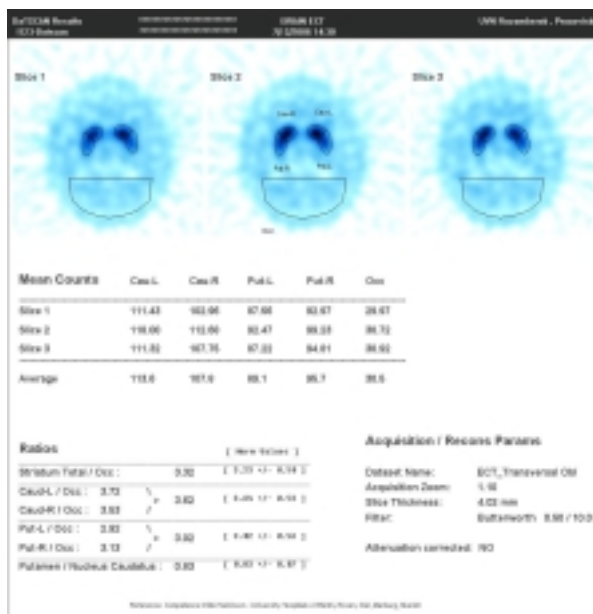
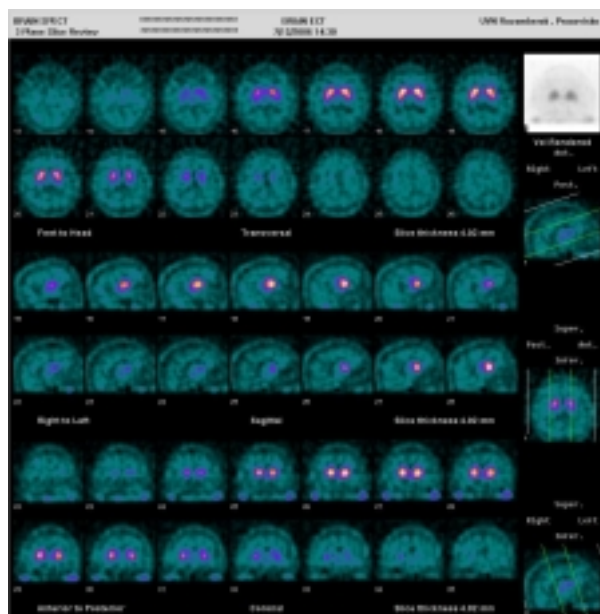
DATSCAN

Výšetrenie zamerané na objektivizáciu Parkinsonovej choroby alebo arkinsonoidného syndrómu metódkou SPECT DATSCAN. Bolo vyšetrených 17 pacientov s vekovým priemerom $65 \pm 7,9$ roka. Z toho 8 žien a 9 mužov.

Fyziologická norma bazálnych ganglií

Slice Review

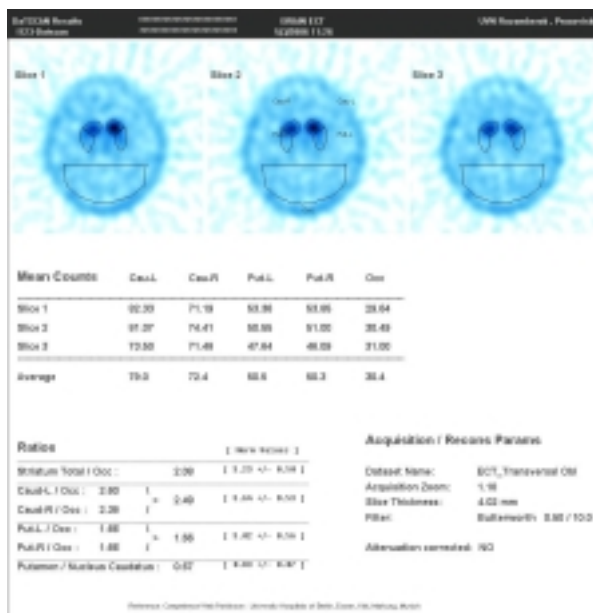
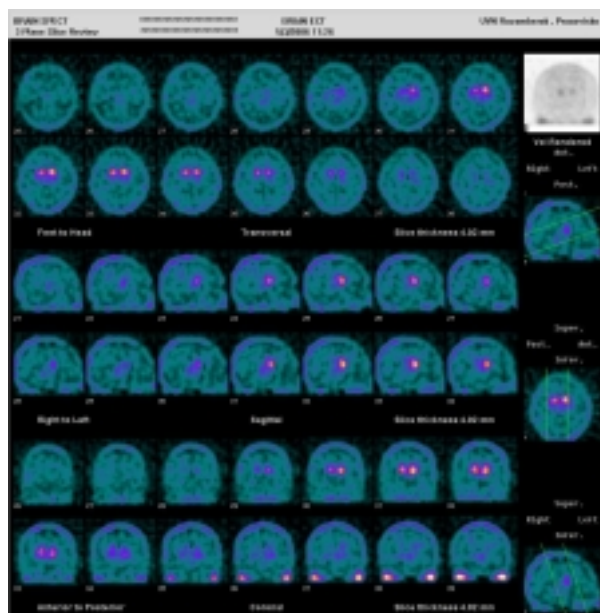
transverzálny rez baz. gangliami



Stredne ťažký stupeň redukcie dopamínových transportných dráh

Slice Review

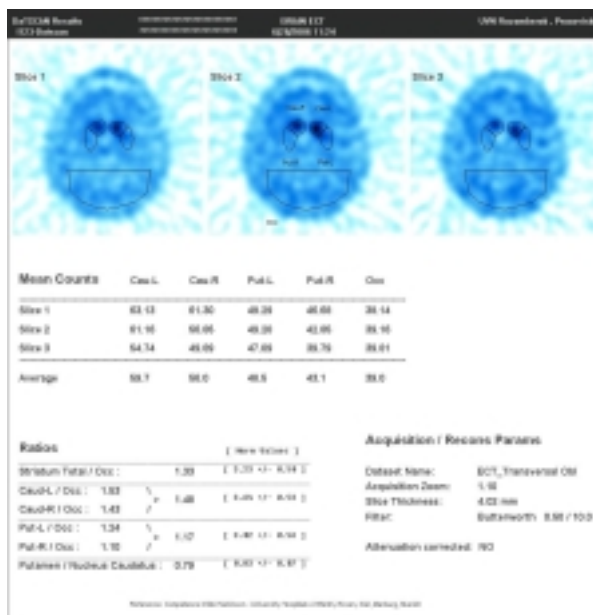
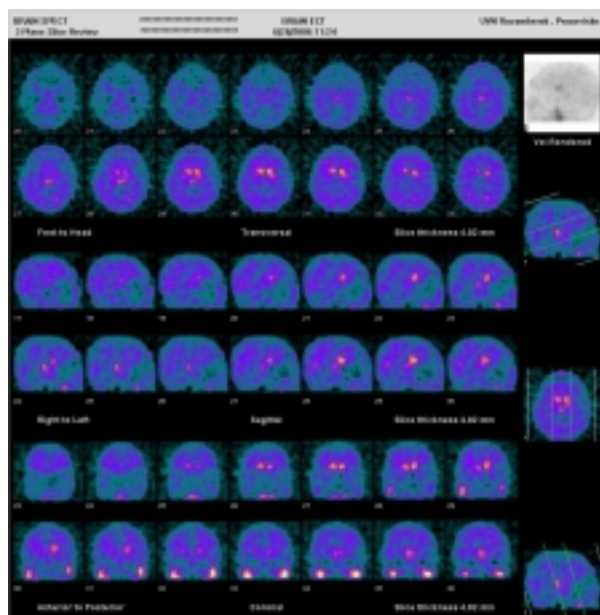
transverzálny rez baz. gangliami



Ťažký stupeň redukcie dopamínových transportných dráh

Slice Review

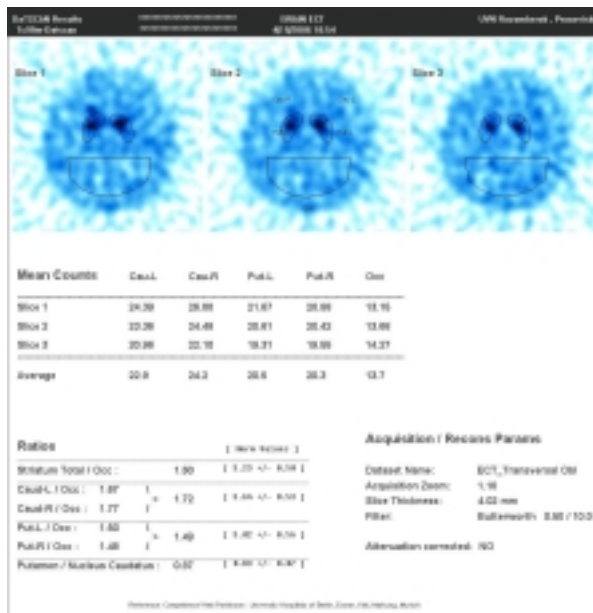
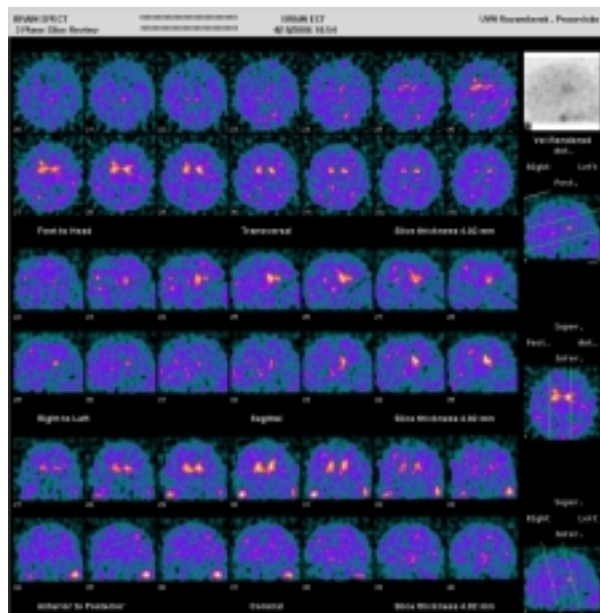
transverzálny rez baz. gangliami



Ťažký stupeň redukcie dopamínových transportných dráh

Slice Review

transverzálny rez baz. gangliami



PREDBEŽNÉ ZÁVERY

Použitím metódy SPECT CERETEC pri supozícii klinikov na rôzne typy ložiskových ischémií mozgu, ukázala sa zhodnosť diagnózy klinickej a rádioizotopovej z hľadiska senzitivity vyšetrenia pri všetkých 37 pacientoch, z hľadiska špecifity vyšetrenia pri 27 pacientoch. Pri zvyšných 10 pacientoch bola rádioizotopová diagnostika síce dostatočne senzitívna, ale nebola špecifická pre topiku a hĺbku redukcie rCBF.

Použitím metódy SPECT-DATSCAN pri supozícii klinikov vaskulárny parkinsonizmus alebo Parkinsonovu chorobu, ukázala sa zhodnosť predpokladu klinického s rádioizotopovým nálezom pri všetkých 17 pacientoch a to ako z hľadiska senzitivity, tak aj z hľadiska špecifického nálezu v rámci semikvantitatívneho hodnotenia redukcie nigrostriátovej transmisie.

V porovnaní s inými metodikami obe rádioizotopové vyšetrenia považujeme za dostatočne validne, kvantifikovateľné a pre budúcnosť diagnostiky ochorení mozgu perspektívne.

ENDOSKOPICKÁ ULTRASONOGRAFIA – MIESTO DIAGNOSTIKE CHRONICKEJ PANKREATITÍDY

Záň J., Minčík I.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

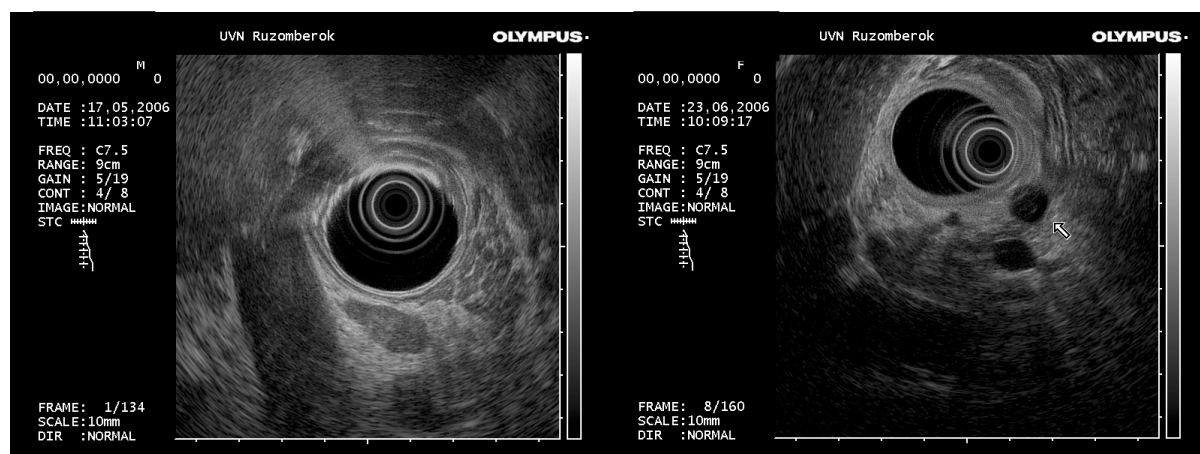
Interná klinika, Endoskopické pracovisko

Endoskopická ultrasonografia nachádza čoraz širšie uplatnenie v klinickej praxi, či už ako diagnostická alebo terapeutická metóda. Medzi jej základné indikácie patrí i chronická pankreatitída. Úlohou našej práce bolo posúdiť význam a uplatnenie endoskopickej ultrasonografie v diagnostike a liečbe uvedenej nozologickej jednotky.

Existuje veľké množstvo definícií chronickej pankreatitídy. Podľa klasickej učebnicovej definície (Mařatka a kol.: Gastroenterologie) je to chronický zápal slinivky brušnej s postupnou náhradou sekrečného parenchýmu fibróznym tkanivom. V diagnostike tohto ochorenia sa využíva množstvo modalít od anamnézy, klinického obrazu a biochemických vyšetrení, cez priame alebo nepriame funkčné testy, až po množstvo zobrazovacích vyšetrení ako je RTG natív brucha, USG, CT, MR event. MRCP až po ERCP. Vyvstáva teda otázka načo nám je ďalšia vyšetrovacia metodika, či nejde len o umelé navyšovanie diagnostického súboru na úkor pacienta. Odpoveď je jednoznačná – nie. Výsledky anamnézy, klinického vyšetrenia, ako i biochemických vyšetrení sú nešpecifické, nie je možné pomocou nich jednoznačne stanoviť diagnózu chronickej pankreatitídy. Funkčné testy sú veľmi nákladné s nízkou výpovednou hodnotou, takže ich využitie je v praxi výrazne limitované. RTG natív brucha môže zobraziť kalcifikáty, ktoré sú patognomické pre chronickú kalcifikujúcu pankreatitídu, avšak tieto sa zobrazujú len u malého počtu pacientov (20-60%). USG a CT vyšetrenie sú ideálne pre ťažké formy chronickej pankreatitídy (CP), avšak pri včasných štádiách majú nízku špecifitu a senzitivitu. Podobne i MR - MRCP, kde je veľmi problematické zobrazenie bočných vývodov duktus pankreaticus. Tzv. „zlatý štandard“ v diagnostike chronickej pankreatitídy – ERCP, ktoré môže byť súčasne i terapeutickou modalitou, je zaťažené vysokým výskytom komplikácií ako je pankreatitída (1%) alebo cholangitída (0.8%).

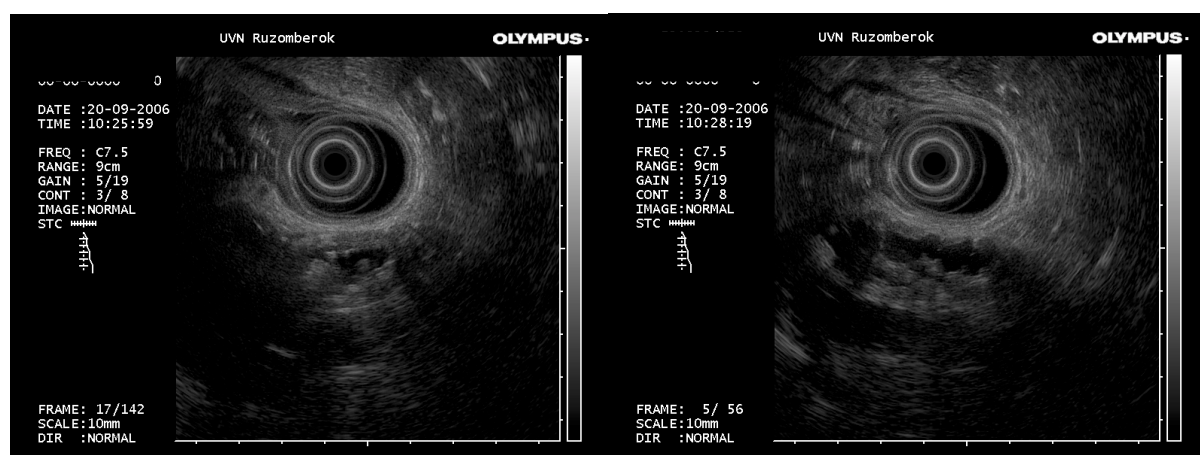
Endoskopická ultrasonografia je naproti tomu neinvazívna metodika, ktorá má podľa mnohých autorov najvyššiu senzitivitu a špecifitu v diagnostike CP spomedzi všetkých zobrazovacích metód. Pri hodnotení EUS nálezov sledujeme jednak zmeny na parenchýme slinivky a jednak zmeny na duktus pankreaticus. V rámci parenchýmových zmien si všímame homogénnosť štruktúry, ohraničenosť slinivky, prítomnosť hyperechogénnych ložísk alebo hyperechogénnych sept, nález hypoechogénnych lobulov alebo anechogénnych priestorov

väčších ako 2 mm. Uvedené nálezy zodpovedajú v patologicko-anatomickom koreláte edému, fibróze, kalcifikáciám alebo pseudocystám.



Parenchýmové zmeny. Vľavo: neostrá kontúra pankreasu, lobulizácia parenchýmu, zvýraznenie interlobulárnych sept, kalcifikácie. Vpravo: cysty pankreasu.

Pri duktálnych zmenách si všímame stenu duku, šírku a priebeh duktus pankreaticus (vinutosť), sledujeme dilatáciu bočných vetiev, pátrame po prítomnosti hyperchogénnych intraduktálnych ložísk, ktoré odpovedajú konkrementom v duktus pankreaticus.



Duktálne zmeny. Vľavo: konkrement v duktus pankreaticus. Vpravo: dilatovaný a vinutý duktus pankreaticus

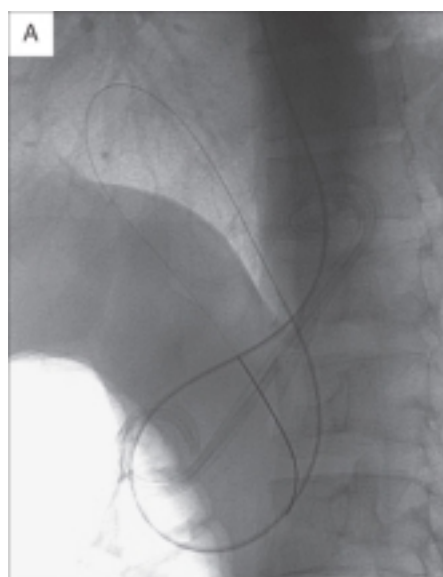
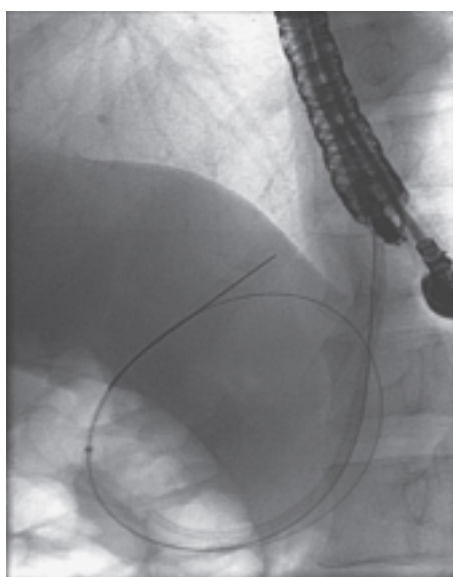
Pomocou rôznych skórovacích systémov môžeme na základe uvedených kritérií stanoviť pravdepodobnosť výskytu chronickej pankreatitídy u daného jedinca. V prednáške je uvedený jeden zo skórovacích systémov – využívajúci štyri parenchýmové a päť duktálnych kritérií. V prípade výskytu jedného až dvoch nálezov je diagnóza

nepravdepodobná, pri výskyte päť a viac kritérií považujeme diagnózu chronickej pankreatitídy z istú.

Nemožno však nespomenúť i nevýhody endoskopickej ultrasonografie. Hlavnou a základnou nevýhodou je jej nedostupnosť na Slovensku, máme len minimum pracovísk majúcich k dispozícii radiálnu endosonografiu. Kombináciu radiálnej a lineárnej endosonografie na Slovensku máme len v ÚVN Ružomberok. Ďalšou nevýhodou je rôzna validita jednotlivých kritérií, nemožno porovnávať prítomnosť kalcifikácií v parenchýme pankreasu, čo je patognomický príznak napr. alkoholickej pankreatitídy, s hyperechogénnou stenou duktus pankreaticus, ktorá sa môže vyskytovať i pri normálnom pankrease. Taktiež chýba jednotný skórovací systém, čo však považujeme za jav len prechodný, ktorý bude v blízkej budúcnosti vyriešený. Problémy ako závislosť jednotlivých kritérií na charaktere populácie ako i závislosť hodnotenia nálezov od skúseností vyšetrujúceho sa vyskytujú i pri ostatných zobrazovacích modalitách.

Endoskopická ultrasonografia má svoje uplatnenie aj ako invazívna metodika v diagnostike chronickej pankreatitídy. Pomocou nej je možný odber pankreatického tkaniva či už formou tenkoihlovej aspiračnej biopsie (fine needle aspiration biopsy) alebo tru-cut biopsie. I keď sa histologizácia chronickej pankreatitídy (vzhľadom na nedostatočné kritéria na grading CP) v rutinej v praxi nevyužíva, obrovský význam má odber pankreatického tkaniva v diferenciálnej diagnostike ložiskových procesov slinivky brušnej - odlíšenie karcinomu pankreasu od chronickej fokálnej pankreatitídy.

Endoskopická ultrasonografia má využitie i ako terapeutická modalita. Pomocou lineárneho endosonografu je možné opichnúť ganglion celiacum za účelom analgézie pri bolestivej forme chronickej pankreatitídy. Taktiež sa v praxi čoraz častejšie využíva transgastrická drenáž pankreatickej pseudocysty pod endosonografickou kontrolou.



Transgastrická drenáž pankreatickej pseudocysty. Vľavo: v pseudocyste zavedený vodič, po vodiči zavádzaný stent. Vpravo: vodič v pseudocyste + tri zavedené pig-tailové drény.

V rámci perspektív využitia endoskopickej ultrasonografie v liečbe komplikácií chronickej pankreatitídy sa na niektorých špičkových pracoviskách vo svete rozbieha transgastrická alebo transduodenálna drenáž duktus choledochus pri jeho stenóze, alebo transgastrická drenáž duktus pankreaticus pri nemožnosti drenáže počas ERCP.

Vzhľadom na všetky vyššie uvedené fakty sa domnievame, že endoskopická ultrasonografia patrí medzi zlaté štandardy v diagnostike a liečbe chronickej pankreatitídy. Jej pole pôsobnosti sa bude s rozvojom tejto metodiky čoraz významnejšie rozširovať.

PEROPERAČNÁ LOKALIZÁCIA PRIŠTÍTNYCH TELIESOK DETEKČNOU GAMA SONDOU A ULTRASONOGRAFIU – NAŠE SKÚSENOSTI

Kubačka I. ¹, Bencúr O. ¹, Greš A. ¹, Kubas V. ¹, Rusňák F. ¹, Lacko A. ²,
Chalachanová I. ², Valko P. ²

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

¹Chirurgická klinika, ²Interná klinika ÚVN Ružomberok

Úvod

Prištítne telieska (PT) sú lokalizované v krku po stranách štítnej žľazy. Najviac sa vyskytujú v počte 4, len výnimočne ich môže byť viac, ale i menej. V hlavných bunkách PT sa syntetizuje a do krvi secernuje parathormon (PTH). PTH má kľúčový význam v metabolizme vápnika, horčíka a fosforu v organizme. Je hormónom, ktorý udržiava konštantnú koncentráciu v organizme mechanizmom spätnej väzby medzi koncentráciou ionizovaného vápnika v plazme a PT. Zníženie koncentrácie vápnika v krvi stimuluje sekreciu PTH s PT a naopak zvýšenie hodnoty hodnoty vápnika v plazme, túto sekreciu inhibuje.

Minimalne invazívna radionavigovaná parathyreoidektomia (MIRP) sa stala preferovanou metódou v operačnej liečbe patologických prištítnych teliesok (PT).

Chirurg by mal pred operáciou vedieť, ktoré teliesko je poškodené, a kde je uložené.

Na detekciu používa špeciálnu sondu, ktorou môže detekovať patologické rádioaktívne PT pričom určí jeho polohu v krku. Kým štandardná operácia vyžadovala exploráciu všetkých teliesok, operácia pomocou sondy určí patologické PT. Zdravé PT nie sú rádioaktívne a preto ich sonda nedetekuje, čím určí rozdiel medzi patologickým a zdravým PT.

Ide o techniku, s minimálnym množstvom komplikácií.

Vyžaduje malú incíziu kože a minimálnu disekciu na krku.

Je možné ju vykonať v lokálnej anestézii, alebo v krátkodobej celkovej anestézii.

Vyžaduje krátky čas hospitalizácie.

Má dvojnásobne väčšiu šancu na dobrý výsledok oproti štandardnej operácii.

Metodika

Podmienkou na MIRP je vytvorenie MIBI scanu, ktorý odhalí rádioaktívne patologické PT. Telieska ktoré nie sú rádioaktívne, nie sú detekovateľné sondou. Dobrá kvalita scanu

umožňuje chirurgovi identifikovať s vysokým stupňom istoty, ktoré prišitné teliesko je pred operáciou patologické, preto sa chirurg nemusí sústreďovať na ostatné PT.

V hyperaktívnom PT sa hromadí veľmi malá dávka rádiofarmaka Tc 99. Normálne telieska sa stávajú latentné pri vysokej hodnote calcia a preto neabsorbujú rádiofarmakum a nestanú sa rádioaktívne. Na detekciu rádioaktívneho patologického PT používame na našom pracovisku od decembra 2005 detekčnú sondu s meracím prístrojom C – Track Automatic.

Sonda umožňuje chirurgovi presne označiť miesto a tým operovať na malom priestore z krátkej incízie. Pôvodné operácie vyžadovali 7 – 8 cm incízie. Pri lokalizácii PT pomocou detekčnej sondy používame 2 – 3 cm incízie. Operáciu je možné vykonať v lokálnej anestézii. Naše pracovisko vykonáva operáciu v celkovej krátkodobej anestézii.

Tumor PT je po podaní rádiofarmaka rádioaktívny asi tri hodiny, s maximom za 1,5 hod od podania rádiofarmaka. Naše pracovisko pracuje s Tc 99.

Po podaní rádiofarmaka Myowiev, asi za 30 - 40 min začíname operáciu. Najskôr sa vykoná detekcia sondou cez kožu. V mieste najsilnejšej koncentrácie rádiofarmaka vydáva sonda hlasitý signál. To umožňuje vykonať krátku cca 2-3 cm incíziu nad miestom najsilnejšieho signálu. Umiestnením sondy, v sterilnom návleku, do rany a sledovanie rádioaktivity umožňuje vykonať rýchlu disekciu, a extirpáciu tumorózne zmeneného PT, pričom operácia môže trvať 20 – 40 min. Dĺžka operácie bez detekčnej gama sondy trvá na našom pracovisku 40 – 120 min. Po extirpácii tumoru PT meriame rádioaktivitu na konkrétnom tkanive. Vysoká intenzita rádioaktivity obsiahnutej v teliesku, pomáha chirurgovi uistiť sa, že operácia je kompletná, a nie je potrebné disekovať ďalšie teliesko. Ak sa metóda prevedie správne, je presnejšia ako stanovenie hladiny PTH per operačne.

Výsledky

Na našej klinike bolo od januára 2006 do decembra 2006 vykonaných 40 operácií pre hyperparathyreózu (HPT). Z toho 39 operácií pre primárnu HPT (pHPT) -adenóm a 1 pre sekundárnu HPT (s HPT).

Tabuľka 1 Počet operácií pre pHPT - adenóm január – december 2006

Ľavé horné PT	n = 9	23,09%
Ľavé dolné PT	n = 14	35,89%
Pravé horné PT	n = 4	10,25%
Pravé dolné PT	n = 12	30,77%
Spolu	n = 39	100%

Všetci pacienti mali predoperačne vykonané lokalizačné vyšetrenie MIBI scan Tc 99.

Šesť pacientov malo MIBI scan doplnený o predoperačnú sonografickú lokalizáciu. Z tohoto súboru bol jeden pacient reoperovaný, pretože pretrvávali vysoké hodnoty calcia v sére a histologizovaný materiál vykazoval tkanivo uzla štítnej žľazy. Reoperácia bola úspešne vykonaná pomocou detekčnej sondy.

Tridsaťtri pacientov malo vykonaný predoperačne MIBI scan + sonografiu + detekciu gama sondou.

1 pacient bol operovaný štandardnou technikou pre sHPT.

39 pacientov bolo operovaných pre pHPT – adenóm. Pooperačne došlo u 38 pacientov k poklesu hodnoty calcia do 24 hodín. U jedného pacienta nedošlo k poklesu hodnoty calcia. S odstupom času bol reoperovaný pomocou lokalizačnej gama sondy, kde bol adenóm PT nájdený a histologizovaný. Histologicky bol overený materiál z každej operácie.

Nervus laryngeus recurrens nebol poškodený ani v jednom prípade. Iné komplikácie sa u operovaných pacientov pre p HPT nevyskytli.

Tabuľka 2

Úprava vápnika do 24 hodín	n = 38
Pretrvávajúca hodnota vápnika po operácii	n = 1
Reoperácia	n = 1
Paréza n. recurrens	n = 0
Iné komplikácie	n = 0

Hospitalizácia našich pacientov trvala 4 – 5 dní z dôvodu sledovania a nastavenia hodnoty calcia.

Záver

MIRP znamená značný posun v operačnej liečbe pHPT. Jej výhodou je :

1. presná lokalizácia
2. operáciu je možné vykonať na malom priestore z krátkej incízie
3. skrátenie operačného času
4. môže byť vykonaná u pacientov v akomkoľvek veku, i v lokálnej anestézii
5. hospitalizácia pacienta je postačujúca na dobu 48 hodín. Pri možnosti sledovať calcium, môže byť výkon zaradený do jednoduchovej chirurgie.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BECHARA Y., GHORAYEB,M.D.: Minimally Invasive Radioquided Parathyroidectomy / MIRP / <http://www.ghorayeb.com/Para.html>
2. NORMAN J ., MD.: Minimally Invasive Radioquided Parathyroid surgery
<http://www.parathyroid.com/MIRP-Surgery.htm>.
3. SCHMIDT B., MD.:Minimally invasive Radioquided Parathyroidectomy / MIRP /
www.northeastmedical.org
4. ČERNÝ J.a kol., Špeciálna chirurgia, Chirurgia hlavy a krku., 1995, 75 – 89.
5. NORMAN J.,M.D.: Minimal Parathyroid Surgery
<http://www.endocrineweb.com.minilapara.html>.

MOBILNÁ KOMUNIKÁCIA, AKTUÁLNY PROBLÉM SÚČASNOSTI

Osina O.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Oddelenie pracovného lekárstva

Súhrn

Článok je venovaný zdravotnej problematike prevádzky mobilných komunikačných prostriedkov, predovšetkým mobilných telefónov, ktoré sú zdrojom elektromagnetických polí. V prvej časti sú uvedené niektoré ich vlastnosti, charakteristiky a účinky akceptované odbornou verejnosťou, ďalšia časť je venovaná výsledkom vyšetrení účinkov elektromagnetických polí na autonómny nervový systém, ktoré sú rutinne vykonávané na oddelení klinického pracovného lekárstva a toxikológie ÚVN, prostredníctvom spektrálnej analýzy variability srdcovej frekvencie.

Kľúčové slová: Elektromagnetické polia, mobilné telefóny, tepelné a netepelné účinky, autonómny nervový systém, spektrálna analýza variability srdcovej frekvencie

Úvod

V poslednom desaťročí došlo na celom svete k výraznému nárastu rôznych zdrojov umelých elektromagnetických polí (EMP) reprezentovaných napr. lokálnymi rozhlasovými vysielačmi, mikrovlnnými rúrami, krátkovlnnými vysielačkami, mobilnými telefónmi a pod.. Mobilné telekomunikačné systémy, pozostávajúce zo základňových staníc a mobilných telefónov sa stali neodmysliteľnou súčasťou dnešného života širokých vrstiev obyvateľstva a náplňou práce mnohých profesií.

Počet užívateľov mobilných telefónov, včítane detí do 15 rokov, neustále rastie. Podľa odhadov poskytovateľov telekomunikačných služieb ich počet v r. 2008 presiahne 3 mld. V r. 2003 v Európe pripadalo na 100 obyvateľov priemerne 80 mobilných telefónov. Napr. v Luxembursku to bolo 120, v Českej republike 95 a v Slovenskej republike 68. S rastúcim počtom mobilných telefónov, ako zdrojov EMP, rastie v dôsledku rôznych akcií i dĺžka hovorov. Predovšetkým mladí ľudia a osoby v menežérskych profesiách, ktorí telefonujú častejšie a dlhšie, sú vo zvýšenej miere vystavení účinkom EMP. Z tohto pohľadu vyplýva i zvýšený záujem verejnosti o prípadné negatívne pôsobenie EMP na ľudské zdravie.

Vlastnosti EMP a základné princípy činnosti mobilných telekomunikačných sietí

Medzi základné charakteristiky elektromagnetických polí, ktoré ovplyvňujú výsledný biologický efekt patria frekvencia, vlnová dĺžka a intenzita. Elektromagnetické pole je možné

si zjednodušene predstaviť ako 2 kmitajúce, navzájom kolmé sínusoidy, z ktorých jedna predstavuje elektrickú a druhá magnetickú zložku. Frekvencia (f), ktorá je udávaná v hertzoch (Hz) je definovaná ako počet kmitov za 1 sek. Vlnová dĺžka (λ) predstavuje dĺžku jedného kmitu, čiže vzdialenosť medzi dvomi vrcholmi sínusoidy. Sila elektromagnetickej vlny je označovaná ako intenzita alebo výkonová hustota poľa S . Jej jednotkou je $W.m^{-2}$ resp. $mW.cm^{-2}$ a jej hodnota klesá so štvorcom vzdialenosti od zdroja. Z pohľadu biologických efektov je intenzita vlny resp. dopadajúceho poľa na ožarovaný objekt, podstatnou veličinou. S rastúcou intenzitou rastie množstvo a závažnosť biologických účinkov. Po dopade poľa na povrch objektu sa uplatňujú ďalšie fyzikálne procesy, z ktorých najpodstatnejšie sú absorpcia, odrazu a rozptyl. Aby bolo možné kvantifikovať množstvo absorbovanej energie bola stanovená jednotka SAR (Specific Absorbption Rate) Táto veličina predstavuje prírastok množstva energie pohltenej v definovanom objeme biologickej hmoty danej hustoty. Je vyjadrovaná vo $W.kg^{-1}$.

V súčasnosti je vo svete používaných niekoľko telekomunikačných sietí, pričom najrozšírenejšia je sieť GSM (78%). Mobilnú telekomunikačnú sieť tvorí systém základňových staníc a samotných mobilných telefónov. Základným princípom činnosti mobilných (celulárnych) telefónov je obojsmerná komunikácia medzi mobilným telefónom vysielajúcim a prijímajúcim elektromagnetické pole a základňovou stanicou. Každá základňová stanica zabezpečuje spojenie vo svojom vymedzenom okruhu – bunke, ktorej veľkosť je od stoviek metrov v husto zaľudnenej oblasti, až po niekoľko kilometrov v oblasti menej obývanej. Susediace základňové stanice medzi sebou komunikujú prostredníctvom rádiového signálu a súčasne sú napojené na linkovú telefónnu sieť.

Súčasný typ mobilných telefónov sú konštruované tak, aby ich prevádzka bola možná pri najnižšom akceptovateľnom výkone. U väčšiny telefónov sa maximálny výkon pohybuje okolo 2 W a priemerný okamžitý výkon okolo 250 mW. Hodnoty SAR pre jednotlivé typy je možné nájsť na [www stránkach](http://www.mmfa.org/public/sar.cfm).¹ Z hľadiska výsledného účinku je dôležitá expozícia (doba, počas ktorej je užívateľ vystavený účinkom EMP). Čím je expozícia kratšia, tým sa znižuje pravdepodobnosť prejavov negatívnych účinkov EMP.

Účinky elektromagnetických polí

Súčasná veda v zásade uznáva tepelné a netepelné účinky EMP. Tepelné účinky, veľmi dobre známe z používania mikrovlnných rúr, ktoré pracujú na frekvencii 2450 MHz, sú spôsobované indukciou elektrického prúdu v tkanivách, zvýšením molekulárneho pohybu, molekulárnymi vibráciami až rozrušením chemických väzieb s následnou denaturáciou

¹ <http://www.mmfa.org/public/sar.cfm>

bielkovín. Citlivosť tkaniva na ohrev je závislá na množstve vody, dielektrických vlastnostiach tkaniva a vaskularite. Za špecifických podmienok expozícia elektromagnetickej energii o výkonovej hustote v rozmedzí 1 – 10 mW.cm⁻² a viac, môže viesť k merateľnému ohrevu biologických tkanív, ale nie nevyhnutne k ich poškodeniu. Túto skutočnosť, okrem už uvedených, ovplyvňujú ďalšie faktory, ako napr. frekvencia EMP, veľkosť, tvar a orientácia ožarovaného objektu, dĺžka expozície, podmienky vonkajšieho prostredia, schopnosť rozptylu a odvedenia vytvoreného tepla.

Anatomické uloženie a štruktúra cievneho systému očí a semenníkov predurčujú ich zvýšenú citlivosť na EMP. Laboratórne experimenty ukázali, že expozícia napr. 30 – 60 min. pri výkonovej hustote 100 – 200 mW.cm⁻² môže spôsobiť kataraktu u zajacov. Vejľupková a Dvořák už v r. 1983 zistili, že kataraktu nebolo možné vyvolať elektromagnetickým poľom na frekvenciách nižších ako 500 MHz pri výkonovej hustote pod 10 mW.cm⁻², čo v minulosti bola najvyššia prípustná hodnota². Zníženie počtu a motility spermií po expozícii semenníkov EMP bolo potvrdené už v starších štúdiách, pri frekvenciách v rozmedzí 3,6 – 10 GHz a výkonovej hustote od 0,01 do 0,1 mW.cm⁻². Tento efekt však môžu vyvolať i iné druhy energie produkujúce porovnateľný vzostup teploty. V ojedinelých prípadoch boli pozorované a popísané sluchové efekty, vznikajúce za určitých, veľmi špecifických podmienok frekvenčnej modulácie signálu a intenzity poľa. Sluchové efekty boli vnímané ako bzučanie alebo klopavý zvuk. Tieto účinky nepredstavujú žiadne zdravotné riziko a sú vysvetľované produkciou termoelastického tlaku vo vnútri hlavy, ktorý je vnímaný vnútorným uchom ako zvuk³. Pri používaní mobilných telefónov, predovšetkým pri dlhších hovoroch alebo viacerých, bezprostredne nasledujúcich volaniach, dochádza k vzostupu intrakraniálnej teploty o 0,11 °C⁴.

Záznamy o poškodení elektromagnetickým poľom v pásmach nad 30 MHz sa v odbornej literatúre objavujú len sporadicky. K poškodeniu tkaniva dochádza pri výkonových hustotách okolo 50 – 60 mW.cm⁻² až po niekoľkých minútach expozície. Tejto hodnote odpovedá elektrické pole E okolo 500 V.m⁻¹ a frekvencie okolo 1 GHz. Z klinických symptómov, v závislosti na ožiarenej časti tela, sa môžu objaviť pocity tepla až popáleniny, bolesti hlavy, hmlisté videnie, neuralgie končatín, opuchy, bolesti v dutine brušnej

² VEJLUPKOVÁ – PAZDEROVÁ, J. – DVOŘÁK, J.: Problematika poškození očí elektromagnetickým zářením o vysoké a velmi vysoké frekvenci. Pracov. lék. 1983, 10, s. 415 – 416.

³ CLEVELAND, R. F. Jr. – ULCEK, J. L.: Questions and answers about biological effects and potential hazards of radiofrequency electromagnetic fields. In: FCC OET Bulletin 56, Washington, Fourth Edition, 1999, 36 s.

⁴ STEWART, W.: Mobile Phones and Health. Independent Expert Group on Mobile Phones – Report. First issued, 2000, <<http://www.iegmp.org.uk/report/text.htm>>

(spôsobené prehriatím orgánov s tekutým obsahom – žlčník, močový mechúr), v najťažších prípadoch môže dôjsť ku koagulačným nekrózám⁵.

Netepelné účinky sú stále diskutovanou a nedostatočne vedecky podloženou problematikou. Do tejto skupiny patrí pôsobenie EMP na sekréciu melatonínu, ovplyvňovanie bunkových transportných mechanizmov pre Ca, K, Na, zmeny neurónových elektrochemických potenciálov, zmeny permeability hematoencefalickej bariéry, zmeny regionálneho prietoku krvi mozgom, možný rozvoj nádorových ochorení a pod. V štádiu výskumov sú dlhodobé účinky pri používaní nízkointenzitných zariadení, ako sú napr. mobilné telefóny, prípadne kumulácia účinkov z rôznych zdrojov.

V r. 2002 Santini a spol.⁶ publikovali štúdiu, v ktorej na základe vyhodnotenia 161 dotazníkov bol štatisticky spracovaný výskyt subjektívnych symptómov v závislosti na používaní MT, frekvencii používaného MT (900 a 1800 MHz) dĺžke a počte hovorov. Vybrané výsledky v percentuálnom vyjadrení k celkovému počtu užívateľov MT sú uvedené v tabuľke 1.

V závere štúdie autori konštatujú, že užívatelia MT si počas hovoru častejšie sťažovali na dyskomfort, teplo a zvonenie v uchu v závislosti na dĺžke a počte hovorov za deň. Používatelia MT frekvencii 1800 MHz si v porovnaní s užívateľmi MT s frekvenciou 900 MHz častejšie sťažovali na zhoršenie koncentrácie a súčasné používanie MT a počítačových zobrazovacích jednotiek (monitorov) významne zvýšilo výskyt porúch koncentrácie.

Podobná dotazníková štúdia mapujúca výskyt symptómov pri používaní MT bola v r. 1999 uskutočnená v Nórsku a Švédsku. Sledovaný bol výskyt symptómov u respondentov používajúcich v zamestnaní systémy GSM a NMT. Oba systémy pracovali na frekvencii 900 MHz, pričom systém NMT, na rozdiel od GSM, nie je impulzne modulovaný. Štúdie sa zúčastnilo 7803 respondentov zo Švédska a 2828 z Nórska. Výsledky ukázali, že u respondentov sa najčastejšie sa vyskytovali rôzne pocity tepla v uchu a jeho okolí (55 %), bolesti hlavy (10 %) a závrate (8 %)⁷.

⁵ SCHILLING, V. J.: Effects of exposure to very high frequency radiofrequency radiation on six antenna engineers in two separate incidents. In: Occup. Med., Vol. 50, 2000, 1, s. 49 – 56.

⁶ SANTINI, R. – SEIGNE, M. – BONHOMME-FAIVRE, L. – BOUFFET, S. – DEFASNE, E – SAGE, M.: Symptoms Experienced by Users of Digital Cellular Phones: A Study of a French Engineering School. In: Electromagnetic Biology and Medicine. 21, 2002, 1, s. 81 – 88.

⁷ OFTEDAL, G. – VILÉN, J. – SANDSTRÖM, M. – MILD, K. H.: Symptoms experienced in connection with mobile phone use. In: Occup. med. Vol. 50, 2000, 4, s. 237 – 245.

Tabuľka 1 Subjektívne symptómy spojené s používaním MT v závislosti na frekvencii dĺžke a počte hovorov (voľne podľa Santiniho a spol., 2002)

Symptómy	Frekvencia MT		Dĺžka jedného hovoru		Počet hovorov /deň	
	900 v %	1800 v %	menej ako 2 min. v %	viac ako 2 min. v %	menej ako 2 hovory v %	viac ako 2 hovory v %
Bolesti hlavy	9,2	20,8	18,1	10,7	12,0	14,2
Poruchy koncentrácie	16,6	45,8	22,7	26,7	28,0	21,4
Poruchy pamäte	3,7	12,5	9,0	5,3	8,0	3,5
Únava	46,2	70,8	54,5	55,3	56,0	53,5
Poruchy spánku	12,9	12,5	9,0	14,2	12,0	14,2
Pocity dyskomfortu	24,0	20,8	0	30,3	10,0	46,4
Pálčivé pocity tváre	7,4	8,3	0	9,0	8,0	7,1
Zvonenie v uchu	16,7	16,7	13,6	19,6	8,0	35,7
Pocit tepla v uchu	53,7	58,3	36,3	64,3	42,0	78,6

Elektromagnetické pole a autonómny nervový systém

Od r. 2000 na oddelení klinického pracovného lekárstva a toxikológie ÚVN vyšetrujeme pôsobenie EMP na autonómny nervový systém (ANS) prostredníctvom spektrálnej analýzy variability srdcovej frekvencie (SA VSF). Pri vyšetreniach používame EMP frekvencie 430 MHz pri výkone zdroja 1W, čo predstavuje intenzitu poľa 9,3 $\mu\text{W}\cdot\text{cm}^{-2}$ pri expozícii 5 min. Vyšetrenia sú vykonávané v dopoludňajších hodinách, v stanovenom algoritme 5 fáz, z ktorých každá trvá 5 minút. V prvých troch fázach (ľah – stoj – ľah) hodnotíme prirodzený funkčný stav ANS. V 4 fáze používame ako záťažový faktor EMP a v 5 fáze hodnotíme prípadné neskoré reakcie ANS. Štatisticky sú porovnávané 3. (ľah) a 4. (ľah + EMP) fáza vyšetrenia.

Doposiaľ získané poznatky ukazujú, že EMP v klinostatickej polohe (v ľahu) spôsobuje signifikantné zvýšenie sympato-vagálnej aktivity, ktorej obrazom je zvýšenie aktivity nízkofrekvenčnej zložky (LF) spektrálnej analýzy variability srdcovej frekvencie. Táto zložka je obrazom zmiešanej sympato–vagálnej aktivity sprostredkovanej predovšetkým baroreceptormi. Výsledky našich pozorovaní nám v súčasnosti neumožňujú jednoznačne určiť, či sa jedná o tepelný alebo netepelný efekt EMP. Vzhľadom k tomu, že k zvýšeniu aktivity dochádza i vo VLF zložke SA VSF, ktorá okrem vazomotorickej, chemoreceptorovej

a ďalších funkčných činností ANS, reprezentuje i termoregulačné mechanizmy, je možné predpokladať, že i v tomto prípade sa jedná o tepelný účinok. Výsledky našich pozorovaní ukazujú, že elektromagnetické polia produkované mobilnými telefónmi priamo nevyvolávajú vznik špecifických ochorení. Je však pravdepodobné, že sa môžu v rôznej miere spolupodieľať na poruchách činnosti autonómneho nervového systému a tým nepriamo vyvolať vznik rôznych nešpecifických ochorení podľa individuálnej vnímavosti každého človeka.

Záver

Naše poznatky nie je v súčasnosti možné generalizovať na všetky mobilné telekomunikačné zariadenia. Je potrebné ich overiť v iných frekvenčných pásmach predovšetkým v oblasti 900 a 1800 MHz, na ktorých pracujú mobilné telefóny. Samostatnú pozornosť si zaslúžia štúdie pôsobenia základňových staníc, ktoré sú stavané priamo na obytných budovách alebo v ich blízkosti. I keď tieto stanice spĺňajú v Európe platnú normu pre ožiarenie obyvateľstva, niektoré práce ukazujú na zvýšený výskyt rôznych symptómov u ľudí žijúcich v sektore ich vyžarovania.

Na základe týchto poznatkov je vhodné riadiť sa stále platnými odporúčaniami svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) o tzv. rozumnej minimálnej expozícii, čo pri používaní mobilných telekomunikačných zariadení znamená maximálne znižovanie dĺžky a frekvencie hovorov.

MOŽNOSTI VÝCHOVY VYSOKOŠKOLSKY VZDELANEJ SESTRY NA FAKULTE ZDRAVOTNÍCTVA

Kuberová H.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra ošetrovateľstva

Anotácia

Demokratizačné a humanizačné podmienky na Slovensku vytvorili priestor pre rozvoj vysokoškolskej prípravy sestier na Slovensku. Profesionálna príprava sestier na Katolíckej univerzite, Fakulte zdravotníctva má veľký celospoločenský význam pre Slovensko. Zmenou koncepcie vzdelávania ide o zvýšenie kvalitatívnej úrovne prípravy študentov a tiež o snahu vyrovnanie požiadaviek v súlade s Európskou stratégiou vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek, Dokumentom o vzdelávaní a stanoviskom Stálej rady sestier EÚ (PCN).

Kľúčové slová: kresťanský orientovaná inteligencia, kresťanské školstvo, koncepcia kresťanskej prípravy sestier na Katolíckej univerzite

Výchova kresťanský orientovanej inteligencie na Slovensku

Vytvorenie demokratizačných a humanizačných podmienok v školstve na Slovensku v poslednom desaťročí, dáva určitý priestor aj na rozvoj kresťanského školstva.

Vyvrcholením úsilia Konferencie biskupov Slovenska bolo založenie Katolíckej univerzity v Ružomberku zákonom Národnej rady Slovenskej republiky č. 167/2000 Zb. zo dňa 10.mája 2000.

Kresťanské školstvo tu malo po celé stáročia vysokú odbornú i kultúrnu úroveň. Naším cieľom je postaviť kresťanský orientovaného odborníka a jeho činnosť na vedecký základ, stimulovať jeho tvorivosť a naučiť ho riešiť náročné odborné činnosti. Podporou tejto činnosti v našich podmienkach je jednoznačne duchovná formácia vysokoškolsky vzdelaných sestier. Naša spoločnosť, rovnako zdraví i chorí klienti potrebujú sestry a lekárov, ktorí sa im budú venovať s láskou, s dôrazom na vysoké mravné a etické princípy. Kultúrne tradície Slovenska sa celé stáročia opierajú o kresťanský hodnotový systém, ktorý musí brať do úvahy aj príprava a práca sestier v zdravotníctve, najmä na našej fakulte. V rámci realizácie prípravy sestier nám všetkým spoločne ide o aplikáciu uvedených požiadaviek do konkrétnej pedagogickej činnosti prípravy sestier.

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva v záujme zvyšovania kvality vzdelávania sestier nadviazala spoluprácu s domácimi i viacerými zahraničnými univerzitami, tiež pracoviskami medicínskych, ošetrovateľských a sociálnych vied, akými sú TU a jej Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Slovenská zdravotnícka univerzita, Ústav ošetrovateľstva na UK v Bratislave a v Martine, Univerzita P.J.Šafárika v Košiciach, PU, Fakulta zdravotníctva v Prešove, Fakulta zdravotníctva v Nitre, ale aj Fakulty zdravotníctva v Ústí nad Labem, Ostave, v Olomouci, v Českých Budějoviciach. Veľkou oporou a odbornou pomocou je pre nás a hlavne našich študentov spolupráca s Univerzitou v Lubline, ale aj s ostatnými Katolíckymi univerzitami v Taliansku, Nemecku i Rakúsku. Spolupráca s uvedenými pracoviskami pomáha rozvíjať študentské a pracovné mobility s cieľom odstránenia rozdielov v odbornej príprave študentov ošetrovateľstva.

Koncepcia kresťanskej výchovy sestier na FZ v Ružomberku

Ošetrovateľstvo má za úlohu poskytovať komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť v zdraví a chorobe všetkým vekovým skupinám klientov, teda v prvom rade študuje zdravie človeka, pričom ho berie do úvahy z bio – psycho – sociálneho a spirituálneho, teda holistického hľadiska. Povolanie sestier charakterizujú hodnoty založené na úcte k ľuďom, empatii, obhajovaní práv chorých a zdravotne postihnutých osôb. Takéto povolanie musí vykonávať osoba vzdelaná, vyrovnaná, rozhodná, schopná riešiť krízové situácie, pripravená po psychologickej, ale aj spirituálnej stránke.

Práca sestry je poslaním, preto sa na našej fakulte okrem odbornej prípravy venuje veľká pozornosť kresťanskej formácii zdravotných sestier. Cieľom vysokoškolského vyučovania teológie a náboženstva je nielen naučiť študentov poznať obsah kresťanského posolstva (Božieho zjavenia a katechizmu), ale splniť sústavu cieľov, ktoré pomôžu študentom okrem kognitívnej roviny prežívať v afektívnej rovine duchovný rozmer života, osvojovať si kresťanskú hodnotovú orientáciu a zaujímať správne ľudské a kresťanské postoje v praktickom živote. Tieto ciele sú konkretizované v bakalárskych a magisterských učebných programoch sestier a pôrodných asistentiek. Pozornosť týmto cieľom je venovaná v predmete Vybrané kapitoly z teológie rozdelenom v 4 semestroch po 1 hodine cvičení v bakalárskom stupni a v 1 semestri 1 hodina cvičení v magisterskom stupni. Praktická aplikácia kresťanských hodnôt nachádza uplatnenie v predmetoch Filozofia a profesionálna etika v 2. semestri a Pastorálna medicína v 5. semestri, kde sa študenti stretávajú so závažnými etickými problémami v ošetrovateľstve. Okrem uvedených predmetov v odbore pôrodnej asistencie je zaradený predmet Prenatálnej a vývinovej psychológie v 2. semestri, v ktorom sa študenti naučia pristupovať s úctou k ešte nenarodeným deťom, či deťom, ktoré od narodenia trpia nejakým závažným ochorením, či postihnutím.

Napokon je tu aj sústava cieľov, ktoré pomôžu študentom v psycho - motorickej rovine získať základné náboženské návyky a zručnosti. Tieto ciele sú realizované sústredzeniami zo spirituality, ktoré s veľkým ľudským, odborným a duchovným nasadením vedú naši spirituáli z Univerzitného pastoračného centra.

Z uvedených skutočností by sa mohlo zdať nezainteresovanému pozorovateľovi, že sa takáto príprava a formácia realizuje výlučne len u študentov katolíckeho vierovyznania. Nie je to tak, preto že právo na štúdium a uplatnenie dostávajú aj ateisti, alebo študenti iných vierovyznaní, napr. aj moslim. Študenti prichádzajúci študovať na Katolícku univerzitu majú dostatok informácií o kresťanskej formácii a už imatrikulačným sľubom sa zaväzujú tieto skutočnosti rešpektovať. Študentská obec spolu s akademickou obcou žije vo vzájomnej tolerancii so všetkými, ktorí majú iné názory a spôsoby života. Cieľom je nenásilnou formou a najmä osobným príkladom sprostredkovať kresťanské hodnoty všetkým ľuďom dobrej vôle. Osobné stretnutia na pôde Katolíckej univerzity s osobnosťami a predstaviteľmi kresťanského života sú prínosom tak pre veriacich, ako aj všetkých ostatných členov študentskej a akademickkej obce. Takým významným a dojímavým bolo aj stretnutie s Jeho Excelenciou Kardinálom Jozefom Tomkom, ktorého osobnosť a osobný príklad života je hodný nasledovania. Na toto stretnutie a slová z príhovoru nezabudnú mnohí z nás učiteľov univerzity, tiež z radov študentov, ale aj obyvateľov Ružomberka. Požehnané chvíle sme spoločne prežívali aj tento rok od 25. septembra do 1. októbra s pátrami redemptoristami z Podolínce spolu so spoločenstvom Rieka života. Tieto misie boli skutočne výnimočné, lebo bratia redemptoristi sa na nás obracali pri stretnutiach a v kázňach slovami povzbudení, ale hlavne svojim osobným príkladom a postojom svedčili o tom čo Boh koná v ich životoch. Páter Michal Zamkovský pri tej príležitosti povedal: „Kresťan je človek pribitý na kríž“. Po chodbách fakúlt sa zrazu pohybovali ľudia vo zvláštnych tričkách s nápismi : „Taký chudý, taký tučný, taký malý,...môžeš svätý byť“. Mnohí študenti svorne tvrdia, že neľutujú, že v tom čase ostali na internáte a stretli sa s pátrami, (alebo pátri prišli za nimi na internát). Spoločne sme všetci prežili skutočne požehnaný čas v univerzitnom spoločenstve. Nikto nás do toho nenútil, nikto si nerobil prezenciu a predsa prišla väčšina z nás učiteľov, študentov i zamestnancov.

Z uvedeného vyplýva, že je potrebné zachovať rovnováhu medzi odbornými, teologickými, pedagogickými predpokladmi a životným kontextom študenta ošetrovateľstva, hlásiaceho sa ku kresťanským hodnotám, ktoré bude uplatňovať vo svojom živote a v práci pri starostlivosti o to najcennejšie čo človek má, v starostlivosti o jeho zdravie tela i ducha.

ÚLOHA MENTORA V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

Kadučáková H., Džumelová M., Lehotská M.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Autori v príspevku poukazujú na význam mentorstva v profesionálnej príprave študentov ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie. Popisujú rolu mentora a prezentujú vzdelávací program pre profesionálnu prípravu mentora v rámci ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov na Katolíckej univerzite v Ružomberku.

Kľúčové slová: Vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek, mentor, rola mentora, profesionálna príprava mentora

Úvod

V študijných programoch pre vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek je teória a prax úzko prepojená kvalitou a odbornosťou, ktorú zabezpečujú pedagógovia vysokej školy a odborníci z praxe.

Poznatky a zručnosti osvojené v praxi majú rovnakú kvalitu a dôležitosť ako štúdium na univerzitnej pôde. Z toho dôvodu je potrebné, aby sa stanovili kritériá na prípravu tých, ktorí budú u študentov riadiť proces aplikácie získaných vedomostí a zručností do praxe.

Strategické dokumenty WHO používajú termín „mentor“- odborník z praxe ktorý:

- má náležitú prípravu na rolu mentora,
- udržiava si svoju klinickú spôsobilosť,
- pozná obsah študijného programu,
- poskytuje študentovi počas vedenia klinickej výučby odbornú pomoc a podporu,
- pomáha študentovi integrovať teóriu s praxou,
- poskytuje spätnú väzbu o priebehu odbornej výučby vysokej školy.

Vysokoškolské štúdium nekladie dôraz len na kvalitu vzdelávacieho procesu, ale aj na tých, ktorí budú klinickú výučbu zabezpečovať - mentorov.

Kritéria pre výber mentorov:

- registrovaná sestra, pôrodná asistentka,
- ukončené VOV, alebo bakalárske štúdium, minimálne jeden rok praxe v danom odbore,
- ukončená SZŠ+PŠŠ, minimálne tri roky praxe v danom odbore,
- úspešné absolvovanie mentorského kurzu,
- záujem podieľať sa na vzdelávaní študentov,
- udržiavať si klinickú spôsobilosť.

Študijný program v rámci ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov sa realizoval aj na fakulte zdravotníctva Katolíckej univerzity (ďalej len FZ KU) v Ružomberku koncipovaný ako teoreticko-praktický celok, v dĺžke štyroch mesiacov (1x týždňové stretnutie/spolu 80 hodín kontaktných a 40 hodín pedagogickej praxe).

Študijný program tvoria moduly:

- ošetrovateľstvo (najnovšie trendy v odbore ošetrovateľstvo),
- pedagogika, didaktika (pedagogika, didaktika a edukácia v ošetrovateľstve, pedagogická psychológia),
- humanitné predmety (právo, legislatíva, sociológia, etika, komunikácia, manažment, výskum),
- pedagogická prax.

Výstupné štandardy mentora:

- ovláda základy pedagogiky a didaktiky,
- pozná základné ošetrovateľské a pedagogické princípy a metódy,
- realizuje pedagogickú prax na klinickom pracovisku,
- vedie ošetrovateľskú a pedagogickú dokumentáciu.

Štúdium sa končí vykonaním skúšky, ktorá pozostáva z písomného testu, vypracovania a obhájenia ošetrovateľskej a pedagogickej dokumentácie. Dokladom o ukončení štúdia je osvedčenie. FZ KU s mentorkou uzaviera zmluvu o klinickej výučbe.

Úlohy mentora

Koordinácia praktickej výučby - s organizačnými a personálnymi požiadavkami klinického pracoviska.

Kooperácia - s hlavnou a staničnou sestrou klinického pracoviska a s pedagógmi fakulty.

Organizácia a plánovanie klinickej výučby študentov, riešení problémov, dokumentovanie dosiahnutých cieľov.

Uvádzanie študenta do praxe - vyberá výkony pre študenta, pozoruje študenta, reflektuje svoje správanie a správanie študenta počas praxe, pochvala/kritika študenta.

Hodnotenie - hodnotenie odbornej spôsobilosti študenta.

Pred začiatkom klinickej výučby sa koná porada mentora so zástupcom FZ KU a klinického pracoviska.

Z hľadiska pripraví študenta pre prax majú nezastupiteľnú úlohu pohovory.

Pohovory medzi študentom a mentorom

úvodný: realizuje sa na začiatku klinickej výučby a slúži pre vzájomnú informovanosť, vytýčenie cieľov, vytvorenie pocitu dôvery

priebežný: určuje stupeň dosiahnutého cieľa u študenta, podáva spätnú väzbu a určuje cesty možných korektúr z hľadiska vytýčených cieľov

záverečný: spojený s hodnotením, kde sa hodnotí na základe miery dosiahnutia vytýčených cieľov. Výsledky majú prispieť k podchytu zistených nedostatkov a predností ako základu spoločného plánovania ďalších cieľov a určenie ciest k ich dosiahnutiu

Mentor každému študentovi vypracuje po absolvovaní predpísanej klinickej výučby hodnotenie, v rámci ktorého sa hodnotí:

- prístup k pacientovi
- komunikačné zručnosti
- spolupráca/ prístup ku zdravotníckym pracovníkom na danom pracovisku
- odborné vedomosti a praktické zručnosti

V závere hodnotenia sú uvedené pozitíva, problémy a nedostatky študenta v rámci klinickej ošetrovateľskej praxe.

Hodnotenie študenta má byť:

- realistické- musí zodpovedať skutočnému výkonu,
- spravodlivé- na základe vopred dohodnutých kritérií, nesmie byť prostriedkom trestu,
- pochopiteľné- študent musí hodnoteniu rozumieť.

Záver

Cieľom role mentora v klinickej praxe a role učiteľa z vysokej školy je – propagovať chápanie dvoch svetov u študenta – vzdelávania a praxe a podporiť schopnosť študenta integrovať teóriu do praxe.

Dobré rady pre mentorov:

- predstav sa pri prvom stretnutí,
- používaj často mená študentov,
- vyber vhodné miesto pre rozhovor so študentom,
- ukáž, že ťa zaujíma študent ako individuum,
- myslí pozitívne.

KATOLÍCKA UNIVERZITA V RUŽOMBERKU

Fakulta zdravotníctva – študijný program ošetrovateľstvo

HODNOTENIE ŠTUDENTA

Klinické pracovisko:.....

Meno študenta:.....Ročník:.....

Čas realizácie/počet cvičných hodín odbornej praxe:.....

Hodnotenie (prosíme vyznačiť na stupnici hodnotenia):

1. Odborné vedomosti študenta:

- výborné (vynikajúci výkon)
- veľmi dobré (štandardný výkon s istými chybami)
- dobré (dobrý výkon s početnými chybami)
- uspokojivé (uspokojivý výkon so značnými chybami)
- dostatočné (výkon/výsledky spĺňa/-jú minimálne kritériá)
- nedostatočné (výkon/výsledky nespĺňa/-jú kritériá)

2. Odborné praktické zručnosti:

- výborné
- veľmi dobré
- dobré
- uspokojivé
- dostatočné
- nedostatočné

3. Úroveň komunikácie:

- výborná
- veľmi dobrá
- dobrá
- uspokojivá
- dostatočná
- nedostatočná

4. Prístup ku pacientovi:

- výborný
- veľmi dobrý
- dobrý
- uspokojivý
- dostatočný
- nedostatočný

5. Prístup ku zdravotníckym pracovníkom:

- výborný
- veľmi dobrý
- dobrý
- uspokojivý
- dostatočný
- nedostatočný

Najviac sa študentovi darilo (napíšte v čom):

.....

.....

.....

V čom mal študent problémy:

.....

.....

.....

Odporúčania pre ďalšie zdokonaľovanie:

.....

.....

.....

V

dňa.....

.....

.....

podpis vedúcej sestry klinického pracoviska

podpis vedúceho klinického pracoviska

pečiatka klinického pracoviska

Stupnica hodnotenia:

- A - výborne
- B - veľmi dobre
- C - dobre
- D - uspokojivo
- E - dostatočne
- FX - nedostatočne

Ťažiskové body hodnotenia študenta:**1. odborné kompetencie:**

- organizácia programu pracovného dňa
- prenos odborných vedomostí do praxe
- pracovný výkon
- zvládanie administratívnych úloh

2. sociálne kompetencie:

- zaobchádzanie s pacientmi
- prístup ku spolupracovníkom
- prístup ku príbuzným

3. osobné kompetencie:

- ochota učiť sa
- motivácia
- psychické schopnosti

Zoznam bibliografických odkazov

1. GRINDEL, C.,G. Mentorship: A key to retention and recruitment. Medsurg Nursing. 2004,vol.13no. 1,p. 36-37
2. Programme for the Preparation of Mentors. Forth Valley College. Nepublikované
3. Súbor dokumentov svetovej zdravotníckej organizácie pre sestry a pôrodné asistentky 2. Bratislava: SKSaPA, 2003 456 s. ISBN 80-967818-5-5
4. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2002, 271 s. ISBN 80-85047-21-7
5. Zbierka zákonov č. 578/2004 Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkov, stavovských organizáciách v zdravotníctve
6. WILSON – BARNETT, J. a kol.:Clinical support and the Project 2000 nursing student: factors influencing this process. Journal of Advanced nursing 21, 1995; 1152-1158

INTERNET AKO SÚČASŤ OŠETROVATEĽSTVA

Magerčiaková M., Lehotská M.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Počítačové siete a internet nachádzajú uplatnenie v mnohých oblastiach nášho života. Umožňujú diaľkovú komunikáciu a spoluprácu ľudí, ktorí by sa inak fyzicky museli stretávať. V zdravotníctve, a teda aj v ošetrovateľstve môže ísť o využitie informačného systému pre ďalšie vzdelávanie a odborný rast zdravotníckych pracovníkov, ale prostredníctvom internetu aj o komunikáciu medzi odborníkmi, napríklad pri výmene skúseností, ale aj o komunikáciu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a ich pacientmi/ klientmi.

Počítačová gramotnosť a čoraz širšie možnosti prístupu na internet môžu prispieť aj k odbornému rastu sestier, ku ktorému prispieva aj účasť na rôznych seminároch či konferenciách na domácej alebo medzinárodnej úrovni. Usporiadatelia týchto podujatí ich prezentujú aj v rámci svojich internetových stránok. Štúdium ani odborný rast sestier nie je možný bez aktuálnej odbornej literatúry, ktorej prehľad aj možnosť objednávky je uvádzaný na internetových stránkach.

Sestry pri hľadaní zamestnania môžu okrem iných informačných zdrojov využiť aj internet. Niektoré internetové stránky ponúkajú sestrám informácie z rôznych oblastí (vzdelávanie, časopisy, práva, výskum, praktické skúsenosti, legislatíva).

Predpokladom efektívneho využitia informačných technológií, nielen pre odborný rast sestier, sú primerané vedomosti a zručnosti z oblasti informatiky, ale aj dostatočné materiálne a technické vybavenie všetkých pracovísk a dostupnosť internetu.

Kľúčové slová: ošetrovateľstvo, sestra, internet, internetová stránka

Úvod

Internet ako moderný spôsob medziludskej komunikácie a zároveň neobmedzený zdroj informácií, je možné efektívne využiť aj v ošetrovateľstve. V príspevku sú načrtnuté možnosti využitia informačných technológií a internetu v odbore ošetrovateľstvo a niekoľko príkladov www stránok z rôznych tematických okruhov či oblastí.

„Internet je najväčšia celosvetová sieť, ktorá spája tisíce serverov (počítače stále pripojené na internet) a milióny počítačov využívajúcich informácie uložené na serveroch. Poskytuje obrovské množstvo informácií prakticky zo všetkých oblastí a umožňuje komunikáciu s celým svetom“ (Britvík, 2003, s. 65).

Počítačové siete a internet nachádzajú uplatnenie v mnohých oblastiach nášho života. Umožňujú diaľkovú komunikáciu a spoluprácu ľudí, ktorí by sa inak fyzicky museli stretávať. V zdravotníctve, a teda aj v ošetrovatelstve môže ísť o využitie informačného systému pre ďalšie vzdelávanie a odborný rast zdravotníckych pracovníkov, ale prostredníctvom internetu aj o komunikáciu medzi odborníkmi, napríklad pri výmene skúseností, ale aj o komunikáciu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a ich pacientmi/ klientmi.

Informatika, resp. zdravotnícke informačné systémy sú už samozrejmosťou učebných osnov a študijných programov pre sestry a pôrodné asistentky. Sestry tak získavajú vedomosti a zručnosti v oblasti využitia výpočtovej techniky, či už pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, ale sestry- manažérky aj pri riadení a organizácii práce.

Počítačová gramotnosť a čoraz širšie možnosti prístupu na internet môžu prispieť aj k odbornému rastu sestier. V prípade záujmu o kvalifikačné, prípadne ďalšie vzdelávanie sú sestrám na internete dostupné stránky univerzít, ktoré poskytujú bakalárske, magisterské, rigorózne, doktorandské, špecializačné a certifikačné vzdelávanie s uvedením podrobnejších a konkrétnejších informácií.

Bakalárske štúdium- odbor ošetrovatel'stvo

- www.ku.sk - Katolícka univerzita Ružomberok
- www.ukf.sk - Univerzita Konštantína Filozofa Nitra
- www.uniba.sk - Lekárska fakulta Univerzity Komenského Bratislava
- www.upjs.sk - Lekárska fakulta UPJŠ Košice
- www.unipo.sk - Prešovská univerzita Prešov
- www.tnuni.sk - Trenčianska univerzita A. Dubčeka Trenčín
- www.szu.sk - Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava
- www.jfmed.uniba.sk - Jesseniova lekárska fakulta UK Martin
- www.vssvalzbety.sk - Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava
- www.truni.sk - Trnavská univerzita Trnava

Magisterské štúdium- odbor ošetrovateľstvo

- www.ku.sk - Katolícka univerzita Ružomberok
- www.uniba.sk - Lekárska fakulta Univerzity Komenského Bratislava
- www.upjs.sk - Lekárska fakulta UPJŠ Košice
- www.szu.sk - Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava
- www.jfmed.uniba.sk - Jesseniova lekárska fakulta UK Martin
- www.vssvalzbety.sk - Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava
- www.truni.sk - Trnavská univerzita Trnava

Rigorózne konanie- odbor ošetrovateľstvo

- www.ku.sk - Katolícka univerzita Ružomberok
- www.upjs.sk - Lekárska fakulta UPJŠ Košice
- www.szu.sk - Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava
- www.vssvalzbety.sk - Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava
- www.truni.sk - Trnavská univerzita Trnava

Doktorandské štúdium- odbor ošetrovateľstvo

- www.szu.sk - Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava
- www.jfmed.uniba.sk - Jesseniova lekárska fakulta UK Martin
- www.vssvalzbety.sk - Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava
- www.truni.sk - Trnavská univerzita Trnava

Špecializačné a certifikačné študijné programy v kategórii sestra

- www.szu.sk - Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava

K odbornému rastu sestier prispieva aj aktívna alebo pasívna účasť na rôznych seminároch či konferenciách na domácej alebo medzinárodnej úrovni. Usporiadatelia týchto podujatí ich prezentujú aj v rámci svojich internetových stránok:

- www.fnmotol.cz - Cesta k modernému ošetrovateľstvu- FN Motol
- www.jcu.cz - Jihočeské ošetrovateľské dny- Jihočeská univerzita České Budějovice
- www.jfmed.uniba.sk - Medzinárodná konferencia v ošetrovateľstve- JLF UK Martin

- www.ku.sk - Ružomerské zdravotnícke dni- FZ KU Ružomberok
- www.osu.cz - Mezinárodní symposium ošetrovatelství- Ostravská univerzita Ostrava
- www.szu.sk - Medzinárodná vedecká konferencia- SZU Bratislava
- www.tnuni.sk - Medzinárodná konferencia v ošetrovatel'stve- Trenčianska univerzita A. Dubčeka Trenčín
- www.truni.sk - Paliatívna a hospicová starostlivosť- TU Trnava
- www.uhk.cz - Královéhradecké ošetrovatelské dny- Univerzita Hradec Králové
- www.ukf.sk - Medzinárodná konferencia v ošetrovatel'stve- UKF Nitra
- www.uniba.sk - Medzinárodné sympóziu m v ošetrovatel'stve- LF UK Bratislava
- www.upol.cz - Mezinárodní konference ošetrovatelství a porodní asistence- LF UP Olomouc

Štúdium ani odborný rast sestier nie je možný bez aktuálnej odbornej literatúry, či už časopiseckej alebo knižnej. Na týchto stránkach je dostupný nielen zoznam najaktuálnejších odborných knižných titulov, ale dokonca fungujú aj internetové kníhkupectvá, ktoré umožňujú nákup priamo v pohodlí domova a často dokonca aj s výraznou zľavou:

- www.martinus.sk
- www.knihy.skrz.sk
- www.vydavatel.sk
- www.eplanet.sk
- www.grada.sk
- www.grada.cz
- www.tigis.cz

Niektoré odborné periodiká pre sestry je možné nájsť v elektronickej podobe na internete, alebo si zabezpečiť predplatné niektorého z časopisov pre sestry, či dokonca objednať si staršie čísla časopisu za zľavnené ceny:

- www.florence.cz - časopis Florence
- www.sanoma.sk - časopis Sestra (SR), Zdravotnícke noviny
- www.periodik.cz - časopisy Sestra (ČR), Diagnóza v ošetrovatel'ství, Florence, Zdravotnické noviny, Zdravotnictví a právo
- www.zdn.cz - Zdravotnické noviny

Odborné práce z oblasti ošetrovateľstva alebo zdravotníctva sú dostupné aj na nasledujúcich internetových stránkach. Dôležité je, aby tieto práce (ako aj všetky iné) neboli zneužívané a vždy je potrebné pamätať na ochranu autorských práv:

- www.edusan.sk
- www.referaty.sk
- www.studentske.sk

Nezamestnanosť ako fenomén súčasnej doby sa dotýka aj sestier. Sestry pri hľadaní zamestnania môžu okrem iných informačných zdrojov využiť aj internet. Dôvodom pre vyhľadávanie informácií o možnosti zamestnania sestier je okrem nezamestnanosti aj záujem pracovať v zahraničí či v inom zdravotníckom zariadení alebo v inej pozícii v rámci Slovenskej republiky.

- www.profesia.sk
- www.zamestnanie.sk
- www.work.sk
- www.inzerat.sk
- www.chcempracovat.sk
- www.best.sk
- www.azet.sk
- www.zamestnanie.inzert2000.sk
- www.praca.bazos.sk
- www.europaprogres.sk
- www.euroinfo.gov.sk (informácie o práci v inštitúciách EÚ)

Nasledujúce internetové stránky ponúkajú sestrám informácie z rôznych oblastí (vzdelávanie, zamestnanie, časopisy, práva, výskum, praktické skúsenosti,...):

- www.sestra.in/home/index.php
- www.instrumentarky.cz
- www.sestra.sk
- www.cnna.cz

Každý zamestnanec by mal poznať legislatívu týkajúcu sa výkonu jeho povolania a aj sestrám sa ponúka možnosť oboznámiť sa s ňou prostredníctvom internetu na týchto stránkach:

- www.health.gov.sk (stránka MZ SR)
- www.zakon.sk
- www.zbierka.sk
- www.zakony.sk
- www.azet.sk

Sestry sa zaujímajú aj o členstvo v stavovskej organizácii- Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek a možnosť registrácie, ale informácie tohto charakteru na internete dostupné nie sú (iba na lokálnej úrovni v rámci niektorých zdravotníckych zariadení). Dúfame, že sa situácia zlepší a v dohľadnej dobe bude internetová stránka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek ponúkať sestrám viac dôležitých informácií:

- www.sksapa.sk

Sestry môžu informačné systémy a internet využiť aj na *vyhľadávanie informácií* použiteľných pri edukácii pacientov/ klientov, ale počítač je výborným pomocníkom aj pri samotnej *príprave písomných edukačných materiálov* pre pacientov. *Elektronická pošta* medzi sestrou a pacientom/ klientom môže byť využívaná aj pri edukácii, resp. zdravotnej výchove najmä u detí a mladých ľudí. Pacienti si v prípade záujmu o nejaký tematický okruh predovšetkým z oblasti týkajúcej sa starostlivosti o zdravie môžu aj sami vyhľadať informácie dostupné na internete, pričom zdravotnícki pracovníci, a teda aj sestry im môžu *vhodné internetové stránky* doporučiť.

Ošetrovateľstvo- to je aj schopnosť nezištne pomáhať druhým, a preto by sestry mali poznať aj internetové stránky, pre ktoré je charakteristická dobročinnosť (dobrovoľníctvo, charita, darcovstvo krvi, liga proti rakovine, Slovenský červený kríž,...):

- www.darujkrv.atlas.sk
- www.darujkrv.sk
- www.redcross.sk
- www.best.sk
- www.blumental.sk
- www.cestadomu.cz
- www.womensfund.cz
- www.charita.sk
- www.caritas.sk

- www.lpr.sk
- www.changenet.sk
- www.mladez.sk
- www.mvro.sk
- www.zpmpvsvr.sk

Záver

Pre súčasnú dobu je príznačná explózia informácií a ten, kto chce napredovať, musí mať aktuálne poznatky. Internet poskytuje obrovské množstvo informácií prakticky zo všetkých oblastí a umožňuje komunikáciu s celým svetom, čo je možné využiť aj v ošetrovatel'stve. Predpokladom efektívneho využitia informačných technológií, nielen pre odborný rast sestier, sú primerané vedomosti a zručnosti z tejto oblasti, ale aj dostatočné materiálne a technické vybavenie všetkých pracovísk a dostupnosť internetu.

„Ošetrovatel'stvo je múdrosť, láska a pomoc. V ošetrovatel'skom povolaní je symbolom múdrosti kniha, lásky srdce a pomoci ruka.“ (Farkašová, 2001, s. 9) Internet síce nie je symbolom ošetrovatel'stva, ale aj napriek tomu môže prispieť k ich zdôrazneniu. Prístup k informáciám prostredníctvom internetu predstavuje symbolickú knihu, vzťah k iným, priateľstvo či lásku môžeme posilňovať aj vďaka internetu a pomáhať druhým alebo aspoň odhaliť tých, ktorí pomoc potrebujú, nám umožňuje aj internet.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BRITVÍK, M.: *Hardvér, Microsoft Windows 98, Internet, Microsoft Word 2000, Microsoft Excel 2000*. Dolný Kubín: PROFEKO, 2003, 150 s. ISBN 80-967815-3-7
2. FARKAŠOVÁ, D. a kol.: *Ošetrovatel'stvo- teória*. Martin: Osveta, 2001, 135 s. ISBN 80-8063-086-0
3. MAGERČIAKOVÁ, M.: *Využitie internetu pri edukácii*. In: *Sestra*, 4, 2005, č. 7- 8, s. 16-17. ISSN 1335-9444
4. MEŠKO, D. a kol.: *Medinfo 1*. Martin: Osveta, 2005, 152 s. ISBN 80-8063-197-2

MOŽNOSTI ALTERNATÍVNEHO VYUČOVANIA V OŠETROVATEĽSTVE

Horanská V., Lizáková L., Sovová K.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, detašované pracovisko
v Košiciach

Súhrn

Príspevok poukazuje na možnosti využitia alternatívnych metód vo výučbe ošetrovateľstva. Použitie týchto metód je náročné na učiteľa, ale študentom poskytuje možnosť zapojiť sa aktívne do vyučovacieho procesu.

Kľúčové slová: alternatívne metódy vyučovania, ošetrovateľstvo

Úvod

Pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti je nevyhnutné, aby sestra získala adekvátne vzdelanie. Pedagogika sa neustále snaží hľadať čo najlepšie metódy, formy a prostriedky pre výchovno – vzdelávací proces. Snahou je aktivizovať študenta a rozvíjať jeho kritické myslenie, ktoré je pre zdravotníkov obzvlášť dôležité.

Klasické učenie verzus moderné učenie

Klasické učenie je orientované na učiteľa, ktorý je v procese edukácie dominantný. V modernom učení je pozornosť orientovaná na študenta, so snahou jeho maximálnej aktivizácie. Pri aktívnej edukácii prevažnú časť činnosti vykonáva študent tým, že sám hľadá riešenia a aplikuje vedomosti v praxi. Túto aktivitu študenta sa snažíme navodiť prostredníctvom vhodne zvolených alternatívnych vyučovacích metód.

Tabuľka 1 Porovnanie klasického a moderného vyučovania (Lemon V, 1995, s.11-12)

Tradičné / Klasické vyučovanie	Alternatívne / Moderné vyučovanie
Študent:	Študent:
■ je pasívny	■ je aktívny
■ prevláda mechanické učenie a nácvik	■ učí sa hlavne objavovaním nového
■ motiváciou je hodnotenie, konkurencia	■ je učiteľom vedený k samostatnosti

Tradičné / Klasické vyučovanie	Alternatívne / Moderné vyučovanie
▣ vyučovanie prebieha štandardne v učebni	▣ zúčastňuje sa plánovania výučby
▣ priestor pre samostatné vyjadrenie je nedostatočný	▣ má priestor na vlastné vyjadrenie
▣ vidí preberaný materiál izolovaný od reality	▣ aktívne spolupracuje s členmi skupiny
▣ učiteľa chápe ako distribútora informácií	▣ oceňuje experimentálny prístup

Čo by sme mali zohľadniť pri výbere vhodnej alternatívnej vyučovacej metódy:

- Vek (denní a externí študenti)
- Úroveň ich pripravenosti (vedomosti, zručnosti, skúsenosti)
- Osobitosti skupiny študentov (homogénna alebo heterogénna skupina, počet študentov v skupine, problémoví študenti)
- Osobitosti vonkajších podmienok (materiálne a priestorové vybavenie školy, výučba v zdravotníckom zariadení)

Vybrané alternatívne vyučovacie metódy

Brainstorming – ide o metódu, pri ktorej sa má vyprodukovať čo najviac najrozmanitejších a najoriginálnejších nápadov, pričom nemusí ísť o nájdenie optimálneho riešenia. Pri brainstormingu sa vychádza aj zo synergického efektu, teda z toho, že ak ľudia pracujú spoločne, navzájom sa inšpirujú, pomáhajú si atď. vyprodukujú viac nápadov, ako keď pracujú individuálne a výsledky ich práce sa spočítajú. V priebehu tvorby nápadov je zakázaná akákoľvek kritika nápadov.

Brainwriting – ide o modifikovanú metódu brainstormingu. Pri tejto metóde študenti písomne riešia istý problém pod istým časovým tlakom.

Philips 66 – šesť pracovných skupín diskutuje 6 minút o istej problematike. Následne hovorcovi prezentujú riešenia a návrhy svojich pracovných skupín.

Role play – pri tejto metóde študenti „hrajú“ definované „roly“ v istej simulovanej situácii.

Workshop – študenti sú rozdelení do pracovných skupín, kde diskutujú na danú časť spoločnej problematiky s následnou prezentáciou svojich záverov.

Kruhy rozhodnutí – študenti riešia nastolený problém prostredníctvom „kruhov“, v ktorých popisujú príčiny, zvažujú dôsledky a navrhujú opatrenia.

Kolotoč – študent dostane rôzne informácie, ktoré musí usporiadať tak, aby jednotlivé kroky na seba nadväzovali.

Prípadové štúdium – študenti sa stávajú súčasťou reálnych situácií v klinickej praxi, navrhujú riešenia, poukazujú na riziká, vyvodzujú závery.

Synektika – študenti dostanú súbor odporúčaní (ošetrovateľské intervencie), ktoré musia usporiadať do jednotlivých kategórií podľa predloženej schémy.

Pravda alebo klamstvo – študenti triedia predkladané výroky ako pravdivé alebo nepravdivé s logickým odôvodnením.

Blesková diagnostika – študenti prostredníctvom označených kartičiek (A,B,C) odpovedajú na učiteľove otázky.

Študijný turnaj – študenti v skupinách riešia rovnaký nastolený problém s následnou prezentáciou.

Rozhodnutia, ktoré prijímam – študenti si z viacerých predložených alternatív vyberú najvhodnejšiu s odôvodnením svojho rozhodnutia.

Pexeso – študenti priradujú k sebe kartičky s rovnakým obsahom.

Riadené písanie poznámok – študenti si píšú svoje poznámky do pripraveného formulára „doplňanie prázdnych miest“.

Záver

Alternatívne vyučovacie metódy vedú študentov k hľadaniu riešenia úloh a podnecujú ich aktivitu. Vedomosti nadobudnuté týmto spôsobom sú oveľa trvácnejšie ako memorovanie prednášok. Zároveň študent nadobúda vlastné kritické a samostatné myslenie. Cieľom tohto príspevku nebolo prezentovať všetky alternatívne metódy, ale poukázať na tie, ktoré sa môžu efektívne využiť aj pri vzdelávaní zdravotných sestier.

Zoznam bibliografických odkazov

1. LEMON, V: Brno: IDVPZ, 1995, 48s. ISBN 80-7178-104-6
2. NEMCOVÁ, J. a kol.: *Alternatívne metódy výučby odborných predmetov na SZŠ a VŠ*, Martin:Osveta, 2004, 42s. ISBN 80-8063-154-9
3. PETLÁK, E., KOMORA, J.: *Vyučovanie v otázkach a odpovediach*, Bratislava:Iris, 2003,165s. ISBN 80-89018-48-3
4. ZÁVODNÁ,V.: *Pedagogika v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2002,95 s. ISBN 80-8063-108-5

ODBOR PÔRODNÁ ASISTENCIA V SYSTÉME ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Simočková V.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, detašované pracovisko
v Košiciach

Kľúčové slová: pôrodná asistencia, pôrodná asistentka, koncepcia pôrodnej asistencie

Súhrn

Autorka sa v príspevku zamýšľa nad postavením odboru pôrodnej asistencie v systéme zdravotnej starostlivosti pred reformou v zdravotníctve a v poreformnom období.

Pôrodná asistencia je odbor, ktorý sa zaoberá zdravotnou starostlivosťou o matku a dieťa a o reprodukčné zdravie ženskej populácie. V systéme zdravotnej starostlivosti má svoje nezastupiteľné miesto. Patrí k najstarším zdravotníckym odborom. História pôrodných babíc siaha ďaleko do minulosti. Profesor Doležal (2001) uvádza, že babičstvo svojím vznikom spadá do praveku. Prax pôrodnej asistencie je teda staršia ako písomné zmienky o nej. Medzi najstaršie babice, ktorých mená sa uchovali vďaka ústnej tradícii Starého zákona a sú zachytené v knihe Exodus (1995), patria Sefora a Fua. Týmto hebrejských babiciam faraón rozkázal zabíjať hebrejských chlapcov.

Pôrod bol v minulosti považovaný za súkromnú záležitosť ženy, ktorá mala byť zdieľaná medzi ženami navzájom. Prítomnosť muža sa vylučovala. Praktické pôrodníctvo bolo takmer do novoveku v rukách pôrodných báb a vo väčšine sveta si pôrodné asistentky uchovali tieto kompetencie dodnes.

Kompetencie slovenských pôrodných asistentiek v 50. rokoch 20. storočia postupne prebrali lekári, takže pôrodná asistentka aj keď spĺňala predpísané vzdelanie a mala diplom, na základe ktorého mohla viesť fyziologický pôrod, sa k jeho vedeniu dostavala iba sporadicky (Simočková, 2005). Existoval celý rád rôznych obmedzení, ktoré bránili pôrodným asistentkám pracovať samostatne a okliešťovali ich kompetencie.

Zmena k lepšiemu nastala vďaka transformácií zdravotníctva na Slovensku. Odbor sa podarilo znovu postaviť na nohy a tak sa priblížiť väčšine vyspelých krajín sveta. Významne tomu pomohlo prijatie vyhlášky MZ SR č. 364/2005, ktorá určuje rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. Ďalej to je vyhláška MZ SR č. 470/2006, ktorou sa ruší písomné poverenie na odvádzanie fyziologického pôrodu pôrodnými asistentkami.

Bola vypracovaná historicky prvá koncepcia pôrodnej asistencie, ktorá vstúpila do platnosti od 1. apríla 2006. Jej cieľom je zjednotiť a skvalitniť starostlivosť v pôrodnej asistencii. Sú v nej zapracované najnovšie legislatívne úpravy, o ktoré sa môže odbor opierať v plnom rozsahu. Celá koncepcia je členená na 3 hlavné časti:

1. Náplň zdravotnej starostlivosti v odbore
2. Rozvoj starostlivosti v pôrodnej asistencii
3. Vzdelávanie pracovníkov v pôrodnej asistencii.

V prvej časti sa pojednáva o definícii a charakteristike pôrodnej asistencie, náplni, hlavných úlohách starostlivosti a vymedzení činnosti, o spolupráci s inými vednými disciplínami, o odbornomo-metodickom riadení, o povinnom hlásení a spracovaní štatistických dát. Druhá časť hovorí o trendoch rozvoja a systéme kontroly kvality. Tretia časť je zameraná na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v pôrodnej asistencii, špecializačné a certifikačné štúdium a na sústavné vzdelávanie.

V súčasnosti vychádza na knižný trh metodická pomôcka „Štandardy v pôrodnej asistencii“, ktorá má napomôcť v systéme kontroly kvality a k skvalitneniu práce v odbore.

Vyššie polstoročia pôrodné asistentky nemohli v našej spoločnosti vykonávať svoje krásne povolanie v takom rozsahu na aké mali vzdelanie a takmer sa vytratil z povedomia verejnosti. Je na pôrodných asistentkách, či zotrávajú naďalej v submisívnom postavení, alebo sa budú usilovať o zviditeľnenie svojho stavu. Cieľom by malo byť, aby naša verejnosť začala vnímať pôrodné asistentky ako plne kvalifikované odborníčky, ktoré si vedia zastáť svoje miesto pri tehotnej žene a rodičke. Pomáhať na svet rodiacemu sa životu je veľmi krásne, zároveň však veľmi náročné. Pôrodné asistentky by sa mali usilovať o získanie tých pozícií, ktoré im právom patria.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DOLEŽAL, A.: *Od babictví k porodnictví*. Vydání první. Praha : Univerzita Karlova, 2001. ISBN 80-246-0277-6.
2. Exodus 1, 15. In *Sväté písmo*. Rím : Slovenský ústav svätého Cyrila a Metoda, 1995.
3. SIMOČKOVÁ, V.: Dejiny pôrodnej asistencie. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, roč. IV., 2005, č. 1, s. 34.
4. *Vestník Ministerstva zdravotníctva SR – čiastky 17-23/2006*. Bratislava : MZ SR, 01. 04. 2006. ročník 54.
5. *Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 364/2005 Z. z.*, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom

a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.

6. *Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 470/2006 Z. z., ktorou sa mení vyhláška MZ SR 364/2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.*

VYBRANÉ ETICKÉ ASPEKTY UPLATŇOVANÉ V PERIOPERAČNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Gulášová I.¹, Jandová M.²

¹Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Ústav zdravotníctva a ošetrovateľstva, Trenčín

²Stredná zdravotnícka škola Považská Bystrica

Súhrn

Perioperačná ošetrovateľská starostlivosť je neodmysliteľnou súčasťou subodboru chirurgické ošetrovateľstvo. Autorky analyzujú vybrané úlohy a kompetencie sestry v perioperačnej starostlivosti pri zabezpečovaní komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta. V príspevku analyzujú základnú a odbornú, špecializovanú perioperačnú ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta.

Kľúčové slová: perioperačná starostlivosť, uspokojovanie potrieb, kvalita ošetrovateľskej starostlivosti, náročnosť ošetrovateľskej starostlivosti

Úvod

Etika je veda o morálke a morálka je jej predmetom. Predmet etiky môže byť rozdelený na dve oblasti, ktoré sa spravidla nazývajú, normatívna etika a metaetika (Spaemann, 1994). Normatívna etika kladie otázky, majúce priamy vzťah ku kritériám a štandardom správneho alebo nesprávneho konania, otázky, zaoberajúcej sa tým, čo je dobré a čo zlé, a otázky týkajúce sa mravného správania sa všeobecne. Na druhej strane metaetika je skúmanie druhého stupňa o podstate etického konania samotného (Anzenbacher, 1994). Etického konania v konkrétnej situácii a z nich vznikajúcich etických dilém. Normatívna etika nám poskytuje teórie o tom, čo by sme mali robiť, zatiaľ čo metaetika o tom, čo je vlastne etika.

Ak hovoríme o zdravotníckej etike, v žiadnom prípade tak nemôže ísť len o nezáväzné filozofovanie. Ide o etiku normatívnu, ktorá však už musí vychádzať z vopred daných, jednoznačných a pevných zásad, súvisiacich s vnútornou mravnosťou medicíny. Bez nich by sa totiž celá ich stavba, budovaná po tisícročia, mohla veľmi ľahko zrútiť. Mimoriadny dôraz sa kladie práve na základy, na ktorých je nutné takúto- i modernú etiku stavať; na spoločnej pravde, ktorú nejde nijakým spôsobom obchádzať a zahmlievať (Šoltés, 1994).

Vychádza sa pri nej z nasledujúcich hlavných zásad:

- pacient má svoju dôstojnosť preto, že je človekom. Nemôže ju stratiť kvôli chorobe.
- pacient je vždy cieľom, a nie iba prostriedkom k cieľu inému (biomedicínsky výskum)
- záujmy a blaho pacienta (ľudskej bytosti) sú nadradené záujmom spoločnosti a vedy (Munzarová, 2005).
- pacienta je nutné vždy rešpektovať v jeho celosti, vo všetkých vzájomne prepojených dimenziách.

Základné princípy medicínskej a ošetrovateľskej etiky:

Princíp neuškodenia (nonmaleficiencie) zakazuje ublížiť, poškodiť alebo dokonca usmrtiť iných a je teda podporou známeho príkazu „nazabiješ“. Má vzťah k zásade „primum non nocere“ (predovšetkým neuškodiť).

Princíp dobročinnosti (beneficiencie) predstavuje pozitívnu dimenziu neuškodenia (Glasa, Šoltés, 1997):

predchádzať uškodeniam, odstraňovať ich a súčasne podporovať dobro, tzn. telesnú a duševnú pohodu a akýkoľvek prospech pre pacienta , vrátane pomoci pri uskutočňovaní jeho vlastných plánov. Je isté, že tu môžu byť určité obmedzenia napr. možné riziko poškodenia seba samého, ktoré je nutné zvážiť tiež vzhľadom k profesijnej povinnosti lekárov a sestier liečiť.

Dobro pacienta v našom kontexte je možné rozdeliť na štyri komponenty:

1. Dobro lekárske

Toto bezprostredne súvisí s lekárskeým umením, smerujúcemu k navráteniu fyziologických funkcií tela a mysli, k úľave pri bolestiach a utrpení atd., a to pomocou liekov, chirurgických zákrokov, psychoterapie alebo najrôznejších postupov. Na tejto úrovni ide o správne použitie znalostí a zručností, ktoré sú vo vnútornom vzťahu s technickou stránkou medicíny.

Lekárske dobro musí byť zvažované s patričným ohľadom k ostatným komponentom dobra pacienta. Základným kritériom je osobnosť pacienta a jeho potreby. Inak by mu mohlo dokonca i uškodiť (Munzarová, 2005).

2. Dobro vnímané ako dobro samotným pacientom

Ide o osobné preferencie pacienta, výbery a hodnoty, o jeho predstavy, aký život chce viesť a žiť. Je to jeho predstava o dobrom živote alebo ako by mal ten „dobrý život“ vyzeráť. Ide jeho osobné zvažovanie záťaže a zisku, ktoré by mu lekárske postupy (diagnostický, liečebný) privodil. Takéto rozhodnutia nemôže zaňho urobiť ani jeho lekár, ani jeho rodina alebo ktokoľvek iný. Ide tu o zložitý komplex vzťahov v rámci mnohých faktorov, ako sú vek, pohlavie, postavenie v živote, v zamestnaní, a podobne (Munzarová, 2005).

3. Dobro človeka

Je nutné zachovať dôstojnosť ľudskej osoby, rešpekt k i q rozumnosti, rešpekt k ľudskej bytosti, ktorá je vždy cieľom sama sebe a nie je prostriedkom k inému cieľu. Je nutné si uvedomiť, že človek má inherentnú hodnotu preto, že je človekom, a zároveň, že táto hodnota nie je určená jeho bohatstvom alebo jeho postavením. Z pohľadu klasického však dobro pre človeka nie je predmetom konštrukcie sociálnej. Spočíva v samotnej ľudskej prirodzenosti a v požiadavkách prirodzeného zákona. Popieranie starostlivosti o chudobných pošlapáva ich dôstojnosť a hodnotu - ako ľudských bytosti. Znehodnocovanie životov ľudí s ťažkým handicapom svedčí o tom istom. Aplikácia rôznych riskantných postupov s veľmi malou nádejou na dobro pre pacienta, a to i v prípade, že k tomu pacient dal svoj plný súhlas, porušuje zásadu dobrorečenia a neuškodenia (Munzarová, 2005).

4. Dobro spirituálne

Pacient má určité predstavy o konečnom ciele a zmysle svojho vlastného života a smerovanie k tomuto cieľu je preňho dôležitejšie ako jeho materiálne „well-being“. Dobro duchovné môže, ale nemusí byť vyjadrené náboženskou terminológiou. Všetci, snáď s výnimkou materialistov, priznávajú človeku aj spirituálnu dimenziu. Pokúšajú sa ju definovať rôzne. Akceptácia duchovného „kráľovstva“ súvisí s telos života každého a je v súlade s prirodzeným zákonom a so schopnosťou ľudského rozumu tento konečný cieľ hľadať a snáď i nájsť. Nech je pôvod a obsah duchovných predstáv a viery človeka akýkoľvek, je nutné túto oblasť života pacienta vnímať a dokonca i uznávať, že ostatné zložky -dobra by jej mali byť podriadené.

Človek v novej sociálnej roli pacienta môže mať úplne iné priority vo svojich hodnotách a môže mať celkom iný názorný zmysel svojho života než ošetrojúci lekár.

Rešpekt **k autonómii**, tzn. rešpekt ku stavu nezávislého, samostatného jednanía, bez vonkajšieho ovplyvnenia (autos - sám, ňom os - zákon). Každý človek je najlepším sudcom

svojich vlastných zámerov a záujmov. Je to forma slobodnej aktivity, v ktorej jednotlivec určuje spôsob svojho jednania v súlade so svojimi plánmi podľa svojho výberu, svojich vlastných preferencií, prianí, hodnôt a ideálov. V kontexte lekárskej etiky sa týka predovšetkým práva pacienta na sebaurčenie, doloženého informovaným súhlasom s akýmkoľvek dianím.

Princíp spravodlivosti ma súvislosť predovšetkým s rozdeľovaním prostriedkov, dobra, i záťaže a služieb. Sú dve hlavné formy uplatňovania tohto princípu: buď pomocou zrovnávania potrieb jednotlivcov alebo skupín ľudí v prípade obmedzených zdrojov, alebo bez určitého kľúča bez komparácie (Munzarová,2005).

Etické aspekty uplatňované v **perioperačnej ošetrovateľskej starostlivosti**.

Perioperačné obdobie zahŕňa tri fázy: predoperačnú, intraoperačnú a pooperačnú

Predoperačná ošetrovateľská starostlivosť

Začína sa rozhodnutím pre chirurgický zásah a končí sa prevozom pacienta do operačnej sály. V tomto období sa pacient pripravuje psychicky, fyzicky, medikamentózne a vecne na operáciu.

Dôležitým aspektom predoperačnej ošetrovateľskej starostlivosti je povedať a naučiť pacienta aktivitám, ktoré bude v pooperačnom období potrebovať – t.j. to, čo ma viesť pred každým chirurgickým výkonom musí pacient podpísať formulár o súhlase s operáciou (Olejník,1999). Tato požiadavka ho chráni pred chirurgickým výkonom, s ktorým nesúhlasí alebo s ktorým nie je oboznámený. Takisto chráni nemocnicu a zdravotnícky personál pred oznámením pacienta alebo jeho rodiny, že nebol -daný súhlas. Formulár so súhlasom sa stáva súčasťou pacientových záznamov a spolu s ním sa dostáva do operačnej sály.

Za získame legálneho, informovaného súhlasu na uskutočnenie operácie je zodpovedný lekár. **Informovaný súhlas je možný len vtedy, keď sa pacientovi vopred vysvetlí charakter a dôležitosť operácie, jej možné následky, možnosti úspechu a iné alternatívne opatrenia.. Sestra je často svedkom uvedeného procesu - pri vyjadrení súhlasu pacienta. Preto si sestry musia byť vedome svojej zodpovednosti vyplývajúcej zo súhlasu a z jednotlivých nemocničných predpisov nariadených MZSR i osobitné nariadenie vedenie príslušného zdravotníckeho zariadenia. Pacient často kladie sestre otázky o operácii, keď sa vráti na izbu od chirurga, ktorý od neho získal informovaný súhlas (Šoltés, 1996) .**

Lekár - chirurg by si mal všimnúť, či má pacient obavy z výkonu alebo má otázky týkajúce sa operácie, ktoré sestra nie je schopná zodpovedať a zároveň sa to týka i oblastí, v ktorých sestra nemá kompetencie k vyjadreniu sa (Šoltés, 1996).

Pacienti a ich blízki musia byť tiež informovaní o termíne a druhu operácie, s výnimkou ak si to pacient nežiada. Chirurg sa zvyčajne dohodne na dátume a môže ho špecifikovať príkazom. Presný čas nie je známy dovtedy, kým sa nevypracuje operačný rozpis. Ak sestra nepozná presný čas operácie, musí to pacientovi povedať a informovať ho hneď, ako sa stanoví presný dátum.

Na čo by sestra nemala zabudnúť?

Sestra musí pozorne a zúčastnene počúvať pacienta, aby mu rozhovorom pomohla zmierniť obavy a strach z operácie. Typické otázky sú: „Čo sa stane po operácii? Ako sa budem cítiť po operácii? Aký dlhý bude pobyt v nemocnici? Čo môže zistiť chirurg?“ Niektorí pacienti môžu mať obavy z finančných ťažkostí.

Po radikálnych operáciách spojených napríklad s odňatím orgánu sa veľmi pravdepodobne **naruší pacientov obraz tela.**

Je to tiež čas na objasnenie prípadných skreslených predstáv a nesprávnych názorov pacienta. Poskytnutie presnej a potrebnej informácie včas a tiež ľudská a autentická psychologická podpora pacienta môžu pomôcť pacientovi vyrovnať sa s určitými jeho prirodzenými obavami. Nikdy však neodstránime obavy pacienta len tým, že mu povieme: „Všetko bude v poriadku.“ Lebo práve nevedomosť, nepoznanie, neinformovanosť vyvolávajú mylné predstavy u pacientov, ktoré môžu vyústiť až nereálny strach a úzkosť.

V niektorých prípadoch je potrebné pacienta osobitne a špecificky poučiť o pooperačnej starostlivosti. Napríklad poučenie ako ošetrovať kolostómiu si vyžaduje prípravu už pred operáciou. Po operácii je bežná bolesť; poučenie vopred, ako ju minimalizovať (napr. po brušnej operácii si pridržať pri vyprázdňovaní vankúš na bruchu (Droste, Planta, 1992), pacientov zväčša upokojí. Navyše ich uistíme, že po operácii sa ordinujú na zmiernenie bolesti analgetiká.

Ak ide o deti, sestra musí poskytnúť vysvetlenie spôsobom primeraným ich veku. Napríklad pred operáciou im ukáže vybavenie na anestéziu a poanestetickú („zobúdzaciu“) izbu, opíše jasne a jednoducho pooperačnú starostlivosť a vhodne ich pripraví na možnú bolesť. Nezabudne ich uistiť, že po operácii prídu na návštevu rodičia, súrodenci pretože toto je najzákladnejšia informácia, ktorú môže a ktorú i má sestra deťom poskytnúť.

Poučenie pacienta pred operáciou:

- Vysvetliť pacientovi potrebu predoperačného vyšetrenia (napr. laboratórne testy, rtg, EKG)
- Zdôvodniť mu prípravu čriev (klyzmu), ak je pre výkon nevyhnutná.
- Oboznámiť ho s prípravou kožného povrchu vrátane operačnej oblasti a kúpeľa pred operáciou alebo sprchy s antimikróbnyimi prostriedkami.
- Informovať ho o predoperačných liekoch.
- Vysvetliť primerané liečebné postupy nariadené lekárom, ako je intravenózna liečba, zavedenie močového katétra alebo nazogastrickej sondy, použitie spirometra, dýchanie omocou ventilátora s prerušovaným pozitívnym tlakom alebo použitie antiembolických pančúch.
- Pripraviť pacienta na návštevu anesteziológa.
- Vysvetliť potrebu neprijímania potravy a tekutín ústami najmenej 8 hodín pred operáciou.
- Poskytnúť všeobecný časový rozvrh perioperačných úkonov.
- Zdôvodniť potrebu odstránenia šperkov, mejkapu a všetkých protetických pomôcok (okuliare, naslúchací aparát, zubné náhrady) bezprostredne pred operáciou.
- Potvrdiť čas operácie.
- Informovať pacienta o mieste, kde bude pred operáciou, ako aj o čakárni pre príbuzných..

Intraoperačná starostlivosť

Začína sa prenesením pacienta na operačný stôl a končí sa jeho prijatím na pooperačnú jednotku. Hlavnou úlohou sestry v tomto období je zachovať bezpečnosť pacienta, ochraňovať ho pred zranením a infekciou, sledovať ho a viesť príslušnú dokumentáciu.

Pri bezprostrednej príprave pacienta na operáciu je úlohou sestry

- Chrániť kožu pred poranením pri pohybe a zmene polohy.
- Udržiavať polohu pacienta v rámci limitu rozsahu pohyblivosti kĺbov.
- Použiť vhodné ochranné pomôcky, napríklad bezpečnostné pásy.

Za sledovanie fyziologických odpovedí pacienta počas operácie je zodpovedný anesteziológ (Olejník, 1999).

Úloha anesteziológa spočíva v ordinácii liekov, v sledovaní a zázname fyziologických funkcií a podávaných liekov do anesteziologického záznamu. Úlohou anesteziologickej sestry je predovšetkým príprava infúzií a liekov ako aj ich aplikovanie podľa ordinácie lekára. Vlastne úlohou anesteziologického tímu počas operácie je v prípade celkovej anestézie udržať pacienta v spánku: zabezpečiť optimálny príjem a výdaj tekutín, chrániť pacienta pred hypotermiou, predchádzať kardiovaskulárnym komplikáciám, zabezpečiť priechodnosť dýchacích ciest a v prípade krvácania dodať do obehu dostatočné množstvo krvi a plazmy. **Tu môže nastať etický problém ak je pacient Jehovista a pred zákrokom podpísal odmietnutie transfúzie.**

Povinnosťou operačného tímu počas operácie je obmedziť krvácanie a krvné straty na minimum, chrániť pacienta pred popálením elektrokoagulačným nožom a pracovať sterilne, asepticky. V rámci ochrany pacienta pred možnými pooperačnými komplikáciami je dôležité zo strany inštrumentárky počítanie rúšok, nástrojov a ihliel. Počíta sa pred tým, ako chirurg uzavrie incíziu, aby sa nenechalo nič v rane. Počas operácie môže dôjsť v rámci zlyhania; kardiovaskulárneho systému k zastaveniu obehu. Vtedy treba okamžite resuscitovať.

Pooperačná starostlivosť

Začína sa prijatím pacienta na jednotku intenzívnej starostlivosti alebo pooperačnú zotavovaciu izbu. Končí sa, keď je pacient kompletne zotavený z operácie. V pooperačnej fáze je ošetrovateľská starostlivosť nevyhnutná najmä pri zotavovaní pacienta z anestézie. Anestézia zhoršuje schopnosť pacientov reagovať na vonkajšie stimuly a pomôcť si, hoci stupeň vedomia je u nich rôzny. Navyše operácia zraňuje telo znížením jeho energie a rezistencie.

Povinnosťou sestry je intenzívna ošetrovateľská starostlivosť. Keď sa pacient vráti z operácie sestra upovedomí príbuzných. Ak ho prídu pozrieť, treba ich v prípade potreby upozorniť, že je ospalivý a že by nemali pri ňom dlho zostať. V rámci ochrany pacienta pred možnými pooperačnými komplikáciami sa musia **sledovať vitálne funkcie** najmenej každé 4 hodiny (vyprázdňovanie, močenie) , alebo častejšie, ak nie sú vnorme. Dôležité je posudzovať **farbu a teplotu kože**. V prípade bolesti sa pacientovi podá analgetikum podľa ordinácie lekára. Pacienta treba chrániť pred možným poranením v súvislosti s neschopnosťou prispôbiť sa vonkajším rizikám po anestetickom štádiu alebo pri zníženej

fyzickej pohyblivosti. V prípade dychovej nedostatočnosti sa podávajú kyslík a lieky podľa ordinácie lekára. Pacient musí mať zabezpečený dostatočný príjem tekutín ako prevenciu dehydratácie. **Ak dôjde k retencii moču, pacient nemočí 8 hodín a všetky opatrenia na podporu močenia sú neúčinné, lekár zvyčajne naordinuje katetrizáciu močového mechúra**(Droste, Planta, 1992). **Ochrana pacienta pred infekciou spočíva v podávaní antibiotík, sledovaní operačnej rany a jej sterilnom krytí. O zdravotnom stave informuje pacienta ošetrojúci lekár alebo primár oddelenia, sestra len v rámci svojich kompetencií.** Veľmi dôležité je empatické správanie zo strany sestry, ktoré zohráva v tejto fáze dôležitú úlohu. Bez neho by sestra nebola dobrou „ošetrovateľkou“.

Záver

Model nezištnej, účinnej i bezpodmienečnej pomoci človeku, ktorý sa ocitol - pre zranenie, chorobu alebo iné postihnutie vo fyzickej a psychickej núdzi, ba v nebezpečenstve ohrozenia života - ako nám ho približuje známy biblický príbeh „o milosrdnom Samaritánovi“, akoby už dnes nebol meradlom „dobrej medicíny a zdravotníctva“ v ich najhlbšej podstate a poslaní ide predovšetkým o zložitú oblasť medziľudských vzťahov, ktoré sa vytvárajú a rôzne preplietajú pri poskytovaní zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. **V týchto vzťahoch akoby dnešná medicína a zdravotníctvo niekedy strácali svoju „ľudskú, milosrdnú tvár“.** Tú, ktorá sprostredkuje chorému a trpiacemu človeku potvrdenie jeho neodňateľnej dôstojnosti, nenahraditeľnej hodnoty pre ľudskú spoločnosť, jeho blízkych, pre okolie. Hodnoty, ktorá sa mu pre postihnutie chorobou či situáciou bezvládnosti, nemohúcnosti alebo blízkosti smrti neodníma, ani nezmenšuje. Naopak, ktorá je stále a účinne prítomná v úsilí, postojoch a prístupe všetkých zdravotníckych pracovníkov, ktorým práve tento pacient zveril svoje zdravie, ba v konečnom dôsledku aj svoj život. **Hodnotu, ktorá zaistí, že ich práca, pozornosť a neochvejnosť sú vždy na strane pacienta - a týmto spôsobom umožňuje a zaručuje aj správnu orientáciu a postoje jeho blízkych, či celej spoločnosti { až po príslušné politické štruktúry s centrá moci}.**

Ak sa dnes medicína premietnutá a vyjadrená v zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti niekedy odkláňajú od svojej prvotnej úlohy „starosti“ o chorého, postihnutého, trpiaceho, či umierajúceho človeka, **ak v mene „post moderných“ hesiel - efektívnosti, ekonomizácie, udržateľnosti, vedeckého a technologického pokroku, alebo pokrútené chápaných ľudských práv - ustupujú od ochrany života, zdravia a skutočných záujmov pacienta, vyplývajúcich z jeho narušeného zdravotného stavu alebo fyzického či psychického postihnutia - vtedy medicína a zdravotníctvo akoby pozabudli na to najpodstatnejšie. Na svoju základnú etickú a súčasne aj existenciálnu „gramotnosť“.**

Akoby tu občas chýbala „abeceda“, objasnenie významu kľúčových pojmov a vzťahov. Akoby sa vytratilo chápanie poslania i perspektív ďalšieho rozvoja medicíny a zdravotníctva v našej dobe, či v (našej? } bližšej alebo vzdialenejšej budúcnosti (ktorá dnes - „na krídlach vedeckého a technologického pokroku“ -prichádza tak neobyčajne rýchlo...) (Munzarová,2005) .

Zoznam bibliografických odkazov

1. ANZENBACHER, A.: Úvod do etiky. Praha. Zvon, 1994
2. DROSTE, C., PLANTA, M.: Memorix vademecum lékaře. Praha. Scientia Medica, 1992
3. GLASA, J., ŠOLTÉS, L.: Ošetrovateľská etika. Martin. Osveta, 1997
4. HAŠKOVCOVÁ, H.: Lékařská etika. Praha, Galén, 1994
5. MUNZAROVÁ, M.: Zdravotnická etika od A do Z. Praha. Grada Publishing,2005
6. OLEJNÍK, J.: perioperačná liečebná starostlivosť. Bratislava. Vydavateľstvo Ebner, 1999
7. SPAEMANN, R.: Hovoríme o etike. Bratislava. Don Bosco,1994
8. ŠOLTÉS, L.: Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Univerzita Komenského, 1996
9. ŠOLTÉS, L.: Zdravotná sestra a jej nezastupiteľné miesto v spoločnosti. Revue profesionálnej sestry. Roč.1,1994, č. 4

VYBRANÉ OBLASTI MANAŽOVANIA PRÁCE SESTRY NA OPERAČNEJ SÁLE

Gulášová I.¹, Jandová M.²

¹Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Ústav zdravotníctva a ošetrovateľstva, Trenčín

²Stredná zdravotnícka škola Považská Bystrica

Súhrn

Manažment práce operačnej sestry na operačnej sále je tak špecifická oblasť riadenia, že si vyžaduje osobitnú pozornosť venovať sa jej. Autorky približujú náročnosť práce operačnej sestry v horizontálnom i vertikálnom rovine, poukazujú na vysokú úroveň vyčerpania sester po fyzickej, psychickej a duševnej stránke, na druhej poukazujú na vysokú mieru zodpovednosti a spoluzodpovednosti operačných sester. Analýzou náplne práce operačnej sestry poukazujú na rezervy v riadení – manažovaní tohoto procesu, ktorého výsledkom je kvalitná zdravotná a ošetrovateľská starostlivosť o pacienta.

Kľúčové slovo: manažment, ošetrovateľská starostlivosť, kvalita, komunikácia, konflikt, náročnosť práce, kompetencie sestry, operačný program

Úvod

Historické pozadie odboru

Chirurgia sa v medicíne ako samostatný odbor začala vyvíjať až v 19. storočí. Spočiatku sa zameriavala na ošetrovanie poraneného človeka. Vo väčšine európskych krajín stredoveku stála na okraji spoločenského uznania ako podceňované remeslo. **Dlhú dobu zostávalo ošetrovanie rán v rukách vyučených, nie však študovaných mužov.** Mnohí z nich nevedeli čítať ani písať (**chirurgos - ten, kto pracuje rukami**). Chirurgovia pôsobiaci v mestách museli dodržiavať cechové pravidlá. Kritické situácie tej – ktorej historickej doby, hlavne morové epidémie, poukázali na význam týchto ľudí, teda chirurgov v spoločnosti.

Až v r. 1681 bolo stanovené, že majster, ktorý ovláda chirurgické úkony, má byť oslovovaný „chirurgus“. V roku 1747 za vlády Márie Terézie bolo rozhodnuté, že **práca chirurga má byť označovaná ako „umenie“.**

Od **19. storočia** sa na univerzitách – Lekárskych fakultách zavádza **nový študijný odbor medicíny - Chirurgia**. Starostlivosť o chirurgických pacientov preberajú kvalifikovaní a špecializovaní lekári. Chirurgická liečba sa uplatňuje nie len pri úrazoch, ale umožňuje radikálne vyliečiť mnohé ďalšie ochorenia, pri nevyliečiteľných stavoch aspoň zlepšiť kvalitu

života. **Po zavedení nového rigorózneho poriadku na lekárske fakultách v Rakúsko-Uhorsku získavajú absolventi titul „MUDr.“.**

V 20. storočí sa z chirurgie stáva dominantný odbor modernej medicíny, ktorý prudko napreduje. Vďaka vedecko-technickému rozvoju na celom svete sa do praxe zavádza mnoho nových liečebných postupov (Határ, 1989).

Charakteristika odboru

Samotná chirurgia sa rozčleňuje na viac špecializovaných odborov: všeobecná chirurgia, traumatológia, urológia, ortopédia, kardiochirurgia, cievna chirurgia, neurochirurgia, onkochirurgia, gynekológia, ORL chirurgia, očná chirurgia, plastická chirurgia (Olejník, 1999). **Realizácia technicky náročných operačných postupov vyžaduje vyhovujúce pracovné prostredie, ktoré spĺňa stanovené hygienické, priestorové a bezpečnostné kritériá. Nutné je i primerané materiálo-technické vybavenie. Používanie zložitých prístrojov, špeciálneho šijacieho materiálu, množstva dezinfekčných prostriedkov a iných chemických látok vyžaduje adekvátne vyškolených pracovníkov vo všetkých kategóriách zdravotníckych pracovníkov, ktorí sú priamo alebo nepriamo účastní práce na operačnej sále. Túto skutočnosť preto navrhujeme akceptovať ako požiadavku v procesuálnej štruktúre vzdelávania sestier v odbore.**

Pre zabezpečenie prevádzky operačnej sály je nevyhnutné aby :

Priestory v ktorých sa realizujú samotné operačné zákroky, musia umožňovať nerušený priebeh operácií. Operačný trakt predstavuje úsek izolovaný od ostatných oddelení, zabezpečujúci možnosť aseptického operovania v nepretržitej prevádzke. Tento uzavretý celok obsahuje samotné operačné sály. Rozlišujeme viac druhov operačných sál podľa realizovaných zákrokov. Základné rozdelenie: aseptické (tzv. čisté operácie), septické (operácie nečistých a hnisavých rán).

Obklopené sú pomocnými miestnosťami, rozmiestnenými podľa hygienických požiadaviek:

Ochranná zóna: predsála, šatňa personálu, inšpekčná izba sestier, miestnosť pre spracovanie dokumentácie, sklady - čistej bielizne, zdravotníckeho materiálu, liekov, prípravovňa, hygienické zariadenia.

Čistá zóna: miestnosť na anestéziu, umýváreň.

Sterilná zóna: operačné sály, miestnosť na sterilizáciu.

Odsunová zóna: odsun použitého materiálu a mechanická očista. Vo všetkých častiach traktu je nutné udržiavať primeranú teplotu, vlhkosť vzduchu, osvetlenie, nehlučnosť, ventiláciu vzduchu. Dodržiavanie prísnych predpisov platí i pre výber nábytku, podlahy, úpravu stien, úpravu dverí a podobne (Vojtíšek, 1980).

Základné prístrojové vybavenie operačnej sály zahŕňa:

- operačné stoly a ich príslušenstvo
- operačné lampy
- odsávacie prístroje
- prístroje na incíziu a koaguláciu mäkkých tkanív
- vrtačky(Droste, Planta, 1992)
- sterilizačné prístroje röntgenologické prístroje anesteziologické, kontrolné a kriesiace prístroje umývacie a čistiace prístroje

Špeciálne prístroje sú dané typom realizovaných chirurgických zákrokov (endoskopy, USG, mimotelový obeh, CUSA, harmonický skalpel, koagulácia s použitím argónu atď.). Všetky prístroje musia byť v bezchybnom technickom stave, bezpečne umiestnené.

Pravidelne kontrolované a ošetrované.

Operačná bielizeň zahŕňa:

- bielizeň na zakrytie operačných stolíkov
- bielizeň na krytie operovaného pacienta (operačné pole)
- a ochranný odev operačného tímu.

Veľmi často používaná bavlnená bielizeň je postupne nahrádzaná jednorazovým sterilizovaným materiálom zo špeciálne spevneného papiera, alebo plastických látok.

Používanie bavlnenej bielizne sa dnes pokladá za ekonomicky náročné pre veľké náklady spojené s jeho údržbou a aj hygienicky nedostačujúce pre rýchlu premokavosť a vysokú prašnosť. V súčasných ekonomických podmienkach však náhly prechod na používanie jednorazovej bielizne nie je možný, alebo je skôr neakceptovaný, hoci ekonomicky je jednoznačne výhodnejší, benefit prináša i prevencia nozokomiálnych infekcií, komfort pacienta a iné pozitíva. Hlavne v menších nemocniciach, kde je problém s financovaním základných liekov a bežných pomôcok.

Špeciálny zdravotnícky materiál predstavuje hlavne:

- atraumatický vstrebateľný a nevstrebateľný šijací materiál
- chirurgické nástroje
- staplery
- klipy a klipovače
- cievne protézy a záplaty
- kostné, kĺbne a šľachové náhrady
- materiál na osteosyntézu
- prostriedky na hemostázu krvácania

Materiál musí byť uskladnený v priestoroch na to určených a ľahko dostupných počas každého zákroku !!! Dbáme o zachovanie neporušeného obalu a sledujeme expiračný čas, aby sa materiál nepoužil po jeho uplynutí. Niektoré pomôcky sa opakovaným sterilizovaním znehodnotia, alebo sa zbytočne navyšuje ich cena.

Ostatný materiál a pomôcky:

- obväzový a krycí materiál
- drény a príslušné drénovacie súpravy
- cievky
- sondy
- rukavice
- zástery
- podložky
- čiapky, masky (Johnson- Johnson)

Väčšinou sa jedná o jednorazový materiál, ktorý sa dodáva vysterilizovaný od výrobcu. Nutné je správne ho skladovať v suchom prostredí a sledovať čas expirácie.

Nástroje v operačnej sále. Ich výber zodpovedá druhu operačných výkonov realizovaných na danom sále.

Základné nástroje:

- nástroje na ostrú preparáciu
- nástroje na tupú preparáciu
- nástroje na prenikanie kosťou
- úchopové nástroje
- nástroje na roztváranie rán
- nástroje na šitie

Nástroje na minimálne invazívnu chirurgiu - endoskopické nástroje:

- trokáre
- redukcie
- Veressova ihla
- dilatátory
- retraktory
- kliešte
- svorkovače
- nožnice
- koagulačné nástroje

Mikrochirurgické súpravy nástrojov - mikroskopy s príslušným inštrumentárium

Špeciálne nástroje.

V dnešnej dobe sa uprednostňuje setové usporiadanie nástrojov podľa jednotlivých operačných zákrokov.

Špeciálne nástroje používané len v ojedinelých prípadoch sú balené zvlášť. Výhodou tohto systému je kvalitnejšie zabezpečenie sterilného balenia, predĺženie času použitia, šetrnejší spôsob sterilizovania (v autoklávoch), umožňuje jednoduchší a rýchlejší spôsob prípravy k samotnému zákroku. Je však nutné zabezpečiť väčšie množstvo nástrojov, aby sa nespomaľoval priebeh operačného programu.

Personálne vybavenie operačnej sály.

Charakter danej práce si vyžaduje tieto kategórie zdravotníckych pracovníkov:

- lekári: chirurgovia rôznych odborov, anesteziológovia, rádiológovia, patológovia (hodnotenie perioperačnej histológie)
- sestry: operačné sestry, anesteziologické sestry s vyšším odborným vzdelaním
- sanitari, pomocnice

Každý pracovník má presne stanovenú náplň práce. Je nutné si uvedomiť, že ide i tímovú prácu, kedy spôsob práce jedného pracovníka ovplyvní výsledok práce niekoho iného a napokon i výsledok samotnej operácie. Dôležité je dodržiavanie ochranno-bezpečnostných predpisov všetkými pracovníkmi, bez ohľadu na ich zaradenie v určitej pracovnej kategórii. Donedávna bol vo väčšom meradle zaužívaný taký systém práce, že každé oddelenie daného chirurgického odboru malo svoje operačné sály. **Operačný tím (chirurg, operačná sestra, sanitár) pracoval pod vedením jedného primára a vedúcej sestry spolu s lôžkovou časťou** (Haladová, Rozsypalová, 1981).

Prácu v operačnom trakte priamo koordinovala **sestra poverená riadením oddelenia. Medzi jej hlavné povinnosti patrí:**

- zabezpečiť rozmiestnenie pracovníkov v rámci oddelenia,
- dbá o primeranú deľbu práce medzi jednotlivými kategóriami zdravotníckych pracovníkov,
- operatívne rieši rozmiestnenie pracovníkov podľa potrieb prevádzky,
- zúčastňuje sa na ranných poradách lekárov a poradách vedúcich sestier,
- zabezpečuje pravidelné semináre členov ošetrovateľského tímu a zdravotníckych pracovníkov,
- stará sa o dopĺňanie znalostí predpisov ochrany zdravia a bezpečnosti práce, kontroluje ich dodržiavanie,
- dbá na preventívne prehliadky pracovníkov,
- konzultuje s hygienickou službou otázky v zmenách dezinfekcie a sterilizácie, kontroluje hygienický stav pracoviska,
- informuje o mzdových a pracovných predpisoch,
- pripravuje mesačný rozpis služieb, koordinuje plánovanie dovolení,
- spolu s hospodársko-technickým úsekom nemocnice zabezpečuje materiálo-technické vybavenie, údržbu, opravy, rekonštrukcie,
- v spolupráci s farmaceutom určí správne uloženie a označenie liekov a roztokov.

Činnosti operačnej sestry môžeme rozdeliť na tieto základné časti:

Sestra inštrumentárka - pripravuje sterilné stolíky a potrebné nástroje, sleduje priebeh operácie a inštrumentuje. Pred ukončením operácie počíta nástroje a sušenie. Po ukončení odkladá použité nástroje do dezinfekčného roztoku.

Cirkulujúca sestra - asistuje pri polohovaní pacienta na operačnom stole. Asistuje pri rúškovaní pacienta a obliekaní operačného tímu. Podáva inštrumentárke pomôcky tak, aby zachovala zásady sterility. Nastavuje svetlá. Pripravuje vzorky z biopsie na transport do laboratória. Pripravuje materiál na ďalšie operačné výkony. Vede príslušnú dokumentáciu.

Sestra zabezpečujúca sterilizáciu - pripravuje materiál na sterilizáciu. Realizuje samotnú sterilizáciu, dohliada na sterilizačný proces používaných prístrojov, uskladňuje vysterylizované pomôcky (Vojtíšek, 1980).

Napriek perfektne pripravenom programe mnohokrát nastáva situácia, keď cirkulujúca sestra zabezpečuje naraz i umývanie, ošetrovanie, balenie nástrojov a ostatného materiálu. Realizuje i samotnú sterilizáciu. Tento spôsob práce predstavuje

neúmerné fyzické i psychické zaťaženie, veľké časové obmedzenie. Inštalácia sterilizačných prístrojov v tesnej blízkosti operačnej sály narušuje chod operácie hlukom, a vypúšťaním pár, čo dnes znamená hrubé porušenie noriem o hygiene prostredia.

Veľkým prínosom pre všetky chirurgické odbory bolo zriaďovanie oddelení Centrálnej sterilizácie i v menších nemocniciach. Prácu na ňom zabezpečuje špeciálne vyškolený personál. Riadenie a kontrolu ich práce vykonáva oddelenie hygieny. Oddelenie CS zabezpečuje sterilizáciu nástrojov a ostatných pomôcok pre všetky oddelenia daného zdravotníckeho zariadenia. Kvalita spočíva hlavne v profesionálnom prístupe, dodržiavaní predpísaných pracovných postupov, validizácii a kontrole.

Práca CS je vo veľmi úzkom kontakte s prácou na operačnej sále. Je dôležité dohodnúť sa na presnom spôsobe spolupráce (aký materiál budú sterilizovať, **ako ho treba baliť, označovať, akým spôsobom bude prebiehať preberanie materiálu a kontrola počtov atď.**). Pri zavádzaní nových operačných postupov, pri kúpe nových nástrojov je nutné znovu prehodnotiť spôsob práce.

Dnešná doba prináša mnoho zmien vo všetkých oblastiach života. Veľký dôraz je kladený na zefektívňovanie práce. V zdravotníctve to znamená snahu o poskytovanie starostlivosti v najvyššej možnej kvalite pri najnižších možných nákladoch v potrebnom sortimente a najlepšom možnom čase.

V poskytovaní chirurgickej starostlivosti by takúto prácu mali zabezpečovať Oddelenia centrálnych operačných sál (v priestoroch jedného oddelenia sú zakomponované všetky druhy operačných sál podľa jednotlivých chirurgických odborov, ktoré prevádzkujú svoje lôžkové ošetrovacie jednotky v danom zariadení). Vo väčších jednopavilónových nemocniciach zriaďovanie takýchto oddelení nepredstavuje až také náročné zmeny ako v menších zariadeniach, kde mnohokrát oddelenia s operatívou pracujú v individuálnych budovách. **Novšie nemocnice boli projektované tak, že hneď od začatia ich prevádzky boli fyzicky sústredené operačné sály do jednej budovy, prípadne i pracovali ako jedno spoločné oddelenie.**

Manažment práce na operačnej sále predstavuje oddelenie operovania od riadenia chodu operačnej sály. Dôvodom je fakt, že prevádzkových záležitostí je mnoho. Ukázalo sa, že je výhodou vzdelávať časť personálu v organizácii chodu pracoviska. **Vo všetkých procesoch prebiehajúcich na operačnej sále je nositeľkou odbornosti sálová sestra.** Centrálne operačné sály umožňujú, aby sestry podľa svojich skúseností a schopností organizovali prácu samé so všetkými dôsledkami. Angl. slovo „to manage“ znamená zvládnuť, vedieť si poradiť. Až v druhej rade znamená riadiť, viesť. Zahŕňa súbor činností, ktoré smerujú k organizácii riadenia a spravovaniu prevádzky na operačnej sále. Už dávno

funguje v praxi fakt, že sestra si musí vedieť sama poradiť. **Oddelenie centrálnych operačných sál predstavuje zvýšenie autonómnych činností sestry.**

Manažment sál predstavuje tieto okruhy činností: logistika, personalistika, hygiena prostredia a sledovanie rizík, kontinuálne vzdelávanie, inštrumentovanie, informatika(Lepiešová et al.: 1996).

COS je samostatné oddelenie, pracuje pod vedením vlastného primára a vedúcej sestry. Funkcia vedúceho lekára má byť zastúpená lekárom s odbornosťou, ktorá má vzťah k prevádzke sál: chirurg, anesteziológ, resp. hygienik (Duda et al, 1997).

Jeho úlohou je:

- rámcová koordinácia využitia operačných sál
- pohotovosť umiestnenie akútnych operácií
- hygienický dohľad
- sledovanie nozokomiálnych infekcií
- správne nástrojové a prístrojové vybavenie
- práca s rozpočtom
- vyhodnocovanie parametrov využitia operačných sál
- plánovanie investícií do operačných sál

Úlohy vedúcej sestry (skúsená operačná sestra s príslušným vyšším vzdelaním) :

Jej úlohou je zabezpečovať činnosti ako už boli spomenuté (úlohy sestry poverenej riadením oddelenia) a sú doplnené o tieto ďalšie úlohy:

- zásobovanie operačných sál
- určuje rozsah a spôsob spolupráce s inými oddeleniami
- dbá o nepretržité skvalitňovanie práce na oddelení
- dohliada na dodržiavanie stanovených štandardov
- **vedie vypracovávanie vlastných „oddielenských“ pracovných štandardov (po dohode s operátormi a možnosťami materiálno- technického vybavenia oddelenia vypracuje spolu so svojim tímom štandardné operačné postupy vykonávané na danom pracovisku.**

Tie obsahujú: prípravu nástrojov a prístrojov, prípravu a polohu pacienta, samotný operačný postup podľa zvyklostí daného pracoviska, použitie špeciálneho zdravotníckeho materiálu.

Jeho význam spočíva v zjednotení práce, čím sa predíde nedostatkom v príprave niektorých pomôcok a nástrojov, zjednodušuje zaúčanie nových pracovníkov, je znakom vysokej úrovne konkrétnej činnosti).

- dohliada, aby prípravné práce nenarušovali chod operačného programu

V NsP Trenčín je zriadené oddelenie COS len krátky čas (2 roky). Zlúčiť bolo možné len oddelenia pracujúce v chirurgickom pavilóne: oddelenie úrazovej chirurgie, ortopédie, všeobecnej chirurgie a urológie. Začlenené je sem i oddelenie centrálnej sterilizácie. **Priestorové podmienky zatiaľ nevyhovujú nárokom súčasnej doby, ale pristúpilo sa už k mnohým zmenám.** Oddelenie zabezpečuje nepretržitú prevádzku. Operačné sestry pracujúce i v čase pohotovosti podľa potreby cirkulujú na všetkých sálach. **Každý deň slúžia dve sálové sestry 24-hodinovú službu, po nej nasleduje deň voľna. Sanitári pracujú v trojzmennej prevádzke, v čase UPS je prítomný jeden sanitár. Sanitárky pracujú v jednozmennej prevádzke. Čistiace práce priestorov vykonáva samostatná firma, pracovníci vyčlenení na prácu v operačnom trakte pracujú v dvojzmennej prevádzke.**

Sanitárne práce na jednotlivých sálach prebiehajú podľa stanoveného rozpisu v rôzne dni, aby nebol narušený každodenný operačný program.

Program príslušného oddelenia je naplánovaný deň vopred vedúcim lekárom a doručený na COS. Zákroky je nutné naplánovať podľa druhu a predpokladanej dĺžky trvania na každú operačnú sálu. Vedúca sestra urobí rozpis operačných sestier a sanitárov.

Vedúca sestra a slúžiace sestry sa zúčastnia každé ráno na poradách príslušných oddelení, pre spresnenie operačného programu, podľa aktuálnych zmien potom prispôbia prácu na danej operačnej sále. V tom istom čase už prebiehajú prípravy v jednotlivých sálach. Tie musia byť ukončené skôr ako je pacient uvedený do anestézy. Až potom sa pristupuje k samotnému operovaniu.

Dôležité je začať pracovať načas s minimálnymi prestojmi medzi jednotlivými operáciami, aby bola každá sála optimálne využitá a aby sa stihlo čo najviac operácií uskutočniť v pracovnom čase pri plnom personálnom obsadení. Napomáha k tomu racionálna del'ba práce.

Plynulosť operačného programu môžu narušovať:

- zmeny zdravotného stavu pacienta po uvedení do anestézy
- nedostatok personálu
- poruchy prístrojov

- havarijné situácie inžinierskych sietí
- komplikácie počas operačného zákroku (zlá prístupnosť v operačnom poli, nadmerné krvácanie)
- akútne stavy neplánovaných pacientov

Úlohou pracovníkov COS je v čo najväčšej miere eliminovať tieto faktory, v prípade ak už nastane nepredvídaná situácia v čo najkratšom čase obnoviť plynulosť práce. **Po ukončení operačného programu nasleduje ihneď dôkladné vyčistenie sály a použitých nástrojov, aby bola v prípade potreby čo najskôr pripravená pre akútne zákroky.**

Centralizácia operačných sál zaznamenáva veľký prínos pre zdravotnícke zariadenia. Mnoho pracovníkov už zaznamenalo aj určité negatíva. Momentálne je dosť aktuálny problém „centralizácie“ inštrumentárok. Rozvojom jednotlivých operačných odborov stúpajú nároky na špecializáciu lekárov, ale vo veľkej miere sa zvyšujú i špeciálne nároky na odbornosť operačnej sestry. Poukazuje sa v tomto smere na krok späť, ktorý nezodpovedá súčasnemu trendu v špeciálnej medicíne.

Súhlasíme s názorom, že každá operačná sestra má mať prehľad o základných operačných postupoch v každom chirurgickom odbore, že v prípade potreby dokáže zastúpiť svoju kolegyňu v príbuznom operačnom odbore. Je to znak všestrannosti a nutnej vzdelanosti. No o rutine, ktorú si do istej miery vyžaduje každý zákrok sa naozaj nedá hovoriť. Veď stačí sa vrátiť z dovolenky a už je na pracovisku mnoho novinek s ktorými sa treba popasovať.

Záver

Každý lekár má tiež všeobecné vedomosti z medicíny a nedovolí si liečiť všetky ochorenia u jedného pacienta sám. Nie je to znak jeho neschopnosti, alebo nezájmu o celkový zdravotný stav pacienta. Takýto štýl práce môže spôsobovať nesústreďenosť a povrchnosť. Sestra bude stále premýšľať nad tým, ktorý operačný výkon ešte „neodinštrumentovala“, ktorý ešte ani nevidela. **Niektoré zákroky sa operujú len sporadicky a pri častej cirkulácii sestier sa naozaj môže stať, že aj sestra s niekoľkoročnou praxou sa bude ocitať v takejto nepríjemnej situácii.**

Problémy môžu nastať hlavne v pohotovostnej službe, kedy treba jednať rýchlo a naozaj presne. V takýchto situáciách sa už hovorí o nezodpovednosti a nezájme, čo je naozaj veľmi zavádzajúce, ponížujúce a hlavne nepravdivé.

Nový problém, ktorý môžeme pozorovať na Slovensku je v ďalšom vzdelávaní operačných sestier. Ukončením vzdelávania v odbore diplomovaná operačná sestra (posledný ročník bol otvorený pred dvoma rokmi aj to iba v Trnave) vlastne neexistuje možnosť vzdelania v tomto odbore. Na fakultách ošetrovateľstva zatiaľ nie je možnosť doplniť si vzdelanie v tomto odbore. **Obávame sa, že prácu operačnej sestry začína verejnosť označovať len ako podávanie nástrojov niekomu, kto si ich vopred vypýta. Že je to práca, ktorú môže robiť hoci kto, lebo nemá žiadnu zodpovednosť. Je to naozaj tak?**

Zoznam bibliografických odkazov

1. DROSTE, C., PLANTA, M.: memorix- vademecum lékaře. Praha. Scientia Medica, 1992
2. DUDA, K.: Inštrumentovanie na operačnom sále, Osveta, Martin, 1997
3. HATJAR, I. et al.: Organizácia zdravotníctva .Martin. Osveta, 1989
4. LEPIEŠOVÁ, E. et al.: Manažment v ošetrovateľstve. Martin. Osveta, 1996
5. OLEJNÍK, J.: perioperačná liečebná starostlivosť. Bratislava. Vydavateľstvo Ebner, 1999
6. ROZSYPALOVÁ, HALADOVÁ: O sestrách pro sestry, Avicemim, Praha, 1981
7. VOJTÍŠEK, L.: CHIRURGIA, I. Osveta, Martin, 1986
8. časopisy: Inštrumentárka, Johnson & Johnson

MÁ ATEROSKLERÓZA A RAKOVINA „SPOLOČNÉHO MENOVATEĽA“ ?

Žuffa M.

Liptovský Mikuláš

Táto otázka pred rokmi by bola absurdná aj pre najprominentnejšieho onkológa. V poslednej dobe však prichádzajú správy (Japonsko, Tajwan, Čína), ktoré túto možnosť nevylučujú. K tejto vízii sa veľmi opatrne pridala aj medicína Európy a Ameriky. Publikácie s podobnými závermi sme čítali aj v českej literatúre.

Dnes už nikto nepochybuje o tom, že metabolický syndróm, ktorý je interakciou génov a životného štýlu, so svojimi základnými komponentami (inzulínová rezistencia, hyperglykémia, dyslipoproteinémiá, hypertenzia, hyperkoagulácia, viscerálna obezita), potencuje rozvoj aterosklerózy. O zhubných ochoreniach vieme, že na ich vzniku sa podieľajú faktory genetické, enviromenálne a imunodeficientné. Ich kombinácia je možná a vtedy sa ľahšie presadia v klinickom obraze

Inzulínová rezistencia ako základný symptóm metabolického syndromu navodzuje hyperinzulinémiu a neskôr hyperglykémiu. Inzulínu podobná látka (IGF I) je vlastne somatomedin C, prostredníctvom ktorej uplatňuje somatotropný hormón svoj účinok v tkanivách, zasahujúc tak do apoptózy, mitotickej aktivity a patologickej proliferácie buniek. V tejto súvislosti sa zdôrazňuje aj pôsobenie nukleárných receptorov PPAR, ktoré sa nachádzajú vo všetkých tkanivách a sú významnými regulátormi metabolizmu tukov, glukózy, zápalových pochodov a nádorového bujenia (hl.gamma). Do týchto dejov zasahuje negatívne oxydatívny stres a nie celkom jasne aj dôležité pôsobky metabolického syndrómu ako adiponektín a leptín. Každý príznak metabolického syndrómu znamená riziko pre malignitu, odhliadnuc ešte aj od toho, že u takýchto chorých je znížená výkonnosť imunitného aparátu (Munoz a spol., 2004).

Z malignómov, u ktorých sa predpokladá najvyššia naviazanosť na metabolický syndróm, reprezentovaný hlavne diabetom a obezitou, je v popredí kolorektálna lokalizácia (Svačina a spol., 2004). Niektorí autori ho považujú len za rizikový faktor u mužov, so signifikantne vyšším výskytom v proximálnej časti hrubého čreva. V podobných súvislostiach boli publikované aj práce o karcinómoch prsu, endometria, prostaty, pažeráka, žalúdka, žlčníka, pankreasu a obličky. Nealkoholová steatóza pečene je najčastejšie symptómom metabolického syndrómu (pri diabete a obezite) a preto je aj rizikom pre hepatocelulárny karcinóm. (Davila a spol., 2005).

Z praktického hľadiska treba pripomenúť, že všetci autori, ktorí sa zaoberali touto problematikou sa zhodujú na tom, že preventívne opatrenia u oboch chorôb sú identické. Niektoré lieky ako statíny a sartany majú nepochybne dokázaný benefit pri kardiocerebrovaskulárnych chorobách, menej ale známy účinok na neoplastické procesy. Publikovaná bola kazuistika 72 ročnej ženy s akútnou myeloickou leukémiou, ktorá odmietla cytostatickú terapiu a kompletná remisia sa dosiahla na vysokej dávke lovastatínu (Minden a spol., 2001). V roku 2003 som čítal na stránkach ČLČ zaujímavú polemiku popredných českých onkointernistov pod názvom „ Budú statíny onkostatíny „ ?

Nakoniec uvediem ešte jednu z prác, ktoré až šokujúco zasahujú naše klasické patofyziologické myslenie. Uverejnili ju pekingskí autori pod názvom „Mohla by byť ateroskleróza rakovinou cievnej steny ?“ Po komplikovaných, ale moderných úvahách – nie v smysle tradičnej čínskej medicíny – o etiopatogeneze, klinike, terapii a prevencii, odpovedajú v závere kladne (Li a Gao, 2005).

Záverom by som chcel povedať, že inzulínová rezistencia je pravdepodobne jeden z možných spoločných rizikových faktorov dvoch t. č. najzávažnejších ochorení: kardiocerebrovaskulárnych a neoplastických.

MOŽNOSTÍ TRANSKATÉTROVEJ LIEČBY CHOROBY HLAVNÉHO KMEŇA ĽAVEJ KORONÁRNEJ ARTÉRIE.

Čurilla E.

Kardiologická ambulancia Kardiocentra, Košice

Ateroskleróza vo svojej multifaktoriálnej genéze, generalizovanej povahe s tendenciou k multifokálnemu a multiorgánovému postihnutiu predstavuje vážny medicínsky a svojimi dôsledkami i socio-ekonomický problém. Vo výpočte príčin smrti sú kardiovaskulárne ochorenia vedúcou príčinou smrti vo vyspelých industrializovaných populáciach i mnohých transformujúcich sa krajinách. Spolu s narastajúcou epidémiou výskytu srdcového zlyhania tvoria najzávažnejšie problémy stojace pred kardiológiou na začiatku tretieho milénia.

Súčasná etapa liečby koronárnej choroby srdca predstavuje komplex preventívnych a liečebných opatrení smerujúcich k predchádzaniu, zastaveniu ako aj regresii aterosklerotického procesu na koronárnych arteriách. V spektre terapeutických zásahov významné miesto zastávajú revaskularizačné procedúry farmakologické, chirurgické ako aj intervenčnej kardiológie.

Dnešná koronárna kardiochirurgia, po viac ako štyridsiatich rokoch vývoja, sa stáva bezpečnejšiou, viac fyziologickou a menej traumatickou. Možno očakávať jej vývoj v zmysle zvýšenia počtu arteriálnych bypassov, redukciu použitia mimotelového obehu hlavne u vysokorizikových skupín pacientov a smerovanie k rekonštrukcii. Populácia pacientov sa stáva staršou, s prítomnosťou viacerých rizikových faktorov, čo ale v dôsledku vývoja odboru nemá za následok zhoršenie operačných výsledkov. Významnou zmenou bude narastanie počtu reoperácií (na vyspelých pracoviskách už dnes sú druhou najčastejšou príčinou operácie). Menej invazívne postupy a možno aj robotizácia pravdepodobne zmenia závažným spôsobom naše nazeranie na túto terapeutickú modalitu.

Transkatétrová liečba (TCT) ischemickej choroby srdca od svojho zavedenia do praxe Gruentzigom (1) prekonala revolučný vývoj. Dnes perkutánne koronárne intervencie sú rovnako účinnou revaskularizačnou procedúrou v indikovaných prípadoch akou je kardiochirurgická revaskularizácia (štúdie RITA, ERACI, GABI, CABRI, EAST, BARI, SoS, ARTS, AWESOME)(2-13). TCT sa stáva rovnocennou náhradou pre kardiochirurgickú revaskularizáciu. Rozšírenie vaskulárnych intervencií aj na periférne cievy umožňuje súčasnú liečbu ischemickej choroby srdca i periférnych ciev súčasne. Aktuálna situácia v endovaskulárnej intervencii na Slovensku vyžaduje, aby podobne ako v iných krajinách

intervenční kardiológovia iniciovali zakladanie a rozvoj centier periférnej vaskulárnej intervencie (centier endovaskulárnej terapie). V tomto smere sa bude vyžadovať prehĺbenie interdisciplinárnej spolupráce s príslušnými odbormi (radiológia, angiológia, angiochirurgia, neurológia, neurochirurgia a iné). Dochádza tak k zakladaniu aj celkom nových subšpecializácií ako napríklad intervenčná neuroradiológia, ktorá má za následok revíziu liečebného prístupu k pacientom s neurovaskulárnym ochorením.

Katetrizačné laboratórium budúcností je založené na využití početných nových techník kvantitatívnej angiografie, zahrňujúce automatickú detekciu arteriálnych kontúr, videodensitometriu, digitálne parametrické zobrazenie, intravaskulárny ultrazvuk a meranie rezervy koronárneho prietoku Dopplerovským vodičom. Pokrok v neinvazívnom zobrazení koronárnych artérií umožní v najbližšom období realizovať tieto vyšetrenia neinvazívne cestou magnetickej angiografie a multidetektorovej CT angiografie. Nové invazívne technológie sú testované ako napríklad termografia, elastografia, intravaskulárna MRI a optická koherentná tomografia, ktoré budú umožňovať detekciu lézií pred ich ruptúrou.

Politická a ekonomická globalizácia sveta sa premieta aj do kardiológie. Na prahu nového milénia dochádza k procesu globalizácie medicínskych kardiologických databáz na všetkých kontinentoch. Vzniká tak nevídaná možnosť výmeny výsledkov a skúseností a urýchljuje to novým spôsobom pokrok v odbore. Ďalším prevratným procesom je skutočnosť, že dochádza k zjednocovaniu medicínskych a industriálnych databáz. Možno predpokladať, že uvedené procesy akcelerujú základný i aplikovaný výskum v kardiológii tak, že už v priebehu niekoľkých rokov bude možno v klinickej praxi aplikovať revolučné postupy molekulárnej kardiológie. Tým sa tiež vytvárajú podmienky na to, aby otázky a problémy vznikajúce v klinickej praxi mohli byť zodpovedané a vyriešené v rekordne krátkom čase organizovaním medzinárodných multicentrických randomizovaných štúdií.

Choroba hlavného kmeňa (CHHK) je najzávažnejšou formou ischemickej choroby srdca so závažnými vplyvmi na prognózu v krátkodobom i strednodobom výhľade. Choroba hlavného kmeňa (CHHK) je prítomná v 3% až 5% pacientov podrobujúcich sa katetrizácii srdca pre ischemické syndrómy, srdcové zlyhanie alebo kardiogenny šok (14), a u 7% až 15% pacientov prezentujúcich sa stabilnou alebo nestabilnou anginou pectoris . Konzervatívna liečba pacientov s CHHK je spojená so zlou prognózou (15). Chirurgická liečba dokázala jej efektívnosť v zlepšení prežívania (16). Tradičný liečebný prístup je chirurgický s naložením bypasov na ramus inerventricularis anterior (RIA) a ramus circumflexus (RCX). U 1484 pacientov zaradených do Coronary Artery Surgery Study (CASS) Registra s viac ako 50 % stenózou hlavného kmeňa stredné prežívanie u chirurgickej skupiny bolo 13,3 roka ale len 6,6 roka u konzervatívnej skupiny. Zlepšenie prežívania bolo ohraničené hlavne na

pacientov so stenózou hlavného kmeňa viac ako 60%, čiastočne s prítomnosťou ľavokomorovej dysfunkcie (17). Prvé správy o použití PTCA pre nechránenú CHHK boli spojené so zlými dlhodobými výsledkami (18). Až zavedenie stentovania viedlo k dramatickej redukcii rizika subakútnej trombózy (19). V dôsledku elasticity a rigidity aortálnej stenzy, aortoaoštiálne lézie boli často združené so suboptimálnymi včasnými výsledkami a vysokou frekvenciou restenóz (20).

Dnes vieme, že dynamické prostredie sa po nahromadení kritického množstva údajov (dôkazov) adaptuje. K významným pokrokom došlo hlavne zavedením stentov uvoľňujúcich lieky DES (Drug Eluting Stent) do klinickej praxe, pokrokmí v antiagregačnej liečbe, novým technikami liečby bifurkačných lezií a údajmi o výsledkoch intervenčnej liečby u viacievneho postihnutia. Prebiehajúce multicentrické štúdie (SYNTAX, COMBAT, FREEDOM) nám v priebehu najbližších rokov poskytnú evidence base údaje o úlohe TCT v liečbe viacievneho postihnutia vrátane choroby hlavného kmeňa. Je tiež nespochybniteľné, že potrebu väčšej flexibility vyžaduje aj meniace sa organizovanie financovania zdravotníckych činností .

Zoznam bibliografických odkazov

1. GRUNTZIG, AR., SENNING, A., SIGENTHALER, WE. Nonoperative dilatation of coronary-artery stenosis. N Eng J Med 1979;301:61-68
2. Coronary angioplasty versus coronary artery bypass surgery: The randomized intervention treatment of angina (RITA) trial. RITA Trial Participants. Lancet 1993;341:573-80
3. First-year results of CABRI (Coronary Angioplasty versus Bypass Revascularization Investigation). CABRI trial participants. Lancet 1995;346:1179-84.
4. HANNN, EL., RACZ, MJ., McCALLISTER, BD., RYAN, TJ., ARANI, DT., ISOM, OW., JONES, RH. A comparison of three-year survival after coronary artery bypass graft surgery and percutaneous transluminal coronary angioplasty. J Am Coll Cardiol 1999;3:67
5. HENDERON, RA., POCOCK, SJ., HAMPTON, JR. Revascularization for patients with single vessel disease: Results from the randomized interventional treatment of angina (RITA) trial at 4,7 years. Circulation 1995;92:1-476
6. RODRIGUES, A., BOULLON, F., PEREZ-BALINO, N. Argentine randomized trial of percutaneous transluminal coronary angioplasty versus coronary artery bypass

- surgery in multivessel disease (ERACI): In-hospital results and 1-year follow-up. J Am Coll Cardiol 1993;22:1060-1067
7. The Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Investigators. Comparison of Coronary Bypass Surgery with Angioplasty in Patients with multivessel disease. N Engl J Med 1996;335:217
 8. SIM, I., GUPTA, M., Mc DONALD, K., BOURASSA, MG., HLATKY, MA. A meta-analysis of randomized trials comparing CABG with PTCA in multivessel coronary artery disease. J Am Coll Cardiol 1995;76:1025-9
 9. SERRUYS, PW., UNGER, F., SOUSA, JE., et al. Arterial Revascularization Therapies Study Group. Comparison of coronary-artery bypass surgery and stenting for the treatment of multivessel disease. N Engl J Med 2001;344:1117-24
 10. ABIZAID, A., COSTA, MA., CENTEMERO, M., et al. for the Arterial Revascularization Therapy Study Group. Clinical and economic impact of diabetes mellitus on percutaneous and surgical treatment of multivessel coronary disease patients: insights from the Arterial Revascularization Therapy Study (ARTS) trial. Circulation 2001;104:533-8.
 11. ABIZAID, A., COSTA, MA., CENTEMERO, M., et al. for the Arterial Revascularization Therapy Study Group. Coronary artery bypass surgery versus percutaneous coronary intervention with stent implantation in patients with multivessel coronary artery disease (the Stent or Surgery trial): a randomised controlled trial. Lancet 2002;360:965-70.
 12. MORRISON, DA., SETHI, G., SACKS, J., et al. for the Investigators of the Department of Veterans Affairs Cooperative Study #385, the Angina With Extremely Serious Operative Mortality Evaluation (AWESOME). Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass graft surgery for patients with medically refractory myocardial ischemia and risk factors for adverse outcomes with bypass: a multicenter, randomized trial J Am Coll Cardiol 2001;38:143-9.
 13. GOY, JJ., KAUFMANN, U., GOY-EGGENBERGER, D., et al. A prospective randomized trial comparing stenting to internal mammary artery grafting for proximal, isolated de novo left anterior coronary artery stenosis: the SIMA trial. Stenting vs Internal Mammary Artery. Mayo Clin Proc 2000;75:1116-23.
 14. COHEN, MV. , COHN, PF., HEMAN, MV., GORLIN, R. Diagnosis and prognosis of left main coronary artery obstruction. Circulation 1972; 45:I-57-I-65

15. BRUSCHKE, AVG, PROUDFIT, WL., SONES, FM. Progress study of 590 consecutive non surgical cases of coronary disease followed 5/9 years. *Circulation* 1973;47:1147-53.
16. VARNAUSKAS, E. for the European Coronary Surgery Study Group. Twelve-years follow-up of survival in the randomized European Coronary Surgery study. *N Engl J Med* 1998; 319:332-9.
17. CARACCIOLO, EA., DAVIS, KB., SOPKO, G. et al. Comparison of surgical and medical group survival in patients with left main coronary artery disease. Long-term CASS experience. *Circulation* 1995 91:2325-2334.
18. CROWLEY, ST., MORRISON, DA. Percutaneous transluminal coronary angioplasty of the left main coronary artery in patients with rest angina. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1994; 33:103-107.
19. SCHOEMIG, A. et al. A randomized comparison of antiplatelet and anticoagulant therapy after placement of coronary artery stents *N Eng J Med* 1996; 334:1084-9.
20. KOBAYASHI, N., VAGHETTI, M., KOBAYASHI, Y., et al. Coronary stenting of ostial lesions: results are different between arteries. *Circulation* 1998; 98:17-I-286.

HODNOCENÍ VÝSKYTU ANTEVERZNÍHO POSTAVENÍ PÁNVE U ADOLESCENTŮ A DOPORUČENÉ KOMPENZAČNÍ CVIČENÍ

Kubátová J.¹, Pyšný L.²

¹Pedagogická fakulta, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

²Ústav zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

Souhrn

U středoškolské mládeže v Ústeckém kraji jsme provedli šetření, kde jsme hodnotili anteverzní postavení pánve. Toto patologické postavení pánve které jsme zjistili až na jednoho probanda u celého sledovaného souboru. Zjišťovali jsme velikost úhlu mezi vodorovnou rovinou a rovinou protínající horní trny kyčelní. Nejvíce jedinců mělo naklopenou pánev dopředu o 10-16 stupňů. Toto postavení je spojeno se zvětšením bederní lordózy s následným vadným držením těla. Jednou z možností, jak se pokusit odstranit tuto svalovou nerovnováhu je aplikace kompenzační cvičení, které představuje protahování svalů v oblasti bederní páteře a posilování břišních svalů.

Klíčová slova: anteverzní postavení pánve, kineziologické vyšetření, pelvimetr, kompenzační cvičení

Summary

We performed the inquiry near secondary youth, where we're founded out except one's for - set anteverse of pelvis near whole set . This position is connected with bigger deflection of the lordosis with resulting defective position of the body. One of possibility correction is the compensatory exercising that presents shaving of muscles in the area hipster spine and strengthening of ventral muscles.

Key words: anteversion position of pelvis, kinesiology investigation, pelvimeter, compensatory exercising

Úvod

Na vadném držení těla se značně podílí na jedné straně hypokinéza a na straně druhé nadměrné jednostranné přetěžování organismu bez vhodné kompenzace. Změny pohybového systému stimuluje zejména nadměrná statická zátěž, kdy počátky jejich vzniku

můžeme datovat již v období školního věku. Důsledkem nedostatku pohybu a jednostranným přetěžováním organismu s nedostatečnou cílenou kompenzací vzniká svalová nerovnováha s následnými bolestmi, které rostou s věkem a přetrvávají tak často do dospělosti (Hošková, Matoušová, 2005).

V důsledku hyperaktivity a hypoaktivity příslušných párových skupin svalů dochází k narušení svalové rovnováhy, v našem případě se jedná o funkční změnu pánve v předozadním směru, o anteverzní postavení pánve (Buschbacher, 2002, Norris, 2000, Tichý, 2000).

Vhodně zvolené kompenzační cvičení je významným faktorem korigujícím změny pohybového systému. Představuje normalizaci poměrů v poškozených strukturách pohybového aparátu a obnovuje svalovou rovnováhu (Adamířová, 2004, Hálková, 2001, Prusik, et al, 2004).

Cíl a úkoly

Cílem šetření bylo zjistit u studentů středních škol Ústeckého kraje výskyt anteverzního postavení pánve a v případě negativních výsledků navrhnout na základě metodických postupů kompenzační cvičení vedoucí ke korekci této svalové nerovnováhy.

Úkolem bylo provést u sledovaného souboru základní kineziologické vyšetření s pomocí pelvimetru se zaměřením na oblast pánve, zjistit četnost výskytu a velikost anteverzního postavení pánve. V případě negativních výsledků navrhnout vhodné kompenzační cvičení.

Metodika

Výběr části populace byl proveden metodou záměrného výběru. Celý soubor zahrnoval 216 studentů /128 dívek a 88 chlapců/ středních škol Ústeckého kraje. Průměrný věk souboru byl 17, 9 let /dívky 17,9 let, chlapci 18,2 let/, průměrný Body Mass Index středoškoláků byl 20,5 /dívky 20,3, chlapci 21,9/, průměrná výška probandů dosahovala 170,6 cm /dívky 168,4 cm, chlapci 183,5 cm/ a průměrná hmotnost středoškoláků nabyla hodnoty 60 kg /dívky 57,7 kg, chlapci 73,8 kg/. Směrodatná odchylka výšky středoškoláků byla 8,04 cm a směrodatná odchylka hmotnosti dosáhla hodnoty 9,06 kg /tab. 1/. Výběr části populace byl realizovaný na gymnáziích v Teplicích, v Děčíně a v Ústí nad Labem /tab. 2/

Na základě odborného lékařského vyšetření byli ze studie vyřazeni jedinci s anteverzí pánve spojené se zvětšenou bederní lordózou způsobenou vážnými strukturálními změnami skeletu, vážnými funkčními změnami v oblasti dolních končetin a páteře, jedinci s infekcí a

nádory kostních struktur sledované oblasti, s infekcí nervového systému a s vážným onemocněním vnitřních orgánů.

Tabulka 1 Základní somatické charakteristiky

Soubor	Věk	Výška (cm)		Hmotnost (kg)	
	průměr	průměr	směrod. odchylka	Průměr	směrod. odchylka
n = 216	17,9	170,6	8,0	60	9,1

Tabulka 2 Zastoupení středoškoláků na zkoumaných gymnáziích Ústeckého kraje

Soubor	Gymnázium		
	Teplice	Děčín	Ústí n. L.
Dívky	40	48	40
Chlapci	25	28	35
Celkem	65	76	75

Pro získání dat jsme u celého sledovaného souboru použili základní kineziologické vyšetření s pomocí pelvimetru, kdy jsme metodou aspekce a palpce posoudili uložení hřebenů kostí kyčelních, výšku levých i pravých horních předních a zadních trnů kyčelních, které by měly být ve stejné výšce, tzn., že rovina procházející jednotlivými horními trny kyčelními je vodorovná (Rychlíková, 2002, Tichý, 2000). Pokud jsou uloženy trny kyčelní ve vodorovné rovině, potom při měření pelvimetrem nabývají hodnoty 90 °, čím jsou horní trny kyčelní uloženy níž, tím jsou naměřené hodnoty nižší. Rozhodující pro anteverzní postavení je uložení horních předních trnů kyčelních (Gross a kol., 2005).

Výsledky

U tabulek výsledků byly použity tyto vysvětlivky:

H – HTK LP Úhel mezi horizontálou a horním trnem kyčelním vlevo vepředu

H – HTK PP Úhel mezi horizontálou a horním trnem kyčelním vpravo vepředu

Úhel mezi vodorovnou rovinou a předním levým horním trnem kyčelním je 80,1 ° a úhel mezi vodorovnou rovinou a předním pravým horním trnem kyčelním je 79,8 ° (tab. 3).

Tabulka 3 Průměrné hodnoty stupňů mezi rovinou procházející horními trny kyčelními a vodorovnou rovinou

Soubor	H – HTK LP (°)		H – HTK PP (°)	
	Průměr	Směrod. odchylka	Průměr	Směrod. odchylka
n = 216	80,1	4,7	79,8	4,1

U 1,3 % souboru svírá úhel mezi vodorovnou rovinou a předním levým horním trnem kyčelním 90 °, úhel mezi vodorovnou rovinou a předním pravým horním trnem kyčelním je 90° u 1,3 % středoškoláků. Naklopenou levou i pravou pánevní kost dopředu má 98,7 % vyšetřených (tab. 4).

Tabulka 4 Procentuelní zastoupení středoškoláků s fyziologicky naklopenou pávní a s anteverzí páve

Soubor	H – HTK LP		H – HTK PP	
	90 °	< 90 °	90 °	< 90 °
100 %	1,3 %	98,7 %	1,3 %	98,7 %

Naklopení levé pánevní kosti do 5 ° se vyskytuje u 18,4 % souboru a pravé pánevní kosti u 15,8 % souboru, naklopení levé pánevní kosti do 10 ° bylo zjištěno u 43,2 % vyšetřených a pravé pánevní kosti u 39,5 % šetřených. Anteverze levé pánevní kosti do 15 ° byla nalezena u 25,2 % středoškoláků a pravé pánevní kosti u 31,6 % středoškoláků. Anteverze levé pánevní kosti do 20 ° byla u 13,2 % vyšetřených a pravé pánevní kosti u 11,8 % vyšetřených, naklopení levé pánevní kosti o více než 20 ° byla nelezena u 1,3 % jedinců (tab. 5).

Tabulka 5 Velikost anteverze levé a pravé pánevní kosti u středoškoláků

Hodnoty anteverze pánve	H – HTK LP	H – HTK PP
90 – 85 °	18,4 %	15,8 %
84 – 80 °	43,2 %	39,5 %
79 – 75 °	25,2 %	31,6 %
74 – 70 °	13,2 %	11,8 %
< 69 °	0 %	1,3 %

Systematický algoritmizovaný kompenzační pohybový program podle Hoškové (2002), Hoškové, Matoušové (2005), Štilce (2003) je uveden v tab. 6. Jde o kompenzační cvičení, které je zaměřené na protahování svalů v oblasti bederní páteře a posilování břišních svalů. Zejména na tyto svalové skupiny je vhodné zacílit cvičení při kompenzaci hyperlordotického držení těla (Hošková, Matoušová, 2005), které je spojené s anteverzním postavením pánve a s vadným držením těla (Tichý, 2000). Kompenzační cvičení se provádí v pořadí tak, jak je zaznamenáno v tabulce a vždy celá sestava. V závěru cvičení je důležité protáhnout svaly v oblasti bederní páteře v lehu na zemi, nejlépe s využitím spinálního cvičení. Cvičení by mělo probíhat ve dvojici terapeut – pacient, jeho frekvence a délka trvání je vhodná 3krát týdně 5 až 20 minut podle pozornosti jedince přičemž by měl být kladen důraz na dodržování metodicko-didaktických zásad kompenzačního cvičení ve zdravotní tělesné výchově (Hošková, Matoušová, 2005).

Tabulka 6 Systematický algoritmizovaný kompenzační pohybový program

	ZP: Leh na zádech, připažit, dlaně položit na přední trny kyčelních kostí. Nádech a s výdechem současně DK táhnout do dálky, provést flexi chodidel a podsadit pánev a bederní páteř tlačit do podložky. Chyby: nepřitlačení bederní páteře do podložky, přitahování brady mezi kosti klíční, zadržování dechu.
	ZP: Leh na břiše, vzpažit pravou HK, připažit levou HK. Nádech a s výdechem současně pravou HK a levou DK táhnout do dálky. Chyby: zadržování dechu, stejnostranné táhnutí do Dálky HK a DK.

	ZP: Leh na zádech, připažit. Nádech a s výdechem současně provést předklon hlavy, flexi chodidel, podsadit pánev a bederní páteř tlačit do podložky. Chyby: nepřítlačení bederní páteře do podložky, zadržování dechu.
	ZP: Leh na zádech, podložit horní zadní trny kyčelních kostí. Skrčit přednožmo pravou DK, ruce spojit pod čéškou. Nádech a s výdechem podsadit pánev a zatlačit proti zemi, přitáhnout skrčenou pravou DK k tělu a levou DK táhnout do dálky. Chyby: nepřítlačení bederní páteře do podložky, zadržování dechu.
	ZP: Leh na zádech, skrčit přednožmo obě DK, podložit horní zadní trny kyčelních kostí, rukou pravé HK uchopit pod čéškou pravé DK, rukou levé HK uchopit pod čéškou levé DK. Nádech a s výdechem podsadit pánev a oddálit jednu DK směrem vzhůru. Chyby: nepřítlačení bederní páteře do podložky, zadržování dechu.
	ZP: Leh na zádech, skrčit přednožmo obě DK, rukou pravé HK uchopit pod čéškou pravé DK, rukou levé HK uchopit pod čéškou levé DK. Nádech a s výdechem podsadit pánev a zatlačit bederní část proti zemi, vytvořit tlak pravé DK do dlaní. Chyby: nepřítlačení bederní páteře do podložky, zadržování dechu, nevytvoření tlaku DK do dlaní HK.
	ZP: Leh na zádech, skrčit přednožmo obě DK, rukou pravé HK uchopit pod čéškou pravé DK, rukou levé HK uchopit pod čéškou levé DK. Nádech a s výdechem bederní oblast tlačit do podložky, zevním obloukem kolen oddálit skrčené DK od těla a vnitřním obloukem co nejvíce přiblížit DK k tělu. Skrčené DK tvoří stále tlak do dlaní. Chyby: nepřítlačení bederní páteře do podložky, zadržování dechu, nedostatečný tlak DK do dlaní HK.

	ZP: Leh na zádech, přednožit a překřížit pravou DK přes levou DK, skrčit upažmo. Nádech a s výdechem podsadit pánev a zatlačit bederní oblast do země. Chyby: nepřítlačení bederní páteře do podložky, zadržování dechu.
	ZP: Vzpor klečmo, HK na vyvýšené podložce, nohy zkřížit mírně nad podložkou. Úklon trupu od pasu nahoru i dolů střídavě na pravou a levou stranu, hlava a nohy se vždy přibližují k sobě. Plynule dýchat. Chyby: nedostatečné uvolnění pánve.
	ZP: Vzpor klečmo. Kroužit pánví, měnit rychlost. Plynule dýchat. Chyby: nedostatečné uvolnění pánve

Vysvětlivky:

ZP Základní poloha

DK Dolní končetina

HK Horní končetina

Závěry a diskuze

U sledovaného souboru jsme provedli základní kineziologické vyšetření s pomocí pelvimetru v oblasti pánve a zjistili jsme četnost výskytu naklopení pánve dopředu. Celkem 98,7 % sledovaného souboru měla naklopenou pánev dopředu. Průměrná hodnota antevertze levé pánevní kosti středoškoláků byla 80,1 ° a pravé pánevní kosti 79,8 °.

Zjistili jsme, že nejvíce středoškoláků mělo antevertzní postavení pánve 6-10 ° /levá pánevní kost u 43,2 % a pravá pánevní kost u 39,5 % souboru/. Druhá nejčastější hodnota výskytu naklopení pánve byla u sledovaných středoškoláků 11-15° /levá pánevní kost u 25,2 % a pravá pánevní kost u 31,6 % probandů/.

Až na jediného probanda, u kterého se nacházela pánev ve fyziologickém postavení, tzn., že rovina horních trnů kyčelních byla ve vodorovné rovině, jsme při šetření zjistili u sledovaného souboru antevertzní postavení pánve. Průměrná hodnota naklopení levé pánevní kosti vyšetřených jedinců byla 9,9 ° a pravé pánevní kosti 10,2 °. Téměř polovina probandů (43,2%) měla naklopenou levou pánevní kost o 6 až 10 ° a více než třetina

středoškoláků (39,5%) pravou pánevní kost také o 6 až 10 °. Anteverzní postavení pánve zvětšuje prohnutí v oblasti bederní páteře, které souvisí s vadným držením těla. Příčinou vzniku může být na jedné straně nedostatek pohybové aktivity a na druhé straně dlouhodobé jednostranné pracovní nebo sportovní přetěžování (Mc Gill, 2002, Štilec, 2003, Hošková, Matoušová, 2002).

Možným řešením korekce svalové nerovnováhy je kompenzační cvičení, které představuje obnovení svalové rovnováhy po reedukaci správného způsobu provádění pohybu (Hošková, 2002, Mc Gill, 2002, Prusik et al., 2004).

Po zjištění negativních výsledků jsem navrhl systematický algoritmizovaný pohybový program, který představuje kompenzační cvičení se zaměřením na protahování svalů v oblasti bederní páteře a posilování břišních svalů. Zejména na tyto svalové skupiny je vhodné zacílit cvičení při kompenzaci hyperlordotického držení těla (Hošková, Matoušová, 2005), které je spojené s anteverzním postavením pánve a následně s vadným držením těla (Tichý, 2000). Kompenzační cvičení se provádí v pořadí tak, jak je zaznamenáno v tabulce. Cvičení by mělo probíhat ve dvojici terapeut – pacient, jeho frekvence a délka trvání je vhodná 3 krát týdně, 5 až 20 minut podle pozornosti jedince. Při cvičení by měl být kladen důraz na dodržování metodicko-didaktických zásad kompenzačního cvičení ve zdravotní tělesné výchově (Hošková, Matoušová, 2005, Adamírová, 2004, Buschbacher, 2002, Hálková, 2001, Štilec, 2003).

Zoznam bibliografických odkazov

1. ADAMÍROVÁ, J. *Vyrovňovací cvičení*. Praha : ČASSPV, 2004. 88 s. ISBN 80-865886-10-3.
2. BUSCHBACHER, R. *Practical guid to musculoskeletal disorders*. Woburn : Butterworth-Heinmann, 2002. 393 s. ISBN 0-7506-7357-5.
3. GROSS, J. a kol. *Vyšetření pohybového aparátu*. Praha : Triton, 2005. 599 s. ISBN 80-7254-720-8.
4. HÁLKOVÁ, J. *Zdravotní tělesná výchova: speciální učební texty. I. část – obecná*. Praha : ČASPV, 2001. 120 s.
5. HOŠKOVÁ, B. *Kompenzace pohybem*. Praha : Olympia, 2003. 63 s. ISBN 80-7033-787-7.
6. HOŠKOVÁ, B., MATOUŠOVÁ, M. *Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy*. Praha : Karolinum, 2005. 136 s. ISBN 80-7184-621-X.

7. Mc GILL, S. Low back disorders : Evidence-based prevention and rehabilitation. London : Human Kinetics, 2002. 295 s. ISBN 07-3604-241-5.
8. NORRIS, CH. M. Back stability. Champaign : Human Kinetics, 2000. 280 s. ISBN 07-3600-081-X.
9. PRUSIK, K., GÖRNER, K., PRUSIK, K. The Effect of Complex Physical Exercises on the Body Balance in the Sport-Playing Girls Based on Statokinesiometric Examination. In: Research yearbook AWFIS Gdansk, Studies In the Theory of Physical Education and Sport, volume X. Gdańsk : AWFIS, 2004, s. 85 - 88.
10. RYCHLÍKOVÁ, E. Funkční poruchy kloubů končetin: diagnostika a léčba. Praha : Grada, 2002. 256 s. ISBN 80-247-0237-1.
11. ŠTILEC, M. Pohybově-relaxační programy. Praha : Karolinum, 2003. 94 s. ISBN 80-246-0515-5.
12. TICHÝ, M. Funkční diagnostika pohybového aparátu. Praha : Triton, 2000. 94 s. ISBN 80-7254-022-X .

TUBERKULÓZA - STÁLE AKTUÁLNY PROBLÉM

Solovič I.¹, Littva V.²

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,
detašované pracovisko v Poprad

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity, katedra všeobecného základu

Úvod

Žiadne infekčné ochorenie nevyvolalo vo svetovom meradle takú pozornosť tak zdravotníkov ako aj sociálnych pracovníkov ako tuberkulóza. Predpokladá sa, že je najstaršou chorobou človeka, ktorej výskyt sa v závislosti od podmienok zvyšoval alebo znižoval, ale ktorá zostala stále prítomná.

Tuberkulóza je najzávažnejšie infekčné ochorenie na svete a v súčasnosti odhady Svetovej zdravotníckej organizácie na roky 2000-2020 udávajú, že sa ňou nakazí ďalšia miliarda ľudí, 200 miliónov ochorie a 35 miliónov zomrie, ak sa nepodari zlepšiť zdravotnú starostlivosť. Stále je toto závažné ochorenie najzávažnejšou sociálnou chorobou vo svete. Jej nárast v poslednom desaťročí celosvetovo je dávaný do súvislosti s oslabením pozorností a obmedzením programov kontroly vo vyspelých krajinách, so svetovou pandémiou AIDS, narkomániou, neadekvátnou terapiou ale najmä zlou sociálno-ekonomickou situáciou v rozvojových krajinách.

Medzi smelé ciele WHO patria:

- do konca roka 2005 zachytiť 70% prípadov infekcie TBC a zabezpečiť 85% úspešnosť liečby
- do roku 2015 znížiť prevalenciu a mortalitu TBC o 50%
- do roku 2020 predísť 25 miliónom úmrtí na TBC a zabrániť vzniku 50 miliónov nových prípadov ochorenia
- do roku 2050 eliminovať TBC ako zdravotnícky problém (teda redukovať výskyt TBC na 1 prípad na 1 milión obyvateľov)

Podľa WHO sa za účinnú liečbu dnes považuje taká kombinácia liekov, pri použití ktorých dokážeme bakteriologickú a rontgenologickú negativizáciu u 95% liečených osôb. Aby liečba bola efektívna je potrebné, aby bola kombinovaná, kontrolovaná, dlhodobá a dôsledná.

Z 28 miliónov chorých na tuberkulózu len 5 miliónov dostáva nejakú liečbu a z nich len 0,5 milióna adekvátnu liečbu v kontrolovaných programoch podľa požiadaviek WHO /1,2/.

Epidemiologická situácia na Slovensku

Od roku 1960, kedy bolo hlásených 7 817 prípadov tbc podľa údajov z Národného registra tuberkulózy vo Vyšných Hágoch dochádza pozvoľna do roku 1970 k poklesu absolútneho počtu hlásených ochorení. Výraznejší pokles sledujeme v druhej polovici 80. rokov. Mierny nárast po roku 1990 však nebol zaznamenaný v prípadoch bakteriologicky overenej tuberkulózy a od roku 1994 zaznamenávame pokles chorobnosti v Slovenskej republike, v roku 2002 to bolo 1 055 prípadov novozistenej tuberkulózy a v roku 2003 po prvý krát sme nedosiahli ani 1000 novozistených prípadov, bolo to 977 prípadov, čo je 18,2 na 100 tisíc obyvateľov. V roku 2005 sme zaznamenali v Národnom registri TBC 743 ochorení, čo je 13,8 na 100 tisíc obyvateľov, tým sme ostali zaradený podľa Svetovej zdravotníckej organizácie medzi krajiny s nízkym výskytom tbc spolu s Českou republikou a Slovinskom, a naša situácia v boji s týmto závažným ochorením je dávaná za príklad aj iným krajinám Európy. (graf č. 1).

V roku 2005 bolo hlásených 387 bakteriologicky overených prípadov, z toho mikroskopicky pozitívnych bolo 185 prípadov. Tieto prípady sú tie najzávažnejšie, nakoľko ide o tzv. otvorené formy tuberkulózy, kedy pacient navonok vylučuje tuberkulózne mykobaktérie a tým ohrozuje svoje okolie. Ak jeden takýto pacient nie je adekvátne liečený a izolovaný, nakazí do roka 10 ďalších. Pri mimoplúcnej tuberkulóze sa hodnoty v posledných piatich rokoch výraznejšie nemenia – od 132 prípadov v roku 2001, v roku 2003 to bolo 205 prípadov, v roku 2004 – 139 prípadov a v roku 2005 to bolo 148 prípadov.

Pri porovnaní vekových skupín, v ktorých sa najčastejšie vyskytuje toto závažné infekčné ochorenie, máme možnosť pozorovať na Slovensku rozdiely medzi výskytom tbc u mužov 457 prípadov tbc a 286 prípadov u žien, u žien je výskyt najmä vo vyšších vekových skupinách, u mužov sú prítomné dva vrcholy, jeden vo vekovej kategórii 41-50 ročných a druhý vo vyšších vekových skupinách (graf č.2). V detskej populácii (0-14 roční) sa tuberkulóza vyskytla v 21 prípadoch, z toho 19 prípadov bolo vo východoslovenskom regióne (v Prešovskom kraji 6 prípadov, a v Košickom kraji 13 prípadov).

V roku 2005 zomrelo 7 pacientov na tuberkulózu.

Zo 743 prípadov bolo 593 zistených pre ťažkosti, pri preventívnych prehliadkach bol zistený nález v 43 prípadoch, vyšetrením rizikových skupín obyvateľstva nález zistený v 69 prípadoch, pri pitve v 4 prípadoch. V roku 2004 sme nemali ani jeden prípad koinfekcie HIV/TBC infekcie a v roku 2005 to bol jeden prípad, ide o bieloruského utečenca.

Podľa geografického rozloženia v Slovenskej republike najhoršími oblasťami s najvyšším výskytom tohto ochorenia je oblasť východného Slovenska (Košický a Prešovský kraj). V týchto oblastiach je to dávané do súvislosti aj s vysokou mierou nezamestnanosti a tuberkulóza je tu stále závažným sociálnym problémom. Najnižšiu incidenciu zaznamenávame v Trnavskom, Trenčianskom a Bratislavskom kraji. Keď sa pozrieme na mapu Slovenskej republiky máme možnosť pozorovať aj ďalší fakt a to, že tuberkulóza nepozná hraníc (Česká republika a Rakúsko nízka incidencia, Poľsko, Maďarsko a Ukrajina 2-4 násobne vyššia incidencia) (graf č. 3).

Z hlásených prípadov tbc v roku 2005 išlo o 631 novozistených nálezov, 112 recidív nálezov, 148 mimoplúcnych nálezov, z toho v 7 prípadoch išlo o recidívy mimoplúcnych nálezov. 387 prípadov bolo bakteriologicky overených, v 1 prípade išlo o tuberkulózu nervovej sústavy, v 80 prípadoch tuberkulóza iných orgánov, 7 x miliárna tuberkulóza.

V roku 2004 sme mali na Slovensku celkovo 10 pacientov infikovaných multirezistentnými kmeňmi tuberkulózných mykobaktérií, z toho sa toto ochorenie novodiagnostikovalo u 4 pacientov. Analýza výsledkov liečby za rok 2004 nám dokumentuje, že liečba, ktorú dostávajú naši pacienti je plne indikovaná a správna, nakoľko máme až 88,65% úspešnosť liečby. Analýza výsledkov liečby bola vykonaná kohortnou analýzou povinných hlásení o liečbe tuberkulózy, ktoré sa zasielajú do Národného registra tuberkulózy Vyšné Hágy po ukončení liečby, najneskôr do 12 mesiacov po hlásení ochorenia, podľa odporúčaní SZO.

V posledných rokoch zaznamenávame nárast výskytu tbc u novej rizikovej skupiny migrantov (legálnych aj ilegálnych). V roku 2004 bola hlásená tbc u 19 cudzincov, z toho v 16 prípadoch išlo o utečencov (7x Čečensko, 3x India, 3x Pakistan, 1x Bangladež, 1x Gruzínsko, 1x Čína). V roku 2005 bola hlásená tbc takisto u 19 cudzincov, z toho v 9 prípadoch išlo o utečencov (1x Čečensko, 2x Pakistan, 1x Bangladež, 2x Gruzínsko, 1x Bielorusko, 1x Angola, 1x Afganistan). V prípade bakteriologicky overených prípadov sa u 10 pacientov vyskytla infekcia multirezistentnými kmeňmi, z toho práve u 6 prípadov išlo o utečencov, preto je nevyhnutné venovať tejto rizikovej skupine zvýšenú pozornosť.

Záver

Tuberkulóza zostala reálnou hrozbou aj v súčasnosti a aj naďalej ostáva závažným medicínskym problémom. Je to problém, ktorý je potrebné riešiť globálne.

Stále viac ľudí zomiera na tuberkulózu ako na ktorékoľvek iné infekčné ochorenie(1,2).

Vývoj epidemiologickej situácie v Slovenskej republike potvrdzuje, že zatiaľ máme tuberkulózu ako najzávažnejšie infekčné ochorenie po kontrolou. Stále takmer tisíc nových prípadov a najmä novo vzniknuté rizikové skupiny migrantov a pacientov infikovaných multirezistentnými kmeňmi tuberkulózných mykobaktérii – tak ako poukazuje analýza výskytu tuberkulózy u týchto nových rizikových skupín nás nútia byť ostražitými. Je potrebné venovať zvýšenú pozornosť aj klasickým rizikovým skupinám obyvateľstva – asociáli, alkoholici, bezdomovci, staršie vekové skupiny, pretože tuberkulóza je najzávažnejšou sociálnou chorobou.

Splnenie smelých cieľov WHO v boji s týmto závažným ochorením však bude vyžadovať nevyhnutnú účasť vlád na kontrole tuberkulózy, sprístupniť mikroskopickú diagnostiku, zabezpečiť účinné programy kontroly tuberkulózy, finančné zdroje potrebné pre efektívnu kontrolovanú krátkodobú liečbu všetkých foriem aktívnej tuberkulózy (DOTS), zlepšenie sociálno-ekonomických podmienok, zvládnutie hladu a nedostatočnej zdravotnej starostlivosti, vývoj nových potentných a ľahko užívatel'ných liekov a vývoj účinnejšieho očkovania (1,2).

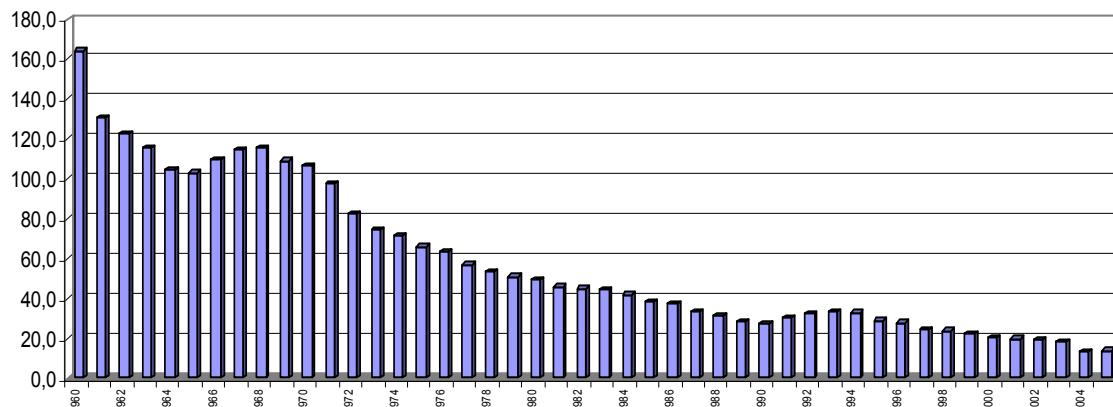
Inak eradikácia tuberkulózy zostane aj napriek dosiahnutým výsledkom naďalej iba snom.

Je nevyhnutné sprístupniť informácie o tuberkulóze najširším vrstvám spoločnosti a tým zvýšiť uvedomelosť nielen aktuálnych, ale aj potenciálnych pacientov.

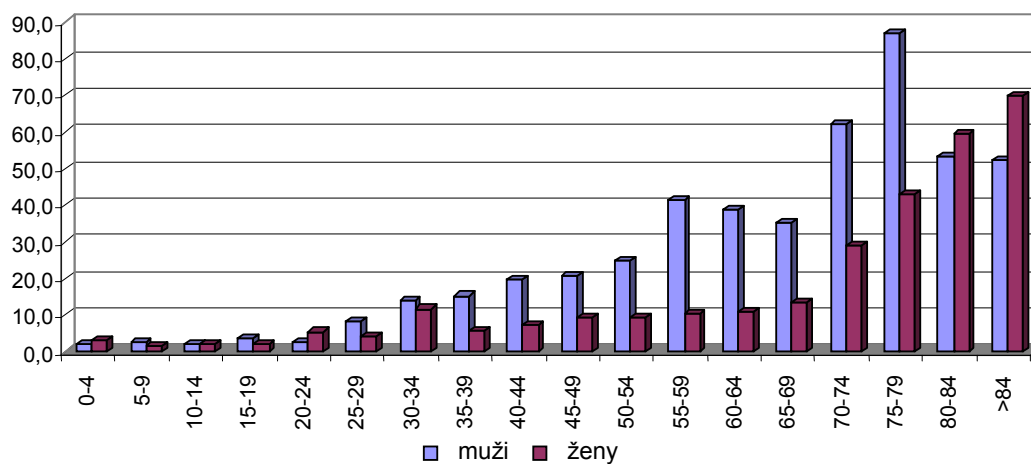
Zoznam bibliografických odkazov

1. Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2006. Geneva:WHO,2006 , 242 s.
2. Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2005. Geneva:WHO,2005 , 248 s.

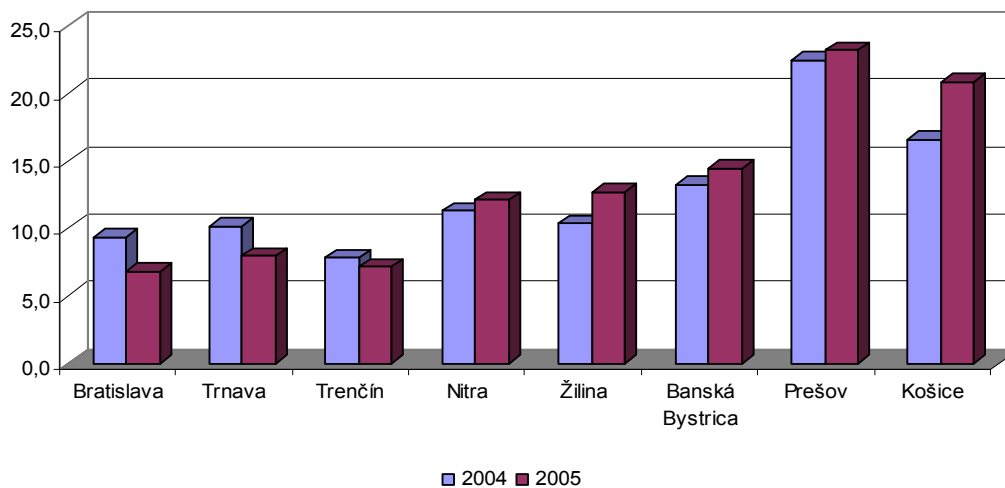
Graf 1 Výskyt TBC v Slovenskej republike 1960-2005



Graf 2 Výskyt TBC v SR podľa pohlavia a veku



Graf 3 Výskyt TBC v SR podľa regionálneho rozloženia



MEDICÍNA V PODMIENKACH TRETIEHO SVETA

Lesňáková A.¹, Holečková K.²

¹Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

²Klinika infektológie a geografickej medicíny SZU, Bratislava

Afrike zomierajú ľudia na ulici. Nie všetkým sú našťastie ich osudy ľahostajné. Slovenskí lekári sa už niekoľko rokov starajú o zdravie najchudobnejších ľudí v niekoľkých krajinách Afriky a Ázie. Projekty vznikali postupne vďaka Trnavskej univerzite. Prvý, ktorý vznikol v Keni ešte v roku 1998, dnes zahŕňa komplex piatich budov. Okrem zubnej ambulancie v slame Lunga Lunga, ktorá všetko začala, bola k projektu pripojená všeobecná klinika v Mukuru. Ďalšiu časť predstavovalo centrum proti AIDS, dlho na seba nenechal čakať ani sirotinec a dobre funguje aj škola.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce svätej Alžbety existuje sotva tri roky, ale dnes už je dokonale fungujúcou univerzitou. Toto súkromné pedagogické zariadenie je neziskovou organizáciou a funguje na základe štatútu, že ak nejaký zisk vyprodukuje, prostriedky sa ihneď použijú na pomoc pre krajiny tretieho sveta. Má päť dobre rozbehnutých zahraničných projektov a nové na seba nikdy nedajú dlho čakať. Slovensko by však mohlo mať nie päť, ale možno desaťnásobok takýchto projektov. Platí tu pravidlo, že čím viac projektov funguje, tým viac peňazí je na nové aktivity! Výzva profesora Vladimíra Krčméryho „apelujem na všetky vysokoškolské fakulty na celom Slovensku, ktorých je u nás až 82! Zdarma ponúkame know-how a komplexné poradenstvo, aby mohli v krajinách tretieho sveta rozbehnúť svoje projekty. My im garantujeme, že nebudú stratoví. Naša skúsenosť dokazuje, že čím viac projektov rozbehnú, tým lepšie bude finančne zabezpečená aj samotná fakulta. Nechcem, aby takéto aktivity vznikali iba pre dobrý pocit a svedomie. Nemenej dôležité je aj to, že sa ich pracovné obzory rozšíria a svoje dnešné problémy budú vidieť z nadhľadu. www.truni.sk

Autorka mala možnosť zúčastniť sa a pracovať na mnohých z týchto projektov. Lekár, pracujúci v týchto podmienkach stráca svoju úzku špecializáciu a stáva sa lekárom s oveľa širším pôsobením. Musí sa naučiť rýchlo zorientovať sa a zaujať stanovisko. Pacientov je denne niekoľko desiatok (od 40-100 pacientov) všetkých vekových skupín s akútnymi, ale často aj s niekoľko rokov trvajúcimi problémami. A nie sú to len tropické ochorenia, ale aj ochorenia „civilizačné“, gynekologické, chirurgické, nádorové...

A lekár sa stáva nielen liečiteľom, ale aj sociálnym pracovníkom, či učiteľom. Zaujímavý je projekt v hlavnom meste Kambodže, kde vznikol detský domov rodinného typu

pre HIV pozitívne a AIDS choré siroty alebo polosirotu, ktoré dostávajú nielen kompletnú zdravotnícku starostlivosť v rámci antiretrovírusovej liečby, ale aj rodinné zázemie a vzdelanie.

V januári 2006 vznikol nový projekt v Etiópii v spolupráci s misionárkami sestier matky Terezy, ktorým pomáhajú naši lekári zabezpečovať zdravotnú starostlivosť pre útulok a nemocnicu pre 600-700 pacientov .

Hlavný zmysel tejto činnosti spočíva v poskytovaní základných, väčšinou pomerne simplexných a život zachraňujúcich terapeutických postupov, bez ktorých by títo pacienti, a to sú najmä deti, zomierali na ľahko liečiteľné ochorenia.

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 1996) sa na 70 % úmrtí z celkového počtu, približne 12 miliónov detí do 5 rokov, umierajúcich ročne v rozvojových krajinách podieľa niektoré z týchto piatich ochorení: podvýživa (54,0 %), akútne respiračné infekcie (33,7 %), hnačkovité ochorenia (24,7 %), malária (7,7 %), osýpky (9,5 %) alebo kombinácia niektorých z nich (1).

Podľa niektorých výskumov WHO (1999) sa infekčné choroby ako primárna príčina smrti podieľajú na viac ako polovici všetkých úmrtí v rozvojových krajinách, na rozdiel od menej ako 10 % vo vyspelom svete.

Najviac úmrtí spôsobilo v roku 1997 v rozvojových krajinách týchto 10 závažných infekcií: pneumónia a ostatné akútne respiračné infekcie (3,7 mil. úmrtí), tuberkulóza (2,9 mil.), hnačkové ochorenia, vrátane cholery (2,5 mil.), AIDS (2,3 mil.), malária (1,5 – 2,7 mil.), osýpky (960 tis.), hepatitída B (605 tis.), pertussis (410 tis.), tetanus (275 tis.) a dengue horúčka (140 tis. úmrtí). Jedným z najdôležitejších faktorov, ktorý prispieva k letalite na tieto infekcie je súčasný výskyt malnutrície.

Hrozbou sa nestávajú len nové patogénny a infekčné choroby, ktorých bolo v posledných 20 rokov objavených asi 30 (HIV/AIDS, hepatitída C, *Vibrio cholerae* 0139, Hantavirus a i.), ale i dobre známe ochorenia, ktoré sa zdali byť pod kontrolou (dengue, cholera, žltá zimnica, mor, ebola, ale i tuberkulóza, malária, salmonelové, stafylokokové, enterokokové a iné infekcie, ktoré sú vyvolané patogénmi rezistentnými na podávanú antimikrobiálnu liečbu (4).

Kľúčovým determinantom detskej mortality je malnutrícia predovšetkým preto, že vedie k ťažšiemu priebehu pridružených infekcií vznikajúcich hlavne vplyvom nepriaznivých podmienok vonkajšieho prostredia. Medzi jej hlavné príčiny patrí chudoba, nevzdelanosť, časté infekcie, kultúrne zvyky, cyklické klimatické zmeny a prírodné a človekom spôsobené katastrofy. Na druhej strane je všeobecne známe, že aj infekcia je dôležitý faktor rozvoja malnutrície.

V prípade mnohých infekcií imunitná odpoveď závisí na nutričnom stave pacienta, infekčnej dávke invadujúcich mikroorganizmov a ich virulencii.

Vplyvom podvýživy vznikajú makro i mikroskopické zmeny v centrálnych i periférnych lymfatických orgánoch. V týmuse ubúdajú lymfocyty, nastáva progresívna strata kortikomedulárnej diferenciácie, intersticiálna fibróza a degeneratívne zmeny. Slezina je malá a má menej a menšie germinálne centrá. Zvyšuje sa náchylnosť na gram-negatívnu septikémiu, diseminovanú infekciu vírusom Herpes simplex, afebrilnú reakciu na infekciu a vznik gangrény namiesto hnisaní. Je dobre známy ťažký priebeh osýpok a čierneho kašľa v podvýživených komunitách a vzniká v dôsledku neschopnosti jedinca vytvoriť adekvátnu imunitnú odpoveď.

Pokiaľ je prítomná suspektná infekcia, okamžite musí byť zahájená náležitá antibiotická (ATB) liečba, a to aj pred získaním mikrobiologických kultivácií. Výber lieku závisí od predpokladaného etiologického agens, závažnosti ochorenia a prehľadu antibiotickej rezistencie v danej oblasti. Hoci antibiotiká by nemali byť používané profylakticky, pokiaľ pacienti nemôžu byť sledovaní skúsenými zdravotníkmi, ako je tomu často vo vidieckych a chudobných mestských častiach v rozvojových krajinách, je bezpečnejšie uvažovať, že všetci chorí a ťažko podvýživení pacienti majú bakteriálnu infekciu a liečiť ich širokospektrálnymi antibiotikami, ktoré pokryjú gram-pozitívne i gram-negatívne mikroorganizmy.

Okrem vhodnej ATB terapie WHO stanovila niekoľko ďalších hlavných preventívnych a liečebných, cenovo efektívnych opatrení:

- DOTS (Directly-Observed treatment, Short Course) na zastavenie šírenia tuberkulózy a prevenciu až 60 % úmrtí na toto ochorenie
- používanie insekticídami napustených moskytiér na prevenciu malárie – zabráni sa až 50 % úmrtí
- komplexná vakcinácia môže zabrániť vzniku mnohých závažných ochorení (diftéria, osýpky, čierny kašeľ, poliomyelitída, tetanus, tuberkulóza a i.)
- IMCI (Integrated Management of Childhood Illnesses) – adekvátna a rýchla diagnostika a liečba môže zachrániť dieťa pred smrťou na zápal pľúc, hnačku, maláriu alebo osýpky
- ORT (Oral Rehydration Therapy) – včasná perorálna rehydratácia môže zabrániť až 90 % úmrtí na hnačky a dehydratáciu, je súčasťou IMCI
- HIV prevencia – sexuálna edukácia (používanie kondomov, stály partner)

Záver

Redukcia počtu infekčných ochorení je reálny a dosiahnuteľný cieľ. Treba zabezpečiť multisektoriálny prístup a politickú podporu efektívnych stratégií na kontrolu infekcií a umožniť človeku prístup k jeho základným potrebám.

V súčasnosti je imunitný systém približne 40 miliónov ľudí vo svete narušený vírusom HIV. Veľmi dôležité je zdôrazniť, že malnutícia zhoršuje stav imunitného systému prinajmenšom 100 miliónov malých detí a niekoľkým miliónom tehotných žien, ktoré nie sú infikované HIV. Avšak na rozdiel od AIDS, liečbu deficiencie imunitného systému spôsobenej malnutíciou poznáme už storočia. Je ňou vyvážený príjem potravy obsahujúcej všetky potrebné výživné a energetické zložky (5).

Zoznam bibliografických odkazov

1. De ONÍS, M., MONTEIRO, C., AKRÉ, J., CHUGSTON, G.: The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: An overview from the WHO Global Database on Child Growth, Bulletin of the World Health Organization, 71, WHO, 1993, p. 703-712.
2. ŠERÝ, V., BÁLINT, O.: Tropická a cestvní medicína, Medon, Praha, 1999, 355 s.
3. MITTERPACHOVÁ, E.: Malnutrícia a infekčné choroby v krajinách tretieho sveta, Acta chemotherapeutica, 4/2004
4. The WHO Report on Infectious Diseases, 1999, www.who.org.
5. KYASOVA, M.: Centr. Eur. J. Publ. Health 2003, 11:132.

LIPTOVSKÁ KOTLINA AKO PRÍRODNÉ OHNISKO LYMSKEJ BORELIÓZY

Hrkľová G.¹, Majláthová V.², Derdáková M.², Nováková M.¹, Peťko B.²

¹Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku

²Parazitologický ústav SAV, Košice

Úvod

Lymská borelióza je multisystémová infekčná choroba ľudí a zvierat. Pôvodcom je spirochéta z komplexu *Borrelia burgdorferi* sensu lato. Tohto komplexu v súčasnosti patrí 12 genospecies, z ktorých 5 (*Borrelia garinii*, *Borrelia afzelii*, *B. valaisiana*, *Borrelia burgdorferi* s.s., *Borrelia lusitaniae*) cirkuluje v prírodných ohniskách Slovenska (Derdáková a kol., 2003, Hanincová a kol., 2003, Lenčáková a kol., 2006, Majláthová a kol., 2006). V prírodných ohniskách je *B. burgdorferi* s.l. udržiavaná cirkuláciou medzi vektormi - kliešťami rodu *Ixodes* a rezervoárovými hostiteľmi, ku ktorým patria rôzne druhy vtákov, cicavcov a plazov (Gern a kol., 1998). Jednotlivé genospecies sú špecificky asociované z rôznymi rezervoárovými hostiteľmi. Pestrosť klinických príznakov, patogenéza choroby, ekológia a epidemiológia súvisia s genetickou a antigénnou variabilitou epidemiologicky i klinicky najvýznamnejších pôvodcov. *B. garinii* je pôvodcom neuroboreliózy a rezervoárovým hostiteľom sú vtáky (Humair a kol., 1998, Hanincová a kol., 2003b), výnimkou je *B. garinii* OspA typ 4, pre ktorý sú rezervoárom hlodavce (Postic a kol., 1997). *Borrelia afzelii* spôsobuje chronickú kožnú forma boreliózy (van Dam a kol., 1993) a rezervoárom sú drobné hlodavce (Humair a kol., 1999, Hanincová a kol., 2003a). *Borrelia burgdorferi* s.s. postihuje pohybový aparát a nevykazuje jednoznačnú afinitu k určitému druhu hostiteľov (Humair a Gern, 1998). Patogenéza nie je celkom objasnená u druhov *B. valaisiana* (Rijpkema a kol., 1997), ktorá má podobný okruh rezervoárov ako *B. garinii* a *B. lusitaniae*, ktorú v prírodných ohniskách udržujú jašterice (Majláthová a kol., 2006).

Cieľom práce bol zistenie výskytu kliešťov a ich infikovanosť pôvodcom lymskej boreliózy v Liptovskej kotline. Dôvodom k tejto štúdii je narastajúci výskyt lymskej boreliózy v podtatranskej oblasti Slovenska (obr.1).

Materiál a metodika

Modelové územie predstavuje Liptovská kotlina v okolí Ružomberku. Klimaticky spadá do mierne teplého a vlhkého okrsku s chladnou zimou. Priemerná ročná teplota je 6°C (v januári -5 až -9°C, v júli 10 až 16°C). Ročný úhrn zrážok je 700-800 mm. Modelovými lokalitami boli:

1. **Mních:** Pasienky oviec severne od Ružomberka (695-700 m n.m.), v bezprostrednej blízkosti sa nachádza salaš s letným chovom oviec. Vegetáciu tvoria lúky a kriačiny zmiešaného lesa (smrekovec opadavý, borovica čierna, breza, jarabina vtáčia).
2. **Ivachnovský luh:** Prírodná rezervácia 6 km východne od Ružomberka (495 – 500 m n. m.) Je to enkláva pôvodných vrbovo-topoľových lesných porastov, obklopená agrocenózami. Ivachnovský luh je najvyššie položený lužný les na Slovensku s rozlohou 10 ha.
3. **Čutková dolina:** Dolná časť doliny v 550 m n. m. v pobrežných krovinatých biotopoch. Patrí do národného parku Veľká Fatra. Centrom je Čutkovský potok, ktorý je ľavostranným prítokom Váhu.
4. **Trlenská dolina:** Kriačiny s prevahou trnky, ruže šípovej, hlohu, liesky, lúk a pasienkov. Je súčasťou národného parku Veľká Fatra, 640 m n. m.
5. **Kľačno:** Synantropný biotop, cca 200 m je vzdialené veľké ružomerské sídlisko Kľačno – 460 m n. m. Je tvorený pásom smrekového lesa, kriačinami a trávnatými lúkami.

Zber kliešťov bol robený na prízemnej vegetácii smýkaním pomocou bielej flanelovej látky 100x70 cm upevnenej na palici na spôsob vlajky. Relatívna denzita (RD) *Ixodes ricinus* na vegetácii bola vyjadrená počtom nazbieraných kliešťov na 1 vlajku za hodinu, čo predstavuje plochu cca 600-800m² (Peťko a kol., 1996).

Detekcia borélií komplexu *B. burgdorferi* sensu lato bola vykonaná polymerázovou reťazovou reakciou (PCR), amplifikáciou 5S-23S (*rrfA-rrlB*) rDNA intergénového medzerníka. Genotypizáciu jednotlivých druhov borélií z komplexu *B. burgdorferi* s.l. sme vykonali metódou PCR-RFLP (polymorfizmus dĺžky reštrikčných fragmentov amplifikovaných PCR metódou) podľa Derdákovej a kol. (2003).

Výsledky

V roku 2004 bol zisťovaný výskyt kliešťov na piatich lokalitách (cca 500 až 700 m n.m.). Počas 46 hodín bolo na vegetácii navlajkovaných 540 kliešťov *Ixodes ricinus* (152 nýmfa a 388 imág). Priemerná RD bola 11,7 kliešťov za hodinu zberu. RD na lokalitách sa pohybovala od 1,9 do 27,3 kliešťov za hodinu (Graf 1).

Kliešte sa na vegetácii nachádzali od apríla do novembra s vrcholmi v júli (33 kliešťov/hodinu zberu) a v septembri (27,7 kliešťov/hodinu) (Graf 2). V jarňých mesiacoch v zberoch výrazne prevládali dospelé kliešte, v lete a jeseni v zberoch prevládali nymfy.

Priemerná prevalencia kliešťov infikovaných *B. burgdorferi* s. l. bola 15,3 %, z toho 20,5 % u nýmfm, 17 % u samičiek a 10 % u samčekov.

Z 26 pozitívnych kliešťov boli detekované borélie 4 druhov (genospecies) z komplexu *B. burgdorferi* s.l. Dominovala *B. garinii* (50 %) a *B. valaisiana* (36,6 %), doplnkovými druhmi boli *B. afzelii* a *B. burgdorferi* s. s. (po 6,7 %). 22 kliešťov bolo infikovaných len jedným druhom borélie (84,6 %), 4 kliešte (15,4 %) boli so zmiešanou infekciou s dvomi druhmi : 2x *B. valaisiana* + *B. garinii* (lokalita Mních) a 2x *B. valaisiana* + *B. burgdorferi* (lokalita Kľačno) (Tabuľka 1).

Diskusia

Posledné dekády sú poznamenané výraznými spoločenskými, ale aj klimatickými zmenami. Globálna priemerná teplota vzrástla za posledných sto rokov o 0,5° C. Desať najteplejších rokov v histórii sa vyskytlo počas posledných 15-tich rokov (1985-1999). Podľa analýz meteorológov, južné nížinné oblasti Slovenska sú stále viac ohrozované suchom, severné horské oblasti zvyšovaním ročného úhrnu zrážok. V správe medzivládnej komisie OSN o klimatických zmenách (IPCC) z roku 1995 sa okrem iného predpokladá, že infekčné choroby ako sú malária, žltá zimnica, encefalitída, ktoré sú prenášané komármi alebo kliešťami sa v dôsledku teplejšej klímy budú presúvať do nových oblastí. Vzhľadom na viditeľné zmeny v klíme aj v horských a podhorských oblastiach je predpoklad, že aj v týchto regiónoch sa postupne budú objavovať nové, alebo bude narastať incidencia existujúcich infekčných ochorení. Do úvahy prichádzajú aj parazitárne choroby, najmä tie, ktoré vyžadujú vyššie teplotné a vlhkostné podmienky pre prežitie vo vonkajšom prostredí. Jedným z najvýznamnejších parazitov a zároveň prenášačom nebezpečných vírusových, bakteriálnych, protozoárnych i helmintových nákaz sú kliešte.

V roku 2004 bol zistený relatívne početný výskyt kliešťov *I. ricinus* v podhorskej oblasti Liptovskej kotliny, porovnateľný z niektorými biotopmi v nižších nadmorských výškach Západných Karpát (Petko a kol., 1996). Bol zaznamenaný posun maxima aktivity kliešťov do letných mesiacov. Bol potvrdený výskyt aktívnych ohnisk lyskej boreliózy v tejto podhorskej oblasti Slovenska s relatívne širokým spektrom borélií z komplexu lyskej boreliózy. Dominancia *B. garinii* a *B. valaisiana* signalizuje prevládajúci vtáči cyklus kolobehu borélií v ohniskách. Sporadicky sa vyskytla *B. afzelii*, cirkulujúca v ohnisku medzi drobnými cicavcami a *B. burgdorferi* s.s., ktorá sa vyskytla iba v zmiešanej infekcii s *B. valaisiana*. *B.*

garinii je spolu s *B. afzelii* dominantnými druhmi Európy (Hubálek a Halouzka, 1998, Štěpánová-Tresová et al., 2000). *B. valaisiana* sa radí na tretie miesto v rebríčku prevalencie jednotlivých genospecies v kliešťoch *I. ricinus* (Kampen a kol., 2004).

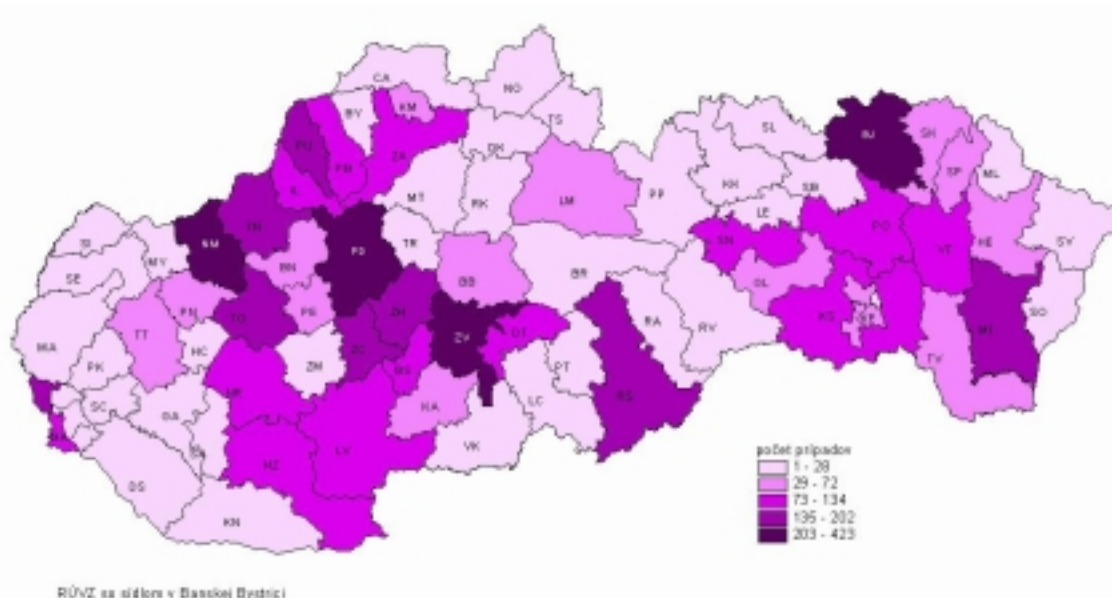
Zoznam bibliografických odkazov

1. HUBÁLEK, Z., HALOUZKA, J.: Prevalence rates of *Borrelia burgdorferi* sensu lato in host-seeking *Ixodes ricinus* ticks in Europe. *Parasitol Res* 1998; 84(3):167-172.
2. DERDÁKOVÁ, M., BEATI, L., PET'KO, B., STANKO, M., FISH, D.: Genetic variability within *Borrelia burgdorferi* sensu lato genospecies established by PCR-single-strand conformation polymorphism analysis of the *rrfA-rrlB* intergenic spacer in *ixodes ricinus* ticks from the Czech Republic. *Appl Environ Microbiol* 2003; 69(1):509-516.
3. GERN, L., ESTRADA-PENA, A., FRANDSEN, F., GRAY, JS., JAENSON, TG., JONGEJAN, F., KAHL, O., KORENBERG, E., MEHL, R., NUTTALL, PA.: European reservoir hosts of *Borrelia burgdorferi* sensu lato. *Zentralbl Bakteri* 1998, 287(3):196-204
4. HANINCOVÁ, K., SCHAEFER, SM., ETTI, S., SEWELL, HS., TARGELOVÁ, V., ŽIAK, D., LABUDA, M., KURTENBACH, K.: Association of *Borrelia afzelii* with rodents in Europe. *Parasitology* 2003a; 126:11-20.
5. HANINCOVÁ, K., TARGELOVÁ, V., KOČI, J., SCHAFER, SM., HAILS, R., ULLMANN, AJ., PIESMAN, J., LABUDA, M., KURTENBACH, K.: Association of *Borrelia garinii* and *B. valaisiana* with songbirds in Slovakia. *Applied and environmental microbiology*. 2003b; 69: 2825-2830.
6. HUMAIR, PF., GERN, L. Relationship between *Borrelia burgdorferi* sensu lato species, red squirrels (*Sciurus vulgaris*) and *Ixodes ricinus* in enzootic areas in Switzerland. *Acta Trop* 1998; 69(3):213-227.
7. HUMAIR, PF., GERN, L.: Relationship between *Borrelia burgdorferi* sensu lato species, red squirrels (*Sciurus vulgaris*) and *Ixodes ricinus* in enzootic areas in Switzerland. *Acta Trop* 1998; 69(3):213-227.
8. HUMAIR, PF., RAIS, O., GERN, L.: Transmission of *Borrelia afzelii* from *Apodemus* mice and *Clethrionomys* voles to *Ixodes ricinus* ticks: differential transmission pattern and overwintering maintenance. *Parasitology* 1999; 118 (Pt 1):33-42.
9. KAMPEN, H., ROTZEL, DC., KURTENBACH, K., MAIER, WA., SEITZ, HM.: Substantial rise in the prevalence of Lyme borreliosis spirochetes in a region of

western Germany over a 10-year period. Appl Environ Microbiol 2004; 70(3):1576-1582.

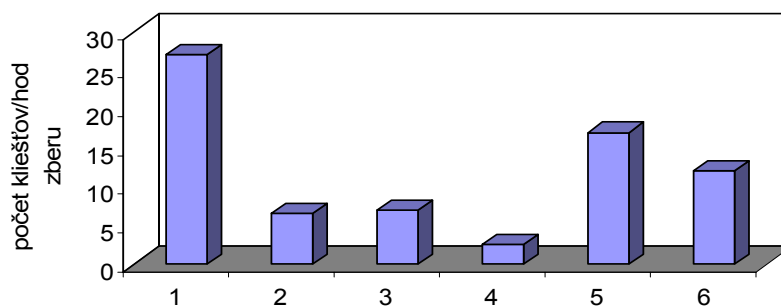
10. LENČÁKOVÁ, D., HIZO-TEUFEL, C., PEŤKO, B. et al. Prevalence of *Borrelia burgdorferi* s.l. OspA types in *Ixodes ricinus* ticks from selected localities in Slovakia and Poland. Int J Med Microbiol 2006; 296 Suppl 40:108-118.
11. MAJLÁTHOVÁ, V., MAJLÁTH, I., DERDÁKOVÁ, M., VÍCHOVÁ, B., PEŤKO: *Borrelia lusitaniae* and Green Lizards (*Lacerta viridis*), Karst Region, Slovakia. Emerging Infectious Diseases, 2006, 12 (12): 1895-1901
12. POSTIC, D., KORENBERG, E., GORELOVA, N. et al. *Borrelia burgdorferi* sensu lato in Russia and neighbouring countries: high incidence of mixed isolates. Res Microbiol 1997; 148(8):691-702.
13. ŠTEPÁNOVÁ-TRESOVÁ, G., PET'KO, B., ŠTEFANČÍKOVÁ, A., NADZAMOVÁ, D.: Occurrence of *Borrelia burgdorferi* sensu stricto, *Borrelia garinii* and *Borrelia afzelii* in the *Ixodes ricinus* ticks from Eastern Slovakia. Eur J Epidemiol 2000; 16(2):105-109.
14. van DAM, AP., KUIPER, H., VOS, K.: et al. Different genospecies of *Borrelia burgdorferi* are associated with distinct clinical manifestations of Lyme borreliosis. Clin Infect Dis 1993; 17(4):708-717.

Práca bola podporená grantom VEGA č. 2/6163/26 a APVV č. 51-00-9205.

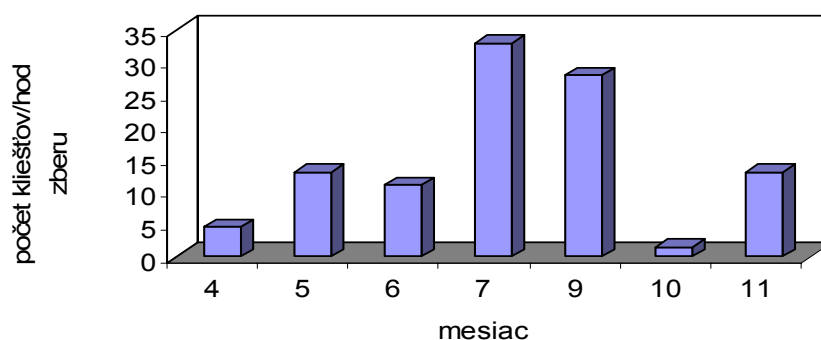


Obrázok 1 Výskyt lymskej boreliózy na Slovensku v rokoch 1997-2004

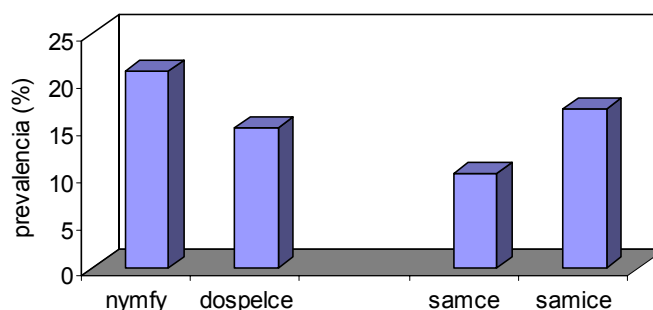
Graf 1 Relatívna hustota kliešťov *Ixodes ricinus* na vybraných lokalitách (1 Mních, 2 Ivachnovský luh, 3 Čutková dolina, 4 Trlenská dolina, 5 Kľačno, 6 Priemer 1-5)



Graf 2 Relatívna hustota kliešťov počas jednotlivých mesiacov roku



Graf 3 Prevalencia borélií vo vývinových štádiách kliešťa *I. ricinus*



Tabuľka 1 Variabilita komplexu *Borrelia burgdorferi* s.l. v kliešťoch *I. ricinus* na vybraných lokalitách, detekovaná PCR-RFLP.

Genospecies	Ivachnovský luh	Kľačno	Mních	Spolu (%)
<i>B. garinii</i>	5	5	5*	15 (50)
<i>B. valaisiana</i>	6	3*	2*	11 (36,6)
<i>B. afzelii</i>	0	0	2	2 (6,7)
<i>B. burgdorferi</i> s.s.	0	2*	0	2 (6,7)
Spolu	11	10	9	30

* zmiešané infekcie

KAROTICKÁ ENDARTERECTÓMIA V LIEČBE CEREBROVASKULÁRNEJ INSUFICIENCIE

Rusňák F., Beňo P., Bencúr O., Duffek M., Kubas W., Kubačka I.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Oddelenie cievnej chirurgie chirurgickej kliniky ÚVN Ružomberok

Súhrn

Cievne ochorenia mozgu sú najčastejší dôvod hospitalizácie. Úmrtnosť na LIM je 100-200 ľudí/100 tisíc obyvateľov. Cerebrovaskulárna insuficiencia je 3.najčastejšou príčinou smrti s incidenciou. 200-1600/100 tisíc obyvateľov. Incidencia CVI - 300-500 pac./100 tisíc obyvateľov za rok. CVI je po ICHS na 2. mieste v závažnosti KVO na svete s nárastom úmrtnosti 3 až 4 krát od 50. rokov dvadsiateho storočia. V USA sa robí asi 450 operácií - CEA pre CVI/100 000 obyvateľov. Je najčastejšou cievnu operáciou, predstavuje 40 % zo všetkých cievnych rekonštrukčných operácií, a je 3. najčastejšia operácia vôbec. Na Slovensku je asi 8500 LIM za rok.

Úvod

Pri tepnách zásobujúcich mozog sa okrem hemodynamického dôsledku prekážky v prietoku (uzáver, zúženie, zalamovanie) uplatňuje podstatne významnejšie ako v iných oblastiach i ďalší činiteľ. Jedná sa o drobné embolizácie nástenných trombov a sklerotických hmôt z exulcerovaných plátov, ktoré spôsobujú ischemické mozgové príhody.

Definícia cerebrovaskulárnej insuficiencie (CVI) Deny a Braun v r.1951 zaviedli pojem CVI označuje stav metabolického hladu mozgu t. j. kedy krvný prietok nestačí na udržanie nasycovania mozgového tkaniva kyslíkom a odplavovanie metabolitov. Je to stav pri ktorom sa redukuje mozgová cirkulácia bez prejavu neurologického deficitu, predstavuje 30- 50 % mozgovej cirkulácie u zdravého dospelého človeka. Neurologický deficit sa môže prejavíť intermitentne (reversibilné zmeny), alebo vývojom ischemickej lézie (ireverzibilné zmeny), až po zlyhaní kompenzačných mechanizmov. Cievna chirurgia tu má preto predovšetkým preventívne pole pôsobnosti, zatiaľ čo jej liečebný efekt je pri rozvinutej mozgovej príhode minimálny. Prvú úspešnú karotickú endarterektómiu u pacienta s TIA a stenózou ACI v bifurkácii urobili r. 1954 - Eascott, Pickering a Rob- v hypotermii 28 stupňov, v St . Mary ´ s Hospital v Londýne. R.1953 - De Bakey urobil endarterektómiu u pacienta s uzáverom ACI s čerstvou NCMP - neúspešne, nepublikoval túto operáciu. Zaviedol do praxe karotický shunt.

Klinická klasifikácia CVI

- I. štádium Asymptomatické štádium
- II.a štádium TIA, (transient ischemic attack)
- II. b štádium RIND (reversible ischemick neurological deficit) little stroke, globálna CVI
PRIND (prolonged reversible ischemic neurological deficit)
- III. štádium EV (Stroke in evolution) - akútna LIM
- IV. štádium CS (completed stroke) LIM- chronický stav s trvalým residuom

Morfologické delenie plátov podľa duplex USG, Echogenne nekomplikované (homogenné) - vysokoechogénne (lipidovo fibrózne) - hypoechogénne (mäkké chondroidné) Komplikované ulcerované pláty (heterogénno – hyperechogénne)

- Duplexná klasifikácia stenóz na základe korelácie s angiografickými nálezmi sa rozdeľuje do 6 stupňov (Brozman)

- I st. normálny nález
- II st. ľahká stenóza (1 – 29 %)
- III.st. Stredne ťažká stenóza (30 – 59 %)
- IV.st. Ťažká hemodynamická stenóza (60 – 79 %)
- V. st. Ťažká subtotálna stenóza (80- 99 %)
- VI. St. Oklúzia (100 %)

UZ morfológia arteriálnej stený

- I. Normálna stena- 3 vrstvy cievnej stený dobre separované-intíma, media, adventícia
- II. Intimálna dizrupcia-poškodenie intímy intraluminálne na povrchu menšom ako 0,5 cm
- III. Intima-mediálna granulácia. Echogenicita hlbkej normálne neechogénnej vrstvy
- IV. Zhrubnutie stený vo všetkých vrstvách so zvýšením denzity bez hemodynamického poškodenia
- V. Stenotický plát so stenotizáciou viac ako 50 %

Patofyziológia lokálnej ischemie mozgu (LIM): Embolizačná AS exulcerované pláty v karotickej bifurkácii 70 %

Trombembólia kardiálneho pôvodu - FA, myxom aneurizmy LK, MS, kardiomyopatia **30 %**

Hemodynamické zmeny cirkulácie pri stenotizujúcom procese v karotickej bifurkácii, intrakraniálne alebo pri steal syndróme

Indikácia k operácii

Nutné zvážiť mieru individuálneho operačného rizika a porovnať ju s primeraným rizikom medikamentózneho liečby a prirodzeným priebehom ochorenia. Neakceptuje sa vyššia operačná morbidita a mortalita v I. št. CVS 1 - 3 % v II. št. CVS 3 - 6 % v IV. št. CVS do 9 % V III. št. CVS mortalita až 42 % operácia sa v tomto štádiu kontraindikovala

Sundtova klasifikácia - Mayo Clinic Classification (1985) Rozdeľuje pacientov do 4. stupňov podľa : neurologického stavu ,angiografického vyšetrenia pridružených ochorení

- I. Stupeň - neurologicky stabilizovaný
- II. Stupeň - neurologicky stabilizovaný + AG rizikový
- III. Stupeň - neurologicky stabilizovaný + pridružené ochorenia
- IV. Stupeň - neurologicky instabilný + pridružené ochorenie v kombinácii alebo AG rizikový

Súčasná indikačná kritéria pre CEA vychádzajú podľa AHA z roku 1995 (Guidelines for carotid endarterectomy : A multidisciplinary consensus statement from the Ad Hoc Committee, American Heart Association - 1995) Zohľadňujúce operačné výsledky pracovísk a jednotlivých chirurgov zaoberajúcich sa CEA , definícia termínov v závislosti na pomere: úžitok / riziko , definícia rozsahu rizika: morbidita menej ako 3% mortalita menej ako 6%, kombinovaná mortalita a morbidita pod 5-10%.

Všeobecné zásady indikácie CEA z hľadiska časového (Thompson a Talkington)

1. Elektívne operácie

- TIA , asymptomatic eldest s hemodynamickou stenózou nad 70 %
- postapoplektické štádium po 4-6 týždňoch
- chronická ischemia mozgu

2. Urgentné operácie

- TIA - kritická stenóza,
- akútna pooperačná trombóza a carotis interna (do 2-4 h.)
- LIM po operácii do 6 hodín pri plnom neporušenom vedomí

3. Odložená - little (mild) stroke

Absolútne opodstatnené operácie

1. Exulcerovaný plát - symptomatický
 - asymptomatický - typ B,C
2. TIA (karotický typ) - 1 alebo viac TIA v priebehu 1/2 roka
 - crescendo TIA. stenóza viac ako 70%
 - ulcerovaný plat
3. Little, mild stroke alebo I moderate stroke s kompletnou úpravou neurologického deficitu
4. Rýchla progresia stenotizujúceho procesu pri UZ kontrolách
5. Potreba elektívnej, náročnej operácie - CABG, PVR
 - stenóza ACI viac ako 70 %
 - stenóza ACI v spojitosti s kinkingom
 - stenóza ACI od 50-99% s kontralaterálnou oklúziou alebo ťažkou stenózou

Diskutabilné alebo sporné, ale akceptovateľné indikácie

- Symptomatické exulcerované pláty typ A
- Ojedinelá TIA so stenózou do 60%
- Kinking ACI bez AS zmien a bez symptomatologie
- Hemodynamicky závažné stenózy ACI s kontralaterálnou oklúziou a ťažkou polymorbiditou
- Stroke in evolution, globálna ischemia mozgu pri obojstrannej stenóze ACI
 - Indikácie CEA pri oklúzii ACI
- Náhly uzáver kritickej stenózy
- Vývoj neurologickej symptomatologie:
 - akútna LIM do 4 hodín
 - crescendo TIA a meniaci sa neurologický nález
- trombotický uzáver po rutinnej CEA

- Akútny uzáver počas alebo bezprostredne po necievnej operácii alebo intervencii a po tupom úraze

Podmienka !!! - pacient musí byť pri vedomí

Indikácie angioplastiky záplatou

- Celkové neuspokojivé výsledky súboru –kombinovaná mortalita a morbidita pacientov po CEA
- Diameter menší ako 5 mm
- Extenzívnejšia CEA ako 3 cm na ACI s fixačnými stehmi
- Komplikovaný AS plát zasahujúci do adventície na veľkej ploche
- Nemožnosť dosiahnuť exaktnú sutúru arteriotómie
- Celkové faktory-ženské pohlavie, vek pod 60 r., HLP, fajčenie, DM, virulentná AS.

Typy operácií pre CVI

- | | |
|------------------------------|--|
| A. Centrálné odstupové lézie | 1. Transtorakálne bypassy alebo EA |
| | 2. Extratorakálne bypassy, reinzercie |
| B. Karotická bifurkácia | 3. CEA ACI a ACE, klasická, everzná |
| C. Artéria vertebralis | 4. Reinzercia AV do ACC, a.subclavia |
| | 5. Bypass na 3.segment AV v úrovni
bázy lebky |
| D. Obliteraácia ACI | 6. CEA ACE |
| | 7. Extra-intrakraniálny bypass |

Kontraindikácie CEA

- Primum non nocere
- Ťažký neurologický deficit s afáziou , status lacunaris cerebri , klinicky výrazný organický psychosyndrom
- Iné vážne ochorenia m kde sa nedá očakávať normálny životný štandard

Komplikácie CEA

- Lokálne krvácanie 0,7 %
- Lokálna infekcia 0,009 %
- Neurologické komplikácie mozgových a krčných nervov 16%

- Restenózy – 2- 6 % bezprostredné, včasné , neskoré , asymptomatické 45% , symptomatické do 4,5 %
- Aneurysmatická degenerácia 1 %
- Perioperačná LIM 2- 5 % peroperačná ischemia s následnou hyperperfúziou
- Intracerebrálne hemorhagia 1 %, 2. až 5. deň
- Akútna tromboza rekonštrukcie ACI, 2- 18 %
- Pooperačná cephelea, príčina hyperperfúzny syndrom

Perkutánná angioplastika a stent ACI 1984 - Kerber prvý realizoval PTA ACI

Indikácia

- Vysoké, dlhé, tiahle stenózy až pod kranium
- Anatómia krku-krátky, hrubý krk
- Restenóza po operácii

Kontraindikácie: PTA ACI

- Pláty zasahujúce ACC, ACI a ACE
- Ulcerované, echolucentné, mäkké, trombogénne pláty
- Závažnosť stenózy ? Peroperačná ochrana mozgu

Náš súbor pacientov s CEA

- 156 pacientov / 2004- 2006 / 78% mužov , 22 % žien
- 153 klasická CEA, 80 % žilná záplata
8 % primárna sutura
12 % dacronova záplata
- 3 everzná CEA
- 5 pacientov s TU karotického glomu
- 1 revízia zistený uzáver ACI
- 78 % symptomatické , 22 % asymptomatické stenózy

komplikácie :

- 1 x exitus 3. pooperačný deň intracerebrálna hemorhagia
- 6 x hematóm v rane
- 1 x PRIND (hemipareza, úprava po 3 t)
- 1x peroperačná NCMP monopareza HK

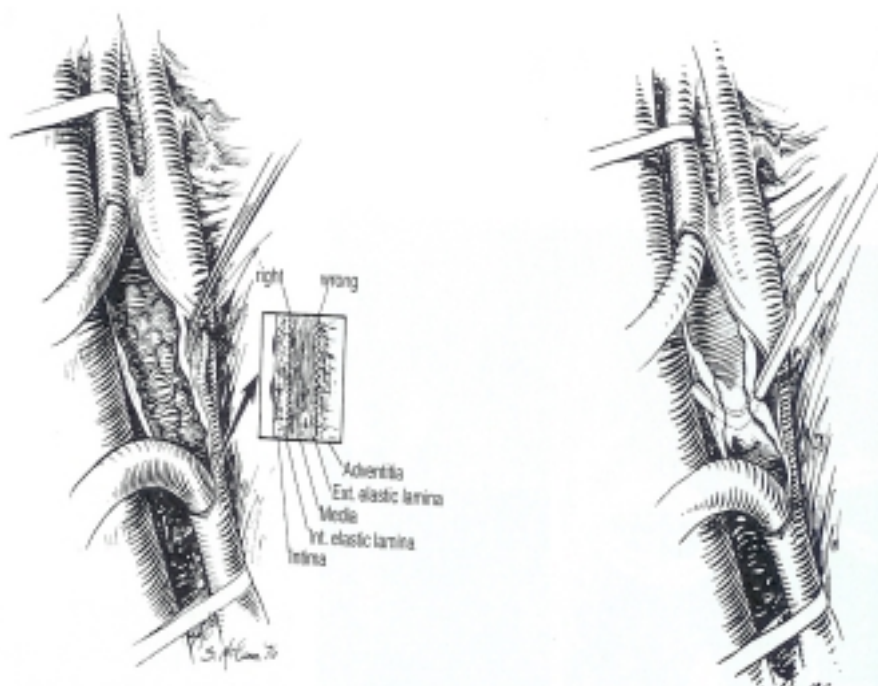
1 x pareza n recurens. n. vagi
 1 x laesia n. auricularis magnus
 1 x laesia ramus marginalis mandibulae n. facialis
 restenózy bezprostredné – O
 včasné restenózy v 15 % , - asymptomatické

Záver

Cieľom CEA Zníženie mortality a morbidity pacientov s CVI odstránenie AS plátu, redukcia možnosti trombembólie, zlepšenie hemodynamických pomerov **PREVENCIA LIM !** Karotická endarterektomia je plne indikovaná s nepopierateľným benefitom u pacientov s hemisferálnou alebo retinálnou TIA, ľahkou LIM s ipsilaterálnou vysoko stupňovou stenózou ACI.

Zoznam bibliografických odkazov

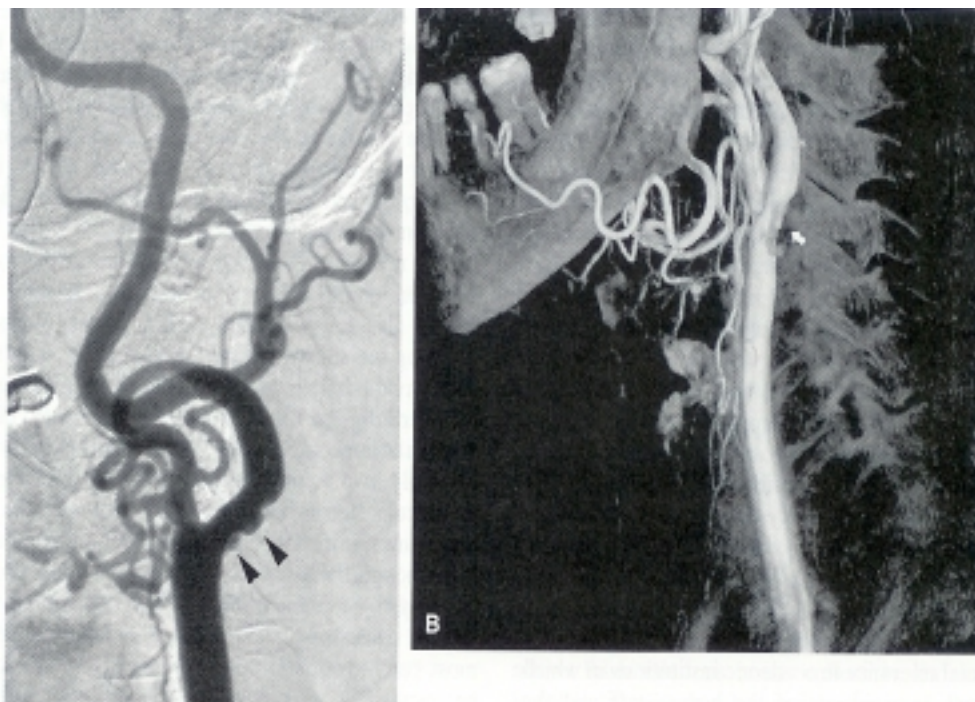
1. MOZES, G., SILLIVAN, TM. , TORRES – RUSSOTTO, DR., BOWER, TC. , HOSKINS, TL. , SAMPAIO, SM. et al. Carotid endarterectomy in SAPHIRE – eligible high – risk patients: implications for selecting patients for carotid angioplasty and stenting . J.Vasc.Surg 2004, 39:958- 966.
2. NAYLOR, A.R. , GOLLEDGE, J., High Risk Plaque, High Risk Patient or High Risk Procedure, Eur J.Vasc Endovasc Surg 32, 557- 560 /2006/
3. Executive Committee for Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis, JAMA 1995 ,273: 1421 – 1428.
4. COULL, A., LOVETT, JK., Rothwell PM on behalf of the Oxford Vascular Study. Early risk of stroke after a TIA or minor stroke in a population – based incidence study . BMJ 2004: 326- 328.
5. Asymptomatic Carotid Surgery Trial Collaborators. The MRC Asymptomatic Carotid Surgery Trial / ACST /: carotid endarterectomy prevents disabling and fatal carotid territory strokes. Lancet 2004:363,1491- 1502.
6. BARNETT, HJ., TAYLOR, DW., ELIASZIW, M., FOX, AJ., FERGUSON, GG., HAYNES, RB. et al. Benefit of carotid endarterectomy in patients with symptomatic moderate or severe stenosis. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. N.Engl.J.Med 1998 , 339: 1415-1425.



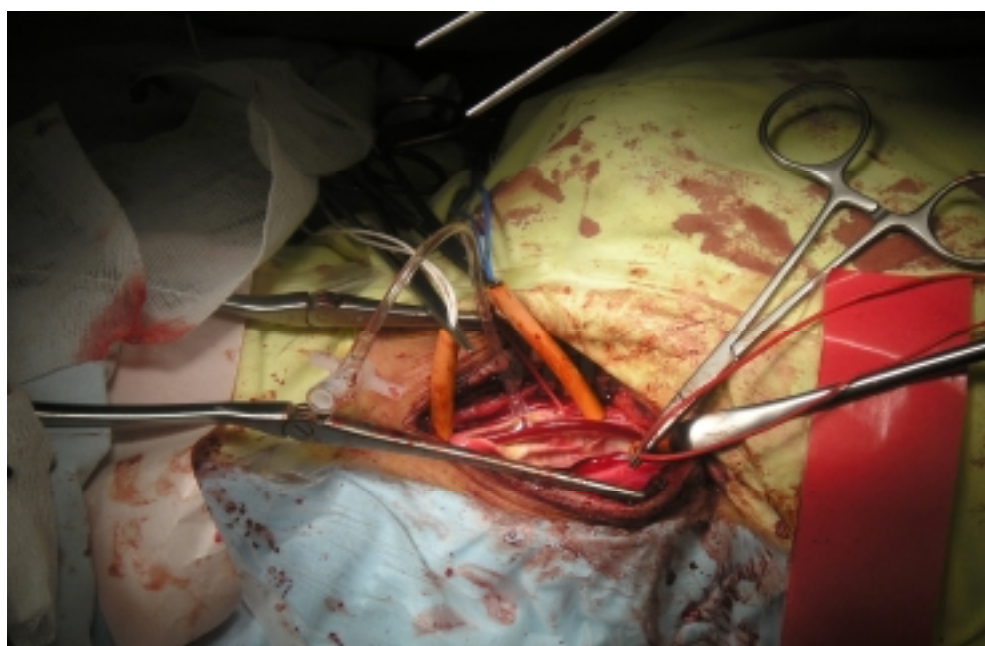
Obrázok 1 Schéma karotickej endarterectomie



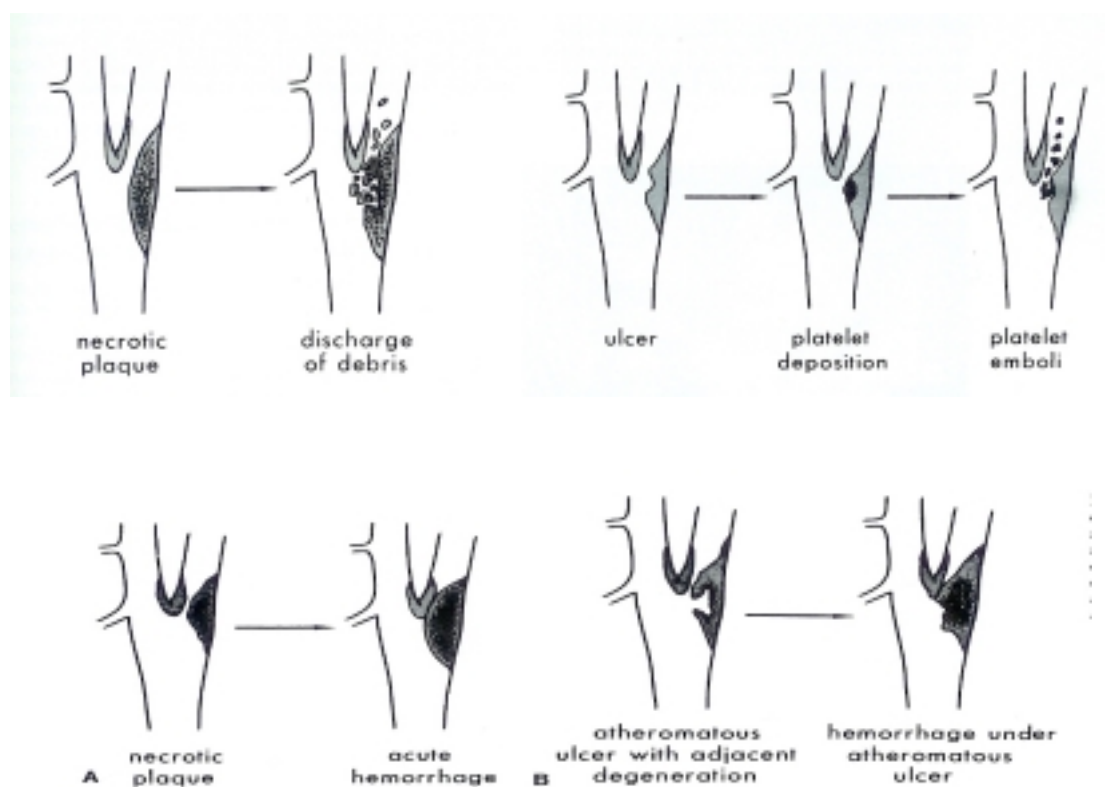
Obrázok 2 Preparát - desobliterovaný exulcerovaný plát z karotickej bifurkácie



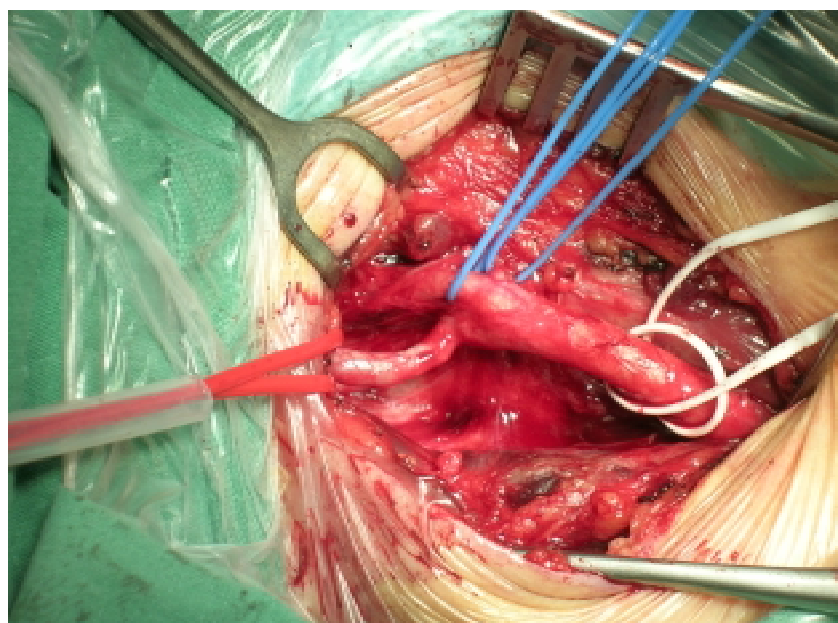
Obrázok 3 Komplikovaný exulcerovaný plát tesne za odstupom a carotis interna



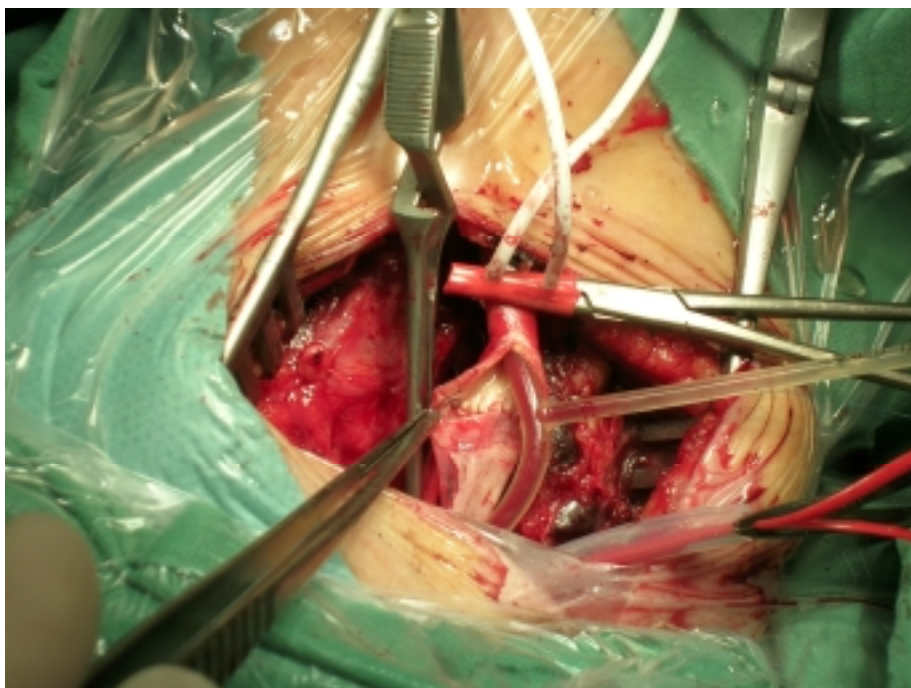
Obrázok 4 Brenerov shunt



Obrázok 5 Vývoj sklerotického plaku v karotickej bifurkácii



Obrázok 6 Vypreparovaná bifurkácia arteria carotis



Obrázok 7 Stav po dezobliterácii a carotis

NASTUPUJE ÉRA PROBIOTÍK?

Timko J.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Oddelenie klinickej mikrobiológie

Vďaka rozsiahlej mediálnej reklame rôznych probiotických jogurtov, prípravkov a výživových doplnkov je termín probiotikum známy nielen v odbornej ale i širokej laickej verejnosti.

Definícia probiotík sa ešte stále vyvíja. Podľa najviac používanej sú probiotiká charakterizované ako živé mikrobiálne potravinové doplnky, ktoré vytvárajú v hostiteľovi výhodné podmienky úpravou rovnováhy črevnej mikroflóry (Fuller, 1989).

Najčastejšími mikroorganizmami používanými v súčasnosti ako probiotiká sú laktobacily a bifidobaktérie. Z ďalších sú to rody *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Pediococcus*, *Leuconostoc*, *Bacillus* (*subtilis*), *Saccharomyces* (*cerevisiae*, *boulardii*), *Escherichia* (*coli*), *Propionibacterium*. Pre prípravu probiotického prípravku je najčastejšie používaný jeden alebo dva kmene, prípadne i viac druhov patriacich k rozličným rodom, ktoré musia spĺňať stanovené kritériá. Mikroorganizmus v účinnom probiotiku by mal byť (Mattila-Sandholm, 1999; Reid, 1999)

- ľudského pôvodu
- dokázateľne nepatogénny
- rezistentný voči technologickým procesom (zachovať si vysokú životaschopnosť pri spracovaní a skladovaní)
- rezistentný voči žalúdočnej kyseline a žlčovej šťave
- rýchlo revitalizovať v tenkom čreve
- mať silnú aderenčnú schopnosť na črevné epiteliálne bunky
- perzistovať aspoň krátky čas v GIT
- produkovať antimikrobiálne látky voči patogénom
- pôsobiť ako imunomodulátor

Očakávané pozitívne zdravotné účinky probiotík ovplyvňujú tri základné faktory: veľkosť dávky, použitý probiotický kmeň a mechanizmus účinku.

Ako „terapeutické minimum“ bolo stanovené požitie 10⁹ a viac KTJ/m živých baktérií v prípravku (Donnet-Hughes et al., 1999). Výsledky experimentálnych štúdií ukázali, že trvalý účinok probiotika závisí od nepretržitého užívania.

Potrebu vysokej dávky potvrdzujú i závery našej štúdie z roku 2004, v ktorej sme sledovali vplyv probiotického multivitamínového preparátu na vybrané biochemické a imunologické parametre. Výsledky získané od pacientov s črevnou dysmikrobiou a skupiny zdravých dobrovoľníkov nepotvrdili imunostimulačný a hypocholesterolemický účinok probiotika po štvortýždňovom užívaní v dennej dávke 10 miliónov probiotických baktérií.

Naopak v druhej štúdii, v ktorej sme sledovali možnosti použitia probiotického preparátu v dennej dávke 12 miliárd aktívnych buniek pri modulácii fyziologických zmien počas rádioterapie a redukcii gastrointestinálnych symptómov ožarovaných pacientov sme tieto účinky už zaznamenali (FA <0,05; CH <0,01).

Na názornom príklade v nasledujúcej tabuľke ďalej vidíme, že nie všetky druhy sú rovnako účinné.

Medicínske účinky probiotických baktérií (Holm, 2001)

Úprava imunitného systému	<i>L. acidophilus</i> , <i>L. casei</i> , <i>L. plantarum</i> , <i>L. delbrueckii</i> , <i>L. rhamnosus</i>
Rovnováha črevnej mikroflóry	<i>L. acidophilus</i> , <i>L. casei</i> , <i>B. bifidum</i>
Nižšia karcinogenita	<i>L. acidophilus</i> , <i>L. casei</i> , <i>L. gasseri</i> , <i>L. delbrueckii</i>
Protinádorový vplyv	<i>L. acidophilus</i> , <i>L. casei</i> , <i>L. gasseri</i> , <i>L. delbrueckii</i> , <i>L. plantarum</i> , <i>B. infantis</i> , <i>B. adolescentis</i> , <i>B. bifidum</i> , <i>B. longum</i>
Prevenca cestovnej koliky	<i>Sacharomyces sp.</i> , <i>L. acidophilus</i> , <i>B. bifidum</i> , <i>S. thermophilus</i> , <i>L. bulgaricus</i>
Prevenca rotavírusovej koliky	<i>L. rhamnosus</i> , <i>B. bifidum</i>
Prevenca hnačky spôsobenej <i>C. difficile</i>	<i>L. rhamnosus</i>
Prevenca inej koliky	<i>L. acidophilus</i> , <i>L. rhamnosus</i> , <i>B. bifidum</i>

Za najdôležitejšie mechanizmy, ktorými pozitívne ovplyvňujú naše zdravie môžeme považovať kompetíciu o adhezívne receptory na črevnom epiteli, kompetíciu o živiny, produkciu antibakteriálnych látok a stimuláciu buniek imunity (Fuller, 1992)

Doteraz boli klinickými štúdiami overené profylaktické alebo terapeutické indikácie podávania probiotík pri rotavírusových hnačkách, pri hnačkách v súvislosti s ATB liečbou, pri cestovateľských hnačkách, pri malabsorpcii laktózy, bakteriálnych a kvasinkových vaginózach, pri stimulácii imunitného systému, pri atopických ochoreniach, alergiách a potravinovej intolerancii, pri znížení hladiny cholesterolu, pri znižovaní rizika vzniku rakoviny. Z hľadiska hrozivého nárastu rezistencie sú zaujímavé úvahy o možnosti použitia probiotík

namiesto antibiotík pri niektorých ochoreniach. Opiera sa o skutočnosť, že probiotiká v porovnaní s antibiotikami

1. nelikvidujú črevnú symbiotickú flóru
2. nevyvolávajú vznik rezistentných kmeňov
3. nemajú žiadne vedľajšie nepriaznivé účinky
4. pôsobia imunostimulačne (antibiotiká – imunosupresívne)
5. sú ekologicky výhodnejšou formou terapie

Každý z uvedených bodov obhajuje použitie probiotík ako alternatívy antibiotík, zostáva však určiť indikácie a rozpoznať všetky limitujúce faktory ich možného využitia.

Doterajšie skúsenosti potvrdzujú vysokú bezpečnosť použitia probiotík, i keď sa vyskytli ojedinelé správy o bakterémii, endokarditíde alebo sepe spôsobenej *L. rhamnosus* prípadne *S. boulardii* (Salminen et al., 2002; Kunz et al., 2004; Mackay et al., 1999; DeGroot et al., 2005; Riquelme AJ, 2003).

Éra probiotík síce nastupuje, ale na plné pochopenie mechanizmov pôsobenia, ako aj ich uplatnenia v profylaxii a liečbe infekcií je potrebné vykonať ešte ďalšie kontrolované štúdie.

SÚČASNÝ STAV VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA NA SLOVENSKU

Domenik J.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra verejného zdravotníctva

VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO

- je tá časť zdravotníckeho systému, ktorá je zameraná na ochranu, podporu a rozvoj verejného zdravia
- tá časť zdravotníctva, ktorá integruje, spája zdravotníctvo s ostatnými oblasťami života a záujmov ľudí v záujme ochrany a podpory zdravia verejnosti vrátane zákonom definovaných úloh a povinností nezdravotníckych vládnych, verejných, samosprávnych i súkromných organizácií, inštitúcií a firiem
- na rozdiel od ostatných súčastí zdravotníctva, verejné zdravotníctvo spolupracuje, informuje a metodicky usmerňuje ostatné nezdravotnícke rezorty s cieľom ochrany a podpory verejného zdravia

Úlohy verejného zdravotníctva:

- zvýšenie kvality zdravia a života, podpora zdravotného uvedomenia populácie
- sledovaním a ochranou verejného zdravia, pomocou a podporou nezdravotníckych inštitúcií a verejnosti, vykonávaním prevencie, stáleho hygienického a epidemiologického dohľadu a zdravotnou výchovou na zlepšovaní zdravotného stavu

Základné pojmy vo verejnom zdravotníctve:

zdravie

verejné zdravie

determinanty zdravia

prostredie života

spôsob života

prevencia

Základnú charakteristiku, pojmy, úlohy, ciele a organizáciu verejného zdravotníctva na Slovensku upravuje:

- zákon NR SR č. 126/2006 Z. z. o verejnom zdravotníctve

Orgány verejného zdravotníctva:

(podľa zákona č. 126/2006 Z. z.)

- ministerstvo zdravotníctva SR
- Úrad verejného zdravotníctva SR
- regionálne úrady verejného zdravotníctva
- ministerstvá: MO SR, MV SR, MDPaT, MS
- SIS

Všetky tieto inštitúcie sa podieľajú na ochrane, podpore a zabezpečení verejného zdravia

(= zdravia verejnosti, občanov, obyvateľov)

- **oblasť pôsobenia verejného zdravotníctva** epidemiológia a hygiena
 prevencia a ochrana prostredia života
 organizácia zdravotníctva a informatika
- **verejné zdravotníctvo a vzdelávanie**
 Fakulta verejného zdravotníctva SZU
 lekárske fakulty, fakulty zdravotníctva – katedry verejného zdravotníctva

Determinanty zdravia

- faktory určujúce zdravie, ktorými z pohľadu verejného zdravotníctva sú najmä

Prostredie

- Voda – určená na ľudskú spotrebu (pitná voda), na kúpanie, prírodné a umelé kúpaliská
- Byty a ubytovacie zariadenia
- Telovýchovné zariadenia
- Hluk, ultrazvuk, vibrácie, Elektromagnetické pole v životnom prostredí
- Zdravie pri práci, rizikové práce
- Optické žiarenie, teplo, chlad pri práci
- Fyzická, psychická a senzorická záťaž pri práci
- Ionizujúce žiarenie pri práci

Genetické faktory

Zdravotná starostlivosť

Životospráva

Lalondov model faktorov ovplyvňujúcich zdravie



Zdravotná starostlivosť ovplyvňuje zdravie verejnosti – občanov, obyvateľov len v 15 – 20%.

Oblasť pôsobenia verejného zdravotníctva je mimo zdravotníckeho systému a pomáhať zlepšiť zdravie verejnosti – v 80 – 85% oblasti vplyvu na zdravie verejnosti.

Organizácia verejného zdravotníctva

- **Ministerstvo zdravotníctva**

- hlavný garant a koordinátor

- **Úrady verejného zdravotníctva (ÚVZ)**

- odborné a výkonné centrá verejného zdravotníctva

- Národný úrad verejného zdravotníctva (BA)**

- odborné metodické a špecializované centrum , hlavný hygienik SR

- Regionálne úrady verejného zdravotníctva**

- 36 RÚVZ v sídlach starých okresov okrem Veľkého Krtíša a BA-vidiek

- výkonné zložky verejného zdravotníctva

Úlohy a činnosť úradov verejného zdravotníctva

- Národné referenčné centrum (vykonávanie laboratórnych analýz a kontrolných vyšetrení)
- monitoring vzťahov determinantov zdravia a verejného zdravia, testovanie zložiek životného a pracovného prostredia
- vydávanie osvedčení o odbornej spôsobilosti na činnosti spojené s radiačným žiarením, jedmi a pod.
- prevencia a výchova ku zdraviu
- vydávanie záväzných stanovísk a rozhodnutí (rizikové a zdraviu škodlivé faktory výrobkov, strojov, technológií a pracovných postupov)
- iné

Odbory (sekcie) ÚVZ:

- odbory hygieny (životného prostredia, výživy, detí a dorastu), epidemiológie, preventívneho pracovného lekárstva, laboratórií, zdravotnej výchovy
- sledovanie, kontrola a ochrana pred ionizujúcim žiarením (IZ) – Úrady verejného zdravotníctva v BA, BB, KE

Verejné zdravotníctvo a zdravotnícky systém

Organizácia a riadenie zdravotníctva

Manažment a jeho aplikácia v zdravotníctve

Zdravotnícka štatistika

Informatika v zdravotníctve

Právo a legislatíva v zdravotníctve

Jazykové vzdelávanie zdravotníkov

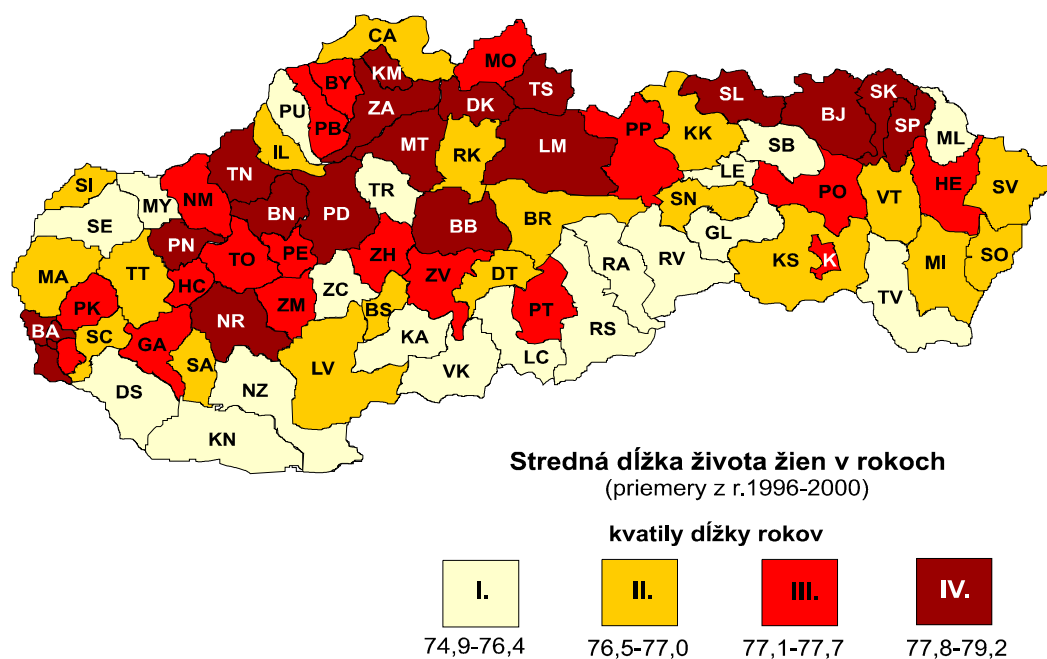
Niektoré príklady výsledkov činnosti verejného zdravotníctva pri ochrane, podpore a sledovaní verejného zdravia:

Verejné zdravotníctvo sleduje, monitoruje zdravotný stav obyvateľstva, každoročne podáva kompletnú správu o demografickom vývoji, strednej dĺžke života, výskyte chorôb, stave životného prostredia a jeho vplyve na zdravie, a pod.

Ako príklad uvádzam niektoré výstupy z práce inštitúcií verejného zdravotníctva.

Stredná dĺžka života žien na Slovensku

(ako príklad monitoringu úradmi verejného zdravotníctva)



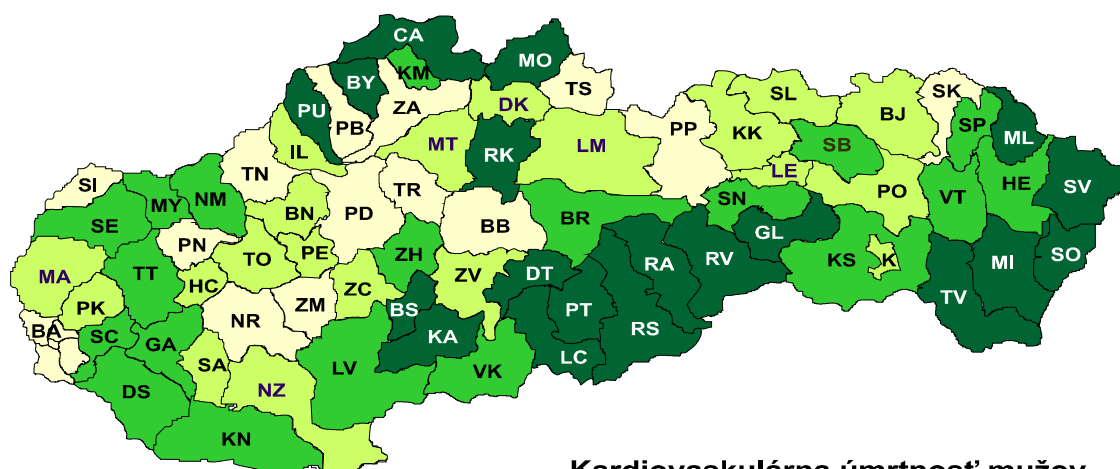
Stredná dĺžka života mužov na Slovensku

(ako príklad činnosti úradov verejného zdravotníctva)



Kardiovaskulárna úmrtnosť mužov v produktívnom veku

(príklad monitoringu chorôb úradmi verejného zdravotníctva)



Kardiovaskulárna úmrtnosť mužov v produktívnom veku (25-64 rokov)

Priemery z r. 1997-2000 (SDR/100 000)

193-276

277-307

308-356

357-581



I.



II.



III.



IV.

kvatily úmrtnosti

VPLYV PRACOVNÉHO ZAŤAŽENIA TEHOTNÝCH NA PÔRODNÚ HMOTNOSŤ A DĺŽKU NOVORODENCOV

Javorka K.¹, Javorka Ľ.¹, Javorková S.¹, Halašová E.²

¹ Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra pôrodnej asistencie

² JLF UK Martin

Prognóza novorodenca je determinovaná jeho zrelosťou:

- tá priamo závisí od gestačného veku, ktorého sa odvíja aj pôrodná hmotnosť a dĺžka novorodenca
- pre pediatra sú, dá sa povedať, prvým a v danej chvíli najľahším určujúcim parametrom postnatálnej adaptácie

Súčasná doba prináša mnoho rizík, v zmysle negatívnych dopadov na fyzickú a psychickú záťaž tehotnej počas gravidity. Pritom je nutné brať do úvahy fakt, že kvalita, sila a dĺžka fyzickej a psychickej záťaže je otázkou subjektívneho pohľadu.

Kritériá výskumu

- I. skupina: zamestnané ženy, ktoré boli v pracovnom pomere počas gravidity až do nástupu materskej dovolenky
- II. skupina: ženy bez pracovného pomeru počas gravidity – nezamestnané
- sledované skupiny pozostávali z tehotných pacientok vyšetrených počas prenatálnej starostlivosti v obvodnej gynekologickej ambulancii
- novorodenci boli rozdelení do skupín podľa gestačného týždňa pôrodu na novorodencov narodených 38, 39, 40 a 41 týždni ukončenej tehotnosti, pritom gestačný vek bol určovaný podľa dátumu poslednej menštruácie

Ciele výskumu

- určiť vplyv zamestnanosti na pôrodnú hmotnosť a pôrodnú dĺžku novorodenca
- zamestnaných tehotných predpokladáme nižšiu pôrodnú hmotnosť novorodenca vzhľadom na vyššiu fyzickú záťaž a vyššiu energetickú spotrebu
- vyšší výskyt plodov s nízkou pôrodnou hmotnosťou u tehotných trpiacich depresiou pod vplyvom nízkeho finančného príjmu, neistoty, nestability rodinnej štruktúry...
- v súvislosti s neplánovaným tehotenstvom pri trvalej práci, slabá prenatálnej starostlivosti je uvádzaný fakt vyššieho rizika pôrodu plodu s nízkou pôrodnou hmotnosťou
- intervencia u tehotných v sociálnej oblasti je údajne neefektívna v prevencii pôrodov plodov s nízkou pôrodnou hmotnosťou

Súbor a metodika

V súbore sme sledovali:

- 152 tehotných žien s fyziologickým priebehom tehotnosti a ich novorodencov
 - 95 tehotných zamestnaných
 - 57 tehotných nezamestnaných
 - 77 dievčat
 - 75 chlapcov
- rozdiel priemerných hodnôt hmotnosti a dĺžky pre obe pohlavia novorodencov narodených v 38, 39, 40 a 41 týždni tehotnosti sme hodnotili Studentovým t-testom

Výsledky

- Pri sledovaní pôrodnej hmotnosti novorodencov mužského pohlavia u zamestnaných a nezamestnaných rodičiek sme zaznamenali signifikantný rozdiel iba u novorodencov narodených v 40 týždni tehotnosti
- Pri tom istom parametre u novorodených dievčat sa pôrodná hmotnosť výrazne nelíšila
- Pri pôrodnej dĺžke novorodencov mužského pohlavia sme zaznamenali signifikantný rozdiel opäť iba u novorodencov narodených v 40 týždni tehotnosti
- U dievčat rozdiel pozorovaný nebol

Záver

- Naše výsledky preukazujú malý signifikantný rozdiel vyššej pôrodnej hmotnosti aj dĺžky u novorodencov mužského pohlavia narodených v 40 týždni tehotnosti u nezamestnaných tehotných ($P < 0.05$)
- u ostatných sledovaných skupín sme nezaznamenali štatisticky významný rozdiel priemerov pôrodnej hmotnosti a dĺžky novorodencov mužského a ženského pohlavia u zamestnaných a nezamestnaných tehotných
- spoločným cieľom budúcej matky a skupiny odborníkov, ktorí sledujú priebeh jej tehotenstva, je pôrod zdravého a na nové prostredie dobre sa adaptujúceho novorodenca
- naplnenie uvedených cieľov nesporne priamo závisí od primeranej pôrodnej hmotnosti a dĺžky novorodenca. Za týmto účelom je nutné zabezpečiť každej tehotnej primerané pracovné, spoločenské a ekonomické podmienky.

Tabuľka 1 Pôrodná hmotnosť (v gramoch) novorodencov mužského pohlavia
u zamestnaných a nezamestnaných rodičiek

GA	ZAMESTNANÉ			NEZAMESTNANÉ			T	$t_k(\alpha)$
	$\bar{x}$	SD	$S_{\bar{x}}$	$\bar{x}$	SD	$S_{\bar{x}}$		
38.	3500,00	639,39	318,19	3700,00	692,82	399,99	0,39	
39.	3391,66	406,66	117,39	3183,00	393,27	124,36	1,22	
40.	3426,66	347,03	81,769	3945,26	987,47	226,54	2,15	*
41.	3458,33	312,11	127,41	3566,66	404,14	233,33	0,40	

Vysvetlivky: GA = ukončený gestačný týždeň v čase pôrodu, $\bar{x}$ = priemer, SD = smerodajná odchýlka, $S_{\bar{x}}$ = stredná chyba priemeru, t = výsledok t-testu, $t_k(\alpha)$ = štatistická významnosť

(* = 0.05 > P < 0.01)

Tabuľka 2 Pôrodná hmotnosť (v gramoch) novorodencov ženského pohlavia u
zamestnaných a nezamestnaných rodičiek

GA	ZAMESTNANÉ			NEZAMESTNANÉ			T	$t_k(\alpha)$
	$\bar{x}$	SD	$S_{\bar{x}}$	$\bar{x}$	SD	$S_{\bar{x}}$		
38.	2913,33	616,30	251,60	3600,00	501,99	204,93	2,11	
39.	3390,90	245,78	77,72	3208,33	235,40	96,10	1,47	
40.	3387,69	388,50	76,19	3601,66	381,91	155,91	1,23	
41.	3519,23	373,90	103,70	3750,00	108,01	54,00	1,97	

Vysvetlivky: GA = ukončený gestačný týždeň v čase pôrodu, $\bar{x}$ = priemer, SD = smerodajná odchýlka, $S_{\bar{x}}$ = stredná chyba priemeru, t = výsledok t-testu, $t_k(\alpha)$ = štatistická významnosť

(* = 0.05 > P < 0.01)

Tabuľka 3 Pôrodná dĺžka (v centimetroch) novorodencov mužského pohlavia u zamestnaných a nezamestnaných rodičiek

GA	ZAMESTNANÉ			NEZAMESTNANÉ			T	$t_k(\alpha)$
	$\bar{x}$	SD	$S_{\bar{x}}$	$\bar{x}$	SD	$S_{\bar{x}}$		
38.	51,50	3,69	1,65	49,66	0,57	0,19	0,98	
39.	51,16	2,03	0,58	50,66	2,25	0,71	0,54	
40.	50,94	1,05	0,24	52,61	2,87	0,65	2,37	*
41.	51,50	2,34	0,95	50,00	1,73	0,99	1,08	

Vysvetlivky: GA = ukončený gestačný týždeň čase pôrodu, $\bar{x}$ = priemer, SD = smerodajná odchýlka, $S_{\bar{x}}$ = stredná chyba priemeru, t = výsledok t-testu, $t_k(\alpha)$ = štatistická významnosť

(* = 0.05 > P < 0.01)

Tabuľka 4 Pôrodná dĺžka (v centimetroch) novorodencov ženského pohlavia u zamestnaných a nezamestnaných rodičiek

GA	ZAMESTNANÉ			NEZAMESTNANÉ			T	$t_k(\alpha)$
	$\bar{x}$	SD	$S_{\bar{x}}$	$\bar{x}$	SD	$S_{\bar{x}}$		
38.	48,83	2,31	0,94	50,50	1,22	0,49	1,56	
39.	50,81	0,98	0,30	50,16	4,07	1,66	0,38	
40.	50,23	1,63	0,31	50,66	0,81	0,33	0,93	
41.	51,15	2,11	0,58	50,50	2,08	1,04	0,54	

Vysvetlivky: GA = ukončený gestačný týždeň v čase pôrodu, $\bar{x}$ = priemer, SD = smerodajná odchýlka, $S_{\bar{x}}$ = stredná chyba priemeru, t = výsledok t-testu, $t_k(\alpha)$ = štatistická významnosť (* = 0.05 > P < 0.01)

VPLYV PARITY MATKY NA NIEKTORÉ ANTROPOMETRICKÉ PARAMETRE NOVORODENCOV NARODENÝCH V TERMÍNE

Javorka L.¹, Javorka K.¹, Javorková S.¹, Halašová E.²

¹ Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra pôrodnej asistencie

² JLF UK Martin

Hypotézy

- druhé aj tretie dieťa v poradí má údajne vyššiu pôrodnú hmotnosť ako dieťa prvé v poradí (Javorka et al. 1996)
- signifikantný vplyv parity sa prejavuje údajne aj v období dospelosti. Uvádza sa, že prvorození sú všeobecne menší ako ich súrodenci. (Hermanussen, M., Hermanussen B., Burmeister M. 1998)
- Langhoff-Roos et al. (1987), ktorý sa zaoberal hodnotením vplyvu materských faktorov na pôrodnú hmotnosť novorodenca v termíne, zistil, že s ňou signifikantne korelovala len predtehotenská telesná hmotnosť matky. Parita v danom sledovaní významne pôrodnú hmotnosť neovplyvnila

Ciele výskumu

- Preukázať vplyv parity matiek na niektoré antropometrické parametre novorodencov narodených v termíne (38. - 41. týždeň tehotnosti)

„Teda, či viacrodičky majú vo všeobecnosti väčšie a ťažšie deti ako prvorodičky“

Súbor a metodika

- Do sledovania sme zaradili spolu 353 novorodencov z toho 206 novorodencov prvorodičiek a 147 novorodencov viacrodičiek
- Merané antropometrické parametre novorodenca boli: hmotnosť, dĺžka, obvod hlavy, obvod hrudníka, dĺžka femuru.
- Antropometrické parametre novorodenca sú merané krátko po prvom ošetrení novorodenca po pôrode
- rozdiel priemerných hodnôt meraných parametrov sme hodnotili u novorodencov narodených v 38, 39, 40 a 41 týždni tehotnosti
- štatistické hodnotenie metodikou Studentovho t-testu

Výsledky

- parita neovplyvnila pôrodnú hmotnosť, pôrodnú dĺžku, obvod hlavy a dĺžku femuru novorodencov v nami sledovanej skupine
- pri obvode hrudníka bol zaznamenaný len málo významný rozdiel medzi novorodencami prvoroďčiek a viacroďčiek narodených v 40. a 41. týždni tehotnosti

Záver

- parita neovplyvnila pôrodnú hmotnosť, pôrodnú dĺžku, obvod hlavy a dĺžku femuru novorodencov v nami sledovanej skupine
- pri obvode hrudníka bol zaznamenaný len málo významný rozdiel medzi novorodencami prvoroďčiek a viacroďčiek narodených v 40. a 41. týždni tehotnosti.
- môžeme teda konštatovať, že parita nemá výrazný vplyv na antropometrické parametre novorodenca (pôrodnú hmotnosť, pôrodnú dĺžku, obvod hlavy, obvod hrudníka, dĺžku femuru)
- otázkou zostáva potvrdenie, či vyvrátenie zaužívanej skúsenosti s vyššou pôrodnou hmotnosťou prípadne inými parametrami stúpajúcimi s paritou u tej istej rodičky

Tabuľka 1 Pôrodná hmotnosť novorodencov (g) narodených v termíne
u prvoroďčiek a viacroďčiek

	prvoroďčky			viacroďčky				
GV	N	$\bar{x}$	SD	N	$\bar{x}$	SD	T	$t_k(\alpha)$
38	28	3375	318,13	24	3374,19	314,50	0,01	n.s.
39	42	3250,79	310,45	30	3333,18	304,82	0,99	n.s.
40	73	3461,60	365,05	59	3450,07	347,63	0,19	n.s.
41	63	3489,86	333,98	34	3455,41	293,74	0,52	n.s.

Tabuľka 2 Pôrodná dĺžka novorodencov (cm) narodených v termíne u prvorodičiek
a viacrodičiek

	prvorodičky			viacrodičky				
GV	N	$\bar{x}$	SD	N	$\bar{x}$	SD	T	$t_k(\alpha)$
38	28	48,07	0,97	24	48,11	0,99	0,12	n.s.
39	42	49,03	1,16	30	48,8	1,00	0,80	n.s.
40	73	50,10	1,12	59	49,84	1,14	1,31	n.s.
41	63	51,17	1,04	34	51,25	1,15	0,34	n.s.

Tabuľka 3 Obvod hlavy novorodencov (cm) narodených v termíne u prvorodičiek
a viacrodičiek

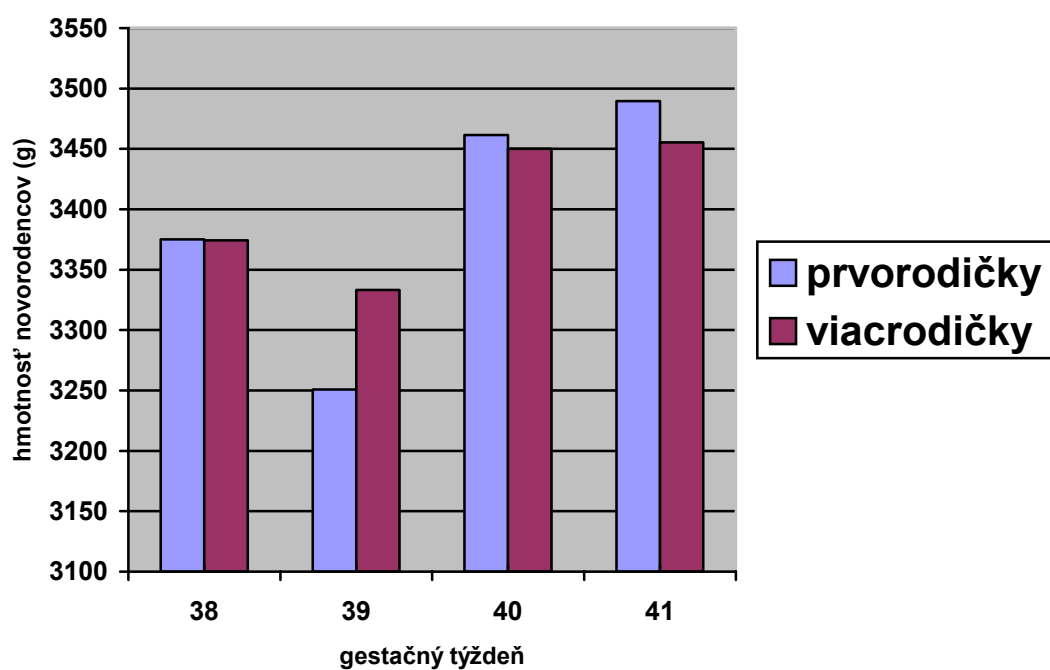
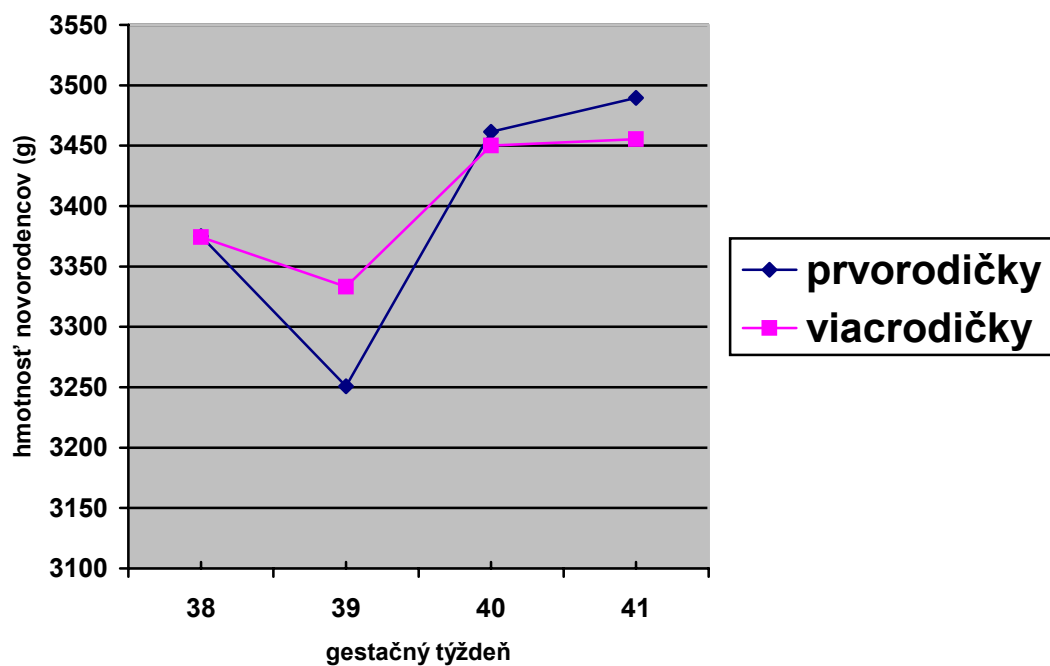
	prvorodičky			viacrodičky				
GV	N	$\bar{x}$	SD	N	$\bar{x}$	SD	T	$t_k(\alpha)$
38	28	32,79	1,18	24	32,71	1,23	0,20	n.s.
39	42	34,17	1,06	30	33,72	0,91	1,72	n.s.
40	73	35,17	1,16	59	34,98	1,16	0,94	n.s.
41	63	35,84	1,12	34	35,7	1,13	0,58	n.s.

Tabuľka 4 Obvod hrudníka novorodencov (cm) narodených v termíne u prvorodičiek
a viacrodičiek

	prvorodičky			viacrodičky			T	t _k (α)
GV	N	$\bar{x}$	SD	N	$\bar{x}$	SD		
38	28	32,51	0,97	24	32,32	0,85	0,65	n.s.
39	42	32,96	1,27	30	33,28	1,21	0,96	n.s.
40	73	34,24	1,13	59	33,83	1,07	2,13	+
41	63	34,97	1,03	34	35,45	1,14	2,05	+

Tabuľka 5 Dĺžka femuru novorodencov (mm) narodených v termíne u prvorodičiek
a viacrodičiek

	prvorodičky			viacrodičky				
GV	N	$\bar{x}$	SD	N	$\bar{x}$	SD	T	t _k (α)
38	28	91,02	0,57	24	90,84	0,61	0,92	n.s.
39	42	92,16	0,52	30	92,06	0,71	0,56	n.s.
40	73	93,04	0,63	59	92,99	0,59	0,47	n.s.
41	63	94,00	0,65	34	93,89	0,55	0,88	n.s.



Obrázok 1 Pôrodná hmotnosť novorodencov narodených v termíne u prvorodičiek a viacrodičiek

SPEKTRÁLNA ANALÝZA VARIABILITY RR INTERVALOV V DIAGNOSTIKE A STRATIFIKÁCII DILATAČNEJ KARDIOMYOPATIE A CHRONICKÉHO SRDCOVÉHO ZLYHANIA

Hruboň A., Urban M., Straka J., Bestvina D.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Interná klinika

Súhrn

Cieľom práce je poukázať na možnosti a výhody zaradenia vyšetrenia spektrálnej analýzy variability RR intervalov v skrátenej protokole do základnej schémy v stratifikácii dilatálnych kardiomyopatií a chronického srdcového zlyhania, s možnosťou odhalenia vysoko rizikových pacientov ohrozených kardiálnou udalosťou (náhla srdcová smrť, maligná arytmia, nutnosť transplantácie). Spektrálna analýza variability RR intervalov pre svoju časovú nenáročnosť a jednoduchosť, predurčuje jej zaradenie v skrátenej protokole medzi štandardné neinvazívne stratifikačné vyšetrenia s vysokou prediktívnou hodnotou.

Kľúčové slová: spektrálna analýza- variabilita RR intervalov- autonómny nervový systém- dilatálna kardiomyopatia- rádionuklidová scintigrafia myokardu

Summary

To show possibilities and advantages of spectral analysis of heart rate variability as a part of basic schedule in stratification of dilated cardiomyopathy and chronic heart failure, with possibility of revealing patients with a high risk of cardiac event (sudden cardiac death, malignant arrhythmia, need for a heart transplantation). Spectral analysis of heart rate variability in abbreviated protocol should become a standard non invasive examination due to its simplicity, time frugality and possibility of frequent repetition.

Key words: Spectral analysis-heart rate variability-autonomic nervous system- dilated cardiomyopathy-radionuclide scintigraphy

Úvod

Dilatálna kardiomyopatia je ochorením srdcového svalu, ktoré charakterizuje dilatácia srdcových dutín a zhoršenie kontraktilnej funkcie ľavej komory s rôznym stupňom srdcového zlyhania. Incidencia je 5- 8 prípadov na 100000 obyvateľov a rok.

Srdcové zlyhanie je následne významnou príčinou mortality a morbidity pacientov. Klinicky sa prejavuje rôznymi formami zlyhania, počnúc subklinickými známkami kardiálnej insuficiencie (iba diastolická dysfunkcia pri zachovanej systolickej funkcii LK), až k záverečným formám s dilatáciou ľavej komory a srdcovým zlyhaním.

Pokles systolickej funkcie vedie k adaptačným mechanizmom organizmu s neuroendokrinnou aktivitou so zvýšeným uvoľňovaním v osi renin- angiotenzin- aldosterón, ako i zvýšení funkcie nadobličiek s nadprodukciou katecholamínov, v snahe udržať dostatočný minútový volum , efektívnu cirkuláciu a zvýšiť inotropnú funkciu myokardu (1,2). Nadprodukcia katecholamínov vedie k zvýšenému tonusu sympatika so všetkými jeho dôsledkami :

- a) vasokonstrikciou s následným nárastom systémovej cievnej rezistencie
- b) retenciou soli a tekutín
- c) tachykardiou
- d) zvýšenou spotrebou kyslíka myokardom

Trvalá hypersympatikotónia vedie k útlmu ochrannnej funkcie parasympatika.

Táto trvalá dysfunkcia ANS v prospech sympatika je pokladaná za rozhodujúci faktor odpovedajúci za kardiovaskulárne príhody (3). Zvýšený tonus sympatika so zhoršením záťažovej tolerancie, srdcového výkonu a znížením kontrakility myokardu vedie k výraznému zvýšeniu mortality. Zvýšená aktivita sympatika, ktorá je spočiatku kompenzačná , vedie k zvýšenému výskytu arytmií so zvýšeným rizikom náhlej smrti i k dysfunkcii baroreflexu . Terminálne štádiá kongestívneho srdcového zlyhania u pacientov s dilatačnou kardiomyopatiou majú preto typické známky prítomnosti rozvinutej kardiálnej autonómnej neuropatie so všetkými dôsledkami. Preto diagnostika autonómnej dysregulácie je dôležitá v identifikácii vysoko rizikových osôb medzi pacientmi s dilatačnou KMP.

Súbor vyšetrených a metodika

Na porovnanie aktivity autonómneho nervového systému u pacientov s dilatačnou kardiomyopatiou s kontrolnou skupinou, sme v dynamickom sledovaní zostavili súbor 25 pacientov s diagnostikovanou DKMP s typickou klinickou symptomatológiou, typickým ECHOK nálezom a negatívnym koronarografickým nálezom.

V súbore bolo 21 mužov a 4 ženy s priemerným vekom 52 rokov (42- 72 rokov). Podľa ECHOK bola systolická funkcia LK v stupni ťažkej subnormnosti s priemernou EF 0,28 (0,15-0,46 – Teichholtz). Priemerná veľkosť LK v súbore pacientov bola 76 mm (64- 105 mm). Funkčné štádium srdcového zlyhania bolo rozdielne – od štádia NYHA II. po

NYHA IV., s prevahou pacientov v štádiu NYHA III a IV. Vyšetrenie sme realizovali pomocou počítačového systému Varia pulze TF4 od firmy Sima Media Olomouc, ktorý umožňuje posúdiť aktuálny stav autonómneho nervového systému (sympatika, parasympatika i funkciu baroreceptorov). Systém využíva počítačové spracovanie variability RR intervalov z telemetricky preneseného ekg krátkodobého záznamu u vyšetrovanej osoby. V hodnotení sa používa registrácia troch meraných intervalov v dĺžke 300 RR intervalov realizovaných u vyšetrovanej osoby v ľahu, v stoji a druhom ľahu. Systém na rozdiel od časovej analýzy, ktorú má v dnešnej dobe väčšina HOLTER ekg monitorovacích systémov, využíva i frekvenčnú analýzu, keď celé frekvenčné spektrum variability RR intervalov (VSF) rozdeľuje do niekoľkých zložiek, z ktorých každej je z fyziologického hľadiska pripisovaný odlišný význam. Rozlišuje vlny nízko-frekvenčné (LF), ktoré sa považujú za nepriamy marker aktivity sympatika s čiastočným ovplyvnením parasymptikom (vlny sú v pásme 0,05-0,15 Hz). Ďalej rozlišuje vysoko-frekvenčné vlny (HF), ktoré sa považujú za ukazovateľ čisto parasymptikovej aktivity (0,15-0,40 Hz), pretože odrážajú hlavne respiračne viazanú aktivitu vagu. Novšie sa rozlišujú i ultranízke ULF (0,003-0,04 Hz) a VLF (0,02-0,05 Hz), ktoré sa v niektorých prácach udávajú ako citlivé prediktory arytmií a náhlej smrti (4).

Výsledky

Pri využití hodnotenia variability RR intervalov za pomoci jej spektrálnej analýzy skráteným protokolom pomocou Fourierovej transformácie pri vyšetrení v stoji a druhom ľahu sme v sledovanom súbore pacientov dospeli k nasledovným výsledkom (tabuľka č.1) .

Tabuľka 1 Porovnanie nameraných výsledkov spektrálnej analýzy pacientov s dilatálnou kardiomyopatiou v porovnaní s kontrolou

	Power HF v stoji ms ²	Power HF v ľahu ms ²	Power LF v stoji ms ²	Power LF v ľahu ms ²	LF/HF stoj
Pacienti s dilatálnou. KMP	32	68	82	80	6,71
Kontrolná skupina	146	294	386	388	5,14
	LF/HF ľah	SDNN stoj ms	SDNN ľah ms	MSSD stoj ms	MSSD ľah ms
Pacienti s dilatálnou KMP	3,30	0,0243	0,0305	648	277
Kontrolná skupina	1,566	0,0474	0,0527	729	1144

Pre porovnanie sme dali namerané hodnoty do korelácie s našim kontrolným súborom pacientov pozostávajúcim z relatívne zdravých osôb (22 pacientov), s vekovým priemerom 57,4 roka (50-80 rokov).

Z nameraných hodnôt je evidentný štatisticky významný pokles aktivity parasympatika (HF zložka) v oboch fázach testu v porovnaní s kontrolou (v stojí $p < 0,007$, v ľahu $p < 0,001$ - Studentov t-test), s výraznejším poklesom v ľahu. Podobne došlo k štatisticky významnému poklesu i v nízkofrekvenčnom pásme (LF) v oboch fázach testu ($p < 0,001$). Pritom vzájomný pomer LF/HF spektra, ktorý sa považuje za kľúčový ukazovateľ sympatiko- parasympatikovej rovnováhy (5,6), bol v porovnaní s kontrolou v stojí nesignifikantne vyšší. V ľahu je u pacientov s dilatačnou KMP prevaha sympatika oveľa zreteľnejšia v porovnaní s kontrolou ($p < 0,05$).

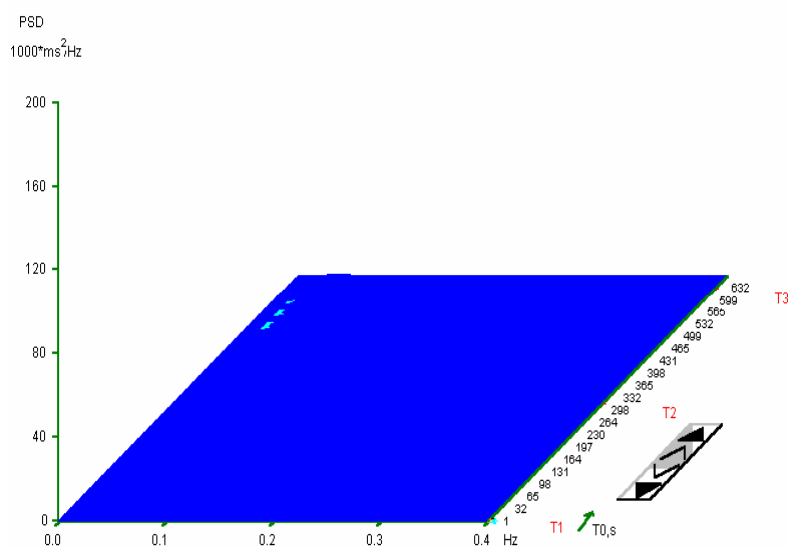
I napriek štatisticky významnému poklesu ultranízkého spektra (VLF)- v stojí $p < 0,03$ a v ľahu $p < 0,05$, si toto frekvenčné spektrum u pacientov s dilatačnou KMP udržiavalo vysokú aktivitu. Pri retrospektívnom posúdení hodnôt VLF v skupine pacientov, u ktorých boli zaznamenané maligné arytmie, resp. u nich došlo k náhlej srdcovej smrti (NSS), sme u tejto skupiny pacientov zaznamenali vyššie hodnoty spektrálneho výkonu v tomto pásme, čo môže potvrdzovať teóriu arytmogenicity tohto pásma.

Sklon k tachykardii so skrátením RR intervalov, ktorý sa považuje za jeden zo základných prejavov terminálnej fázy kardiálneho zlyhávania, a ktorý je typickým prejavom rozvinutá KAN, je evidentne vyjadrený v signifikantnom poklese nameraných hodnôt SDNN - smerodajných odchýliek RR intervalov (7,8,9) – v stojí i v ľahu $p < 0,001$.

Vyšetrenie variability RR intervalov umožňuje dynamické sledovanie stavu pacienta. Pre príkladnosť uvádzame 2 nálezy u toho istého pacienta, ktoré boli získané v rozpätí jednej hospitalizácie. Vstupne pri prijatí, kedy bol pacient dekompenzovaný vo funkčnom štádiu NYHA IV., druhý záznam po 3 týždňoch hospitalizácie po kardiálnej stabilizácii pacienta odpovedajúcej funkčnému štádiu NYHA II. (tabuľka. č.2). Nález v štádiu dekompenzácie (obr. č.1).

Tabuľka 2 Porovnanie nameraných hodnôt spektrálnej analýzy u pacienta v dekompenzovanom a v kompenzovanom štádiu

	Power HF v stoj ms2	Power HF v ľahu ms2	Power LF v stoj ms2	Power LF v ľahu ms2	LF/HF stoj
Pacienti s dilatačnou. KMP	32	68	82	80	6,71
Kontrolná skupina	146	294	386	388	5,14
	LF/HF ľah	SDNN stoj ms	SDNN ľah ms	MSSD stoj ms	MSSD ľah ms
Pacienti s dilatačnou KMP	3,30	0,0243	0,0305	648	277
Kontrolná skupina	1,566	0,0474	0,0527	729	1144



Obrázok1 Krivka spektrálneho výkonu variability RR intervalov u pacienta v dekompenzovanom štádiu chronického srdcového zlyhania

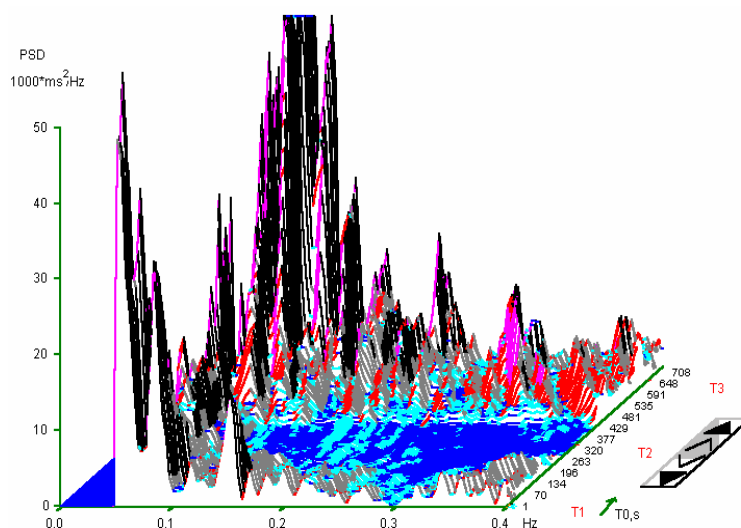
Os x- frekvenčná (Hz)

Os y- výkonová spektrálna hustota (PSD ms2/Hz)

Os z- časová (intervaly T1-ľah, T2- stoj, T3- 2.ľah)- sec

Z nameraných hodnôt je zrejmé, že po stabilizácii stavu u pacienta pri meraní v stojí je výraznejší nárast aktivity HF (parasympatika). Spektrálna hustota (PSD) sa zlepšila v oboch zložkách (HF i LF) približne rovnako, mierne v prospech LF zložky. Pomer aktivity sympatika a parasympatika (LF/HF) poklesol v stojí zhruba na polovicu. Je evidentný nárast variability RR intervalov (SDNN zložka) tak v ľahu, ako i v stojí, u MSSD je výraznejší nárast v ľahu.

V ľahu je evidentné zlepšenie v oboch zložkách, výraznejšie v HF zložke (parasympatikus), v spektrálnej hustote je nárast približne rovnaký, mierne lepší v prospech PSD LF. Vo vzájomnom pomere sily spektra sympatika a parasympatika podobne ako v stojí došlo k jeho ďalšiemu zníženiu výraznejšiemu ako v stojí, nárast SDNN v ľahu je menej výrazný. Nález v štádiu kompenzácie (**obr. č. 2**):



Obrázok 2 Krivka spektrálneho výkonu variability RR intervalov u pacienta v štádiu kompenzácie

Z výsledkov je zrejmé, že stabilizácia stavu u DKMP je zapríčinená predovšetkým nárastom ochrannej funkcie parasympatika. Po stabilizácii je evidentný nárast oboch spektrálnych zložiek, ako sympatika, tak i parasympatika (v ľahu i po postavení), ale dominantný je nárast parasympatikovej komponenty. Súčasne stabilizáciou dochádza k nárastu smerodajných odchýliek RR intervalov (SDNN), čo svedčí pre priaznivý nárast variability RR intervalov. Najvyššia spektrálna hustota sa podstatne zvýšila po stabilizácii v oboch zložkách, ale výraznejšie v LF zložke a to v ľahu i po postavení.

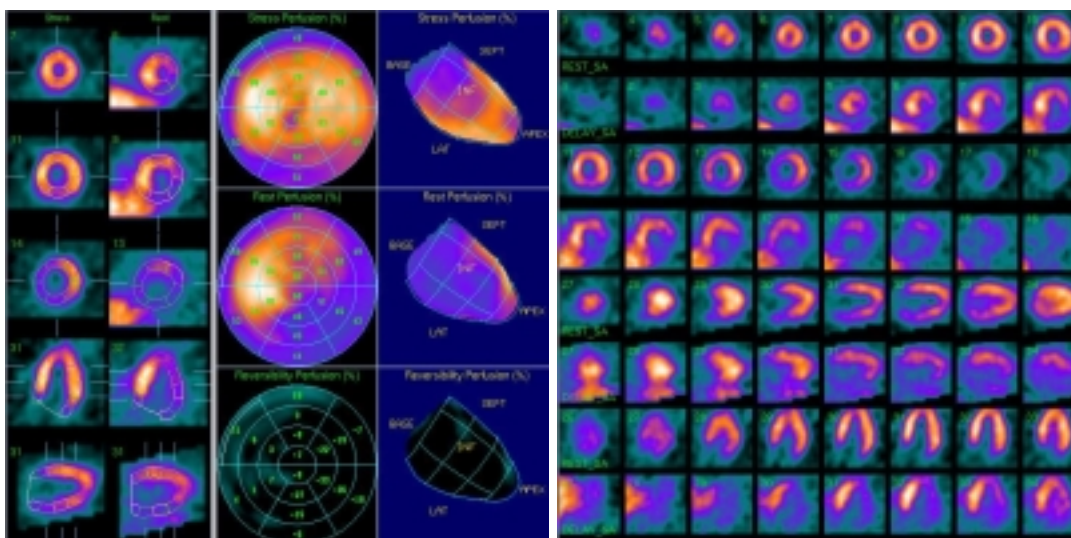
Po stabilizácii stavu je evidentné zníženie nepriaznivého pomeru tonusu sympatika a parasympatika v prospech HF zložky v oboch fázach testu (výraznejšie v stojí).

Finančne i časovo náročnejšou metodikou monitorácie stavu kardiálneho ANS je radionuklidová metodika scintigrafického vyšetrenia za pomoci 123-I-MIBG, ktorá umožňuje stanoviť prítomnosť receptorov sympatika v srdcovom svale pri vychytávaní rádiofarmaka. 123-I- metajodbenzyl- guanidin je látkou podobnou noradrenalinu, ktorá sa využíva v gamagrafii na zobrazenie adrenergickej inervácie myokardu. Na rozdiel od noradrenalinu však v nervových zakončeníach nedochádza k jeho enzymatickej degradácii.

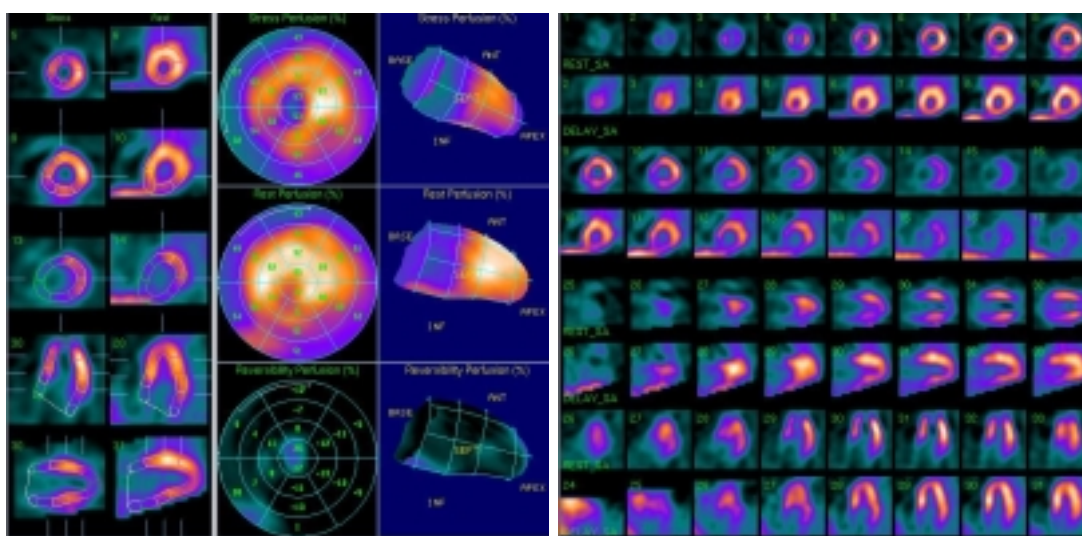
V kardiologickej diagnostike sa toto vyšetrenie použilo po prvýkrát v roku 1980. Umožňuje zobraziť, kvantifikovať a neinvazívne posúdiť funkčný stav sympatikovej inervácie priamo v srdci. Dôkazy o zapojení SNS, systému renin- angiotenzin a ďalších neurohumorálnych faktorov pri vzniku a v priebehu chronického srdcového zlyhania viedli k formuácii „neurohumorálneho modelu“ ochorenia (10). Hyperstimulácia SNS vedie k ischémii myokardu, zmene pomeru sympatikových receptorov na myocytoch (11,12), stráca sa schopnosť inotropnej odpovede na katecholamíny, aktivuje sa mechanizmus apoptózy myocytov (13), zvyšuje sa elektrická instabilita myokardu (14). Hyperstimulácia SNS je zapríčinená kompenzačnou zvýšenou plazmatickou koncentráciou NORA, dochádza k redukcii nervových zakončení v srdciach pacientov s chronickým srdcovým zlyhaním. Odrazom týchto zmien je výrazné zníženie akumulácie 123-I-MIBG v myokarde (15).

Na porovnanie aktivity ANS u pacientov s dilatačnou kardiomyopatiou , ktorú sme detekovali metodikou vyšetrenia variability RR intervalov spektrálnou analýzou , sme zo súboru pacientov vyšetrených touto metodikou vybrali skupinu 10 pacientov, ktorých sme súčasne vyšetřili metodikou 123-I-MIBG scintigrafiou. Súbor tvorilo 10 pacientov, mužov, s priemerným vekom 54,8 roka, s priemernou veľkosťou LK 77 mm, a priemernou EF 0,24 (Teichholz). Tá bola realizovaná za štandardných podmienok, aplikáciou 100-200 MBq 123-I-MIBG intravenózne. Po 15.-tich minútach a po 4 hodinách od aplikácie boli snímané planárne projekcie hrudníka.

Ako globálne ukazovatele akumulácie 123-I-MIBG v myokarde sme stanovovali index srdce/mediastinum po 4 hodinách od podania (SM_4 = pomer priemernej aktivity v oblastiach záujmu nad srdcom a mediastinom) a mieru vyplavovania rádiofarmaka z myokardu (washout WO = relatívna zmena priemernej aktivity nad srdcom v čase medzi 15. minútou a 4. hodinou. Navyše sme stanovovali hodnotenie regionálnej distribúcie pomocou SPECT projekcií. (**Obr. č.3 a č.4**)



Obrázok 3 Mapovanie sympatika na srdci ^{123}I -MIBG—vľavo polárna mapa srdca na hornom kruhu je vyšetrenie perfúzie ^{99}mTc Myoview, na dolnom kruhu je vyšetrenie ^{123}I -MIBG, vpravo zrekonštruované rezy SPECT-horný riadok obraz pri vyšetrení perfúzie, pod ním obraz pri vyšetrení ^{123}I -MIBG u toho istého pacienta (patologický nález)



Obrázok 4 Mapovanie sympatika na srdci ^{123}I -MIBG—vľavo polárna mapa srdca na hornom kruhu je vyšetrenie perfúzie ^{99}mTc Myoview, na dolnom kruhu je vyšetrenie ^{123}I -MIBG, vpravo zrekonštruované rezy SPECT-horný riadok obraz pri vyšetrení perfúzie, pod ním obraz pri vyšetrení ^{123}I -MIBG u toho istého pacienta

V korelácii so závermi vyšetrenia spektrálnou analýzou variability RR intervalov sme prekazali redukciiu počtu nervových zakončení v srdciach pacientov s dilatačnou

kardiomyopatiou (SM4 východisková hodnota priemerne 1,266, kontrola po 4 hodinách 1,087). V porovnaní s kontrolným súborom boli súčasne zaznamenané vyššie hodnoty WO. Vzhľadom k tomu, že vyšetrenie MIBG je optimálne pre diagnostiku stavu sympatikového nervového systému, je jeho spojenie s vyšetrením variability RR intervalov, podávajúce dobrý obraz o stave parasympatika, spojením ideálnym.

Diskusia

Je nepopierateľným faktom potvrdeným mnohými prácami (16,17), že dilatačná KMP, ako i chronické srdcové zlyhanie prinášajú so sebou zmeny ANS. Sú charakterizované predovšetkým poklesom ochrannej funkcie parasympatika (HF zložky), celkovým znížením spektrálneho výkonu a dominujúcou zvýšenou aktivitou sympatika so všetkými jeho neblahými dôsledkami. Tieto zmeny ANS prinášajú so sebou zvýšené riziko kardiovaskulárnych udalostí (18).

I v našom súbore 25 pacientov s dilatačnou KMP počas 4 ročného sledovania traja z pacientov exitovali náhlou srdcovou smrťou, ďalšiemu čakatelovi v transplantačnom programe bol implantovaný ICD pre recidivujúce behy komorovej tachykardie, u ďalších dvoch bola realizovaná biventrikulárna stimulácia v rámci liečby kardiálneho zlyhávania, štyria exitovali pre refrakterné kardiálne zlyhanie.

Naše výsledky plne podporujú a korelujú všeobecne platné závery o redukcii vagovej aktivity u pacientov s chronickým srdcovým zlyhaním. Spektrálna analýza variability RR intervalov je najlepšou neinvazívnou metódou k ozrejmeniu stavu ANS a jeho dvoch podsystémov. Pri rozvinutej dysfunkcii ANS je dobrá korelácia s posúdením postgangliového presynaptického vychytávania nemetabolizovaného noradrenalínového analóga I-123 metaiodobenzylguanidinu (MIBG), kde u pacientov s DKMP sme takisto touto metodikou potvrdili pokles počtu β receptorov, ktoré spoluzodpovedajú za celkový pokles spektrálneho výkonu.

Záver

Hodnotenie variability RR intervalov metódou spektrálnej analýzy, ako jednej z metód umožňujúcej posudzovať aktuálny stav autonómneho nervového systému, jednoznačne zlepšuje rizikovú stratifikáciu pacientov s DKMP a chronickým srdcovým zlyhaním, s poskytnutím nezávislej prognostickej informácie.

Nízka variabilita SF slúži k identifikácii rizikových pacientov ohrozených kardiálnymi príhodami (kardiálna smrť, transplantácia srdca..). V skupine pacientov s nízkou EF môže

hodnotenie variability RR intervalov napomôcť k identifikácii vysoko rizikových pacientov, s cieľom stanovenia naliehavosti transplantácie srdca. Časová nenáročnosť a jednoduchosť vyšetrenia, ako i možnosť opätovného vyšetrenia s posúdením dynamiky nálezov , umožňuje sledovať aktuálny stav ANS u rizikových pacientov. Zlepšenie krivky spektrálneho výkonu s nárastom aktivity oboch zložiek a predovšetkým nárastom ochrannej funkcie parasympatika (HF komponenty), dobre koreluje so stabilizáciou stavu a zlepšením NYHA klasifikácie u sledovaných pacientov.

Zoznam bibliografických odkazov

1. PEPPER, GS, LEE, RW. Sympathetic activation in heart failure and its treatment with β -blockade. Arch Intern Med, 1999; (159): 225-334.
2. RIEČANSKÝ, I. Srdcové zlyhanie. Vydavateľstvo Herba, 1998; s. 27-34.
3. CURTIS, BM, Ó KEEFE, JH Jr. Autonomic tone as a cardiovascular risk factor: the dangers od chronic fight or flight. Mayo Clin Proc. 2002; 77: 45-54.
4. BIGGER, Jr JT, FLEISS, JL, STEINMAN, RC, et al. Frequency domain measures of heart period variability and mortality after myocardial infarction. Circulation, 1992; 85, p.164-171.
5. MUSIALIK- LYDKA, A., SREDNIAWA, B., Pasyk S. Heart rate variability in heart failure. Kardiol Pol. 2003 Jan; 58 (1): 10-16.
6. BISWAS, PK., BASU, S., MITRA, KK. et al. Heart rate variability in dilated cardiomyopathy. Indian Heart J, 2000; Volume 52, No 2: 187-191.
7. ARONSON, D., MITTLEMAN, MA., BURGER, AJ. Measures of heart period variability as predictors of mortality in hospitalized patients with decompensated congestive heart failure. Am J Cardiol. 2004 Jan 1; 93 (1): 59-63.
8. PONIKOWSKI, P., ANKER, SD., CHUA, TP. Depressed heart rate variability as an independent predictor of death in chronic congestive heart failure secondary to ischemic or idiopathic dilated cardiomyopathy. Am J Cardiol. 1997 Jun 15; 79 (12): 1645-50.
9. KRUGER, C., LAHM, T., ZUGCK, C., et al. Heart rate variability enhances the prognostic value of established parameters in patient with congestive heart failure. Kardiol. 2002 Dec; 91 (12): 1003-12.
10. PACKER, M. Pathophysiology of chronic heart faillure. Lancet, 340, 1992; 88-92.

11. BRISTOW, MR., GINSBURG, R., UMANS, V., et al. Beta 1 and beta2 adrenergic receptor subpopulations in nonfailing and failing human ventricular myocardium: coupling of both receptor subtypes to muscle contraction and selective beta 1- receptor down- regulation in heart failure. *Circ. Res.*, 59, 1986; 297-309.
12. FOWLER, MB., LASER, JA., HOPKINS, GL., et al. Assessment of the beta- adrenergic receptor pathway in the intact failing human heart: progressive receptor down regulation and subsensitivity to agonist response. *Circulation*, 74, 1986; 1290- 1302.
13. NARULA, J., HAJJAR, RJ., WILIAM, G. Apoptosis in the failing heart. *Cardiology Clinics*, 16 (4), 1998; 691-710.
14. KHOSLA, S., DUGGAL, C., SOMBERG, JC. Successful heart failure therapy is effective antiarrhythmia therapy. *Am.Heart J.*, 131, 1996; 1048- 1050.
15. POVINEC, P., MIKLA, F., MURÍN, J., et al. Sympatiková inervácia myokardu stanovená 123-I-MIBG pri chronickom srdcovom zlyhaní. *Kardiológia*, 8 suppl., 1999; 25A.
16. Heart rate variability. Standarts of measurement, physiological interpretation and clinical use. *European Heart Journal* (1996); 17, 354- 381.
17. Philip SAUL J, Yutaka ARAI, Ronald D. BERGER, et al. Assessment of autonomic regulation in chronic congestive heart failure by heart rate spectral analysis. *Am J Cardiol* 1988; (61) 18: 1162- 1167.
18. OZDEMIR, O., SOYLU, M., DEMIR, AD, et al. Increased sympathetic nervous system activity as cause of exercise- induced ventricular tachycardia in patients with normal coronary arteries. *Tex Heart Inst J*. 2003; 30 (2): 100-104.
19. LACKO, A., BESTVINA, D., CHALACHÁNOVÁ, I., VALKO, P.: *Základy nukleárnej medicíny* . Ružomberok, KU, 2004, 66s. (ISBN 80–89039-36-7)
20. LACKO, A., BESTVINA, D. a kol.: *Nové prístupy k funkčnej diagnostike kardiovaskulárnych ochorení*. Liptovský Mikuláš, Vojenská akadémia, 2001, 211s.(ISBN 80-89040-139-X).
21. LACKO, A., KVĚTENSKÝ, J. a kol: *New Diagnostic of Cardiovascular Autonomic neuropathy by Method Spectral Analysis*. In: *Nowa diagnostyka w kardiowaskularnej autonomicznej neuropatii przy pomocy analizy spektralnej i metod medycyny nuklearnej*. Red. Szyszka, R. Lublin 2004, s.7-20 (ISBN 83-7222-209-6).
22. LACKO, A., BESTVINA, D.: *Presnejšia diagnostika autonómnej neuropatie*. *Medicina Militaris Slovaca* 3, 2001, č.2, s.8-12. (ISBN 1335-5139).

MOŽNOSTI VČASNEJ DIAGNOSTIKY KARDIÁLNEJ AUTONÓMNEJ DYSREGULÁCIE A ZÁVAŽNÝCH STRESOIDNÝCH FAKTOROV NA ZDRAVOTNÝ STAV GERONTOV

Lacko A., Straka J., Květenský J., Domenik J., Hruboň A., Bukatová, A.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Interná klinika

Súhrn

Autonómny nervový systém ovplyvňuje funkciu mnohých orgánov. Jeho funkčný stav možno zistiť viacerými metódami, ako napríklad vyšetrením variability srdcovej frekvencie pomocou spektrálnej analýzy, alebo metódami nukleárnej medicíny vyšetrením stavu adrenergnej inervácie myokardu ¹²³I- metyljódbenzylguanidín. V predchádzajúcich publikáciách sme poukázali na význam týchto vyšetrovacích metód pri diagnostike kardiovaskulárnych komplikácií u diabetikov, u stavov po infarkte myokardu, ale i pri stresových situáciách u študentov, atď. Cieľom tejto práce je poukázať na stav a zmenenú plasticitu autonómneho nervového systému u gerontov a jeho reakciu pri pôsobení stresoidných faktorov.

Kľúčové slová: autonómny nervový systém-variabilita srdcovej frekvencie- geronti

Summary

The autonomic nervous system affects function of many human organ systems. Its functional status can be assessed by many methods, e.g. spectral analysis of heart rate variability or examination of myocardial adrenergic innervation with ¹²³I- MIBG. In our previous studies we demonstrated a value of these methods for diagnostics of cardiovascular complications in patients with diabetes mellitus, myocardial infarction and stressful situations in students. The aim of this work is to show status and changes of autonomic nervous system in elderly people and reaction of this system on stress factors.

Key words: autonomic nervous system-heart rate variability- elderly people

Úvod

Prirodzenou túžbou človeka je zabezpečiť si v živote určitý stupeň pohody a spokojnosti. Táto skutočnosť sa stala dominantnou v definícii zdravia Svetovej zdravotníckej organizácie: „Zdravie je stav úplnej telesnej, psychickej a sociálnej pohody“. Túto skutočnosť je možno akceptovať u mladších vekových skupín obyvateľstva. Horšie je

tomu u staršej populácie. Kvalita života starších ľudí sa zhoršuje. Geronti (či seniori) sú naši spoluobčania vo veku nad 60 rokov. Do ich života zasahuje celý rad faktorov, ktoré môžu pôsobiť ako stresory a narušovať ich kvalitu života. Tieto vplyvy sa postupne stávajú predmetom sledovania s cieľom ich včasnej detekcie, analýzy a tvorby realizačných opatrení, ktoré by mohli kvalitu života gerontov udržať, či zlepšiť. Tento cieľ je však zložitý, jeho realizácia naráža na celý rad problémov. Zo zdravotníckeho hľadiska nás zaujíma otázka (okrem iného) ako včas detekovať takéto vplyvy, ktoré negatívne pôsobia na celý život a na zdravie stárnuceho jedinca. Diagnostika negatívnych vplyvov je dôležitá preto, že so stúpajúcim vekom klesá schopnosť jedinca sa vyrovnávať s celou skupinou negatívnych vplyvov vonkajšieho sveta. Dochádza k závažnej poruche, ktorá má za následok zhoršenie kvality života a nakoniec i vznik rôznych chorobných stavov. Závažné stresoidné faktory majú za následok vznik adaptačných mechanizmov charakterizovaných ako stres. Celú situáciu reakcie organizmu na závažné stresoidné faktory je možno dnes objektivizovať.

Na internej klinike ÚVN Ružomberok už niekoľko rokov sledujeme variabilitu srdcovej frekvencie (VSF) vybraných skupín ľudí (študenti, profesionálni vojaci, diabetici, pacienti po prekonanom infarkte myokardu, atď.), v súvislosti s opakovanými stresovými podnetmi. Sledujeme možnosť objektivizácie stresovej reakcie u rozličných skupín pacientov, i v rôznych životných situáciách (1, 2). Skupina gerontov, ktorá nejaví klinické známky ochorenia, nebola doteraz na našom pracovisku komplexne zhodnotená z pohľadu pôsobenia stresu, neboli zdokumentované a zhodnotené výsledky vyšetrení gerontov modernými vyšetrovacími metódami, napr. metódou vyšetrenia VSF spektrálnou analýzou alebo metódami nukleárnej medicíny. Preto sme pristúpili k objektivizácii možných dôsledkov negatívnych dopadov stresu u staršej populácie tak, aby bolo možno pristúpiť u ohrozených jedincov k preventívnym a včasným zásahom.

Súbor vyšetrených a metódy vyšetrenia

Súbor vyšetrených pozostával z 150 osôb a to 100 osôb kontrolnej skupiny a 50 gerontov. Prvú skupinu tvorilo 50 zdravých jedincov vo veku 20-49 rokov (20 mužov, 30 žien), druhú skupinu tvorilo 50 zdravých jedincov vo veku 50-79 rokov (23 mužov, 27 žien). Určiť priemerné hodnoty jednotlivých ukazovateľov spektrálnej analýzy v oboch skupinách bolo cieľom už predchádzajúcich prác (3). U 15 jedincov kontrolnej skupiny bola vykonaná pokojová i záťažová scintigrafia myokardu (^{99m}Tc - tetrofosmín) a vyšetrenie stavu sympatika myokardu ^{123}I -metyljódbenzylguanidín (MIBG).

Sledovaným súborom bol 50- členný súbor seniorov s vekovým priemerom 72 rokov (65-79 rokov) a to 28 mužov, 22 žien. Išlo o jedincov bez klinických známk ochorenia,

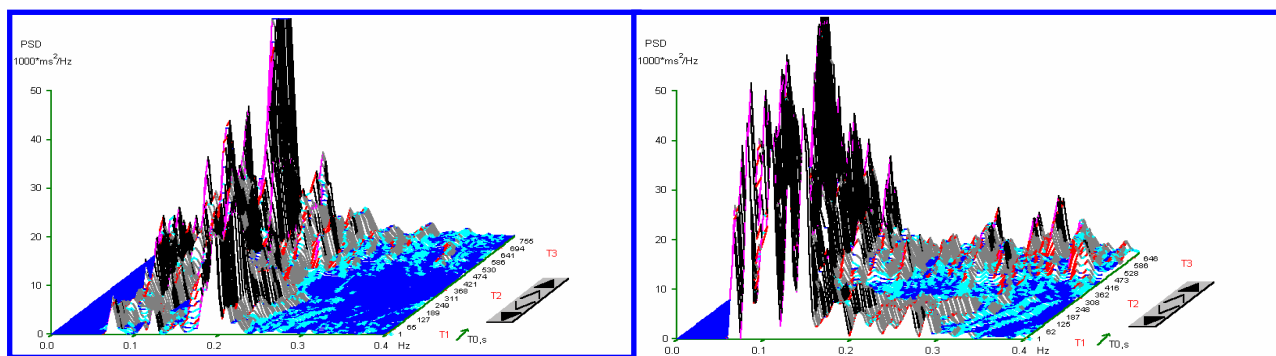
mentálne i psychicky zdravých, prejavujúcich životnú aktivitu a optimizmus. Vyšetrenie VSF spektrálnou analýzou vykonali za pokojových a štandardných pomienok a to stála teplota v miestnosti, dvojhodinový časový odstup po jedle, vyšetrenie v priebehu dopoludnia, 30 minútový pokoj pred vyšetrením, atď. Počas vyšetrenia sme vylúčili akékoľvek vonkajšie vplyvy. Vyšetrenie sme robili v polohe ľah-stoj-ľah pri spontánnom dýchaní. Vyšetrenie bolo tiež vykonané za stresovej situácie. Stresorom bol aritmetický stres (odpočítavanie od čísla 200 po 3 počas celého vyšetrenia). Zároveň u 15 jedincov z tejto skupiny sme vykonali pokojovú i záťažovú scintigrafiu myokardu (^{99}Tc - tetrofosmín) a vyšetrenie sympatika myokardu ^{123}I -MIBG.

Vyšetrenie VSF spektrálnou analýzou sme vykonali na mikropočítačovom systéme VariaCardio TF4. Periodické zmeny srdcovej frekvencie úzko súvisia s kolísaním pomeru sympatikovej a parasympatikovej tonizácie srdca, preto hodnotenie zmien srdcovej frekvencie pre jej dobrú registráciu sa považuje za najspoľahlivejší ukazovateľ činnosti autonómneho nervového systému (ANS). Pri tomto vyšetrení využívame telemetricky prenášaný EKG záznam s hodnotením 300 až 900 RR intervalov EKG Fouierovou transformáciou na nízkofrekvenčné pásmo 0,05-0,15 Hz (LF), ukazovateľa aktivity sympatika aj parasympatika a na vysokofrekvenčné pásmo 0,15-0,40 Hz (HF), ukazovateľa aktivity parasympatika. Výsledkom vyšetrenia je trojrozmerný graf, zobrazujúci spektrum variácií srdcovej frekvencie (7, 8).

Možnosť skvalitnenia diagnostiky účinkov stresu na ľudský organizmus vyšetrením ANS umožňujú i metódy nukleárnej medicíny. Vyšetrenie pokojovej i záťažovej scintigrafie myokardu bolo realizované štandardným spôsobom pomocou rádiofarmaka ^{99}Tc -tetrofosmín gamakamerou Millenium VG, Hawkeye (GEMS) podľa vypracovaného protokolu. Hodnotenie regionálnej distribúcie pomocou SPECT projekcií bolo vizuálne v škále normálna akumulácia až chýbanie akumulácie pre 5 segmentov- regiónov (hrot, septum, predná, bočná a spodná stena LK). Stav adrenergnej inervácie srdca sme vyšetřili analógom noradrenalinu ^{123}I -metajódbenzylguanidínom (MIBG). Po intravenózne aplikácii 100-200 MBq ^{123}I -MIBG po 15 minútach, po 4 hodinách i po 24 hodinách od podania boli snímané planárne projekcie hrudníka. Snímanie po 4 hodinách sa realizovalo aj SPECT technikou, výsledkom sú zrekonštruované SPECT rezy a polárne mapy srdca. Ako globálny ukazovateľ akumulácie ^{123}I -MIBG v myokarde sa stanovil index srdce/mediastinum po 4 hodinách od podania (S/M4). Ide o pomer priemernej aktivity v oblastiach záujmu nad srdcom a mediastínom. Zároveň sa stanovila aj miera vyplavovania rádiofarmaka z myokardu (tzv. Washout- WO), čo je relatívna zmena priemernej aktivity nad srdcom v čase medzi 15. minútou , 4. hodinou a 24. hodinou.

Výsledky

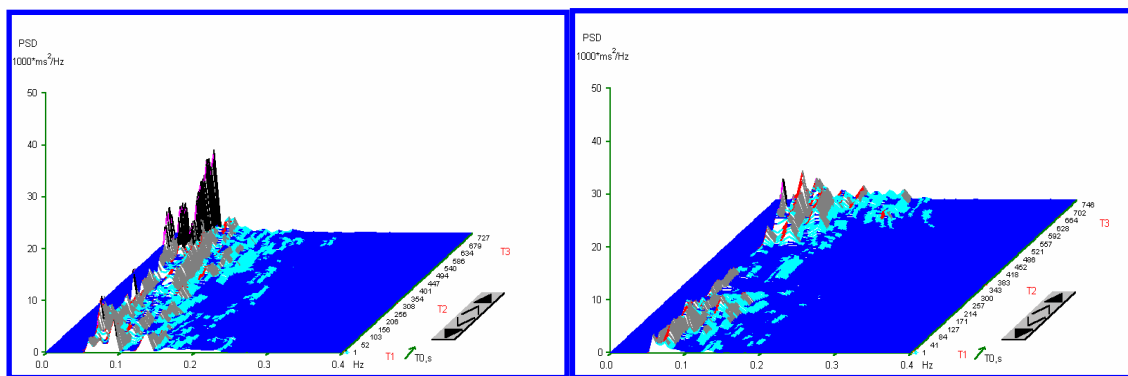
Pri vyšetrení VSF spektrálnou analýzou u zdravých jedincov sme zaznamenali jeden vrchol pri frekvencii 0,18Hz (HF zložka), druhý vrchol pri frekvencii 0,08 Hz (LF zložka) (obr.1).



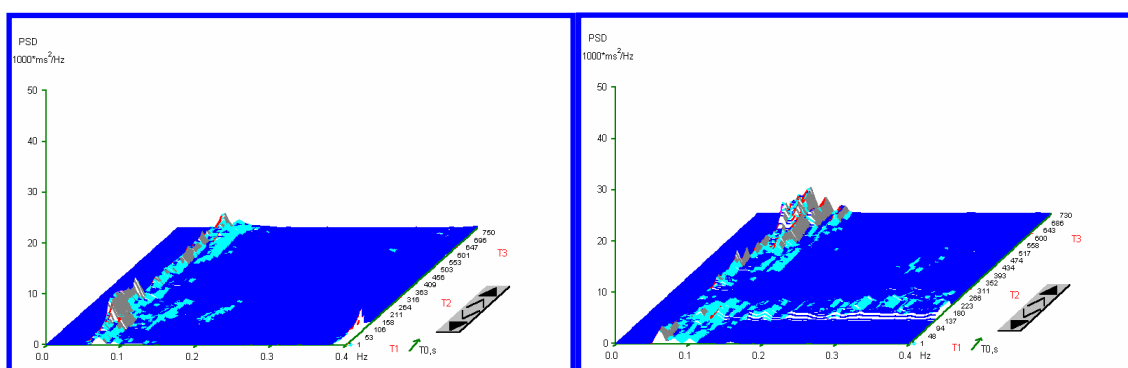
Obrázok 1 Normálne nálezy u 65-ročného muža: Vyšetrenie VSF spektrálnou analýzou pred stresom (vľavo) a počas stresu (vpravo)

Vekom sa znižuje výkon spektra oboch zložiek, výraznejšie ubúda aktivita parasympatika, aktivita baroreceptorov sa znižuje, pomer LF/HF je výraznejší, čo svedčí pre prevahu nízko-frekvenčnej zložky spektra (sympatika). Znižuje sa plasticita ANS.

V sledovanom súbore gerontov bola celkovo znížená sila denzity spektra, relatívne vyššie hodnoty hustoty spektra nízkej frekvencie (LF), veľmi nízke hodnoty hustoty spektra vysokej frekvencie (HF), pomer LF/HF svedčí pre prevahu sympatikovej aktivity. Z tejto skupiny sme pri vyšetrení VSF spektrálnou analýzou už za pokojových podmienok zistili podobný nález ako u kontrolnej skupiny. Títo geronti boli vo veku 65-70 rokov, výsledok hodnotíme ako normálny. U 20 gerontov, ktorí boli vo veku 68-74 rokov, sa zistil nález pripomínajúci incipientnú kardiálnu autonómnu dysreguláciu, bez klinických prejavov ochorenia. Celkovo bola znížená denzita spektra, prevaha sympatikovej aktivity. U 15 gerontov vo veku 67-76 rokov bol obraz rozvinutej kardiálnej autonómnej dysregulácie, taktiež bez známk somatického ochorenia (obr. 2,3).



Obrázok 2 Nálezy u 68-ročného muža: Vyšetrenie VSF spektrálnou analýzou pred stresom (vľavo) a počas stresu (vpravo) – obraz počínajúcej kardiálnej autonómnej neuropatie



Obrázok 3 Nálezy u 72-ročného muža. Vyšetrenie VSF spektrálnou analýzou pred stresom (hore) a počas stresu (dolu) – obraz rozvinutej kardiálnej autonómnej neuropatie

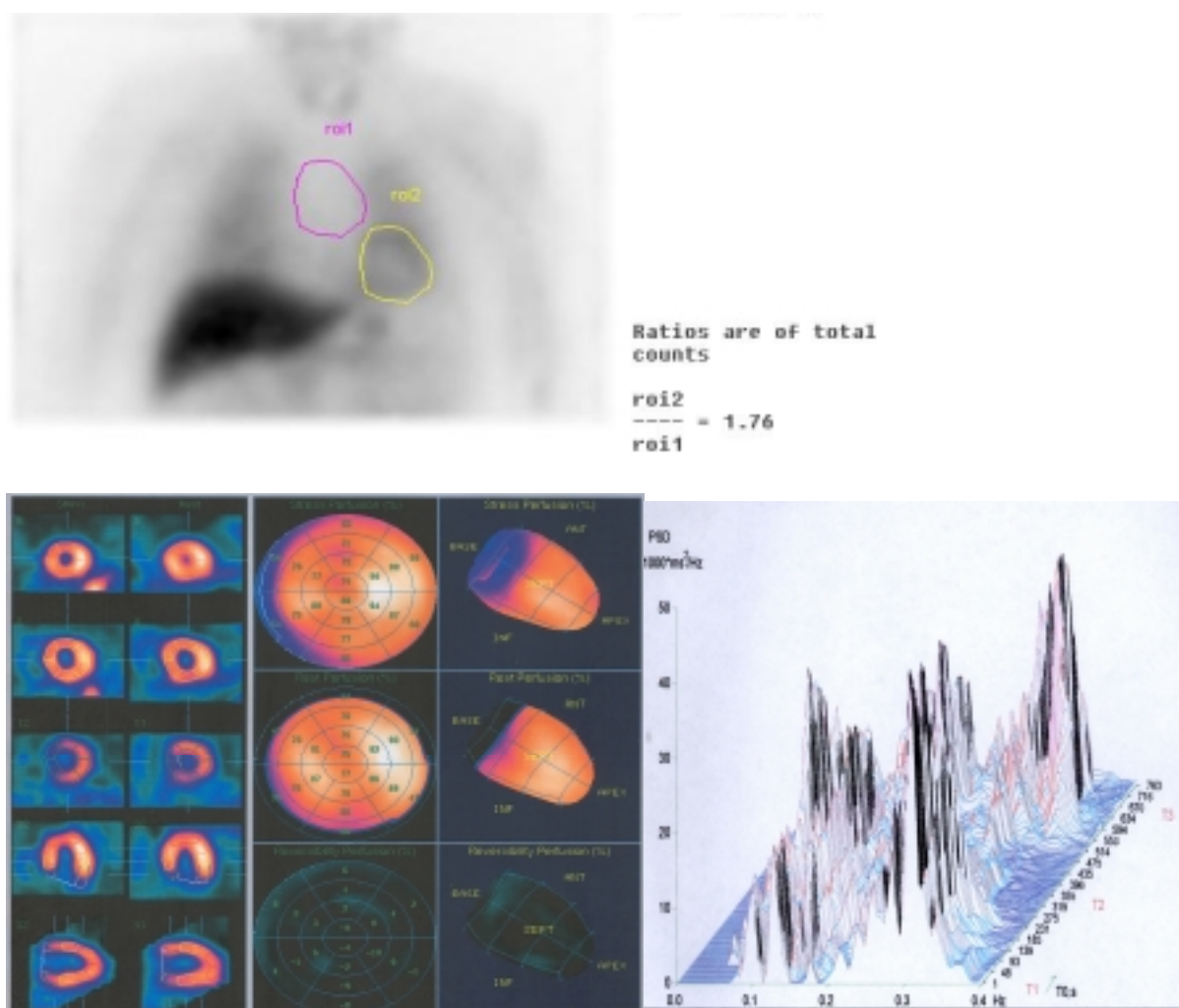
Priemerné hodnoty jednotlivých ukazovateľov spektrálnej analýzy u gerontov sú uvedené v tab.1.

Tabuľka 1 Priemerné hodnoty (x) ukazovateľov spektrálnej analýzy u gerontov pri jednotlivých stupňoch neuropatie (50-členný súbor gerontov pri vyšetrení pred a počas stresu – rozdelenie podľa výsledku: normálny nález, incipientná KAN, rozvinutá KAN).

Parametre SA	GERONTI					
	normálny n. (n = 15)		incip.KAN (n = 20)		Rozvin.KAN (n = 15)	
	v pokoji	Stres	v pokoji	stres	v pokoji	stres
Power LF (ms^2)	525	872*	256	271	83	85
Power HF (ms^2)	589	616	110	42	20	6
PSD LF (ms^2/Hz)	10 470	27 355*	2691	5011*	366	380
PSD HF (ms^2/Hz)	11 120	11465	850	847	100	95
MSSD (ms^2)	800	2 918	312	124	235	180
SD-štand. Dev. (ms)	72	73	44	38	19	19

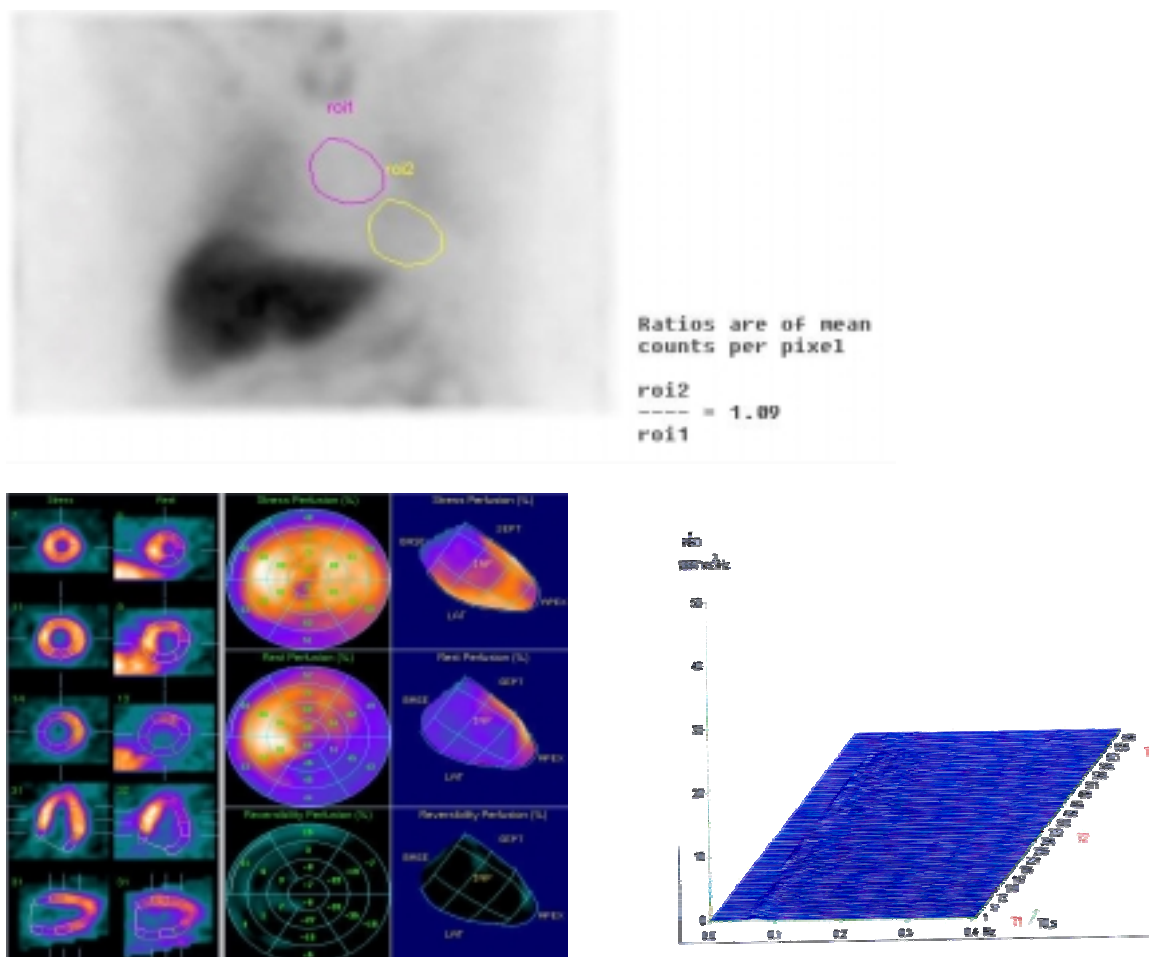
Pri stresovej reakcii gerontov s obrazom rozvinutej kardiálnej autonómnej dysregulácie sa takmer nezvyšuje aktivita sympatika ani parasympatika, je prevaha sympatika a je málo vyjadrená variabilita RR intervalov.

U 10 jedincov kontrolnej skupiny sme vyšetrili srdcový sval metódami nukleárnej medicíny. Bola vykonaná pokojová i záťažová scintigrafia myokardu ^{99}Tc - tetrofosmínom. Súčasne bola u týchto jedincov doplnená scintigrafia srdcového svalu zameraná na mapovanie receptorov sympatika rádiofarmakom ^{123}I - MIBG. Pri vyšetrení perfúzie neboli zistené jej poruchy. Ani pri vyšetrení ^{123}I -MIBG scintigrafiou, ktorá umožňuje zobraziť, kvantifikovať a neinvazívne tak posúdiť funkčný stav sympatikovej inervácie myokardu na regionálnej i globálnej úrovni neboli zistené zemny. Hodnoty indexu S/M4 sa pohybovali v rozpätí 1,95-2,39 (priemer 2,20), čo je normálne rozmedzie (obr.4)



Obrázok 4 Normálny nález: hore – index srdce/mediastínium pri vyšetrení MIBG, stred- rezy a polárna mapa pri SPECT-tetrofosmín (hore) a SPECT-MIBG(dole), dole-Spektrálna analýza

U 3 jedincov zo skupiny gerontov s normálnym nálezom pri vyšetrení VSF spektrálnou analýzou bol scintigrafický nález na myokarde normálny. U 13 jedincov so zmenenou VSF a to v zmysle rozvinutej kardiálnej autonómnej dysfunkcie sme zistili zmenený nález i pri vyšetrení ^{123}I - MIBG scintigrafii myokardu (obr. 5)



Obrázok 5 Patologický nález: hore – index srdce/mediastínium pri vyšetrení MIBG, stred-rezy a polárna mapa pri SPECT-tetrofosmín (hore) a SPECT-MIBG(dole)-defekt v oblasti bočnej a spodnej steny, dole-Spektrálna analýza

Zmeny boli prítomné jednak pri regionálnom (polárna mapa srdca) i pri globálnom hodnotení indexu S/M4, hodnoty ktorého sa pohybovali v rozmedzí 1,45- 1,88 (priemer 1,62) čo je štatisticky významný rozdiel pri porovnaní kontrolnej a tejto skupiny ($p < 0,05$).

Diskusia a závery pre prax

Problematike stresu je v súčasnej psychológii, klinickej medicíne i v praxi venovaná veľká pozornosť. Stres je hodnotený vo vzťahu k celkovej psychickej aktivite, vo vzťahu stresovaného a stresora (ov). Sledujú sa súvislosti medzi rôznymi osobnostnými faktormi, jednotlivými fyziologickými ukazovateľmi (kognitívne funkcie, metabolické zmeny, atď.). Hodnotí sa úloha „pozitívneho“ a „negatívneho“ stresu v ontogenéze človeka a sú hľadané spôsoby, ktorými by bolo možné predchádzať negatívnym vplyvom stresu na zdravie človeka (vznik tzv. civilizačných alebo psychosomatických ochorení).

Klasické psychologické prístupy na hodnotenie stresu môžu byť spojené s určitými obmedzeniami. Preto sa hľadajú spoľahlivejšie diagnostické metódy, ktoré by mohli ukázať stav autonómneho nervového systému, a tým zistiť mieru tohto vplyvu na človeka.

Vyšerenie VSF spektrálnou analýzou odhalilo asymptomatické zmeny ANS v zmysle kardiálnej autonómnej dysregulácie. Vykonané vyšetrenia potvrdili, že vekom postupne sa znižuje plasticita ANS. Potvrdila sa korelácia výsledkov vyšetrenia VSF spektrálnou analýzou a metód nukleárnej medicíny, hlavne zistenie stavu adrenergnej inervácie myokardu pomocou ¹²³I- MIBG. Metódy sa vzájomne dopĺňajú.

U všetkých gerontov v sledovanom súbore sme okrem zníženej plasticity VSF, minimálnej reakcie VSF na stres, potvrdili prevahu sympatika v činnosti srdca ako rizikového faktora mnohých kardiovaskulárnych chorien. U skupiny gerontov sledovaného súboru sme napriek neprítomnosti klinických prejavov ochorení zistili patologický nález VSF až obraz rozvinutej kardiálnej autonómnej dysregulácie.

Z poznania psychického i somatického stavu zdravia u starších osôb a z výsledkov vykonaných vyšetrení si dovoľujeme uviesť niektoré základné odporúčania pre prax:

Systematicky monitorovať zdravotný stav seniorov, nepodceňovať žiadnu oblasť ich zdravotných ťažkostí, zabezpečiť stabilitu a dostupnosť kvalitnej zdravotnej starostlivosti s prísnyim individuálnym prístupom.

Sústave sledovať psychický stav, eliminovať možné problémy a riziká, ktoré by mohli zhoršiť zraniteľnú pohodu gerontov.

Aktívne a cielene používať moderné diagnostické i terapeutické metódy v zdravotnej starostlivosti o gerontov.

Vytvárať vhodné rodinné, miestne i celospoločenské podmienky pre pokojový a aktívny život gerontov.

Zachovávať a rozvíjať prirodzenú úctu a vážnosť, ktorú naši seniori právom očakávajú a ktorú si určite zaslúžia.

Zabezpečiť praktickú realizáciu preventívnych, zdravotných, sociálnych, kultúrno-vzdelávacích i ekonomických programov umožňujúcich zlepšenie životného štýlu gerontov, atď.

Včas pristúpiť i ku komplexným preventívnym, ale aj liečebným cieľným zásahom.

Záver

Prácou sme chceli ukázať, že v súčasnej dobe je možno detekovať vplyv opakovaného záťažového podnetu na kvalitu života a nakoniec i zdravie človeka, pričom nás mimoriadne zaujíma problematika aplikovaná na skupinu starších ľudí. Z celospoločenského hľadiska sú mimoriadne dôležité odporúčania pre prax. Ich realizácia v celospoločenskom rámci je však stále obtiažna. Treba na túto problematiku upozorniť a celý stav riešiť. V našej práci sme chceli upozorniť na určité možnosti, ako by zdravotníci mohli prispieť ku zvýšeniu kvality života starších ľudí.

Zoznam bibliografických odkazov

1. LACKO, A., HRUBOŇ, A., BESTVINA, D. a spol.: Vplyv stresu na autonómnú reguláciu srdcovej činnosti. *Medicina Militaris Slovaca* 4, č. 1, 2001.
2. HRUBOŇ, A., LACKO, A. a spol.: Vyšetrenie variability srdcovej frekvencie spektrálnou analýzou pri kardiovaskulárnych ochoreniach. *Medicina Militaris Slovaca* 3, č. 2., 2001.
3. LACKO, A., HRUBOŇ, A., BESTVINA, D. a spol.: Presnejšia diagnostika kardiálnej autonómnej neuropatie. *Medicina Militaris Slovaca* 3, č. 2., 2001.
4. LACKO, A., BESTVINA, D., KVĚTENSKÝ, J. et al.: New diagnostic of cardioascular autonomic neuropathy by method spectral analysis. Lublin: KU Norbertinum, 2004.
5. LACKO, A., KOBELA, J., HRUBOŇ, A., DOMENIK, J. et al.: Stress influence on autonomous regulation of heart functions. Lublin: KU Norbertinum, 2004.
6. LACKO, A., KVĚTENSKÝ, J., DOMENIK, J.: Vplyv skúšky ako sresovej situácie na autonómnú reguláciu srdcovej činnosti. Bratislava: Zborník: Medzinárodný seminár vzdelávanie seniorov na Slovensku, 2004.

7. EWING, D. J. et al.: The value of cardiovascular autonomic function tests: 10 years experience in diabetes. Diabetes Care 8, 1985, s. 491-498.
8. PUMPRLA, J.: Variabilita srdeční frekvence: Význam měření pro praxi. In: Kapitoly z kardiologie 2001, č. 3, s. 66-70.
9. ŠIŠKA, E., OPAVSKÝ, J., OPAVSKÁ, H.: Vplyv experimentálního stresu na autonomní regulaci srdeční činnosti. Československá psychologie 42, 1998, č. 4. s. 244-265
10. ZIKMUND, V.: Zdravie, homeostáza. In: Homeostasis 2000, s. 109-113

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O DETI S PORUCHAMI VÝŽIVY

Remecká A., Vieriková I.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, detašované pracovisko v Levoči

Súhrn

Autorky popisujú ošetrovateľskú starostlivosť o deti s poruchami výživy. Ich cieľom je upozorniť na nárast výskytu ochorení, ktoré úzko súvisia so správnou výživou v prvých rokoch života, na možnosti diagnostiky, liečby a prevencie porúch výživy v detskom veku a na poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti pri holistickom prístupe k detskému pacientovi.

Opisujú význam dojčenia ako prirodzenej výživy dojčťa, zloženie mliečnej výživy, druhy náhradných mliek, postupy zavádzania príkrmov, zameriavajú sa na najčastejšie poruchy výživy v detskom veku. Autorky sa ďalej zaoberajú špecifikami ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta a ošetrovateľským procesom u konkrétneho pacienta. Ošetrovateľský proces obsahuje posudzovanie zdravotného stavu podľa Dr. M. Gordonovej, aktuálne a potencionálne diagnózy a plán ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: dojčenie, materské mlieko, umelá mliečna výživa, zavádzanie príkrmov, ošetrovateľská starostlivosť

Hlavným znakom detského obdobia života je rast a vývoj. Týka sa telesného, psychického a sociálneho vývoja.

Pri vyšetrovaní a posudzovaní potrieb dieťaťa s poruchami výživy je potrebné zamerať sa na hodnotenie stavu rastu a výživy, fyziologické rastové hodnoty, posúdenie základných zložiek stravy, dojčenie dieťaťa, umelú výživu.

Pojem porucha výživy zahŕňa všetky odchýlky od normálneho procesu výživy a tvorby telesných tkanív detského organizmu. Poruchy výživy môžu byť akútne a chronické a vznikajú z rôznych príčin:

1. Poruchy v správnej výžive – kvantitatívne pri nedostatočnom alebo nadmernom príjme potravy a kvalitatívne pri deficite alebo nadbytku niektorých zložiek potravy ako sú bielkoviny, sacharidy, tuky, vitamíny.

2. Poruchy spôsobené infekciami.

3. Poruchy podmienené endogénnymi faktormi – patria sem vrodené, morfológické, funkčné vývojové chyby (vrodené srdcové chyby, vrodené chyby tráviaceho traktu, enzymatické deficiencie).

4. Poruchy podmienené nedostatočnou starostlivosťou o dieťa – hygienické nedostatky, nedostatočná stimulácia psychického a citového vývoja dieťaťa - depriváčny syndróm.

U detí sa najčastejšie stretávame s akútnymi hnačkovými ochoreniami, ktoré delíme podľa príčin na:

- **infekčné** vyvolané vírusmi, baktériami, plesňami ev. parazitmi,
- **neinfekčné**, ktoré spôsobuje alergia, potravinová intoxikácia, alimentárne hnačky, liečba antibiotikami a inými liekmi, poruchy trávenia a resorpcie, poruchy imunity.

Podľa klinického obrazu poznáme dve formy hnačky:

- **dyspepsia simplex** – jednoduchá hnačka,
- **dyspepsia toxica - toxikóza.**

Ošetrovateľská starostlivosť o dieťa s poruchou výživy spočíva v starostlivosti o biologické, psychické a sociálne potreby, dôležitá je aj zdravotná výchova rodičov. Ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na zabezpečenie bio-psycho-sociálnych a spirituálnych potrieb dieťaťa. Pri ošetrovaní dieťaťa sa snažíme o materinský prístup, bojujeme proti hospitalizmu, zaisťujeme bezpečnosť dieťaťa, rozvíjame hygienické a vhodné stravovacie návyky, podávame lieky podľa ordinácie lekára, staráme sa o odpočinok a spánok dieťaťa, pozorujeme dieťa, sme ohľaduplní k bolesti dieťaťa a vykonávame prevenciu nozokomiálnych nákaz.

Plán ošetrovateľskej starostlivosti u 13 mesačného dieťaťa

Meno :	N. P.
Vek :	13 mesiacov
Pohlavie :	mužské
Matka :	A. P. r. č. 815512/XXXX
Poist'ovňa:	25-46
Bydlisko :	Poprad
Vzdelanie :	základné
Povolanie :	materská dovolenka
Otec :	P. P.
Povolanie :	nezamestnaný
Súrodenci :	dvaja, starší brat má astmu

Oddelenie : detské – batolaťatá
Lekárska diagnóza : Dyspeptický syndróm
Dátum prijatia : 15. 1. 2006 o 10. 00 hod
Dátum zberu údajov : 15. 1. 2006

- **Farmakoterapia :** Hylak kvapky, Ibalgin sirup, Apaurin, Primotren, Biseptol tbl
- **Rehydratácia:** 5% glukóza, fyziologický roztok, KCl, bikarbonát, ORS.
- **Realimentácia:** prvý deň tekutá bezmliečna, 2. - 4. deň bezmliečna batolivá, 5. deň – batolivá strava.
- **Lokálna liečba:** 1 x denne kúpeľ v hypermangánovom roztoku, salicylový olej do vlasatej časti hlavy, rivanolové obklady, rivanolový tekutý púder lokálne, sulfurová masť, modrá Indulona.

R.A. : rodičia zdraví, starší súrodenec má astmu, lieči sa, starí rodičia majú vysoký krvný tlak

O.A. : dieťa z tretej fyziologickej gravidity, pôrod spontánny, záhlavím, v ústave, v 36. týždni tehotenstva, pôrodná hmotnosť 2950g, dĺžka 48 cm, popôrodná adaptácia dobrá, novorodenecká žltáčka – fototerapia, očkovaný, coxy a obličky bpn. Dojčený 1 mesiac, potom Sunar. Hospitalizovaný nebol, dispenzarizovaný nie je v žiadnej odbornej ambulancii.

A.A. : u dieťaťa nebola zistená dosiaľ žiadna alergia

S.A. : rodina býva v trojizbovom panelovom byte spolu s rodičmi otca

Fyzikálne vyšetrenie detskou sestrou

- **koža:** špinavá, bledá, pigmentovo sfarbená, na predkolení stopy po škrabancoch, v podpazuší a krčnej oblasti zaparená, v perianálnej oblasti červená a mokvavá, turgor hraničný, vo vlasatej časti hlavy šupiny, opuchy neprítomné,
- **hlava:** mezocefalická, veľká fontanela 2x3cm, uši bez výtoku, z nosa séropurulentná sekrécia, zrenice izokorické, dutina ústna – sliznice suché, jazyk povlečený, dentícia,
- **krk:** bez patologických zmien, šija voľná,
- **hrudník:** klenutý bez deformít, počet dychov 52/min., akcia srdca pravidelná 148/min.,
- **horné a dolné končatiny:** teplé, vo fyziologickom postavení, bez opuchov,

- **brucho:** voľné, priehmatné, bez patologických nálezov, pečeň nehmatná, zvýšená peristaltika,
- **genitálie:** chlapčenské, fyziologické, testes v skrôte.

Vyšetrovacie metódy počas hospitalizácie

- FW: 15.1.2006 – 20/46, 20.1.2006 – 12/28,
- odber krvi na krvný obraz: 15.1.2006 - leukocyty mierne zvýšené 12,4, hemoglobín 115, ostatné parametre v norme, 19.1.2006 kontrolný odber v norme, hemoglobín 110,
- biochemické vyšetrenie krvi: 15.1.2006 - glukóza, urea, Cl, Na – normálne hodnoty, kálium - znížené 3,8, CRP – 15,4; 16.1.2006 – mineralogram v norme; 19.1.2006 – kontrolný odber v norme,
- vyšetrenie moča chemicky: pH, hnis, bielkovina, bilirubín, glukóza – negatívne, ketolátky pozitívne, moč chemicky vyšetovaný 1 krát denne,
- močový sediment: epitélie, leukocyty 1-2, prítomné baktérie,
- moč na kultiváciu a citlivosť: pôdy ostali sterilné,
- výter zo stolice: z 15.1.2006 *Proteus Morgani* citlivý na cotrimoxazol, amoksiklav, cefalotin, gentamycin, z 19.1.2006 normálna črevná flóra,
- stolica na adenovírusy a rotavírusy: negatívna,
- vyšetrenie vnútorného prostredia: 15.1.2006 - 10.30 hod, 14.00 hod - nekompenzovaná metabolická acidóza, 17.00 hod – ľahká metabolická acidóza, 16. - 20.1.2006 o 6.00 hod – kompenzovaná acidobázická rovnováha,
- USG brucha: 19.1.2006: primeraný nález na parenchymatóznych orgánoch brucha, zvýšená peristaltika, nález v norme.

Posudzovanie podľa Dr. M. Gordonovej

Dr. Marjory Gordonová je americkou profesorkou a koordinátorkou ošetrovateľstva na Boston College, Chestnut Hill v štáte Massachusetts. Je prezidentkou NANDA a členkou Americkej ošetrovateľskej akadémie, je autorkou ošetrovateľského modelu funkčných vzoriek zdravia. Vo svojom modeli vychádza z tvrdenia, že všetci ľudia majú spoločné určité vzorky, ktoré súvisia s ich zdravím, kvalitou života, s rozvojom ich schopností a dosiahnutím ľudského potenciálu. Posúdenie vzoriek zdravia umožňuje sestre určiť funkčné alebo dysfunkčné vzorky a určiť ošetrovateľskú diagnózu.

Dr. Gordonová model označuje ako „behaviorálne sekvencie“ čiže sled postupných činností, ktoré slúžia k celkovému zhodnoteniu pacientovho zdravotného stavu sestrou.

V modeli funkčných vzoriek zdravia je prvá časť ošetrovateľského procesu (zber informácií) založená na jedenástich funkčných vzorcoch zdravia. Tie reprezentujú základný okruh ošetrovateľských údajov, subjektívnych i objektívnych. Gordonová každý vzorec definuje a od tejto definície je odvodená ošetrovateľská diagnóza.

Gordonovej model funkčných vzoriek zdravia zahŕňa :

1. vnímanie zdravia – riadenie zdravia,
2. výživu – metabolizmus,
3. vylučovanie,
4. aktivitu – cvičenie,
5. spánok a odpočinok,
6. poznávanie a vnímanie,
7. vnímanie seba samého – predstava o sebe,
8. rolu a vzťahy,
9. reprodukciu a sexualitu,
10. prispôsobenie sa a vyrovnanie so stresom,
11. hodnotovú orientáciu a vieru.

1. Vnímanie zdravia – snaha o udržanie zdravia

A: Informácie od rodičov - tretie tehotenstvo fyziologické, pôrod v 36 týždni, spontánny, popôrodná adaptácia dobrá, mal novorodeneckú žltacku – fototerapia, očkovaný, na preventívne prehliadky chodili, posledná v novembri 2005, vtedy hmotnosť 10200g pred 4. mesiacmi mal angínu, užíval Penicilín, vážnejšie chorý nebol, úrazy nemal. Pred dvoma týždňami liečený pre stomatitídu a respiračný infekt. Užíval Cefaclen a Fenistil. Od včera febrility do 39°C, dyspnoický, kaše, má riedke zelené stolice 5-6 krát denne, odmieta jesť a piť.

B: Rodičia – žijú zo sociálnych dávok v panelovom byte s manželovými rodičmi, otec je nezamestnaný, doma nefajčia, sú zdraví, súrodeneц má astmu, starí rodičia majú vysoký krvný tlak.

C: Pozorovanie – dieťa je špinavé, hypotrofické, negativistické. Rodičia sú rómskeho etnika, zanedbaní, otec poskytuje údaje o dieťati, s manželkou rozpráva rómsky.

2. Výživa – metabolizmus

A: Informácie od rodičov – dieťa bolo dojčené 1 mesiac, potom mu dávali Sunar asi do 4 mesiacov, následne mu dávali „*mlieko z obchodu*“, od šiestich mesiacov mu dávali „*to čo sme jedli aj my*“, chuť do jedla má dobrú až kým neochorel, mlieko pije z fľaše, ináč kŕmený lyžicou. Dva dni odmieta jesť a piť pri ponúkaní stravy nauzea, nezvracal. Vážený každé 2 mesiace v detskej poradni, priberal dobre.

B: Pozorovanie – antropometrické merania – výška 89 cm, hmotnosť 10500 g.

Koža – hypotonický habitus, bledá, špinavá, nechty neupravené, turgor kože hraničný, v okolí krku a v podpazuší zapareniny, v perianálnej oblasti koža červená, mokvavá, na vlasatej časti hlavy šupiny, na predkolení stopy po škrabancoch.

3. Vylučovanie

A: Informácie od rodičov – asi 2 dni má riedke zelené stolice s prímiesou hlienov, 5-6 krát denne, pred ochorením stolica hnedá formovaná 1-2 krát denne. Močí do plienok, ráno moč tmavo sfarbený, množstvo nevedia udať. Asi pred 3 dňami zhoršenie vzhľadu kože v okolí genitálií, ošetrovaný modrou Indulonou. „*Má citlivú pokožku, stále keď sa pokaká má vyrážky*“. Dieťa balia do bavlnených plienok, v noci sa nadmerne potí.

B: Pozorovanie – pri príjme má dieťa zelenú riedku stolicu s prímiesou hlienov, moč je tmavý, kyslo zapáchajúci, v plienkovej oblasti červená mokvavá koža.

4. Aktivita – cvičenie

A: Informácie od rodičov – kúpanie – dieťa kúpu 3 krát za týždeň vo vani, používajú bežné mydlo. Obliekanie – dieťa sa nevie samo obliecť. Denné činnosti – v postieľke sa hrať nechce, vyžaduje spoločnosť matky, obľúbenou hračkou je plyšový medvedík.

Pohyblivosť – dieťa samo sedí, v postieľke sa postaví, s pomocou prejde pár krokov, chôdza je nestabilná, pýta sa na ruky. Starostlivosť o seba samého – dieťa sa nevie samo najesť, obliecť, umyť, nevie rozprávať, potrebuje starostlivosť matky.

B: Pozorovanie – dieťa zrýchlene dýcha, frekvencia 52/min, tachykardia, frekvencia 150/min, tlak krvi 45/90 mmHg, telesná teplota 38,9°C.

5. Spánok – odpočinok

A: Informácie od rodičov – dieťa spáva od 19. 00 hod do 5. 00 hod, ráno si pýta mlieko do fľaše, zaspáva samo v postieľke pri zapálenom svetle, v noci sa nezvykne budiť. Počas dňa spí asi 3 hodiny poobede. Posledné dve noci sa budil, bol celý prepotený mal teplotu do 39°C.

B: Pozorovanie – v náručí matky dieťa podriemkáva, ináč je mrzuté, na odlúčenie od matky reaguje plačom a krikom, telesná teplota je 38,9°C.

6. Vnímanie – poznávanie

A: Informácie od rodičov – dieťa reaguje na oslovenie matkou, pri vyšetrení je uplakané, pri ukazovaní sleduje hračky, naťahuje sa za nimi, vie ich uchopiť, obzerá si nové predmety, pozná svoje meno, džavotá, snaží sa opakovať jednoduché slová.

B: Pozorovanie – dieťa je uplakané pri vyšetrení, pri oslovení spozornie, obzerá si nové prostredie, naťahuje sa za hračkami, vie ich uchopiť. Dieťa bolestivo reaguje pri palpačnom vyšetrení brucha.

7. Sebakoncepcia – sebaúcta

A: Informácie od rodičov – dieťa je hravé, rado sa predvádza, nadväzuje kontakt s ľuďmi, s ktorými prichádza do styku. Pozná svoje meno, snaží sa ho opakovať.

B: Pozorovanie – dieťa negatívne ovplyvňuje hospitalizácia, na odlúčenie od rodičov reaguje plačom a krikom.

8. Role – medziľudské vzťahy

A: Informácie od rodičov – päťčlenná rodina bývajúca v panelovom byte s rodičmi otca, otec nezamestnaný, poberajú sociálne dávky, snažia sa deťom uspokojiť základné potreby, aj keď sú vo finančnej tiesni. Dieťa je zvyknuté na prítomnosť matky, ešte nikdy nebolo odlúčené od rodičov.

B: Pozorovanie – dieťa je spokojné v náručí matky, je citovo naviazané na matku.

9. Sexualita – reprodukčná schopnosť

Tento vzorec zdravia sa vzhľadom na vek pacienta nedá posúdiť.

10. Stres, záťažové situácie – ich zvládnutie a tolerancia

A: Informácie od rodičov – dieťa nebolo dosiaľ vystavené stresu, obávajú sa ako zareaguje na hospitalizáciu

B: Pozorovanie – dieťa je negativistické, bojí sa neznámeho.

11. Viera – životné hodnoty

A: Informácie od rodičov – „do kostola nechodíme, ale sme veriaci, malý je aj pokrstený“.

B: Pozorovanie – dieťa má duchovnú oporu v matke.

Ošetrovateľské diagnózy aktuálne

- Deficit objemu tekutín v súvislosti s nechutenstvom a hnačkami prejavujúci sa suchými sliznicami, zníženým turgorom kože a febrilitami.
- Narušená celistvosť kože v súvislosti s hnačkami prejavujúca sa mokvaním, bolesťou a plačom pri prebaľovaní.
- Bolesť akútna v súvislosti s diagnostickými a liečebnými zásahmi, prejavujúca sa plačom, mimickým vyjadrením pocitov bolesti a výrazným nekľudom.
- Hnačka v súvislosti s ochorením prejavujúca sa častými riedkymi stolicami, hmotnostným úbytkom, suchými sliznicami a zmenami v hladine minerálov.
- Zmenená výživa: menší príjem ako telesná spotreba v súvislosti s ochorením prejavujúca sa nechutenstvom, hmotnostným úbytkom, nauzeou a odmietaním potravy.
- Narušený spánok v súvislosti so zmeneným prostredím prejavujúci sa prerušovaným spánkom, výrazným nekľudom a plačom po prebudení.

Potencionálne ošetrovateľské diagnózy

- Riziko úrazu v súvislosti s vekom pacienta a zmenou prostredia.
- Riziko problémového rodičovstva v súvislosti s nedostatkom vedomostí o vhodnej výžive a starostlivosti o pacienta.

Záver

Hnačkové poruchy výživy u detí patria medzi najčastejšie ochorenia, ktoré si vyžadujú hospitalizáciu. V dôsledku častých stolíc, vracania, zvýšenej telesnej teploty, nechutenstva a odmietania potravy dochádza u detí k rýchlej dehydratácii a ak nie je zahájená včasná rehydratácia dieťaťa rozvíja sa metabolická acidóza a šok. Ošetrovateľská starostlivosť o tieto deti si vyžaduje mimoriadne zručnosti, predvídavosť i vedomosti detskej sestry. Uspokojovanie biologických potrieb detí je prioritou v starostlivosti, lebo ich neuspokojenie ohrozuje život dieťaťa. Počas ochorenia a najmä počas hospitalizácie je výraznejšia u detí potreba lásky a bezpečia, dieťa prežíva strach z neznámeho prostredia, z odlúčenia od rodičov. Dôležitý je prístup a komunikácia sestry s dieťaťom i rodičmi. Každý úkon sestry vykonaný s láskou a porozumením, utišujúce slovo a láskavý empatický prístup uľahčí dieťaťu i rodičom chvíle strávené v nemocničnom prostredí.

V súčasnej dobe sa pozornosť sústreďuje na prevenciu týchto ochorení. Poznatky v odbore zaznamenávajú trvalý pokrok. Sestra ako jeden z prvých zdrojov informácií, hlavne v primárnom zariadení, by sa mala snažiť o sústavnú edukáciu rodičov o vhodnej výžive už od narodenia dieťaťa.

Zdravotná výchova je zaradená na konci liečebného procesu, preto sestra sa musí snažiť pozdvihnúť zdravotno-výchovný proces do popredia. Len tak môžeme zabrániť rozvoju viacerých ochorení, ktoré úzko súvisia so správnou výživou.

A čo potrebuje detský pacient ako klient od zdravotného personálu? Kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, profesionálne správanie, pochopenie, dotyk, úsmev, schopnosť a ochotu vypočuť, efektívnu komunikáciu, rešpekt k ľudskej dôstojnosti, súkromiu, právam a veľa empatie.

Zoznam bibliografických odkazov

1. AMEŠNÁ, K.: 2003.: Starostlivosť o dieťa s horúčkou. Sestra, 11/2003. s. 42 (časopis).
2. BEŇO, I.: 2001 :Náuka o výžive. Martin: Osveta, 2001. ISBN 80-8063-126-3.
3. BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. 2000.: Pediatrické ošetrovateľstvo. Martin: Osveta, 2000. ISBN 80-8063-050-X.
4. CALLAGHAN, Ch. 2005.:Pediatrie do kapsy. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0933-3.
5. FENDRYCHOVÁ, J. a kol. 2001.: Ošetrovateľské diagnózy v pediatrii. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001.
6. HALAMOVIČOVÁ, V.: Aby deti neboli smädné. Dieťa 10/2005. s. 63 (časopis).
7. HOUŠTĚK, J. a kol. 1982.: Pediatrická propedeutika. Praha: Avicenum, 1982. ISBN 08-021-82.
8. CHLÁDKOVÁ, J.: Prevence alergických onemocnění: vliv zevního prostředí a výživy. Čtvrtletní noviny 2/2005. s. 1 (časopis).
9. JAKUŠOVÁ, L., DOSTÁL, A.2003.: Výživa dieťaťa v prvom roku života. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80-8063-130-1.
10. JUNGOVÁ, I.: Dojčenie a alergické ochorenia. Dieťa 10/2005. s. 24 (časopis).
11. KLIMO, F. a kol.1991.:Všeobecné lékařstvo 4. Martin: Osveta, 1991. ISBN 80-217-0281-8.
12. KOSNÁČKOVÁ, J.: Použitie Nutrilonu 1 Pepti. Čtvrtletní noviny 2/2005. s. 6 (časopis).
13. KOZIEROVÁ, B. a kol. 1995.:Ošetrovateľstvo 1.,2.. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
14. KRIŠTOFOVÁ, E.: Potreby detí. Sestra 10/2004. s. 29 (časopis).
15. NEVORAL, J. a kol.: Výživa v dětském věku. Praha: H&H Vyšehradská, s. r. o., 2003. ISBN 80-86-022-93-5.
16. ŠAGÁT, T. a kol.1991: Pediatria. Martin: Osveta, 1991. ISBN 80-217-0337-7.

JE OŠETROVATEĽSKÝ PROCES BRZDOU V PRÁCI PÔRODNEJ ASISTENTKY?

Simočková V.¹, Peřinová N.², Doleřalová E.³

¹ Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ruřžomberku, detařšované pracovisko
v Kořšiciach

²Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana, Preřšov

³Stredná zdravotnícka řškola, Michalovce

Súhrn

Cieľom príspevku je poukázať na skúsenosti pôrodných asistentiek s metódou ošetrovateľského procesu. Príspevok je doplnený o prieskum zameraný na uvedenú problematiku.

Kľúčové slová: pôrodná asistentka, ošetrovateľský proces, prieskum

Úvod

Príspevok je zameraný na postoj pôrodných asistentiek k metóde ošetrovateľského procesu a na skúsenosti, ktoré majú pôrodné asistentky s jeho realizáciou v praxi.

Podľa zákona 576/2004 ř 2 o zdravotnej starostlivosti poskytujú na Slovensku sestry a pôrodné asistentky ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu. Preto je veľmi dôležitá, aby kařždá pôrodná asistentka poznala túto metódu a aby ju vedela správne uplatňovať v praxi. Názory odbornej verejnosti na zavádzanie ošetrovateľského procesu boli spočiatku veľmi rozpačité. Bolo to spôsobené aj tým, ře nie všetky pôrodné asistentky mali možnosť sa s touto novou metódou dokonale oboznámiť. Z toho dôvodu vznikalo veľa nejasností a nedorozumení pri aplikácii tejto metódy.

Metodika

Prieskumom sme zisťovali skúsenosti pôrodných asistentiek s realizáciou ošetrovateľského procesu v praxi. Pouřžili sme neřstandardizovaný dotazník pozostávajúci zo 17 položiek. Prieskumnú vzorku tvorilo 97 pôrodných asistentiek z kořšických a preřšovských gynekologicko-pôrodných pracovísk. Prieskum bol realizovaný v mesiaci február a marec v roku 2006.

Výsledky

Tabuľka 1 Dĺžka praxe pôrodných asistentiek

Položka dotazníka	Počet respondentiek	Percentuálne vyjadrenie
Menej ako 1 rok	3	3
Viac ako 1 rok – 5 rokov	10	10
6 – 10 rokov	16	16
11 – 20 rokov	26	27
Viac ako 20 rokov	42	43

Tabuľka 2 Najvyššie dosiahnuté vzdelanie

Položka dotazníka	Počet respondentiek	Percentuálne vyjadrenie
Stredoškolské	41	42
Vyššie odborné vzdelanie	47	48
Vysokoškolské 1. st. (Bc.)	7	7
Vysokoškolské 2. st. (Mgr.)	2	2
Iné	0	0

Ako vidieť z tabuliek 1, 2, najviac boli zastúpené pôrodné asistentky s viac ako dvadsaťročnou praxou (43 %) a mali ukončené vyššie odborné vzdelanie (48 %).

Tabuľka 3 Realizovanie ošetrovateľského procesu

Položka dotazníka	Počet respondentiek	Percentuálne vyjadrenie
U každej novoprijatej pacientky	85	87
Len u pacientky s vážnym stavom	5	5
Iné	7	7

87 % respondentiek uviedlo, že ošetrovateľský proces robí u každej novoprijatej pacientky.

Tabuľka 4 Dokumentácia

Položka dotazníka	Počet respondentiek	Percentuálne vyjadrenie
Špeciálne upravená	74	76
Univerzálna	20	20
Iné	3	3

¾ pôrodných asistentiek uviedlo, že ošetrovateľská dokumentácia, ktorú používa pri zaznamenávaní údajov o pacientke, je špeciálne upravená pre potreby daného pracoviska.

Tabuľka 5 *Názor pôrodných asistentiek na skvalitnenie práce
metódou ošetrovateľského procesu*

Položka dotazníka	Počet respondentiek	Percentuálne vyjadrenie
Skvalitňuje prácu	24	24
Brzdí prácu	67	68
Iné	6	6

Iba štvrtina opýtaných si myslí, že ošetrovateľský proces skvalitňuje prácu v pôrodnej asistencii. Viac ako 2/3 respondentiek uviedlo, že ošetrovateľský proces brzdí prácu pôrodnej asistentky.

Tabuľka 6 *Problémy pri dokumentovaní jednotlivých krokov ošetrovateľského procesu*

Položka dotazníka	Počet respondentiek	Percentuálne vyjadrenie
1. krok	1	1
2. krok	8	8
3. krok	8	8
4. krok	16	16
5. krok	1	1
Neuvádza	65	66

2/3 respondentiek neuviedlo žiaden krok. 16 % uviedlo 4. krok – realizáciu.

Tabuľka 7 *Kto spracúva ošetrovateľskú dokumentáciu*

Položka dotazníka	Počet respondentiek	Percentuálne vyjadrenie
Každá pôrodná asistentka	91	93
Iba pôrodné asistentky s vyšším vzdelaním	6	6

93 % opýtaných uviedlo, že každá pôrodná asistentka spracúva ošetrovateľskú dokumentáciu.

Tabuľka 8 *Posudzovanie podľa niektorého modelu*

Položka dotazníka	Počet respondentiek	Percentuálne vyjadrenie
Áno	9	9
Nie	88	90

Pri posudzovaní nepoužíva žiaden model 90 % respondentiek.

Tabuľka 9 Postoj pôrodných asistentiek k metóde ošetrovateľského procesu

Položka dotazníka	Počet respondentiek	Percentuálne vyjadrenie
Rešpektuje tento systém práce	40	41
Negatívny postoj	54	55
Iné	3	3

Viac ako polovica opýtaných zaujíma negatívny postoj k metóde ošetrovateľského procesu.

Tabuľka 10 Využívanie vyhlášky 306/2005 (sesterské diagnózy)

Položka dotazníka	Počet respondentiek	Percentuálne vyjadrenie
Áno	75	77
Nie	22	22

Viac ako $\frac{3}{4}$ pôrodných asistentiek uviedlo, že pri dokumentácii využíva vyhlášku MZ SR č. 306/2005 sesterské diagnózy.

Tabuľka 11 Časové zvládanie vyplnenia dokumentácie

Položka dotazníka	Počet respondentiek	Percentuálne vyjadrenie
Áno	25	26
Nie	64	65
Iné	8	8

Iba štvrtina pôrodných asistentiek uviedla, že stíha vyplniť dokumentáciu bez časovej tiesne.

Diskusia

Konštatujeme, že v gynekologicko-pôrodných zariadeniach, v ktorých bol realizovaný prieskum, sa pracuje metódou ošetrovateľského procesu takmer na 90 %. Väčšinou sa používa na gynekologicko-pôrodných pracoviskách špeciálne upravená ošetrovateľská dokumentácia. Pôrodné asistentky využívajú pri práci vyhlášku MZ SR č. 306/2005 (sesterské diagnózy). Pri posudzovaní nevyužívajú žiaden ošetrovateľský model.

Postoj pôrodných asistentiek k metóde ošetrovateľského procesu je v 55 % negatívny. Až 2/3 opýtaných uvádza, že uvedená metóda brzdí prácu pôrodnej asistentky a potrebnú dokumentáciu vyplňa často v časovej tiesni. Je zaujímavé, že až 2/3 pôrodných asistentiek neuvádza žiaden problém pri dokumentovaní jednotlivých krokov ošetrovateľského procesu. Najviac problémovým sa na základe odpovedí zdá byť štvrtý krok

– realizácia. Z nášho pohľadu by však tento krok mal byť najmenej problémový, nakoľko ide o zdokumentovanie toho, čo sa u pacientky urobí.

Domnievame sa, že v istom zmysle sa pod tieto negatívne výsledky prieskumu podpísal aj súbor respondentiek, nakoľko takmer polovica z nich pracuje viac ako 20 rokov. Tieto pôrodné asistentky boli dlhé obdobie zvyknuté pracovať metódou funkčného ošetrovania, ktoré bolo založené na lekárskejších ordináciách a fyzickej starostlivosti. Ošetrovateľská starostlivosť bola rozdrobená, dôraz sa kládol na bezchybné výkony, nie na potreby pacienta a psychickú starostlivosť, čím sa strácala jeho individualita.

Záver

Každá zmena, ktorá sa zavádza, sa spočiatku vníma ako bolestivá. Ukazuje sa však, že práca pomocou metódy ošetrovateľského procesu má svoje pozitíva. Dokumentovanie, ktoré je dôležitou súčasťou ošetrovateľského procesu, poskytuje prehľad o sesterských diagnózach a spôsobe ich riešenia, sústreďuje všetky ošetrovateľské činnosti, ktoré sa u pacienta počas hospitalizácie realizujú a veľkou prednosťou je skutočnosť, že dokumentácia je právnym dokladom. Stále viac pôrodných asistentiek si uvedomuje tieto fakty, ktoré slúžia na skvalitnenie práce pri ošetrovaní pacienta a zaujíma kladné stanovisko k uvedenej metóde.

STRESOIDNÉ FAKTORY U SESTRY MANAŽÉRKY

Peřinová N.¹, Simořková V.²

¹Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana, Prešov

² Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, detašované pracovisko v Košiciach

Súhrn

Cieľom príspevku je poukázať na vysoké riziko stresovej situácie u sestry manažérky. Príspevok je doplnený o prieskum zameraný na uvedenú problematiku.

Kľúčové slová: sestra manažérka, stres, syndróm vyhorenia, eliminácia rizík

Úvod

Povolanie sestry patrí do skupiny dvanástich najstresujúcejších povolaní (Škrla, 2003). Keď sestra navyše pracuje v pozícii manažérky, stresové zaťaženie neúmerne stúpa. Charakter práce, ktorá sama o sebe je zdrojom mnohých stresových situácií, môže byť príčinou toho, že sestra, ktorá je na začiatku svojej praxe plná ideálov, sa časom mení na človeka, ktorý svoju prácu vykonáva stereotypne a s nechutou, na osobu, ktorá sama potrebuje pomoc.

Sestra manažérka je neúnosne zaťažovaná, často nie je schopná zladať pracovné a rodinné povinnosti. Podľa Šnýdrovej (2006) tiež rodinné starosti, nedorozumenia a konflikty môžu znižovať pozornosť a výkon v práci sestry. Spoločenský status a nedostatočné ohodnotenie sestry nielen finančné, ale aj morálne, nepriaznivo ovplyvňuje jej duševnú rovnováhu. Oproti iným skupinám je sestra vystavená pôsobeniu stresu zo všetkých strán, čo môže postupne viesť k „syndrómu vyhorenia“. Preto je potrebné tejto problematike venovať zvýšenú pozornosť. Hlavný dôraz treba dávať na prevenciu a elimináciu rizík. Predchádzať dopadom stresu treba v prvom rade poznaním príčin a príznakov, ktoré môžu viesť k syndrómu vyhorenia.

Medzi základné odporúčania pre sestry manažérky patria:

- naučiť sa zvládať stres
- naučiť sa relaxovať
- zdokonaľovať sa v efektívnej komunikácii
- budovať pracovné vzťahy založené na dôvere a podpore okolia
- organizovať si čas s vymedzením času na oddych
- optimalizovať počty sestier na jednotlivých pracoviskách

- zabezpečiť vhodné materiálne–technické vybavenie s cieľom znížiť fyzickú a psychickú záťaž
- venovať pozornosť tvorbe sociálnych programov

Metodika

Príspevok je doplnený o prieskum, ktorého cieľom bolo zistiť, ako vplýva stresové zaťaženie na sestry manažérky. Pre uskutočnenie prieskumu sme použili neštandardizovaný dotazník. Prieskumnú vzorku tvorilo 66 respondentiek. Do prieskumu boli zapojené manažérky na všetkých úrovniach riadenia. Na strednej a prvostupňovej úrovni boli manažérky zastúpené z Fakultnej nemocnice J. A. Reimana v Prešove, top manažérky boli z nemocníc košického a prešovského regiónu. Základným kritériom pre zaradenie respondentiek do prieskumnej vzorky bolo, aby respondentky boli manažérkami v zdravotníckom zariadení. Prieskum bol realizovaný v mesiaci január a február v roku 2006.

Výsledky

Identifikačné údaje o respondentkách uvádzame v tabuľkách 1 – 3.

Tabuľka 1 *Dĺžka trvania riadiacej funkcie*

Položka dotazníka	Počet respondentov	Počet v %
Menej ako rok	2	3
Viac ako 1 rok - 5 rokov	16	24
6 - 10 rokov	18	27
11 - 20 rokov	21	32
Viac ako 20 rokov	9	14

Tabuľka 2 *Úroveň manažérskej funkcie*

Položka dotazníka	Počet respondentov	Počet v %
Vrcholová	11	17
Stredná	34	51
Prvostupňová	21	32

Tabuľka 3 Stupeň dosiahnutého vzdelania

Položka dotazníka	Počet respondentov	Počet v %
Stredoškolské	9	14
Vyššie odborné vzdelanie	36	55
Vysokoškolské 1. st. (Bc.)	1	1
Vysokoškolské 2. st. (Mgr., PhDr.)	19	29
Vysokoškolské 3. st. (CSc., Ph.D.)	1	1

Ako vidieť z tabuliek 1 - 3, v prieskume bola najviac zastúpená skupina manažérov, ktoré sú v riadiacej funkcii 11 – 20 rokov (32 %), pôsobia na strednej úrovni riadenia (51 %) a majú ukončené vyššie odborné vzdelanie (55 %).

Tabuľka 4 Stres pri práci

Položka dotazníka	Počet respondentov	Počet v %
Áno	44	67
Nie	14	21
Iné (uved'te)	8	12

2/3 sestier manažérov uviedlo, že pri svojej práci zažívajú stresové situácie.

Tabuľka 5 Frekvencia výskytu stresových situácií

Položka dotazníka	Počet respondentov	Počet v %
Denne	28	42
2-3 krát za týždeň	21	32
1 krát týždenne	17	26

Denný výskyt stresových situácií uvádza 42 % manažérov.

Tabuľka 6 Stresové faktory

Položka dotazníka	Počet respondentov	Počet v %
Terminované úlohy	13	20
Nedostatok personálu	25	38
Nedostatok zdrav. materiálu	15	22
Náhle zmeny zdrav. stavu pacientov	4	6
Interpersonálne vzťahy	9	14

38 % respondentiek uviedlo, že za najčastejší stresový faktor vo svojej práci považujú nedostatok personálu.

Tabuľka 7 Čas potrebný na vyrovnanie sa so stresom

Položka dotazníka	Počet respondentov	Počet v %
Dokážem sa sústrediť ihneď	43	65
Často trvá aj hodinu , kým sa upokojím	7	11
Celý deň mám pokazený	14	21
Nedokážem sa sústrediť ani ďalší deň	0	0
Iné (uved'te)	2	3

Päťina manažérok má vplyvom stresovej situácie pokazený celý deň.

Tabuľka 8 Spôsoby vyrovnaní sa so stresovou situáciou

Položka dotazníka	Počet respondentov	Počet v %
Snažím sa vyriešiť problém , ktorý vyvolal stresovú situáciu	58	88
Zostanem na chvíľu sám/sama aby som si premyslel/a ďalšie kroky	22	33
Porozprávam sa o tom s kolegom/kolegyňou, aby sa mi uľavilo	32	48
Užijem lieky na upokojenie	0	0
Zapálím si cigaretu	7	11
Dám si štamperlík	2	3
Iné (uved'te)	3	5

Respondentky mohli pri tejto otázke uviesť viac možností. Až 88 % uviedlo, že sa snaží vyriešiť problém, ktorý vyvolal stresovú situáciu.

Diskusia a záver

Z výsledkov prieskumu vyplýva, že sestry manažérky sa denne stretávajú so situáciami, ktoré sú z ich pohľadu hodnotené ako stresové, predovšetkým vo vzťahu k psychickej a fyzickej záťaži, nedostatočnému doceneniu práce sestry, veľkému pocitu zodpovednosti, či časovej tiesni, nevyhovujúcim pracovným podmienkam.

Žena manažérka nemá v spoločnosti vybudovanú pevnú pozíciu, ostáva stále v zákryte svojich mužských náprotivkov. Vo vyspelých štátoch prebieha v súčasnosti rozsiahla spoločenská diskusia na tému rovných príležitostí. Dochádza k veľkému posunu

v chápaní sociálnych rolí v pracovných vzťahoch a prijímajú sa legislatívne opatrenia, ktorých cieľom je odstránenie uvádzaných nerovnosti.

Treba len veriť, že tieto zmeny prebehnú čo najskôr a že sestry manažérky nezaplatia za sebarealizáciu svojím zdravím.

Zoznam bibliografických odkazov

ŠKRLA, P.- ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatel'ský management*. Praha : Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠNÝDROVÁ, I. *Manažérka a stres*. Praha : Grada Publisching, a. s., 2006. ISBN 80-247-1272-5.

FAKTORY OVPLVŇUJÚCE KVALITU OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V NEMOCNICIACH

Džumelová M., Magerčiaková M.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

V súčasnej dobe úroveň kvality zdravotnej starostlivosti je predovšetkým záležitosťou manažmentu jednotlivých nemocníc, ktorý vzhľadom ku konkrétnym podmienkam musí nielen implicitne, ale v mnohých prípadoch i explicitne definovať požiadavky na ošetrovateľskú starostlivosť v danom zariadení. Ošetrovateľstvo nie je len plnenie lekárskeho pokynov a zaisťovanie terapeutických a diagnostických činností, ale aj odborná a samostatná činnosť vykonávaná erudovanými a profesionálne zdatnými pracovníkmi – sestrami a pôrodnými asistentkami. Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti v nemocniciach a na ich jednotlivých oddeleniach závisí od mnohých faktorov, napríklad počet zdravotníckeho personálu a pomocného personálu, ktorý zaisťuje starostlivosť o chorých, osobnostný profil ošetrojúceho personálu a ich pracovná motivácia, úroveň riadenia a organizácie práce na ošetrovateľskej jednotke a úroveň materiálnych a technických prostriedkov pre ošetrovateľskú starostlivosť a pod.. K priebežnému monitorovaniu a meraniu kvality sa používajú rôzne metódy, napríklad rozhovor, dotazník, pozorovanie, porovnanie kritérií v štandardoch, audit, mapy starostlivosti a pod. Úroveň poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti závisí od miery schopnosti zdravotníckych pracovníkov naplňovať a uspokojovať potreby tých, ktorí sú od týchto služieb závislí a vyhľadávajú ich. Podľa práv pacienta, má každý pacient právo na kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť rešpektujúcu jeho individualitu vo všetkých situáciách.

Kľúčové slová: kvalita, ošetrovateľská starostlivosť, nemocnica, pacient, sestra

V súčasnej dobe úroveň kvality zdravotnej starostlivosti je predovšetkým záležitosťou manažmentu jednotlivých nemocníc, ktorý vzhľadom ku konkrétnym podmienkam musí nielen implicitne, ale v mnohých prípadoch i explicitne definovať požiadavky na ošetrovateľskú starostlivosť v danom zariadení.

Kontrola na všetkých úrovniach systému ošetrovateľskej starostlivosti má jeden z najdôležitejších vplyvov na kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti.

V systéme rozoznávame 3 úrovne:

- Národná úroveň, pozostáva z Ministerstva zdravotníctva (MZ) a iných partnerov, ako Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (UDZS), zdravotné poisťovne (ZP), Slovenská lekárska komora (SLK), Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) a iné odborné komory, Asociácia nemocníc Slovenska, Asociácia súkromných lekárov SR a iné organizácie.
- Inštitucionálna úroveň, na ktorej sú zdravotnícke služby poskytované oficiálnymi organizáciami, ktorými sú najčastejšie nemocnice a kliniky.
- Odborná úroveň, v ktorej sú zahrnutí poskytovatelia zdravotnej starostlivosti na lekárskom, ošetrovateľskom stupni a stupni pre stredný zdravotnícky personál.



Obrázok 1 Typy a úrovne regulácie systému kvality

(Zdroj: www.quality.healthnet.sk/docs/final/odporucanie_kvalita.doc)

Ošetrovateľstvo nie je len plnenie lekárskeho pokynov a zaisťovanie terapeutických a diagnostických činností, ale aj odborná a samostatná činnosť vykonávaná erudovanými a profesionálne zdatnými pracovníkmi – sestrami a pôrodnými asistentkami. Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti v nemocniciach a na ich jednotlivých oddeleniach závisí od mnohých faktorov.

1) Počet zdravotníckeho a pomocného personálu – zaisťujúcich starostlivosť o pacientov. Základný význam pre zabezpečenie žiaducej kvality ošetrovateľskej starostlivosti je dostatok sestier. Nedostatok ošetrovateľských pracovníkov je najčastejší a najviac frustrujúci problém, ktorý ohrozuje starostlivosť o pacientov, zvyšuje zaťaženosť druhých sestier, spôsobuje fyzický a psychický stres, znižuje efektivitu, produktivitu a kvalitu starostlivosti, zapríčiňuje nespokojnosť ostatných sestier, časový nátlak, zvyšuje výskyt interpersonálnych konfliktov a pod..

2) Osobnostný profil ošetrojúceho personálu

- **Dostupnosť ďalšieho vzdelávania** – podmienkou pre vykonávanie zdravotníckeho povolania je získanie odbornej spôsobilosti. Pri vykonávaní špecializovaných a certifikovaných pracovných činností je potrebné získať odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností a odbornú spôsobilosť na výkon certifikovaných pracovných činností v akreditovaných študijných programoch – špecializačné a certifikačné štúdium, sústavné vzdelávanie. Kontinuálne vzdelávanie je vhodné zamerať na odbornú výučbu z hľadiska potrieb klinických oborov zakomponujúc ošetrovateľstvo. Jednotlivé kurzy by sa mohli zaoberať komunikačnými zručnosťami pre sestry, edukačnými programami, možnosťami eliminácie stresogénnych faktorov, manažmentom riadenia na jednotlivých úrovniach riadenia organizácie práce na pracovisku.
- **Spolupráca s ostatnými odborníkmi** – sestra manažérka prostredníctvom tzv. “networkingu” získava dôležité kontakty, a to interakciou s ľuďmi v jej okolí, z návštev seminárov, kongresov, kurzov. Networking – nám pomáha získať nové kontakty, nové nápady, inšpirácie, nasmerovanie správnou cestou, morálnu podporu, nové rady a pod.. Spolupráca s odborníkmi podobného resp. rovnakého zamerania a tvorba sietí sa môžu týkať nielen manažérov na vysokej úrovni – topmanažérov, ale aj na ostatných úrovniach riadenia.
- **Motivácia** – pomáha k dobrým výsledkom a dobré výsledky sú často najlepším motivátorom. Medzi základné faktory patrí napr.: plat, zmena pracovných podmienok (prostredie, počet hodín apod.), postavenie, kvalita osobného života a iné a medzi motivačné faktory patrí napr.: úspech, uznanie, zodpovednosť, postup v profesionálnej kariére a pod.

3) Úroveň riadenia a organizácie práce na ošetrovacej jednotke

- **Pracovná doba** - nadriadení by mali vypracovávať rozpis jednotlivých služieb tak, aby plnenie úloh v rámci poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti nebolo náročné na fyzickú a psychickú stránku a dodržiavala sa hygiena práce.
- **Medzil'udské a interpersonálne vzťahy** - interpersonálne vzťahy na pracovisku: sestra – lekár, sestra - sestra, sestra – klient/podporná rodina, sestra – iný zdravotnícky pracovník sú súčasťou manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti a nevyhnutným predpokladom pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

4) Úroveň materiálnych a technických prostriedkov pre ošetrovateľskú starostlivosť

- **Pracovné podmienky** - za najdôležitejšie sa považuje vytvorenie takého prostredia, kde každý pracovník je súčasťou tímu a podieľa sa na zlepšení kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Prostredie a atmosféra musia byť také, aby sa v nich ľudia mohli cítiť šťastní a aby mohli podať ten najlepší výkon. Pracovný personál musí byť vyškolený, vysoko motivovaný a musí sa zúčastňovať programov celoživotného štúdia. Navyše je dokázané, že podporné prostredie nemocnice nielen vytvára vhodné pracovné podmienky, ale zlepšuje aj celkový zdravotný stav pacienta. Pracovné podmienky vplyvajú nielen na pracovníkov, ale aj na pacientov. Pacientom dnes nestačí ponúknuť len kvalitnú liečebnú a ošetrovateľskú starostlivosť. Je nevyhnutné sa zaoberať prostredím, v ktorom sa starostlivosť poskytuje, a naučiť sa mierniť jeho traumatizujúci vplyv. Optimálne prostredie môže zabezpečiť a podporiť uzdravovací proces. Optimálne prostredie je také prostredie, ktoré pacientom nepripomína odlúčenie od rodiny, obavy, úzkosť.

5) Objektívizácia ošetrovateľskej starostlivosti

- **Ošetrovateľský proces** - je systematická, racionálna, individualizovaná metóda *“plánovania, poskytovania a dokumentovania ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie. Jeho cieľom je určiť skutočné alebo predpokladané problémy osoby v súvislosti so starostlivosťou o zdravie, naplánovať uspokojenie zistených potrieb, vykonať, dokumentovať a vyhodnotiť špecifické ošetrovateľské zásahy na ich uspokojenie.”* Realizáciou ošetrovateľského procesu zaisťujeme takú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá komplexne zabezpečuje všetky potreby ošetrovaného.
- **Štandardizácia** – predstavuje proces vytvárania štandardov štruktúry, procesu a výsledku.
- **Mapy starostlivosti** - pomáhajú sestram vykonávať svoju prácu rýchlejšie, kvalitnejšie, efektívnejšie, účelnejšie, znižujú variabilitu v liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti, sú multidisciplinárnym nástrojom pre riadenie ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov, sprehľadňujú dokumentáciu a koordinujú prácu všetkých disciplín zapojených do procesu, presne podchytiť náklady spojené so starostlivosťou o pacienta, zlepšujú, skvalitňujú starostlivosť, znižujú náklady.
- **Systémy kvality (ISO systém)** – ide o kritéria, ktoré sú dôležité z perspektívy sestry manažérky, ide o systémové modely zvyšovania kvality zdravotnej starostlivosti. Systém ISO 9001: 2000 sa dá zhrnúť do 8 bodov – zameranie na zákazníka, vedenie a riadenie zamestnancov, zapojenie zamestnancov, procesný prístup, prístup

k rozhodovaniu, neustále zlepšovanie, systémový prístup manažmentu, vzájomné prospešné dodávateľské vzťahy.

- **Akreditácia** – akreditačný proces definuje rozsah a obsah kontinuálneho zvyšovania kvality, bez ktorého je riadenie a prevádzka zariadenia nemožná.

Cieľom moderného ošetrovateľstva je poskytovať vysoko kvalitnú, vedecky fundovanú a hlavne vysoko humánnu ošetrovateľskú starostlivosť. K priebežnému monitorovaniu a meraniu kvality sa používajú rôzne metódy ako napr. rozhovor, dotazník, pozorovanie, porovnanie kritérií v štandardoch, audity, mapy starostlivosti a pod. Organizácia a inštitúcia používajú rôzne metódy merania kvality, ktoré sú vhodné pre jednotlivé úrovne riadenia, oblasti činnosti a služieb. Auditorská činnosť patrí do náplne práce audítorov.

Systém kvality zabezpečuje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti podľa štandardizovaných postupov, dodržiavaním minimálneho normatívu personálneho zabezpečenia a materiálneho technického vybavenia spĺňajúceho požiadavky na bezpečnosť, systém celoživotného vzdelávania, registrácie a certifikátov kvality a štatistické vyhodnocovanie výsledkov poskytovanej starostlivosti. Úroveň poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti závisí od miery schopnosti zdravotníckych pracovníkov naplňovať a uspokojovať potreby tých, ktorí sú od týchto služieb závislí a vyhľadávajú ich. Podľa práv pacienta, má každý pacient právo na kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť rešpektujúcu jeho individualitu vo všetkých situáciách.

Zoznam bibliografických odkazov

1. JAROŠOVÁ, D.: Hodnocení kvality zdravotní péče. In.: *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metódik*. Bratislava. VI. roč. č. 3., 2000. s. 113 – 116. ISSN 1335-5090
2. MASTILIAKOVÁ, D.: Kvalita ošetrovateľské péče (I.časť.) – prehľadová studie. In.: *Ošetrovateľství teorie a praxe moderního ošetrovateľství*. Praha. 2001. s. 69 – 73. ISSN 1212-723X
3. Komplexný systém pre Kvalitu v zdravotníctve v Slovenskej Republike. In.: www.quality.healthnet.sk/docs/final/odporucanie_kvalita.doc
4. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: *Kreativní ošetrovateľský management*. Praha: Advent – Orion s.r.o., 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1
5. TÓTHOVÁ, V.: Vliv ošetrovateľského procesu na zkvalitnění života pacientů. In.: *Zdravotníctvo a sociálna práca*., Bratislava. č. 1, roč. 2006. s.12. ISSN 1336-9326
6. ZAJAC, R.: Koncepcia odboru ošetrovateľstva. In. *Sestra*. Bratislava. júl – august, 2006. s. 7-8. ISSN 1335-9444
7. Zákon 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti. In : <http://www.zdravie.sk/sz/460-20817/Zakon-5762004-zz-o-zdravotnej-starostlivosti.html>

EFEKTÍVNA KOMUNIKÁCIA V OŠETROVATEĽSTVE

Haraksimová M.

Letecká vojenská nemocnica, a.s. Košice

„Problémy medziľudských vzťahov sú spravidla problémy komunikácie.“

Komunikácia je prenos informácií od odosielateľa k príjemcovi a späť. Je prostriedok, ktorý môže slúžiť rôzne veľkej skupine ľudí k dosiahnutiu spoločného cieľa. Zle pochopené zadanie, nízka pracovná motivácia, sťažnosti na chovanie zamestnancov, nedodržiavanie predpisov, šikanovanie na pracovisku, vyhorenie a pod., to všetko môže byť výsledkom komunikačných problémov.

Základom efektívnej komunikácie je aktívne počúvanie.

Křivohlavý hovorí o troch spôsoboch počúvania: ušami, očami, srdcom. Ten, kto nám odovzdáva informácie hovorí:

- Čo si myslí o tom, o čom hovorí
- Čo cíti, ako mu je, čo prežíva
- Čo chce, aké sú jeho zábery, prania
- Kto je, a to nie iba tým, čo nám hovorí o sebe, ale aj tým, ako to hovorí.

Každá správa niečo hovorí o tom, kto ju podáva.

Sestra viac alebo menej využíva rôzne modely komunikácie:

- Terapeutický model je zameraný na pacienta, zdôrazňuje zodpovednosť za celkové prosperovanie, zameriava sa na vyučovací proces, aktívne počúvanie, empatické reakcie, profesionálne zaobchádzanie s pacientom.
- Model kvalifikovaných ľudských vzťahov je založený na schopnosti sestry sprostredkovať pacientovi obsah určitej správy z rôznych hľadísk.
- Sociálny model sestra uplatňuje počas akéhokoľvek kontaktu s pacientom. Dodržiava pri ňom pravidlá spoločenského správania /pozdrav, predstavenie, podanie ruky/.
- Informačný model sa sústreďuje na poskytovanie informácií, minimalizuje sa citový prejav.
- Hovorový model poskytuje sestre širokú paletu nevyžiadaných informácií od pacienta /hovorí o rodine, práci, záujmoch.../.
- Dialogický model umožňuje zmysuplnú komunikáciu, poskytuje pacientovi priestor na vyjadrenie vlastných myšlienok, pocitov, problémov alebo potrieb.

Sestra mnohé modely využíva súbežne, ale môže ich využívať aj izolovane.

Podmienkou produktívnej komunikácie je ovládanie špecifických komunikačných praktík a zručností.

Pri aktívnom počúvaní sestra plne koncentruje pozornosť na pacienta.

Spätnou väzbou sestra pacientovi najavo, ako informáciu prijala a spracovala, u pacienta si overí pochopenie a spracovanie poskytnutých informácií.

Mlčanie a ticho má v komunikácii tiež svoju úlohu.

Vcítenie sa do duševného stavu pacienta má vyvolať u neho dojem chápacej rezonancie.

Rešpektom vyjadruje sestra postoj k pacientovi ako k ľudskej bytosti.

Výkladom pomáha sestra pacientovi objasniť situácie, súvislosti. Výklad mu pomáha lepšie porozumieť diagnostickému, terapeutickému alebo ošetrovateľskému výkonu.

Záujem je vyjadrený mierou zainteresovanosti, vyjadrením podpory ho ubezpečíme, že na problémy nie je sám. Prejav porozumenia je spojený s akceptáciou osobnosti pacienta.

Zhrnutie je sumarizáciou obsahu povedaného so zdôraznením na podstatné veci.

Aby komunikačný proces prebiehal efektívne, musí sestra zohľadniť a splniť určité podmienky. Musí si nájsť dostatočný časový priestor pre komunikáciu s pacientom, zvoliť vhodný model komunikácie podľa problematiky, ktorú chce s pacientom prebrať. Zohľadní zdravotný stav pacienta, posúdi, či pacient chce alebo môže komunikovať a podľa toho používa spôsob komunikácie.

Komunikačný proces tak ako ošetrovateľský proces prebieha v piatich krokoch.

V prvom kroku komunikačného procesu sestra posudzuje:

- stupeň rozvoja reči /jazykové zručnosti porovnáva s normou, adekvátnosť prejavu, prevahu verbálnej nad neverbálnou a naopak, prekážky rozvoja reči, špecifické narušenie komunikačných schopností, komunikačné návyky....
- neverbálne prejavy /proxemiku, teritorialitu, mimiku, pohľady, gestiku, haptiku, kinetiku, vzhľad, úpravu pacienta/
- štýl komunikácie je determinovaný výchovou, vzdelaním, zdravím, kultúrou, mentálnymi schopnosťami, stresom, únavou, temperamentom, osobnostnými vlastnosťami; sestra si všíma slovnú zásobu, odchýlky v rečovom prejave, používanie symbolov, prvky správania, spôsoby správania, ťažkosti spojené s verbálnou komunikáciou, príčiny prečo komunikovať nevie, nechce alebo nemôže.

Sestra môže stanoviť sesterské diagnózy vo vzťahu k jednotlivým diagnostickým skupinám, vyjadrí problém s príčinnou súvislosťou, symptóm je individualizovaný prežívaním ochorenia, zmenou sociálneho prostredia, adaptačnými schopnosťami pacienta.

Po diagnostikovaní problémov sestra postaví spolu s pacientom ciele, stanoví výsledné kritéria a plánovanie individuálne prispôsobí konkrétnej situácii.

Pri realizácii využíva metódy terapeutickkej komunikácie – aktívne počúvanie, pozornosť, objasňovanie, zameranie.

V rámci vyhodnotenia zhodnotí komunikáciu pacienta ale aj sestry, splnenie cieľa a výsledných kritérií porovná so získanými údajmi.

V komunikačnom procese môžeme naraziť na všeobecné prekážky komunikácie týkajúce sa oboch zúčastnených strán alebo jednej zo zúčastnených strán.

Praktická – rušivé vplyvy, tichý hlas

Jazyková – nezrozumiteľný prejav, neovládanie jazyka

Týkajúca sa chápania – rozdielne pochopený obsah

Emotívna – city prekrývajú sústredenosť

Intelektová – komplikované odborné vyjadrovanie

Fyziologická – bolesť, únava, zmyslové poruchy

Najčastejšie prekážky zo strany sestry sú:

- nedostatok času,
- neochota,
- negácia pacientových emócií,
- vnucovanie vlastného názoru,
- používanie kliše a fráz,
- odborná terminológia,
- sociálna devalvácia.

Prekážkami zo strany pacienta sú:

Pacient nevie komunikovať, ak neovláda jazyk, alebo má nízku mieru komunikačných schopností.

Medzi dôvody ak pacient nechce komunikovať patria: strach, úzkosť, nedôvera k sestre, orientácia na seba a príbuzných, hospitalizmus, narušené komunikačné schopnosti. Pacient nemôže komunikovať pri vážnych ochoreniach – afázia, hluchý, dementný, kvalitatívna porucha vedomia.

Profesionálna komunikácia je jedna zo základných podmienok zdravých profesionálnych vzťahov, odhaľuje vzťah medzi komunikujúcimi. Pochopenie konceptu profesionálnej komunikácie ako procesu je nesmierne dôležité. Pomáha nám chápať, že ide o komunikáciu medzi ľuďmi, pri ktorej profesionál berie do úvahy a vyhodnocuje faktory, ktoré môžu ovplyvniť toho, s kým komunikuje. Táto komunikácia môže byť prerušená situačným tlakom, rozdielnym profesionálnym názorom, neochotou rešpektovať pravidlá, ktorými by sa mala komunikácia v zdravotníckych zariadeniach riadiť. Komunikácia má aj vzťahovú dimenziu a je vyjadrená tým ako informáciu podávame. Verbálna a neverbálne signály jasne odhalia, aký vzťah je medzi komunikujúcimi.

Možnými zdrojmi konfliktných situácií medzi zdravotníckym personálom sú situácie keď zlyhal niektorý článok v komunikačnom procese – komunikácia je neefektívna.

1. *Dominantná rola lekárov, neochota sestier tolerovať submisívnu rolu* V minulosti mnoho lekárov si myslelo, že konzultácia so sestrou by ohrozila ich nezávislosť, pocit dôležitosti a moci vo vzťahu lekár – pacient. Sestra sa uspokojila so submisívnou úlohou, v ktorej sa dobrovoľne podriadila lekárovej autorite. Dnes má každý pracovník svoj odborný priestor a vzťahy medzi zamestnancami by sa mali zakladať na rešpekte a kooperácii v starostlivosti o pacienta.
2. *Nízky rešpekt lekárov k ošetrovateľstvu* je daný vnímaním sestry len ako vykonávateľky nariadení lekára.
3. *Deficit vo vedomostiach a pochopení roly toho druhého* Lekári a sestry kladú rozdielne hodnoty na špecifické časti liečebného procesu. To ich vedie k nepochopeniu vzájomných rolí.
4. *Psychosociálne potreby* Sestry kladú väčší dôraz na uspokojovanie psychosociálnych potrieb pacienta.
5. *Pacient prestáva byť prioritou sestier* Ošetrovateľská starostlivosť zahŕňa celý rad administratívnych povinností, čo z hľadiska lekára posúva sestru smerom od pacienta.
6. *Široké spektrum výučby* Mnohí lekári sú zmätení skutočnosťou, že sestry prichádzajú do praxe so širokým vedomostným základom, ktorý je daný programom prípravy sestier na ich povolanie.
7. *Dva systémy autority* Sestry prijímajú príkazy lekárov a tak isto cez vrchnú sestru príkazy vrcholového manažmentu. Lekári nie sú si istí, kde leží lojalita sestier.
8. *Nedostatok profesionálneho odovzdania sa* Skutočnosť, že ženy väčšinou kladú osobné potreby a potreby rodiny pred svojou kariérou, znižuje rešpekt mnohých lekárov.
9. *Prevažne negatívny postoj lekárov k ďalšiemu vzdelávaniu sestier*
10. *Vzájomné sledovanie* V praxi dochádza k tomu, že lekár negatívne ohodnotí kvalitu práce sestry pred kolegyňami, alebo pred pacientom. Ale aj sestry majú často možnosť sledovať neštandardný výkon lekára.
11. *Sestry majú zviazané ruky v oblasti rozvoja moderného ošetrovateľstva* Väčšina lekárov si nepraje, aby sa ošetrovateľský rozvoj premietal do ich domény.
12. *Záujmový konflikt* môže vznikať, keď snaha sestier o autonómiu je nesprávne pochopená na strane lekárov.

Druhy interakcie medzi lekármi a sestrami

- Bezproblémové poriadenie sa – sestra vykazuje absolútnu poslušnosť, nespochybňuje, nevyjadruje sa.
- Neformálne skryté rozhodovanie – sestra sa navonok chová ako poslušná, ale snaží sa nepriamo ovplyvniť rozhodovací proces.

- Neformálne neskrývané rozhodovanie – otvorene s lekárom komunikuje a ponúka svoje vedomosti a skúsenosti.
- Formálne neskrývané rozhodovanie – dochádza k využitiu ošetrovateľského procesu sestrou pri rozhodovaní o starostlivosti o pacienta.

Stratégia kooperácie

V záujme udržania dobrých vzťahov je vhodné prenechať lekárovi dominantnú rolu. Dosiahnuť rovnováhu je možné zvýšenou asertivitou sestry a posilnením jej roly obhajkyne práv pacienta.

Obe profesie sa potrebujú navzájom viac zoznámiť so špecifickými rolami a zodpovednosťami tej druhej.

Sestra i lekár si potrebujú osvojiť zdravé komunikačné princípy.

Vzájomný rešpekt – otvorený prístup môže obmedziť problémy vyplývajúce z nepochopenia úloh alebo teritoriálnych sporov.

Podpora multidisciplinárneho tímového konceptu, ktorý je založený na tímovej práci všetkých členov liečebného tímu a v centre pozornosti je vždy pacient.

Ak má sestra komunikačné schopnosti, ovláda komunikačné praktiky a využíva účinné komunikačné prvky, vedie to k zlepšeniu komunikácie a vzájomných vzťahov, zlepšeniu kvality života pacienta a pracovnej klímy.

Záver

V tejto dobe chaosu a narastajúceho stresu je potrebné, aby sa všetci členovia tímu sústredili na poskytovanie čo najlepšej starostlivosti pacientovi, miesto na svoje vlastné záujmy a hry. Komunikácia s pacientom je významnou súčasťou práce sestry, v konečnom dôsledku určuje celkovú úroveň ich vzájomných vzťahov. V oblasti komunikácie sa máme stále čo učiť a svoje vedomosti neustále rozširovať. Ak chceme v oblasti komunikácie lepšie obstať, zaoberajme sa ňou, učme sa ju navzájom, správne ju uplatňujeme v každej situácii, v akejkoľvek pracovnej, či osobnej pozícii sa ocitneme.

Zoznam bibliografických odkazov

1. Kolektív autoru: Management ve zdravotnictví. 1. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8
2. KRISTOVÁ, J.: Komunikácia v ošetrovateľstve. Martin: Vydavateľstvo Osveta, spol, s.r.o., 2004, 211 s. ISBN 80-8063-160-3
3. Petr a Magda ŠKRLOVI: Kreativní ošetrovateľský management. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1
4. VEBER, J. a kolektív: Management Základy – prosperita – globalizace. 1. Praha: Management Press. 1.2003, 700 s. ISBN 80-7261-029-5

STRESOVÉ SITUÁCIE V POVOLANÍ OPERAČNEJ SESTRY

Zamboriová M.¹, Simočková V.²

¹UPJŠ LF, Ústav pre bakalárske a magisterské štúdiá, Košice

² Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,
detašované pracovisko v Košiciach

Úvod

Medzinárodná organizácia práce zverejnila na konci roka 2000 správu, podľa ktorej jeden z desiatich ľudí vykonávajúcich náročnú profesiu trpí depresiou, úzkosťou, syndrómom vyhorenia, teda poruchami, ktoré sa stále častejšie vyskytujú v zdravotníckych profesiách. Táto štúdia predpokladá, že za dvadsať rokov budú mať duševné poruchy prioritu medzi ochoreniami vyskytujúcimi sa v populácii. Zmeny v modernom ošetrovatelstve kladú vysoké nároky na kvalitu práce operačných sestier, čo môže mať v nepriaznivých pracovných podmienkach za následok pôsobenie negatívnych faktorov vedúcich k psychickej záťaži.

V porovnaní s minulosťou, keď práca operačnej sestry spočívala najmä v inštrumentovaní, v asistovaní členom operačného tímu, príprave, dezinfekcii a sterilizácii nástrojov a materiálu, sa požiadavky na jej schopnosti, vedomosti a zručnosti značne rozšírili. Operačná sestra sa denne stretáva s ľuďmi, ktorí sú v stave ohrozenia základných hodnôt: zdravia a života. Žije v ustavičnom strachu, že jej zlyhanie spôsobí závažné a často ireverzibilné následky.

Táto profesia je náročná na dlhodobú koncentráciu, vnímanie, pozornosť, myslenie, pamäť a technickú zručnosť, schopnosť rýchlo sa rozhodovať, preto si zasluhuje zvýšenú pozornosť v odborných kruhoch i laickej verejnosti.

Okrem dobrej profesionálnej adaptácie, tu zohrávajú úlohu aj city. Citovo kladný vzťah k práci naše city znásobuje, prináša nám vnútorné potešenie a spokojnosť. Odpor naopak oslabuje pracovné nadšenie, robí nás nespokojnými a nešťastnými.

Operačná sestra je dôležitým členom operačného tímu. Svojím správaním a postojmi vo veľkej miere ovplyvňuje pracovnú pohodu a prispieva k pozitívnemu priebehu operácie. Osobnosť operačnej sestry sa musí vyznačovať:

- psychickou a sociálnou zrelosťou,
- samostatnosťou a pohotovosťou v myslení, konaní a v rozhodovaní,
- rozvinutými morálnymi vlastnosťami,
- vysokou mierou zodpovednosti za vykonanú prácu,

- zmyslom pre prácu v tíme,
- schopnosťou organizovať, usmerňovať a prispôsobovať systém práce aktuálnym potrebám,
- potrebou študovať odbornú literatúru a rozvíjať svoje zručnosti.

Práca operačnej sestry však často zostáva pre pacienta viac – menej anonymná. Pacient inštrumentárku takmer nevidí, o jej práci sa málo hovorí, neraz je nedostatočne pochopená a ocenená; tento fakt ale aj samotné prostredie operačnej sály (chladné, neosobné prostredie, zložité prístroje, technika, operačné nástroje, stále umelé osvetlenie, ožiarenie, teplota miestnosti, zápach, nedostatočná klimatizácia) si vyžaduje od sestry primeranú adaptáciu.

Vzájomná dôvera v rámci celého operačného tímu sú predpokladom dobrej organizácie práce, pri ktorej operácia prebieha v kľudnej atmosfére, pri ktorej sa aj nepredvídané komplikácie riešia s väčším prehľadom, rozvahou, bez zbytočných konfliktov. Konflikty a napätá atmosféra zaťažujú pacienta aj samotný personál. Dobré pracovné ovzdušie, spolu s kladným vzťahom k práci sú významným psychohygienickým činiteľom zdravotníckeho povolania, ktoré sa priamo odráža na kvalite práce s pacientom.

Pojem pracovné podmienky je každému známy, málokto si však uvedomí, že do pracovných podmienok patrí aj psychická záťaž. Stále opakovanou námietkou, ktorou bývajú tieto faktory záťaže odsunuté je, že nie sú merateľné. Ľudský organizmus však reaguje na akúkoľvek záťaž podobnými objektívnymi alebo subjektívnymi prejavmi a pocitmi a tie sa dajú kvantifikovať alebo aspoň kategorizovať. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) preto zaviedla pojem „choroba súvisiaca s prácou“ (WHO, 1997), ktorý zahŕňa širokú oblasť chorôb súvisiacich so zamestnaním, pracovnou činnosťou, či pracovnými podmienkami, nemusí však vždy ísť o vzťah príčiny a následku, skôr o stav, keď ochorenie vznikne len za určitých, nie vždy vypočítateľných podmienok. Podiel pracovných faktorov však nemožno popierať. Tým sa dostávame do oblasti hygienického dozoru pri hodnotení tzv. nešpecifických faktorov pracovnej záťaže, teda tých stresorov, ktoré sa podieľajú na vzniku a rozvoji nešpecifických (tzv. psychosomatických) chorôb a ovplyvňujú pracovnú pohodu. A tu patrí aj psychická záťaž.

Cieľ, metodika

Cieľom nášho prieskumu bolo zmapovať výskyt a mieru psychickej záťaže (emocionálne vyčerpanie, odosobnenie a znížený pracovný výkon) u definovaného súboru operačných sestier a zároveň zistiť, ktoré faktory podmieňujú vznik psychickej záťaže.

Prieskum zameraný na psychickú záťaž sa realizoval medzi operačnými sestrami v Košických nemocniciach. Výber vzorky bol zámerný. Pri výbere sa postupovalo podľa týchto vstupných kritérií: ženské pohlavie, sestra pracujúca na operačnej sále, súhlas s účasťou na prieskume.

Sestry, ktoré sa prieskumu zúčastnili pracovali v rozdielnom pracovnom prostredí za odlišných materiálo – technických i personálnych podmienok s rôznym stupňom pracovného zaťaženia. Zber dát sa uskutočnil v októbri – decembri 2005. Použili sme štandardizovaný dotazník Christiny Maslach – Maslach Burnout Inventory (MBI).

Rozdaných bolo 50 dotazníkov. Návratnosť dotazníkov bola 45 (90%). Vek respondentov sa pohyboval od 25 do 56 rokov. Väčšina opýtaných pracuje na operačnej sále viac ako 5 rokov pričom najviac 33% je na pracovisku od 11 do 20 rokov, do 5 rokov bolo 20%.

Výsledky

Štandardizovaný dotazník Christiny Maslach – Maslach Burnout Inventory (MBI), mapoval syndróm vyhorenia v troch kategóriách (22 položiek):

- v citovom vyčerpaní, odosobnení, v oblasti zníženého pracovného výkonu.

Dotazníkové položky v dotazníku MBI využívali škálu v rozmedzí 0 – 6 bodov, kde 0 – vyjadruje, že respondentku tento pocit vôbec nevystihuje a 6 – vystihuje výborne. V závislosti na počte dosiahnutých bodov boli sledované kategórie klasifikované do troch stupňov ako nízka, stredná a vysoká úroveň.

Prvá kategória je zameraná na zistenie citového vyčerpania. Tejto kategórie sa v dotazníku týkajú otázky 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 a 20. Nízka úroveň citového vyčerpania bola prítomná u 56%, stredná úroveň bola u 29% a u 15% oslovených bola vysoká úroveň v oblasti citového vyčerpania.

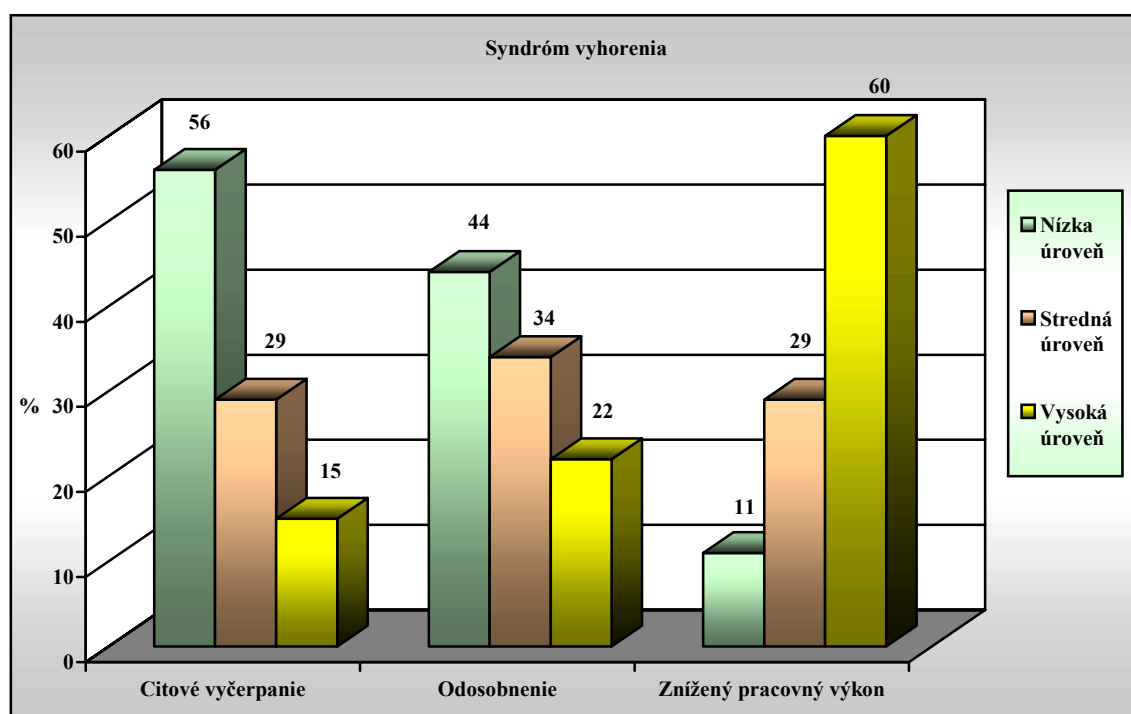
Druhá kategória otázok sa týka pocitu odosobnenia. K tejto kategórii sú v dotazníku priradené otázky č. 5, 10, 11, 15 a 22. V kategórii odosobnenia bola prítomná nízka úroveň u 44%, stredná bola u 34% a vysoká u 22% respondentiek.

Posledná, tretia kategória otázok mapuje zníženie pracovného výkonu. Na jeho zistenie sú zamerané otázky č. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 a 21. V kategórii zníženia pracovného výkonu sme zaznamenali u 60% repondentiek vysokú úroveň, strednú úroveň sme zistili u 29% a nízku úroveň sme zistili u 11% (tab. 1, graf 1).

Tabuľka 1

Syndróm vyhorenia	Nízka úroveň	Stredná úroveň	Vysoká úroveň	Spolu
Citové vyčerpanie	16 a menej	17 a 26	27 a viac	
	n = 25	n = 13	n = 7	n = 45
	56%	29%	15%	100%
Odosobnenie	6 a menej	7 – 12	13 a viac	
	n = 20	n = 15	n = 10	n = 45
	44%	34%	22%	100%
Zníženie pracovného Výkonu	39 a viac	38 - 32	31 a menej	
	n = 5	n = 13	n = 27	n = 45
	11%	29%	60%	100%

Graf 1



Diskusia

Stres „stav organizmu, v ktorom je ohrozená celistvosť a integrita človeka“, negatívne ovplyvňuje nervový systém človeka. Podľa Bratskej (1992), veľkosť vyvolaného stavu záťaže a stresu závisí od veľkosti rozporu medzi súhrnom požiadaviek z vonkajšieho prostredia

a pripravenosťou človeka sa s nimi vyrovnat'. To, čo jeden človek prežíva ako nezvládnuteľný stres, iný vníma ako situáciu s optimálnou mierou zaťaženia. Nezávisí teda ani tak „od objektívne zmerateľného tlaku, ktorým na nás požiadavky pôsobia, ale predovšetkým od toho, aký význam im prisudzujeme“. Kumulácia stresu a pracovnej záťaže vyústi spravidla do fyziologických, emocionálnych a behaviorálnych konsekvencií (Křivohlavý, 1994).

Syndróm vyhorenia (angl. Burnout syndroma), je „súborom symptómov vedúcich k oslabeniu psychického stavu všeobecne spájaného s chronickým stresom obsahujúci vyčerpanie, depersonalizáciu a znížený osobný výkon“ (Rabin, Feldman, Kaplan, 1992). Podľa Vymětala (1999) ide o stav citovej vyčerpanosti prejavujúci sa subdepresívnym ladením a podráždenosťou, pri ktorom dochádza k nerovnováhe medzi emočnými stranami dávania a brania, preváži výdaj nad príjmom a dochádza k vyčerpaniu psychických a fyzických rezerv.

Asch a Jenkins (1990) uvádzajú, že sestry sa často starajú o iných bez toho, aby si našli čas starať sa o seba, čo vedie práve k emocionálnemu vyčerpaniu a narastajúcej neschopnosti v práci. Vyhorenie môže viesť zdravotníckych pracovníkov k opusteniu náročného pracovného miesta a v extrémnom prípade až k suicídiám, na čo poukazujú domáce i zahraničné štúdie (Hawton, Visliser, 1999). Medzi najvýznamnejšie dôvody odchodu z pracoviska patria u sestier: limitované pracovné možnosti, priveľmi dlhý pracovný čas, nenachádzanie pracovného uspokojenia a časté zmeny denných a nočných služieb.

Zdrojom stresu môžu byť napr. nepredvídané situácie pri operácii, veľký pocit zodpovednosti, priveľa termínovaných úloh, neustále vyzváňanie telefónu, nevyhnutnosť robiť dve práce naraz, konfliktnosť spolupracovníkov, neschopnosť povedať „NIE“, vysoké nároky na koncentráciu pozornosti, potreba rýchleho rozhodovania, zlá organizácia práce, vnútené pracovné tempo, sklamanie, strach zo zlyhania, neistota v odhadovaní situácie, zlé interpersonálne vzťahy. Vo vypätých situáciách je nevyhnutná nielen zručnosť, ale i dokonalé sebaovládanie. Toto povolanie kladie dôraz na vedomosti z anatómie a fyziológie, presnosť, veľkú manuálnu zručnosť či dokonalú znalosť operačných postupov.

U sestier je významný aj emocionálny stres, to znamená sústavný kontakt s nevyliciteľnými a zomierajúcimi pacientmi. Vysoké nároky na dlhodobú pamäť, významná vyligancia a zodpovednosť sú nevyhnutné pre mnohých zdravotníckych pracovníkov. Tak napríklad aj operačné sestry, u ktorých sa tieto kvality predpokladajú, musia často pracovať dlhodobo v preplnených, nedostatočne vetraných operačných sálach a v prostredí, kde je nedostatočné odstraňovanie anestetických plynov. Preťaženie zdravotníckeho personálu môže mať za následok frustrácie, agresie, napätie na pracovisku. Ich odrazom môžu byť

krátkodobé absencie, prípadne tieto vplyvy sa môžu odraziť na zdravotnom stave pracovníkov.

Problémom je tiež práca na smeny, predovšetkým pre mladé ženy, ktoré majú rodinné povinnosti. Práca na smeny spôsobuje poruchy každodenného rytmu. K tomu sa pridáva efekt nadčasovej práce a nedostatok spánku.

Psychická záťaž je situácia, keď vzniká rozpor medzi nárokmi, ktoré sa kladú na človeka a jeho organizmus, a schopnosťou človeka tieto nároky splniť. Súčasne s nárokmi je to aj ich vnútorné prežívanie, ich vplyv na psychiku a fyziologické funkcie. Človek prežíva záťaž dovtedy, kým sa mu nepodari odstrániť jej zdroj alebo nejakým iným spôsobom. Psychické vyhorenie je odpoveďou organizmu na situáciu, ktorá človeka uvádza do stresového stavu. Na jednej strane môže byť krokom k uvedomeniu si, kým sme. Môže obohatiť naše povedomie o to, čo je to byť človekom. Tí, ktorí psychické vyhorenie prekonali, žijú plnohodnotnejší a bohatší život (Farkašová, 2001).

Diagnostika je založená na analýze symptómov ohrozených osôb. Dôležitou metódou sú špeciálne dotazníky pracujúce s posudzovacími škálami. Vypracovaných a overených dotazníkov však existuje celá rada (Goldeberger, 1992).

Výsledky MBI dotazníka v našom prieskume ukázali, že je prítomné vysoké riziko syndrómu vyhorenia najmä v oblasti zníženého pracovného výkonu. Prejavy syndrómu vyhorenia v našej vzorke poukazujú na to, že je potrebné sa touto problematikou zaoberať vážnejšie. Zdá sa, že syndróm vyhorenia postihuje najviac emocionálnu oblasť osobnosti operačnej sestry.

Pracovný stres ako jednu z hlavných príčin neurózy či depresie, udávali na prvé miesto aj respondenti podobných štúdií vo svete (Roubalová, 2004; Židková, 2005).

Práca na operačnej sále je tímová práca – vyskytujú sa problémy, ba až konflikty vo vzťahoch v pracovnom kolektíve. Avšak táto profesia je spojená s človekom a vykonáva sa pre človeka, navyše spravidla chorého, preto pri práci sestier vznikajú stresové situácie, preťaženie, náročné prežívanie nevyhnutných prekážok v boji s utrpením, chorobou a smrťou, ktoré môžu viesť až k syndrómu vyhorenia u sestier. Je známe, že psychická záťaž sestier predpokladá riešenia zo strany iných, hlavne spoločnosti a zamestnávateľov, ale aj zo strany seba, teda samotných sestier.

Záver

Pre operačné sestry je typické, že sa v ich práci kombinujú práve nešpecifické faktory. Profesia sama osebe nikdy nie je jediným zdrojom psychickej záťaže. V praxi ide vždy o interakciu medzi profesiou a človekom, ktorý ju vykonáva. Robiť úspešne svoju prácu

znamená vychádzať s ľuďmi. Pre dobré fungovanie operačného tímu je podstatné ovzdušie, ktoré v ňom vládne.

Prevažná väčšina pracovníkov na operačnej sále, sú ženy rôznych vekových kategórií, od mladých až po ženy zrelého veku. Hlavným znakom a predpokladom dobrej spolupráce je vzájomný rešpekt, úcta a vedomie nezastupiteľnosti každého v zohranom operačnom tíme. Operačné sestry celkom určite patria do skupiny pracovníčok exponovaných stresu a zaslúžia si pozornosť z hľadiska ochrany zdravia pri práci. Je nepochybné, že sú vystavené celému komplexu rizikových faktorov pracovných podmienok.

Riziko syndrómu vyhorenia u operačných sestier sa zvyšuje nárastom rizikových faktorov ako sú: práca vo vynútenom tempe, psychické vypätie, nepretržitá pozornosť a sústredenosť, veľký pocito zodpovednosti, nedocenená práca, nedostatky v tímovej práci.

Z výsledkov prieskumu vyplýva, že operačné sestry celkom určite patria do skupiny pracovníčok exponovaných stresom a zaslúžia si pozornosť z hľadiska ochrany zdravia pri práci.

Syndróm vyhorenia je stav citového a duševného vyčerpania spôsobeného dlhodobým existovaním v situáciách, ktoré sú emocionálne veľmi náročné. Predpokladáme, že ak sestry majú vedomosti o príčinách, príznakoch a možnostiach prevencie syndrómu vyhorenia, vedia sa účinnejšie chrániť a vedomosti dostatočne využiť. Ich organizmus je menej namáhaný a tým menej vystavovaný negatívnym vplyvom na zdravie.

Človek v náročnej situácii a pri dlhodobejšom pôsobení stresorov zapája na ich zvládnutie svoje vnútorné rezervy. Ak je riešenie problému úspešné, prežíva to ako spokojnosť a súčasne ako motiváciu na riešenie ďalších záťaží. Viacnásobný respektíve dlhodobý neúspech spôsobuje vyčerpávanie vnútornej energie.

Účinnou prevenciou psychickej záťaže na úrovni jedinca je prehĺbenie sebakoncepcie na telesnej i duševnej úrovni (Křivohlavý, 1994), vytvorenie kvalitných medziľudských vzťahov, prijatie účelnej komunikácie a formulovanie dosiahnuteľných cieľov (Čálek, 1998). Dôležitá je taktiež schopnosť prejaviť emócie aj humor a dodržiavanie zdravého životného štýlu.

Pre zlepšenie psychickej kondície je možné použitie špeciálnej relaxačnej techniky, napríklad autogénny tréning, vizualizácia, jóga, psychohry a iné formy relaxačných cvičení (Jobánková, 2003).

V prevencii psychickej záťaže, profesionálneho stresu a následného syndrómu vyhorenia na úrovni organizácie hrá rolu rovnováha medzi mierou zodpovednosti a mierou právomoci jednotlivca. Stres môže zmierniť vyhovujúce pracovné prostredie, adekvátne

finančné ohodnotenie, dočasná zmena práce, morálne ocenenie, rekreačné akcie v mimopracovnej dobe a v neposlednej rade tiež šance na služobný postup. Organizácie by mali vytvoriť podmienky pre efektívnu tímovú prácu (Čálek, 1998).

Sama sestra by mala vo svojom osobnom živote dbať na zdravú životosprávu, naučiť sa odpočívať, venovať sa svojej záľube vo voľnom čase, ďalej sa vzdelávať, nebáť sa zmien a vedieť si stanoviť dosiahnuteľné ciele.

Schopnosť odolávať pracovnej záťaži je daná nielen momentálnym stavom sestry, ale aj jej skúsenosťami a tiež stratégiou vyrovnávania sa zo záťažou, ktorú práca prináša. Veľmi dôležité je naučiť sa umeniu pracovať, keďže práca tvorí väčšinu nášho času. V ideálnych podmienkach môže práca rozšíriť priestor nášho života.

Aby sme nepodľahli pracovnému stresu, je potrebné udržiavať si dobré pracovné vzťahy, naučiť sa komunikovať, dobre si plánovať a organizovať všetky činnosti. Plánovanie aktivít má svoj význam aj mimo zamestnania.

Pokiaľ má pracovník možnosť sám aktívne vytvárať svoje pracovné prostredie a ovplyvňovať svoju pracovnú činnosť, zvyšuje sa jeho pracovná spokojnosť a s ňou úmerne aj výkon. V prípade operačných sestier má však význam nielen v prevencii psychického poškodenia, ale hlavne vo výchove budúcej generácie špecialistiek

Zoznam bibliografických odkazov

1. ASH, C.R., JENKINS, J.F.: 1990. Enhancing the Role of cancer Nursing. New York: Raven Press 1990. 168 s.
2. BALKOVÁ, I.: 2004. Náročná práca instrumentárky. In: Sestra, december 2004, č.12, Tematický sešit 145, 26 s. ISSN 1210-0404.
3. BRATSKÁ, M.: 1992. Vieme riešiť záťažové situácie? Bratislava: SPN 1992, 151 s.
4. ČÁLEK, ČERVÍNKOVÁ, CHVÁLA : 1998. Psychoterapie VI., Sborník přednášek. Praha: Triton 1998. 239 s. ISBN 80-85875-15-2.
5. DOEGES, M.E., MOORHOUSE, M.F.: 1996. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 1.vydanie, Praha: Grada Publishing spol. s r.o. 1996, 576 s. ISBN 80-247-0242-8.
6. DUDA, M. a kol.: 2000. Práce sestry na operačním sále. Praha: Grada Publishing spol. s r.o. 2000, 392 s. ISBN 80-7169-642-0.
7. FARKAŠOVÁ, D.: 2001. Zmeny v ošetrovatel'stve vo vzťahu k psychickému zdraviu sestier. In: Revue ošetrovatel'stva a laboratorných metodík, 2001. s. 92-93.
8. GOLDBERGER, L. a kol.: 1992. Handbook of stres: Theoretical and Clinikal Aspect. New York: The Free Press 1992, 225 s. ISBN 0029120365.
9. HAŠKOVCOVÁ, H.: 1985. Spoutaný život. Praha: Panorama 1985, 137 s.

10. HAWTON, K., VISLISEL, L.: 1999 Suicide in Nurses. Suicidal and Life-Threatening Behavior, Vol. 29, 1999, s. 86 – 95.
11. HUŤAN, M. a kol.: 1997. Inštrumentovanie v operačnej sále. Martin: Vydavateľstvo Osveta 1997, 411 s. ISBN 80-2170-466-7.
12. IRMIŠ, F.: 1996. Nauč sa zvládať stres. Praha: Alternativa 1996,
13. JOBÁNKOVÁ, M., a kol.: 2003. Kapitoly z psychológie pro zdravotní pracovníky. 3.vydanie, Brno: Mikadia 2003, 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
14. KŘIVOHLAVÝ, J.: 1994. Jak zvládat stres. Praha: Grada avicenum 1994, 190 s. ISBN 80-7169-121-6.
15. KUDLEJOVÁ, M.: 2005. Sestra v operačnej sále. In: Sestra, január 2005, 24 s. ISSN 1210-0404.
16. MAŽARYOVÁ, M.: 2005. Popolušky v operačných sálach. In: Sestra, január 2005, 16 s. ISSN 1210-0404.
17. NEUPAUEROVÁ, G.: 2002. Pracovná záťaž u lekárov a zdravotných sestier onkologických oddelení na Slovensku. In: Pracovní Lékařství, č.3 2002, s. 120-124. ISSN 0032-6291.
18. NEŠPOR, K.: 2001. Zdravotníky ohrožuje stres a návykové chování. In: Zdravotní noviny č.44, 2001, 15 s. ISSN 0044-1996
19. RABIN, S., FELDMAN, D., KAPLAN, Z.:1992. Stress and intervention strategies in mental health professionals. British Journal of Medical Psychology, Vol. 72, 1992. s. 159 – 169.
20. ROUBALOVÁ, V.: 2002. Psychická záťaž u zdravotných sester. In: Časopis Společnosti Instrumentářek č.2, 2002, s. 7-8. ISSN 1213-1350.
21. ROUBALOVÁ, V.: 2004. Psychická záťaž u instrumentářek. In: Sestra, č.9, 2004. 10 s. ISSN 1210-0404
22. SELYE, H.:1966. Život a stres. Bratislava: Obzor 1966, 453 s.
23. SEMANOVÁ, O.: 1997. Neurozáťaž v práci operačnej sestry. In: Inštrumentárka 4, 1997, s. 130-132. ISSN 2244-8844
24. ŠKUBOVÁ, J.: 1996. Vyčerpanost a jak jí čelit. In: Sestra, január 1/96, 33 s. Praha: Strategie, ISSN 1210-0404.
25. VYMĚTAL, J.: Lékařská psychologie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství – J.Kocourek 1999, 243 s.
26. WHO : 1997. Lemon 3. Brno: IDVPZ 1997, ISBN 80-7013-244-2.
27. ŽIDKOVÁ, Z.: 2005. Pracovní podmínky a stres. In: Sestra, č.5, 2005. 56 s. ISSN 1210-0404.

SESTRA – EFEKTÍVNA EDUKÁTORKA DOJČENIA

Farkašová D.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,

detašované pracovisko v Košiciach

Cieľ

Vysondovať aká je edukácia dojčiacej matky zdravotnou sestrou na gynekologicko – pôrodnickom oddelení FnsP na triede SNP v Košiciach a aká je spokojnosť mamičiek s touto edukáciou.

Metodika

anketa pre zdravotné sestry na gynekologicko pôrodnickej klinike
dotazník pre dojčiace matky na tej istej klinike.

Celkové množstvo opýtaných žien po pôrode bolo 52. Počet zdravotných sestier pracujúcich na gynekologicko - pôrodnickej klinike FNsP, tr. SNP Košice bolo 30.

Priemerný vek opýtaných žien: 29,5 r.

Priemerný vek sestier: 34,1 r.

Sestra potrebuje k efektívnej edukácii dojčenia:

- dostatok odborných vedomostí,
- pedagogickú zručnosť,
- adekvátny čas,
- trpezlivosť a ľudský prístup vyplnený empatiou.

Výsledky

Počet sestier, ktoré uvádzajú, že majú dostatok času na edukáciu dojčiacej matky je 70%.

Počet sestier, ktoré uvádzajú, že nemajú dostatok času na edukáciu dojčiacej matky je 30%.

50% viacrodičiek si myslí, že im sestra nevenovala dostatok času

47 % žien viacrodičiek uvádza, že sestra mala pre ne stále dostatok času

83% sestier uvádza dostatočnú trpezlivosť a empatiu z ich strany

17% sestier si myslí, že by mali byť viac trpezlivé

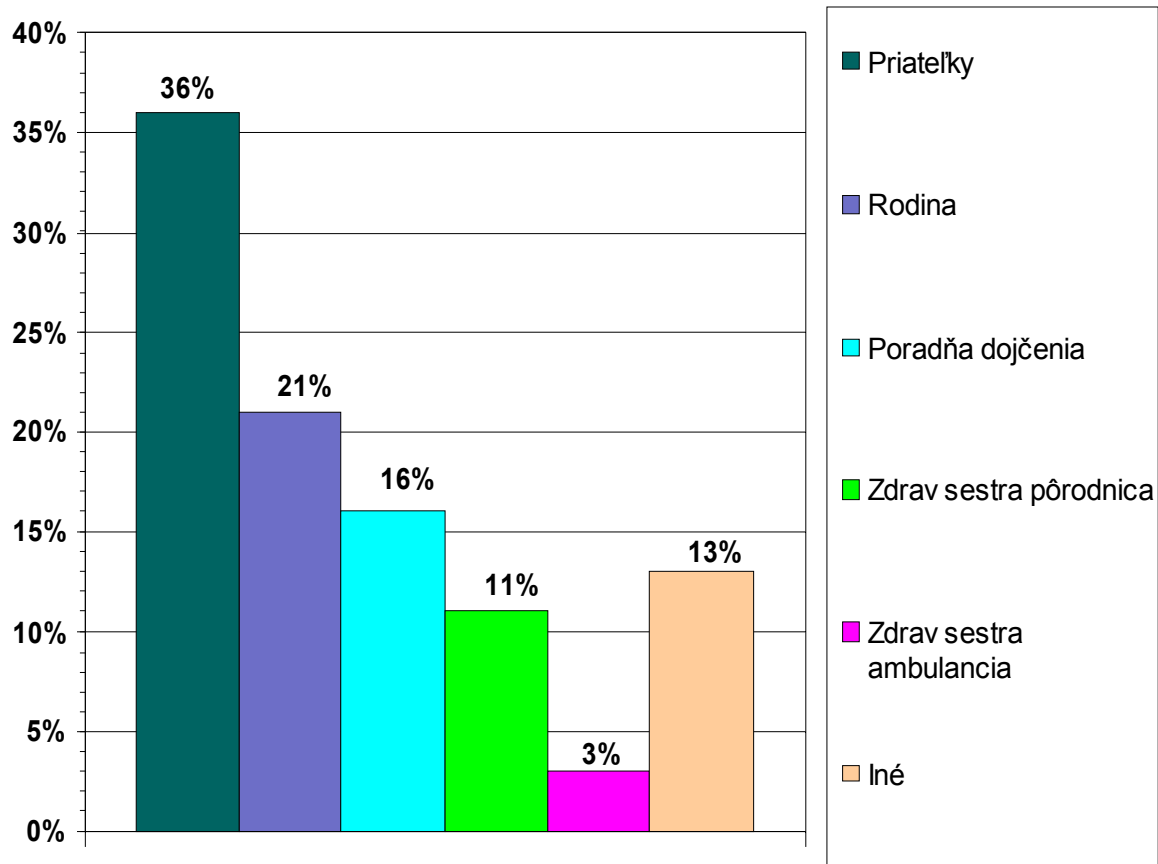
0% sestier si myslí, že nie sú dostatočne empatické.

Trpezlivosť sestry

69% žien uvádza, že sestra je trpezlivá.

19% žien sa v tejto otázke priamo vyjadrilo k tomu, že sestra je málo trpezlivá a očakáva od sestry viac trpezlivosti.

Kto pomohol rodičkám pri problémoch s dojčením



Len 11% dojčiacich žien sa po prepustení z pôrodnice obracia so svojimi problémami na zdravotnú sestru z pôrodnice a 3% na zdravotnú sestru z obvodnej ambulancie.

Prečo zdravotná sestra v pôrodnici bezdôvodne dokrmovala dieťa z fľaše a namiesto toho ho nepriniesla matke na dojčenie?
„Vy určite dlho dojčiť nebudete“.

Uvedomením si roly - sestry edukátorky a jej dôsledným plnením, by počet žien, ktoré uvedú, že ich práve sestra podporuje v dojčení, bol podstatne vyšší.

K OŠETROVATEĽSKEJ PROBLEMATIKE SENIOROV SO ZAMERANÍM NA FUNKČNÝ STAV

Zamboriová M.¹, Simočková V.²

¹UPJŠ LF, Ústav pre bakalárske a magisterské štúdiá, Košice

² Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, detašované pracovisko v Košiciach

Posledné desaťročia v demografickom vývoji populácie viedli k pomerne významným zmenám v ich štruktúre. Výraznou zmenou je i starnutie populácie, a to nie len vo vyspelých krajinách, ale i v rozvojových krajinách, na ktoré vplýva klesajúca pôrodnosť, znižovanie úmrtnosti, zvyšovanie strednej dĺžky života, nárast skupiny veľmi starých ľudí, nárast indexu feminity /pomer žien k mužom v danej vekovej skupine/ (Hegyí, 1996).

Starnutie je špecifický, nezvratný a neopakovateľný biologický proces, univerzálny pre celú prírodu. Dĺžka života je geneticky determinovaná (Topinková, 1995). Neprejavuje sa rovnakou rýchlosťou u všetkých ľudí, ale ovplyvňujú ho mnohé faktory, napr. získané genetické vlastnosti, ale aj prostredie, v ktorom človek žije.

Starnutie a staroba nie je len individuálnou, ale tiež celospoločenskou záležitosťou. Dynamický prírastok najvyšších vekových kategórií je zároveň výzvou pre formovanie nových zdravotných a sociálnych služieb pre ľudí, ktorí ich budú potrebovať dlhodobo. Pacovský (1990) udáva niekoľko spoločenských dôsledkov:

- **ekonomické dôsledky** vyplývajú z rastúceho počtu staršieho obyvateľstva v poproduktívnom veku, čo vedie k nutnosti vytvárať väčší národný dôchodok ekonomicky aktívnymi osobami,
- **sociálno-zdravotné dôsledky** sú určované zvýšenou chorobnosťou a zvýšenou potrebou zdravotnej a sociálnej starostlivosti,
- **sociologické dôsledky** sa týkajú rolí starších ľudí v spoločnosti, zabezpečovania ich práv a potrieb, postavenia v rodine, riešenia špecifických problémov (zdravotného stavu, hmotného zabezpečenia, bývania, sebestačnosti, aktivity a kvality života).

Akútne alebo chronicky prebiehajúca choroba u seniora nachádza zmenený organizmus, čo sa prejaví zmeneným priebehom a symptomatológiou, zmenenou osobnosťou seniora, resp. zmeneným postojom k chorobe, zmeneným postojom lekára k chorému seniorovi, často v zmysle nedeceňovania symptómov a terapeutického nihilizmu. Zníženie kompenzačných mechanizmov spôsobuje menšiu prispôboivosť starého človeka k

meniacim sa podmienkam vnútorného a vonkajšieho prostredia. Interakciou procesu starnutia a chorobného stavu sa vytvárajú rôzne patologické stavy, ktoré charakterizujú zvláštnosti chorôb v starobe, ktoré tvoria jednu z rozhodujúcich špecifik geriatrickej medicíny a ošetrovateľstva (Hegyí, 1996).

Výrazne negatívnym dôsledkom starnutia a staroby je v niektorých prípadoch strata praktickej sebestačnosti, nezávislosti v bežných činnostiach. Strata sebestačnosti, resp. závislosť v sebaopatre je pociťovaná a prežívaná veľmi negatívne a preto je potrebné usilovať sa o jej obnovu, dosiahnutie jej maximálnej úrovne.

Ak človek nedokáže vykonávať bežné denné činnosti, nemôže naplňovať svoj individuálny životný program. Pri komplexnom posudzovaní zdravia seniorov s chronickými ochoreniami je potrebné zamerať sa aj na funkčný potenciál a kvalitu života (Jarošová, Žiaková, 2004, s. 46).

Medzi najvýznamnejšie úlohy zdravotnej starostlivosti patrí zabezpečiť starým ľuďom čo najlepšiu kvalitu života, predchádzať chorobám, ktoré sú pre vyšší vek typické a napomôcť k udržaniu sebestačnosti (Takáč, Ištócyová).

Cieľ, metodika

Naším cieľom bolo posúdiť funkčný stav seniorov, schopnosť realizovať a vykonávať bežné denné aktivity a poukázať na ich nezávislosť resp. potrebu pomoci pri vykonávaní inštrumentálnych a bežných denných činností.

Metódou dotazníka sme uskutočnili prieskum, ktorý bol zameraný na posudzovanie funkčného stavu seniorov v bežných denných činnostiach (ADL – activities of daily living) a v inštrumentálnych denných činnostiach (IADL – instrumental activities of daily living) a ďalšie otázky zamerané na celkovú schopnosť pohybu seniorov.

Výber vzorky bol zámerný, kritériom výberu bol vek nad 60 rokov; oslovených bolo 80 seniorov. Súbor pozostával z 52 respondentov (16 mužov a 36 žien), 72% (40) z nich bolo v starostlivosti agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), priemerný vek bol 76,2 roka. Prieskum sa uskutočnil v Košiciach v mesiacoch december 2005 - január 2006. Výsledky prieskumu boli spracované a vyhodnotené v programe Excel.

Výsledky

V rámci zberu dát sme sa zamerali na tieto dve oblasti:

- vykonávanie inštrumentálnych denných činností (IADL)
- vykonávanie bežných denných činností (ADL).

Hodnotili sme mieru nezávislosti resp. pomoci pri ich vykonávaní a stupeň problémov spojených s ich realizáciou.

Tabuľka 1 Oblasť vykonávania inštrumentálnych denných činností – IADL

N = 52	Nezávislý	S malou pomocou	Výrazná pomoc	Vykonáva iná osoba	Bez činnosti
Príprava jedla	10%	21%	0%	69%	0%
Bežné domáce práce	10%	31%	6%	49%	4%
Nakladanie s peniazmi	25%	23%	6%	46%	0%
Užívanie liekov	47%	23%	15%	15%	0%
Telefonovanie	66 %	8 %	6 %	12 %	8 %
Nakupovanie	8%	15%	6%	71%	0%
Cestovanie	8%	8%	6%	0%	78%

Problémy s prípravou jedla nemá 16 z oslovených respondentov. Zvyšných 36 respondentov udáva ťažkosti pri príprave jedla – 21% mierne a 69% veľké ťažkosti.

Pri vykonávaní bežných domácich prác nepotrebuje žiadnu pomoc 10 % respondentov, 31 % potrebuje malú a 6% výraznú pomoc. Bežné domáce práce v polovici prípadov vykonáva druhá osoba a 4 % respondentov túto činnosť nevykonáva.

Bežné domáce práce vykonáva bez ťažkostí vykonať 19 % respondentov. Mierne ťažkosti spôsobujú domáce práce 35 % a veľké 46 % opýtaných.

Spravovať financie a hospodáriť s peniazmi nerobí problémy 25% opýtaných. S financiami takmer polovice respondentov (46%) hospodári druhá osoba. Nezávislými v spravovaní vlastných finančných prostriedkov sa cíti štvrtina respondentov. Malú pomoc si pri spravovaní financií vyžaduje 23 % respondentov, výraznú 6 %.

Staroba so sebou často krát prináša polymorbiditu a s ňou súvisiace pravidelné užívanie liekov. Všetci z opýtaných respondentov lieky užívajú. Takmer polovica (47%) je pri ich užívaní nezávislá, 38 % potrebuje malú alebo výraznejšiu pomoc. Druhá osoba podáva lieky 15 % respondentov.

Nezávislosť v oblasti telefonovania udáva 35 respondentov, čo predstavuje 66 %. Telefonovanie vykonáva druhá osoba v 6 prípadoch, výraznú pomoc si vyžadujú 3 respondenti. S malou pomocou sú schopní telefonovať 4 opýtaní, rovnaký počet

respondentov netelefonuje. Používanie telefónu nepredstavuje veľký problém pre väčšinu zúčastnených respondentov.

Jednou z aktivít bežného života je nakupovanie. Nakupovanie vo viac ako 61 % vykonáva druhá osoba. Malú pomoc pri nákupe potrebuje 15 % respondentov, výraznú 6 %. Samostatne nakúpiť je schopných 8 % respondentov, 10 % túto činnosť nevykonáva.

Zároveň možno konštatovať, že u viac ako troch štvrtín opýtaných sa cestovanie ako činnosť nevykonáva. Nezávislosť a malú pomoc pri cestovaní udáva 8 % respondentov. Výrazná pomoc je pri cestovaní potrebná v 6 %.

Vyhodnotenie údajov v oblasti vykonávania bežných denných činností–Barthelovho testu ADL

Tabuľka 2 Bežné denné činnosti–Barthelov test, ADL

N = 52	0	1	2	3	4	5	6	7
pohyblivosť na lôžku	80%	2%	2%	4 %	0%	2%	10%	0%
presuny	59%	10%	6%	9%	4%	2%	2%	8%
pohyb po byte	56%	6%	8%	10 %	4%	2%	2%	12%
pohyb mimo bytu/domu	25%	11%	15%	8 %	10%	2%	4%	25%
obliekanie hornej polovice tela	65 %	10 %	4 %	8 %	0%	0%	13%	0 %
obliekanie dolnej polovice tela	63%	10%	8%	4 %	2%	0%	13%	0%
jedenie	72%	2%	10%	4 %	10%	0%	2%	0%
použitie toalety	59%	8%	10%	4%	6%	0%	13%	0%
osobná hygiena	52%	4%	8%	15 %	8%	0%	13%	0%
kúpanie	33%	4%	4%	15%	27%	4%	13%	0%

Pohyb znamená zísť z postele a dostať sa naspäť do postele alebo do kolieskového vozíka, t.j. pohyblivosť, presuny. Väčšina respondentov je nezávislých (80%) pri pohybe na lôžku a presunoch. Pomoc, prípravu činnosti či dohľad potrebujú vo väčšej miere respondenti pri presunoch.

Pohyb po byte nerobí problém 56 % respondentov, mimo bytu sa dokáže nezávisle pohybovať iba štvrtina. Ostatní udávajú, že pri pohybe po byte alebo mimo neho potrebujú najmä dohľad, prípravu na vykonanie činnosti a malú pomoc.

Nezávislosť v obliekaní znamená vybrať si veci zo skrine, obliecť sa, pozapínať gombíky, obuť sa. Väčšina respondentov zúčastnených nášho prieskumu je v obliekaní tak hornej ako aj dolnej polovice tela nezávislá, úplne závislých na pomoci druhej osoby pri obliekaní je 13,4 % respondentov.

Človek, ktorý si dokáže upraviť jedlo na tanieri (natrieť maslo na chlieb, pokrájať mäso), sa považuje za nezávislého. V našom prieskume je 72 % respondentov schopných vykonať tieto činnosti bez akejkoľvek pomoci inej osoby. Značnú pomoc a dohľad potrebuje pri príjme potravy takmer 10%, úplne závislých na druhej osobe sú 2 % respondentov.

Pri použití toalety a vykonaní činností s tým spojených (t.j. transport na toaletu, vyzlečenie odevu, očistenie po toalete) bolo v čase nášho prieskumu nezávislých 31 (59%), úplne závislých 13% opýtaných.

Pri vykonávaní osobnej hygieny je nezávislých 52% respondentov, pri kúpaní 33%, čo predstavuje v porovnaní s vykonávaním osobnej hygieny pokles o 19%. Tento pokles si možno vysvetliť väčšou námahou, ktorú je potrebné pri kúpaní resp. sprchovaní vyvinúť.

Spôsob pohybu v byte a mimo neho nás zaujímal v ďalších dvoch otázkach. Bez pomôcky sa dokáže po byte pohybovať takmer 31 % respondentov, mimo bytu alebo domu 17%. Najviac opýtaných sa dokáže tak v byte ako aj vonku pohybovať s pomocou paličky. Najmenej z opýtaných respondentov sa pohybuje pomocou mechanického vozíka (tab. 3).

Pohyb v sebe zahŕňa aj chôdzu po schodoch. Najviac seniorov zúčastnených prieskumu (31%) je schopných pohybovať sa po schodoch oboma smermi, teda hore aj dolu, s pomocou druhej osoby. Bez cudzej pomoci chodí po schodoch 23% respondentov, chodí po schodoch nie je schopných 21%. Schopnosť chodiť po schodoch nebolo možné posúdiť u 6 % respondentov (tab. 4).

Tabuľka 3 Pohyb v miestnosti/ budove a pohyb vonku, mimo domu

N = 52	Zvyčajný spôsob pohybu v miestnosti/ budove	Zvyčajný spôsob pohybu vonku, mimo domu
Bez pomôcky	31%	17%
S paličkou	34%	37%
S barlami/aparátom	17%	11%
Elektrický vozík	0%	0%
Mechanický vozík	6%	8%
Aktivitu nevykonáva	12%	27%

Tabuľka 4 Chôdza po schodoch

Chôdza po schodoch	N = 52
Hore a dole bez cudzej pomoci	23%
Hore a dole s pomocou	31%
Nechodí, ale mohol by bez pomoci	0%
Nechodí, ale mohol by s pomocou	19%
Nechodí a nie je toho schopný	21%
Nemožno posúdiť	6%

Tabuľka 5 Fyzická aktivita (vychádzanie von z bytu, domu) za posledný mesiac

Fyzická aktivita	N = 52
Každý deň	17%
2 – 6 dní v týždni	15%
1 deň v týždni	33%
Nevychádza	35%

Za posledný mesiac (v čase prieskumu) každý deň vychádzalo von z bytu (bez ohľadu na dĺžku napr. vychádzky) 17 % respondentov. Najviac respondentov z bytu nevychádzalo vôbec (35 %), 1 deň v týždni vyšlo von z bytu 33% opýtaných (tab. 5). Fyzickej aktivite (napr. upratovanie, cvičenie, chôdza) v posledných 3 dňoch venovalo 2 a viac hodín 42 % respondentov, menej ako 2 hodiny 58 %.

Diskusia

Krajčík a Bartošovič (2001) udávajú, že počet starých ľudí, ktorí majú problémy s vykonávaním bežných denných činností, sa počas starnutia zvyšuje. Neschopnosť vykonávať aktivity denného života vedie k nesebestačnosti starých ľudí a tým k závislosti od iných osôb. Najčastejšími príčinami neschopnosti postarať sa o seba v starobe sú podľa Topinkovej ochorenia kĺbov, kostí a svalov, kardiovaskulárne a neurologické ochorenia. Významnú úlohu tiež zohrávajú úrazy, senzorické poruchy a psychiatrické ochorenia, najmä demencia.

V roku 1999 bol vykonaný prieskum zameraný na zistenie sociálno-ekonomickej situácie starších ľudí na Slovensku. Tento prieskum sa zopakoval o 5 rokov neskôr, t.j. v roku 2004. Jeho úlohou bolo nielen porovnať postavenie starých ľudí na Slovensku a zmenu ich situácie od roku 1999, ale aj zistiť ich obavy, aktivity, problémy, hodnoty, ako aj potrebu starostlivosti. 80 % starých ľudí zúčastnených prieskumu udalo zdravotné problémy, z toho polovica ich uviedla ako vážne. Postarať sa o seba dokázalo 50% respondentov, 5% sa o seba nedokázalo postarať vôbec, 43% potrebovalo pomoc pri niektorých činnostiach (Bednárík, 2005).

K úloham zdravotnej starostlivosti o starších občanov patrí:

- posilňovať dobré zdravie a pohodu staršieho človeka, predchádzať chorobám a nesebestačnosti, resp. ich zmierňovať,
- pomáhať starším ľuďom viesť nezávislý život aktívnych a platných členov ľudského spoločenstva,
- zaistiť kontinuitu medzi zdravotníckymi a sociálnymi službami s cieľom, aby starší občan zostal čo najdlhšie vo svojom domácom prostredí a komunite s tým, že hospitalizácia či pobyt v inštitúcii mu budú umožnené v prípade, kedy sa stanú nevyhnutnými,
- garantovať, aby nedochádzalo k diskriminácii z dôvodu veku, pohlavia, náboženského presvedčenia, národnosti občana či miesta, kde práve žije (Holmanová, 2002).

Starnutie je vo väčšine prípadov sprevádzané polymorbiditou, ktorá má podiel na zmenenom klinickom obraze jednotlivých ochorení. Ich zvýšený výskyt, priebeh a následky majú vplyv na kvalitu života starých ľudí a podľa Krajčíka a Bartošoviča (2001, s.260) kladú zvýšené nároky na zdravotnícku a sociálnu starostlivosť. Rozhodujúcim faktorom pre kvalitu života starých ľudí nie je samotné ochorenie ale stupeň funkčného postihnutia, ktoré sa najčastejšie zisťuje pomocou testov ADL a IADL. Hodnotenie testov je založené na priamom i nepriamom hodnotení, vyjadreniach klienta alebo osoby starajúcej sa o neho (Neuwirth, Topinková).

V našej vzorke respondentov 50 – 70% starých ľudí potrebuje výraznú pomoc pri vykonávaní bežných denných činností. Výnimku tvoria iba činnosti, ako je telefonovanie, kde potrebu pomoci udáva 14% respondentov, a 11% respondentov činnosť nevykonáva. Pri užívaní liekov je 46 % respondentov nezávislých na druhej osobe. Toaletu (vyprázdňovanie) bez cudzej pomoci zvládne 60 % respondentov.

Jedna štvrtina opýtaných ľudí udáva zhoršenie pri vykonávaní bežných denných činností - ADL za posledných 6 mesiacov. Z nášho prieskumu zároveň vyplýva, že veľkým problémom je cestovanie, tri štvrtiny vôbec necestujú, ostatní potrebujú malú, alebo výraznú pomoc. Preto možno konštatovať, že ošetrovateľská starostlivosť prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti je pre nich veľmi aktuálna.

Pri posudzovaní chôdze po schodoch sa nedala posúdiť sebestačnosť u troch respondentov, ostatní potrebovali pomoc v rôznej miere. 35 % opýtaných za posledný mesiac neopustilo svoj byt a 33 % udalo opustenie bytu iba 1 krát za týždeň.

Staroba tiež neznamená automatické zaradenie človeka do skupiny potrebujúcej mimoriadne služby a nemusí v každom prípade viesť k závislosti od príbuzných či iných osôb. Podľa Bodnárovej (2005) väčšina starých ľudí vedie v reálnom živote nezávislý, samostatný život v svojej domácnosti. Zvyšujúci sa vek, zhoršujúci sa zdravotný stav vedie k potrebe služieb, preto je potrebné týmto tendenciám prispôbovať aj možnosti poskytovania služieb starším a starým ľuďom.

Záver

Ošetrovateľstvo má nezastupiteľné postavenie v starostlivosti o zdravie človeka a v systéme zdravotnej starostlivosti. Koncepcia ošetrovateľstva prispieva k tomu, aby bola jednotlivcom poskytovaná kvalitná ošetrovateľská starostlivosť, zameraná na ich potreby, zohľadňujúca ich zvláštnosti.

Gerontologické a geriatrické ošetrovatel'stvo vykonáva činnosti, ktoré vedú k upevneniu kapacity sebaobsluhy, eliminovaniu alebo minimalizovaniu ujmy sebaobsluhy, vedú k uspokojeniu požiadaviek sebaobsluhy seniora a uskutočňovaniu takých činností, ktoré vedú k uspokojeniu potrieb, v ktorých je jedinec odkázaný na druhého. Konečným cieľom starostlivosti je umožniť všetkým jednotlivcom zdravo starnúť, viesť aktívny a zmysluplný život aj v období staroby. Zohľadňuje zvláštnosti chorôb v starobe, má za cieľ odstrániť alebo zlepšiť poruchu zdravia, uchovať alebo zlepšiť funkčnú kapacitu a kompenzovať obmedzenia. Zameriava sa zvlášť na špecifické geriatrické syndrómy a komplikácie chorôb (Hegyi, 1993).

S pribúdajúcim vekom narastajú zdravotné problémy, zvyšuje sa chorobnosť a jej následky vedú k obmedzeniu sebastačnosti a postupne až k vzniku závislosti. Závislosť predstavuje najzávažnejší problém v starobe a zachovanie sebastačnosti je hlavným zameraním ošetrovateľskej starostlivosti.

Pre kvalitu života starých osôb je rozhodujúca nie prítomnosť choroby, ale stupeň funkčného postihnutia. Cieľom starostlivosti je udržať starého človeka čo najdlhšie v jeho prirodzenom prostredí a predísť potrebe dlhodobého umiestnenia v ústavnom zariadení. V súčasnosti pri ošetrovateľskej starostlivosti o komunitu starších zohrávajú dôležitú úlohu agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS). Do poskytovania komunitnej starostlivosti sú zapojené aj charitatívne spolky, opatrovateľské služby, príbuzní, avšak nie v takom rozsahu, ako si to vyžaduje súčasná situácia na Slovensku.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BEDNÁRIK, R., BODNÁROVÁ, B.: Demografické zmeny v štruktúre populácií a potreba služieb dlhodobej starostlivosti pre starších ľudí.
<http://www.vupsvr.gov.sk/Documents/bulletin/bulletin_4.pdf>, r. 2005, s.9-18.
2. BEDNÁRIK, R.: Prieskumy sociálno-ekonomickej situácie starších ľudí na Slovensku.
<http://www.vupsvr.gov.sk/Documents/bulletin/bulletin_4.pdf>, 2005, s. 1 – 8.
3. BRAČOKOVÁ, I., ZAMBORIOVÁ, M., DIMUNOVÁ, L.:2000. Zdravé starnutie - fyziológia starnutia. In Revue profesionálnej sestry. 2000, roč. 7, č. 4, s. 11-12. ISSN 1335-1753.
4. ČERNÁK, P.:1989. VYBRANÉ KAPITOLY Z GERIATRIE. 1. VYD. BRATISLAVA: UNIVERZITA KOMENSKÉHO, 1989. 9 S.
5. HAŠKOVCOVÁ, H.:2002. MANUÁLEK SOCIÁLNÍ GERONTOLÓGIE. 1.VYD. BRNO: IDV PZ, 2002. 14, 69 - 70 S. ISBN 80-7013-363-5.

6. HEGYI, L.:1996. VYBRANÉ KAPITOLY ZO SOCIÁLNEJ GERONTOLÓGIE A GERIATRIE. 1.VYD. BRATISLAVA : IVZ, 1996. 8 - 12, 70 S. ISBN 80-7163-005-5.
7. HEGYI, L.:2001. KLINICKÉ A SOCIÁLNE ASPEKTY OŠETROVANIA STARŠÍCH ĽUDÍ. 1.VYD. BRATISLAVA: SAP- SLOVAK ACADEMIC PRESS, SPOL. S.R.O., 2001. 128 S. ISBN80-88908-80-9.
8. HOLMANOVÁ, E.:2002. MOŽNOSTI A ÚLOHY OŠETROVATEĽSTVA V GERONTOLÓGII. IN INFO-SESTRA. 2002, ROČ. 5, Č.1, S. 4-8. ISSN 1335-4132.
9. KRAJČÍK, Š., BARTOŠOVIČ, I.: STARNUTIE POPULÁCIE A JEHO ZDRAVOTNO-SOCIÁLNE NÁSLEDKY. 2001. IN: LEKÁRSKY OBZOR, ROČNÍK 50, Č. 7 - 8, S.259-261
10. PACOVSKÝ, V.:1990. O STÁŘÍ A STÁRNUTÍ. 1. VYD. PRAHA: AVICENUM, 1990. 136 S. ISBN 08-006-91.
11. TAKÁČ, P., IŠTÓCYOVÁ, M.:2004. STRATÉGIE ZDRAVÉHO STARNUTIA V RÁMCI PREVENTÍVNEJ GERIATRIE. ROŽŇAVA: ROVEN ROŽŇAVA, 2004, 135 S. ISBN 80-89168-08-6.
12. TOPINKOVÁ, E. 1995. Péče o staré v rodině. Lze identifikovat rizikové rodiny s vysokou mírou pečovatelské zátěže? *Praktický lékař*, 1995, r. 75, č.7-8, s. 366-369.
13. ŽIAKOVÁ, K., BAŠKOVÁ, M. 2000. Podpora zdravia a prevencia ako jedna z možností zlepšenia kvality života. In *Moderný medicínsky manažment*, 2000, r. VII, č. 3, 2000. s.2 - 7.

MODEL PEPLAU V GERIATRICKOM OŠETROVATEĽSTVE

Drugdová A.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,

detašované pracovisko v Košiciach

Staroba je obdobím, kedy dochádza k najväčším životným krízam. Je to obdobie, kedy človek odchádza do dôchodku a tým stráca sociálne kontakty, postavenie, znižuje sa finančný príjem. Je to obdobie ťažké najmä pre mužov, cítia sa uzavretí, bez práce. Ženy to znášajú lepšie, pretože pokračujú starostlivosti o domácnosť a o vnúčatá. V tomto období dochádza aj k vzniku manželských problémov. Či už je to žiarlivosť na sebestačného partnera, alebo starostlivosť o závislého partnera. Taktiež je to ťažké obdobie v ktorom je stresujúca situácia strata partnera, priateľov, príbuzných a to vyvoláva osamelosť pocit blížiaceho konca s následnou depresiou. Dochádza aj k pocitu menejcennosti, pretože človek je odkázaný na pomoc iných pretože stráca sebestačnosť. Takýto človek sa ťažko adaptuje na nové miesta, či už sťahovanie, alebo bývanie s rodinou detí. Taktiež aj v tomto veku potrebuje lásku, dôveru a súkromie. Mali by sme im to dopriať a chápať, že tým, že sú starší sa nič nemení, pretože sú taktiež ľudia ako my mladší.

Starý človek ako pacient

Geriatrickí pacienti sú poznačení bolesťou, úzkosťou, strachom z budúcnosti, boja sa samoty, nemajú dostatok financií, sú utiahnutí, plačliví, neradi chodia von, boja sa výsmechu, keďže v dnešnej dobe sa presadzuje kult mladosti. Geriatrický pacient je chorý pacient, ktorý spĺňa kritérium kalendárnej staroby, u ktorého v dôsledku involučných zmien, obvykle v kombinácii s chronickými ochoreniami došlo k takému obmedzeniu funkčného potenciálu a adaptačných schopností, že je ohrozená či stratená jeho sebestačnosť za bežných životných podmienok.

Geriatrický pacient je charakterizovaný:

- vekom (kalendárnym, biologickým, sociálnym),
- poly- a multimorbiditou (množstvo rozličných ochorení u jedinca),
- zvýšenou mortalitou (častejšie zomieranie),
- funkčným stavom (zdravotným, psychologickým, emocionálnym, ekonomickým),
- bremenami staroby (inkontinencia, pády, dezorientácia a pod.),
- sociálnym stavom (chudobný, nemá úspory, je osamelý),
- potrebou pomoci (je odkázaný a závislý na pomoci).

Geriatrický pacient je poznačený:

- utrpením (bolesťou, nezdarmi...),
- úzkosťou, nepokojom,
- strachom (z budúcnosti, samoty, choroby...),
- chudobou (nemá úspory, nedostatočný dôchodok...),
- trpezlivosťou,
- iatrogenitou,
- pohŕdavým vzťahom okolia.

Najčastejšie u starého človeka bývajú poruchy:

- mobility (degeneratívne zmeny pohybového ústrojenstva),
- aktivity (nedostatok rodinných, susedských a spoločenských kontaktov),
- citlivosti na bolesť (zvýšený prah hĺbkovej citlivosti),
- intelektu (s vekom klesá, potreba tréningu),
- vylučovanie (inkontinencia, obštipácia),
- vnímanie (pokles kognitívnych funkcií),
- spánku.

Kvalita života starého človeka úzko korešponduje s interpersonálnymi vzťahmi v prostredí, v ktorom prekonáva neľahké obdobie svojej pozemskej existencie. Empatický prístup sestry prostredníctvom prílivového modelu Hildegard Peplau môže pomôcť zvládnuť obdobie staroby nielen samotnému starému človeku, ale jeho okoliu.

Prílivový model Hildegard Peplau

Názov modelu je obrazný, zdôrazňuje prirodzenosť ľudskej skúsenosti. Ľudská skúsenosť je charakterizovaná neustálou zmenou a nepredvídateľnosťou; kde zmena, rast a vývoj sa objavujú prostredníctvom malých zmien. Sústreďuje sa na spoluvytváranie vzťahov, ktorých úlohou je podpora pacienta pri rekonvalescencii.

Vzťahy sú: o spôsobe akým sa ľudia navzájom vnímajú. Podľa Peplau, keď posudzujeme vzťahy, opisujeme ako sa ovplyvňujú sociálne potreby združovania, kontroly a spoločného prežívania. Peplau chápe ošetrovanie ako interpersonálny proces, pretože zahŕňa interakciu medzi dvomi alebo viacerými osobami so spoločným zámerom. Kvalita života starého človeka je v podstate o vzťahoch. Model má teda dopad na vzťahy. Presnejšie identifikuje kvality ako napr. rešpektovanie, empatia – byť otvoreným, mať chuť a byť disponibilým. Pacienti sa cítia v takomto prístupe rešpektovaní, akceptovaní ako niekto, kto má hodnotu a celá kultúra spočíva v nemocničnej izbe; v zmysle spoločenstva, ktoré je tvorené ľuďmi, ktorí majú účasť na tom, čo sa s nimi deje a na každom z nich.

Nádej

Nádej očami Peplau dáva pohľad na budúcnosť, ktorá vytvára optimizmus. Nádej je vierou, že život má dôvod a zmysel. Dáva to sebavedomie do budúcnosti a dôvod prečo žiť. Získanie chorého starého človeka pre nádej je prvým a najdôležitejším faktorom. Dáva to ľuďom vieru, že môžu nájsť pomoc a podporu, ktorá je reálna a po čase predsa len ich problémy budú vyriešené. Tento model ide až k jadrú problému, k tomu - čoho sa ľudia obávajú, k tomu čo považujú za ich problém. Starí ľudia sú individuality s ich vlastnými nádejami, snami, cieľmi a chápaním. Model zabezpečuje nádej aj sestrám, podporuje sestru ako profesionála a cíti že môže dať svojim pacientom starostlivosť, ktorú chcú a potrebujú a toto ju povzbudzuje ako sestru. Ponúka to príležitosť povedať pacientovi, že to robí správne. Robí to spolu s pacientom a podľa jeho projektu. Kvalita a radosť z práce veľmi pozitívne vyplýva z ošetrovania. Keď sestra premýšľa o intervenciách, vtedy vidí úsilie z pacientovho pokroku a to je uzdravujúci vzťah. Je to vzťah, ktorý mobilizuje nádej u sestier a aj pacientov.

Ľudská tvár

Vzťah sestry a pacienta je definovaný ako humanistický vtedy, keď vzťah je založený na ľudskej nezištnosti. Pacientove skúsenosti sa považujú za dôležité, nádej sa považuje ako jadro skúsenosti. Ľudská tvár ošetrovania je akceptovaná vtedy, keď sestra nestojí mimo pacientovho sveta skúseností, ale je pri ňom – po jeho boku. Toto je schopnosť vnímať niekoho = byť s pacientom tak, že uznáva svoju nezištnú ľudskosť, ktorá je základom ošetrovania a praktickej starostlivosti. Je to recipročný proces medzi tým, kto sa stará a tým o koho je postarané.

Vyrovňovanie

Vyrovňovanie je prežívané ako posun v sile a štruktúre. Peplau opisuje silný posun vo vnímaní o pôvode vzťahu sestry a pacienta.

Spoločná práca

Sestry a pacienti si vyžadujú v spoločnej práci rozdeliť čas a energiu na seba v individuálnej a v skupinovej práci. Spoločná práca odhaľuje charakteristiku modelu v rovnakých veciach, ako: spolukreativita v hodnotení - posudzovaní, ciele starostlivosti a plány. Spoločná práca vyžaduje spôsob uvedomenia si spolupráce. Spoločná práca môže byť tiež definovaná stupňom participácie na tvorbe rozhodnutí.

Peplau v kvalite ošetrovania definuje tieto fázy:

Orientačná fáza

Keď sa sestra a pacient prvýkrát stretnú je - známa ako orientačná fáza. Je to čas, keď sa pacient a sestra a spoznajú ako ľudia a v ďalších očakávaniach a rolách si budú

rozumieť. Pacient v tomto čase potrebuje rozlíšiť a pochopiť ich prekážky a potrebu pomoci; aby asistoval v pláne ponúkaných profesionálnych služieb a aby bol vyzbrojený energiou, ktorá pochádza z citovej pomoci. Orientačná fáza môže byť očakávaním, že pacient bude skúšaný limitmi v integrácii sa do ošetrovania. Keď pacient vie začať identifikovať problémy vzťahov nasleduje pracovná fáza.

Pracovná fáza

Počas **identifikačnej fázy** pravda začína vychádzať a pacient začína reagovať selektívne k osobám, ktoré mu chcú pomáhať. Pacient sa začína stotožňovať so sestrou a identifikuje problémy, na ktorých by mohli pokračovať v práci. Čo je za správaním a pocitmi sestry a pacienta - sa skúma. Peplau tvrdí, že keď sestra dovolí pacientovi vyjadriť, čo cíti a dostáva všetku starostlivosť, ktorá je potrebná, vtedy pacient prechádza chorobou ako skúsenosťou, ktorá reorientuje jeho pocity a posilňuje pozitívnu orientáciu osobnosti. Úlohami tejto fázy je jasne a zrozumiteľne vyjadriť pacientove predpoklady a očakávania od sestier, od ošetrovania, vyvinúť prijatie jeden druhého, preskúmať pocity, identifikovať problémy, odporučiť ľudí, ktorí môžu ponúknuť pomoc. Sestra v ošetrovateľskej starostlivosti asistuje pri vyjadrení potrieb a pocitov a pomáha zvládnuť stres, preukazuje záujem a zabezpečuje informácie. Sestra a pacient robia plány do budúcnosti, ale začiatok plánu naznačuje (znamená) aj začiatok **exploatačnej fázy** pracovného vzťahu.

Počas pracovnej fázy pacient vykonáva všetky činnosti, ktoré môže urobiť na základe záujmu o seba a svojich potrieb. Sestra pomáha v pacientovej snahe o udržiavanie rovnováhy medzi potrebami závislosti a nezávislosti. Plán realizácie je implementovaný a prehodnotený. Pacient môže predstaviť zmenu v spôsobe komunikácie, v nových zručnostiach, schopnostiach v medziľudských vzťahoch a získa zmysel pre riešenie problémov. Sestra pokračuje v hodnotení a asistuje v riešení nových problémov, ktoré sa vyskytnú.

Rezolučná fáza

Zahŕňa postupné oslobodenie sa od identifikácie pomáhajúcich osôb a posilnenie schopnosti žiť sám, prípadne smerovať k vzájomnému určeniu vzťahu. Pacient zanecháva staré potreby a snaží sa o nové ciele. Pacient pokračuje v získavaní schopností riešiť nové problémy. Nastávajú zmeny v štýle komunikácie a interakcie. Rezolúcia obsahuje: plánovanie, alternatívne zdroje podpory, prevencia problémov a pacientovu integráciu po skúsenosti so starobou a chorobami.

Zoznam bibliografických odkazov

1. HEGYI, L. 2001. Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí. Trnava: Slovak Academic Press, spol. s.r.o., 2001. 128s. ISBN 80-88908-80-9.
2. KOCIOVÁ, K., PEREGRÍNOVA, Z. 2003. FYZIOTERAPIA V GERIATRII. MARTIN: OSVETA, 2003. 63S. ISBN 80-8063-132-8
3. KOVAL, Š., 1999. PRINCÍPY GERONTOLÓGIE A GERIATRICKEJ MEDICÍNY. KOŠICE. 232S. 1999/2000.
4. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. OŠETROVATEĽSTVO 1,2. 1. VYD. MARTIN: OSVETA 1995. 1474 S. ISBN 80-217-0528-0
5. KRAJČÍK, Š., 2000. GERIATRIA. TRNAVA: SLOVAK ACADEMIC PRESS, SPOL. S.R.O., 2000. 82S. ISBN 80-88908-68-X
6. <http://willmar.ridgewater.mnscu.edu>
7. <http://www.tidal-model.co.uk>
8. <http://www.nq-anzsmhn.org>

FARMAKOTERAPIA GERIATRICKÉHO PACIENTA Z POHL'ADU SESTRY

Malíková K., Kadučáková H.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Príspevok prezentuje základné informácie o farmakoterapii a ich osobitostiach v starostlivosti o geriatrického pacienta, pretože farmakoterapia je významnou súčasťou liečby geriatrického pacienta. Podľa aktuálnych výskumov, lieky pravidelne užívajú viac ako dve tretiny osôb vo veku 60-69 rokov, viac ako štyri pätiny vo veku 70-79 rokov a deväť desiatín vo veku nad 80 rokov.

Farmakoterapia v geriatrickej má výhody- zmiernenie symptómov, vyliečenie akútneho ochorenia, ale často i nevýhody spojené so zvýšeným rizikom nežiadúcich účinkov liekov, polypragmáziou a zmenami v súvislosti s procesom starnutia.

Farmakoterapia v geriatrickej je účinná ak je vykonávaná tímovo, do terapie je zapojený multidisciplinárny tím - lekár, sestra, pacient, rodinní príslušníci, ale i lekárnici/ farmaceuti.

Úlohou zdravotníckych pracovníkov je účelnou farmakoterapiou dosiahnutie, čo možno najvyššej kvality života pacienta.

Sestra, ako členka zdravotníckeho tímu, prichádza s pacientom do kontaktu najčastejšie, je zodpovedná za dodržiavanie, prípadne zopakovanie odporúčaní pri užití lieku, venuje sa edukácii, reedukácii, zdravotnej výchove, v ústavných zariadeniach liek podáva a zároveň i zodpovedá za presné dávkovanie a užitie lieku, ale často je prvá, ktorá si všimne i nežiaduce alebo vedľajšie účinky liekov. Vzdelaná a zodpovedná sestra je prínosom pre lekára, pacienta i rodinných príslušníkov.

Úvod

Farmakoterapia v staršom veku má svoje zvláštnosti, ktoré vyplývajú z morfológických a funkčných odlišností, typických pre starnúci organizmus.“ (Hegyi, Krajčík, 2004, s.42)

Farmakoterapia je jednou z najzložitejších kapitol geriatrickej a geriatrického ošetrovateľstva.

Farmakoterapia v geriatrickej je charakterizovaná:

Polypragmáziou,

- prevahou symptomatickej liečby nad kauzálnou,

- vyšším výskytom nežiaducich účinkov liečiv,
- zhoršeným compliance,
- zvláštnosťami farmakokinetiky, farmakodynamiky.

(Pacovský, 1990, Hegyi, Krajčík, 2004)

Farmakoterapia v geriatrickej je účinná ak je vykonávaná tímovo, do terapie je zapojený multidisciplinárny tím - lekár, sestra, pacient, rodinní príslušníci, ale i lekárnici/ farmaceuti.

Lekár - je zodpovedný za výber vhodného lieku, poučenie pacienta(ústne, písomne).

Sestra, ktorá prichádza s pacientom do kontaktu častejšie je zodpovedná za dodržiavanie, príp. zopakovanie odporúčaní pri užití lieku, v ústavných zariadeniach liek podáva a zároveň i zodpovedá za presné dávkovanie a užitie lieku , ale často je prvá, ktorá si všimne i nežiaduce alebo vedľajšie účinky liekov.

Rodinní príslušníci - v domácej liečbe sú dôležitým zdrojom informácií o účinkoch lieku a pomáhajú pri užívaní lieku- dohliadajú na dodržanie správneho množstva, času užívania lieku, prípadne ak ide o hendicapovaného pacienta liek podávajú.

Lekárnici - poskytujú odborné informácie o prípravkoch, ich nežiaducich účinkoch a ak má pacient tzv. liekovú kartu vedia o všetkých ordinovaných liekoch a môžu upozorniť pacienta, lekára na interakcie, kontraindikácie s pravidelne užívanými liekmi a po konzultácii s lekárom odporučiť náhradné lieky.

Úloha sestry pri farmakoterapii seniorov

Úloha sestry pri farmakoterapii je rôzna, závisí od prostredia, v ktorom poskytuje starostlivosť.

Ústavné zariadenia

- podávanie liekov,
- pozorovanie vedľajších, nežiaducich účinkov liekov,
- edukácia a reedukácia pacienta,
- spolupráca s lekárom, rodinnými príslušníkmi.

Domáca starostlivosť:

- kontrola liečby,
- edukácia, vysvetlenie ordinácii pacientovi, rodinným príslušníkom,
- podávanie informácií lekárovi.

Sestra v starostlivosti o seniorov musí:

- Vedieť, ktoré lieky sa **neodporúčajú pre starších pacientov**,
- poznať **najčastejšie nežiaduce účinky liekov**,
- poznať **riziká** zo strany pacienta a personálu,
- kontrolovať lieky, ktoré má pacient doma a dohliadať na pacienta pri ich užívaní.

Edukáčna rola sestry pri farmakoterapii geriatrického pacienta

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

Edukácia je najdôležitejšou činnosťou pri zabezpečovaní účelnej farmakoterapie seniorov, a je zároveň i predpokladom pre compliance pacienta.

Cieľom edukácie je získať, udržať geriatrického pacienta v roli aktívneho spolutvorcu terapie.

Edukácia vedie k:

- zvýšeniu samostatnosti pri užívaní liekov,
- zníženiu výskytu nežiadúcich účinkov liekov, vzniku liekovej rezistencie,
- zvýšenej informovanosti pacienta o správnom užívaní lieku a sledovaní jeho účinku,
- zníženému počtu hospitalizácii,
- k celkovému zlepšeniu zdravotného stavu pacienta.

Edukáciu môže ovplyvňovať:

- vek(presenium, senium, dlovekosť),
- pohlavie,
- socio- ekonomické faktory,
- motivácia (vnútorná, stotožnenie sa pacienta),
- uspokojenie potrieb, spiritualita,
- typ osobnosti,
- znížená kvalita života spôsobená užívaním liekov,
- zdravotný stav pacienta a úroveň sebastačnosti.

Pre edukáciu má veľký význam motivácia pacienta, ktorá je základom jeho spolupráce.

Spoluprácu možno očakávať len vtedy, ak je pacient presvedčený, že ochorenie a jeho komplikácie ho ohrozujú, neliečenie sa znamená zníženú kvalitu života, osôh liečby je väčší ako jej náročnosť, nepríjemnosti a riziká liečbou možno držať pod kontrolou.

Úloha sestry:

- Pozorne vypočuť všetky informácie od pacienta(rodinných príslušníkov),
- rešpektovať sebaúctu pacienta, pristupovať k pacientovi ako k partnerovi,
- zozbierať a analyzovať informácie od pacienta pre identifikáciu problému a stanovenie edukačnej diagnózy,
- na základe záverov zostaviť a realizovať edukačný plán,
- ak je potrebná permanentná ošetrovateľská starostlivosť zabezpečiť ju, prípadne pomôže pacientovi nepriamo- telefonickou konzultáciou,
- opakované fixovanie,
- rešpektovať pacientove právo na omyl, priamo neodsudzovať pacienta (čím viac liekov starý človek užíva, tým je vyššie riziko chýb v liečbe), znovu konzultovať danú problematiku,
- zaistiť pokračujúcu edukáciu,
- zaistiť primerané prostredie a pomôcky pri farmakoterapii.

Edukačný proces

Edukačný proces pozostáva z 5 krokov:

1. Posudzovanie, zber údajov:

Určenie cieľovej skupiny, metodiky zberu údajov a vyhodnotenie získaných údajov.



2. Stanovenie edukačnej diagnózy

Stanovenie, v ktorej oblasti má pacient nedostatky, nedostatočné vedomosti.



3. Plánovanie

Stanovenie hlavného cieľa edukácie, ako aj cieľa pre edukátora a edukanta, určenie kde a kedy sa edukácia bude realizovať, aké metódy, pomôcky bude potrebovať.



4. Realizácia

Priebeh edukácie. Plnenie cieľov edukácie.



5. Vyhodnotenie- spätná väzba

Ad 1 Posudzovanie

Posudzovanie alebo zber údajov je najdôležitejším prvkom edukácie, nerealizuje sa len nazačiatku edukácie, ale význam má počas celej edukácie (posúdenie zdravotného stavu pri dlhodobom užívaní liekov, užívaní nového lieku, posúdenie nežiadúcich účinkov lieku).

Metódy na získanie informácií:

- pozorovanie,
- rozhovor, rozhovor s príbuzným/zákonným zástupcom,
- analýza zdravotnej dokumentácie.

Pri posudzovaní sa zameriavame na:

1. určenie potreby klienta získať vedomosti,
2. získanie dôležitých údajov o klientovi.

(Gulášová, I., Gerlichová, K., 2006, s.63)

Dôležité je odobratie dôkladnej anamnézy, fyzikálne vyšetrenie, hodnotenie kognitívnych funkcií.

Sestra sa zameriava hlavne na údaje ako:

- zdravotný stav pacienta- akútne, chronické ochorenia,
- zameriava sa na ochorenia pohybového systému- reumatické ochorenia, neurologické ochorenia, ochorenia pečene, obličiek, poškodenie zmyslových orgánov- zrak, sluch,
- alergie na potraviny a lieky,
- zmeny v motorike- hrubá, jemná (význam pri aplikácii liekov, manipulácia s liekmi v tuhej a tekutej forme),
- údaje o špecifických potrebách klienta,
- zistenie kvality výživy, chuť do jedla, hydratáciu, spotreba pochutín, čajov, doplnkov výživy,
- užívanie alkoholu, kávy, fajčenie,
- užívanie voľno predajných liekov,
- mieru funkčnej poruchy spôsobujúcej obmedzenie alebo stratu sebestačnosti,
- režim aplikácie liekov, dodržiavanie pokynov, vedomosti o liečbe, aké má pacient informácie o užívaní liekov,
- pri užívaní lieku efekt liečby- môže sa stať, že liek má opačný účinok,
- údaje o symptómoch- zvýšená telesná teplota, slabosť, pokles hmotnosti, zníženie chuti do jedenia, zmätenosť, závraty, psychické zmeny- demencia, depresia, sťažené prehltnutie,

- údaje o rodine, domácnosti, o finančnom zabezpečení klienta, kvalita sociálneho prostredia.

Chyby pri posudzovaní:

- nedostatočná anamnéza,
- nedostatočné vedomosti sestry, nedostatočné informácie o ochorení a pridružených ochoreniach,
- pacient sa nedá vyšetriť, nekomunikuje,
- vyšetrenie sa pokladá za zbytočné, vzhľadom na vek pacienta.

Rizikové osoby:

- osamelo žijúci starí ľudia, zanedbaní, opustení,
- pacienti so zníženou sebaopaterou, imobilní, inkontinentní, ohrození komplikáciami- dekubity, dehydratácia, zápal pľúc, tromboflebitída
- sociálne neprispôsobiví alkoholicy, bezdomovci.

Ad 2 Diagnostika

Po dôslednom posúdení stanovujeme edukačné diagnózy, diagnózy sa týkajú nedostatočných vedomostí v určitej oblasti ako: nedostatočné vedomosti o užívaní liekov všeobecne, nového lieku, nedostatočné vedomosti o vedľajších a nežiadúcich účinkoch lieku, nedostatočné zručnosti pri podávaní lieku a i.

Ad 3 Plánovanie

Pri plánovaní je dôležité:

- stanoviť ciele tak, aby vychádzali z potrieb klienta,
- zvoliť stratégie pri vyučovaní, metódy- u starých ľudí je dôležitý rozhovor, vysvetľovanie, presviedčanie, prednáška, demonštrácia, metóda písaného slova, cvičenie, kombinované metódy,
- obsah edukácie- sestra určí na základe posúdenia, môže ísť o poskytnutie nových informácií, preopakovanie, rozšírenie informácií, reedukáciu, (pozri príklad),
- vytvoriť plán edukácie- rozsah teoretických a praktických vedomostí, ktoré si starý človek osvojuje.
- pri písaní plánu je dôležité rešpektovať osobitosti veku a individualitu pacienta.

Príklad:**Obsah edukácie****Základné informácie o užívaní liekov:**

- význam lieku,
- spôsob užitia, technika aplikácie, užívanie liekov v stoji alebo v sede (pri problémoch s prehĺtaním),
- farba lieku (časté predsudky voči farbe lieku v starobe)
- doba (čas) užitia lieku, užívanie lieku pred, počas, po jedle, vhodné tekutiny na zapitie,
- nevhodné potraviny, pochutiny pri užívaní liekov,
- zákaz konzumácie alkoholu,
- dávkovanie,
- dĺžka užívania liekov- dlhodobá, krátkodobá užívané lieky,
- vedľajšie účinky lieku,
- nežiadúce účinky lieku,
- zaobchádzanie s liekmi po expirácii,
- skladovanie liekov,
- nevhodné lieky,
- skratky na liekoch, recepte,
- náhradné lieky- generiká,
- dodržiavanie pokynov ošetrojúceho lekára,
- informácie v lekárni, používanie liekovej karty,
- informácie o iných ochoreniach, liekoch, voľne predajných liekoch.

Edukácia o nežiaducich účinkoch lieku

- vysvetlenie termínu „ nežiadúce účinky“
- kedy vznikajú- vyššie riziko v starobe, vyšší počet ordinovaných a užívaných liekov,
- skupiny liekov, u ktorých sa prejavujú najčastejšie- hypotenzíva, diuretiká, nesteroidné antireumatiká, kardiotoniká, hypnotiká, psychofarmaká,
- najčastejšie nežiadúce účinky- závraty, pády, znížený krvný tlak, zmätenosť, depresia, močová inkontinencia, zápcha, hnačka, vracanie, kašeľ, poruchy vedomia, zhoršenie poznávacích funkcií.

Edukácia o liekoch proti bolesti

- kedy sa užívajú- základné informácie o užívaní liekov,
- kto ordinuje,
- nebezpečenstvo samoordinácie,
- najvhodnejší spôsob užívania,

- lokálna aplikácia liekov,
- nežiadúce príznaky- pozor na gastrointestinálne ťažkosti!
- iné nežiadúce účinky: bolesť hlavy, závraty, poruchy vedomia, zmätenosť, kŕče, tras,
- užívanie pri ochoreniach pečene, obličiek,
- vedľajšie účinky liekov- obštipácia, nauzea, malátnosť alebo eufória, hypotenzia, bradykardia, svrbenie, retencia moču, závislosť, útlm dýchania,
- nefarmakologická liečba.

Edukácia o antibiotikách

- spôsob užívania lieku , dávkovanie, dĺžka užívania lieku,
- dodržiavanie dávky, časového intervalu,
- vhodné potraviny a tekutiny pri užívaní ATB,
- zákaz konzumácie alkoholu,
- vedľajšie účinky lieku,
- sledovanie alergií, nežiadúcich účinkov liekov,
- informovať o iných ochoreniach, liekoch a samoordinovaných liekoch.

Edukácia o geriatrikách

- charakteristika liekov- lieky ovplyvňujúce proces starnutia, spomaľujú proces starnutia,
- voľno predajné lieky,
- účinky: ovplyvňujú nepriaznivé prejavy ako únava, slabosť, vyčerpanie, nedostatočné sústredenie,
- užívajú sa pri nedostatočnej výžive, v dobe rekonvalescencie po ochorení, ako prevencia nedostatku vitamínov a minerálnych látok,
- lieky sa neužívajú pri poruchách funkcie obličiek, pri predávkovaní vitamínmi A, D, pri alergii na niektorú zložku lieku,
- nežiadúce účinky- nevoľnosť, bolesť žalúdka, vracanie,
- informovať lekára o užívaní lieku,
- neužívať po uplynutí doby expirácie,
- užívanie podľa pokynov na letáku alebo lekárnik.

Ad 4 Realizácia

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

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

Komunikácia nie je jednoduchá. Sestra pracujúca so starými ľuďmi musí rozumieť slovnému vyjadrovaniu a vie analyzovať i neverbálne a paralingvistické prejavy.

Ústne podané informácie

- nepoužívať cudzie slová, odborné výrazy, zdravotnícky slang, latinskú terminológiu,
- rozprávame jednoducho, zrozumiteľne a pochopiteľne,
- hovoríme pomaly, hlasnejšie, jasná artikulácia, očný kontakt,
- opakovanie informácií, overiť pochopenie.

(Poledníková, 2006, s.33)

Písomné informácie

- jednoduchý text, bez odborných výrazov, písmo dostatočne veľké.

Rady pre účinnú spoluprácu :

- nepredpokladajte, že si pacient zapamätá všetky rady, používajte pomoc členov rodiny, dajte pacientovi písomný návod, doporučte ako pripraviť lieky,
- pozorujte pacienta ako si berie lieky z obalu, ako si aplikuje očné kvapky, užíva aerosolový inhalátor,
- pravidelne sa pýtajte ako berie lieky, postupuje správne,
- pri návšteve pacienta v byte skontrolujte obsah liekov- obalov, fľašiek,
- použite i nefarmakologické postupy- cvičenie, aplikácia tepla, chladu, diéta.

(Topinková, 1995, s. 36)

Ad 5 Vyhodnotenie

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

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

Hodnotíme zároveň zdravotný stav a účinok liečby, úlohou edukácie je poskytnúť adekvátne informácie o liekoch, liečbe, zvýšiť motiváciu a compliance pacienta, čo zároveň zvyšuje kvalitu jeho života.

Záver

Farmakoterapia je významnou súčasťou liečby geriatrického pacienta.

Farmakoterapia v geriatrickej má výhody- zmiernenie symptómov, vyliečenie akútneho ochorenia, ale často i nevýhody spojené so zvýšeným rizikom nežiadúcich účinkov liekov, polypragmáciou a zmenami v súvislosti s procesom starnutia.

Úlohou zdravotníckych pracovníkov je účelnou farmakoterapiou dosiahnutie, čo možno najvyššej kvality života pacienta. Nie je to možné bez jeho aktívneho zapojenia a spolupráce.

Pozitívny prístup možno získať primeranou edukáciou, komunikáciou a starostlivosťou o pacienta.

Na farmakoterapii sa významnou mierou podieľa sestra. Vzdelaná a zodpovedná sestra je prínosom pre lekára, pacienta i rodinných príslušníkov.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DOLANSKÝ, H., ZAVÁZALOVÁ, L., ČELEDOVÁ, J., VLASÁK: Zkušenosti z realizace sekundární prevence ve starším a pokročilém věku. In: *Geriatricia*. 2006, č.1, s.5.
2. GULÁŠOVÁ, I., GERLICOVÁ, K. 2006. Úlohy sestry v edukácii klientov s mentálnou retardáciou v Domove sociálnych služieb. In: *Ošetrovateľstvo a výchova k zdraviu*. Trenčín: Ústav zdravotníctva a ošetrovateľstva, TU A. Dubčeka v Trenčíne, 2006, s. 55-65. ISBN 80-8075-130-7
3. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. Manuálek sociální gerontologie. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 2002, 72 s. ISBN 80-7013-363-5
4. HEGYI, L. 2001. Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí. Trnava: SAP, 2001, 127 s. ISBN 80-88908-80-9
5. HEGYI, L. 2005. Compliance vo vyššom veku. In: *Geriatricia*. 2005, č. 2, s. 78.
6. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2004. *Geriatricia pre praktického lekára*. Bratislava: Herba, 2004, 298 s., ISBN 80-89171-06-0
7. JAROŠ, Z. 1984. Ako užívať lieky. 1.vyd. Martin: Osveta, 1984, 176.s
8. JAROŠOVÁ, D. 2006. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 96 s. ISBN 80-7368-110-2
9. KALVACH, Z., ZADÁK, Z. JIRÁK, J. a kol. 2004. *Geriatricie a gerontologie*. Praha: Grada, 1 vyd. 2004, s. 864, ISBN: 80-247-0548-6 X
10. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. : *Ošetrovateľstvo I*. Martin: Osveta, 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
11. Léková karta pacienta. Dostupné na internete. www.rodinna-lekarna.info. [citované 2006-07-30].

12. LITOMERICKÝ, Š. 1992. Geriatriatria pre sestry. Martin: Osveta. 1992, 274 s. 80-217-04499-3
13. LITOMERICKÝ, Š. a kol. 1993 . Gerontológia a geriatria. Teleflash, 1993, 279 s.
14. MAGERČIAKOVÁ, M. 2005. Využitie internetu pri edukácii. In: Sestra. Júl- august 2005, č.7-8, s. 16, ISSN 1335-9444
15. MAREK, J. a kol. 2005. Farmakoterapie vnitřních nemocí. 3. vyd. Praha: Grada, 2005, 776 s. ISBN 80-247-0839-6
16. POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. 2006. Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006, 216 strán. ISBN 80-8063-2081
17. STAŇKOVÁ, m. 2001. České ošetrovatelsví 6. Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno IDVPZ, 2001, 55 s.
18. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. 1995. Geriatrie pro praktického lékaře. Praha: Grada, 1995, 297 s.
19. VOJTEKOVÁ, I . 2004. Výchova k zdraviu. In: Sestra. Január 2004, s. 12-13. ISSN 1335-9444
20. Správne užívanie liekov. Dostupné na internete. [www. primar.sk](http://www.primar.sk) [citované 2006- 07-30]

EDUKÁCIA PACIENTA S DIABETES MELLITUS

Majerníková Ľ.¹, Jakabovičová A.²

¹FZ PU v Prešove,

² Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,
detašované pracovisko v Košiciach

Edukácia diabetikov sa stáva nezanedbateľnou súčasťou komplexnej liečby. Diabetik sa stáva partnerom v liečbe a preberá i väčší podiel zodpovednosti za svoje zdravie. Dostáva sa v dnešnej dobe do nového postavenia. Nie trpiteľa, toho o kom sa rozhoduje, ale stáva sa tým, kto má právo, ale aj povinnosť ovplyvňovať svoje zdravie aj svoju chorobu. Úspech liečby diabetu závisí hlavne na postoji pacienta k vlastnej chorobe, na ochote rešpektovať a dodržiavať odporúčania lekára a sestry.

Edukácia je neoddeliteľnou súčasťou liečby diabetes mellitus. Pod týmto pojmom rozumie výchovu a vzdelávanie. Zahŕňa výučbu i proces učenia sa a vyžaduje interakciu najmenej dvoch osôb. Nie je to len nadobúdanie nových vedomostí, ale aj získavanie praktických zručností. Cieľom edukácie je získať, a potom udržať chorého (diabetika) v úlohe aktívneho a konštruktívneho spolutvorcu liečby (2, s. 94). Pacienti majú rôzne požiadavky, čo sa týka potreby získavania vedomostí. Potreba učenia je požiadavkou správania a postojov, inak povedané, je to medzera medzi informáciou, ktorú jedinec má a informáciou, ktorá je potrebná na to, aby dokázal zvládnuť určité činnosti alebo sa postaral sám o seba.

Faktory ovplyvňujúce edukáciu

1. Vzťah edukátora a pacienta (prípadne celej rodiny): dôležitá je motivácia, komunikácia, zohľadnenie a zosúladenie cieľov pacienta a edukátora, brať na vedomie, že pacient vystupuje ako partner.
2. Pedagogický prístup, ktorý zahŕňa tieto zásady:
 - kontinuita – logická a obsahová nadväznosť,
 - reverzibilita – každá edukácia musí mať spätnú väzbu, ktorá sa má uskutočňovať,
 - jednoznačnosť – používať jednoduché a jasné formulácie,
 - neprotirečivosť – odovzdané informácie členmi edukačného tímu si nesmú protirečiť,
 - primeranosť – obsah a metódy edukácie musia zodpovedať potrebám, cieľom, veku a úrovni pacienta.
3. Dôležité sú formy edukácie pre ktoré sa rozhodneme (individuálnu a skupinovú).

4. Postoj pacienta, jeho psychoemočný stav a sociálne prostredie. Dôležité je presvedčenie, že daná liečba, úprava životosprávy mu môže pomôcť (2, s. 97 – 98). Každý je individualitou, a preto sa s touto skutočnosťou (oznámenie ochorenia) vyrovnáva iným spôsobom. Väčšina chorých prechádza týmito štádiami:

- šok spolu s iracionálnym myslením a cítením,
- popieranie alebo útek zo situácie,
- smútok, zlosť, úzkosť, pocit viny,
- rovnováha,
- reorganizácia (3, s. 55 - 57).

5. Psychosociálne problémy: niekedy pri takýchto ťažkostiach je nevyhnutná spolupráca psychológa, psychiatra alebo iného pracovníka, ktorý by pomohol pri ich riešení (napr. depresívne stavy, panické stavy, nezamestnanosť, izolovanosť).

6. Sezóny života a s tým súvisiace priority pacienta, napr.: iné problémy má dieťa v predškolskom veku ako adolescent, dospelý, príp. geront (2, s. 97 – 98).

7. Intelektuálna výkonnosť súvisí so zmenami, ktoré so sebou prináša vek. Napríklad od 30. roku života klesá rýchlosť psychomotorického učenia. Najvýraznejší pokles je po päťdesiatke.

8. Vek človeka výrazne ovplyvňuje jeho spôsob učenia sa novým vedomostiam, zručnostiam a postojom. Napríklad u dospelých platí nasledujúci pomer uchovávanie informácií na základe zmyslového vnímania: 10 % čítanie, 20 % počutie, 30 % videnie, 50 % počutie a videnie, 70 % počutie videnie a ústne zopakovanie. Až 90 % informácií sa uchováva ak je umožnené pri učení dospelého zapojiť zrak, sluch, reč a hmat.

9. Motivácia je hybnou silou činnosti človeka. Dospelý človek, ktorý už nie je zaradený do inštitucionálneho vzdelávania sa môže učiť, ale nemusí. Jeho vzdelávanie je dobrovoľné, preto je nutné vhodne ho motivovať.

10. Fyziologický stav človeka má výrazný vplyv na jeho schopnosť učenia sa. Choroba a s ňou spojená bolesť, strach, neistota, zmeny telesnej teploty a diskomfort spôsobený množstvom sprievodných príznakov ochorenia mimoriadne ovplyvňujú schopnosť koncentrácie sa na učenie nového.

11. Predchádzajúce skúsenosti pacienta/klienta sú rovnako dôležité ako všetky vyššie spomínané determinanty. Predtým než začneme niečo učiť, mali by sme vedieť, čo už o danej problematike vie, čo mu povedali priatelia, čo všetko v súvislosti s tým zažili jeho príbuzní, čo o tom čítal, počul v masmédiách a pod. Pre dospelého človeka je typické, že nové informácie porovnáva so svojimi vlastnými skúsenosťami. (1, s. 200 – 201).

Špecifiká veku pacienta v edukácii

Pri akejkoľvek edukácii je dôležitý individuálny prístup, hlavne z pohľadu veku. V dojčeneckom a batolivom veku zohráva primárnu úlohu rodič, ktorý je najvhodnejším učiteľom. Preto je neraz nevyhnutné, aby bol rodič hospitalizovaný v nemocničnom prostredí spolu s dieťaťom. Sestra spolu s rodičom musí voliť vhodné prostriedky pre edukáciu dieťaťa a tiež aj cesty pre nadviazanie kontaktu, získanie si dôvery.

Predškolský vek je charakteristický tým, že sa dieťa chce učiť. Z výchovných metód je vhodné použiť hru, vysvetľovanie, presvedčanie, povzbudzovanie, príklad, odmenu, trest.

Školský vek je charakteristický v zmene schopnosti dieťaťa sebakontroly a sebaovládania. Veľmi náročné je hlavne obdobie staršieho školského veku, pretože je to obdobie vzdoru a revolty, problémového správania, potreby emancipácie a i. Zdravotnícky personál a rodičia musia citlivo reagovať na potreby dospelávajúceho, ktorý si vyžaduje rovnocenný prístup, treba ho akceptovať ako plnohodnotného dospelého človeka.

Obdobie adolescencie je charakterizované ako čas nájdenia vlastnej identity, zaujatie miesta plnohodnotného dospelého človeka v spoločnosti. Preto by edukácia mala byť zameraná tak, aby adolescentovi bolo umožnené žiť, ak je to možné napr. aj s chorobou, defektom, zaujať role, aby bol pre spoločnosť prínosom (4, s. 65 – 67).

Dospelí tvoria najpočetnejšiu skupinu pacientov v zdravotníctve. Radia sa sem dospelí v období mladého, stredného a staršieho veku dospelosti.

Učenie u seniorov má isté osobitosti, ktoré sú podmienené zmenami v zmyslovom vnímaní, rozumových schopnostiach, najmä v pozornosti a pamäti, zmenami v emocionalite, náročnejšej motivácii a horšej adaptácii na zmenené podmienky (5, s. 72 - 73).

2.4 Edukačný proces

Najefektívnejšia edukácia prebieha prostredníctvom edukačného procesu, ktorý je súčasťou ošetrovateľského procesu. Edukačný proces sa skladá z týchto fáz.

Získavanie informácií a diagnostikovanie pri edukácii v ošetrovatelstve je špecifikovanie potrieb klienta/pacienta z pohľadu rozsahu nedostatku jeho vedomostí. Spravidla ide o riešenie problému deficit vedomosti alebo deficit zručností, ale aj nedostatok motivácie. Diagnostika sa vzťahuje na potrebu naučiť sa niečo, nadobudnúť nové vedomosti, schopnosti, postoje k danej problematike. Sestra by mala presne určiť, ktoré vedomosti pacientovi chýbajú, prípadne aké nové zručnosti by si mal osvojiť, ktoré postoje by mal zmeniť (4, s. 83).

Plánovanie v edukačnom procese znamená prípravu učebného plánu. Uskutočňuje sa v etapách a veľkou výhodou je, ak sa na formulácii plánu zúčastňuje aj pacient, lebo je pravdepodobné, že sa dostane i želaný efekt.

I. etapa – stanovenie priorít vo výučbe:

- Potreby pacienta získavať vedomosti, zručnosti majú byť zoradené podľa dôležitosti.

II. etapa – stanovenie učebného zámeru:

- Zámery a ciele stanovuje pacient, pacientova blízka osoba, edukátor.

III. etapa – voľba výučbových stratégií:

- Výučbové metódy vyberá edukátor a musia sa prispôbiť individuálne každému jedincovi, učebnému materiálu a edukátorovi.

IV. etapa – výber obsahu:

V. etapa – rozplánovanie učiva:

- Učivo je potrebné rozplánovať, vytvoriť určitý návod na jeho realizáciu. Učebné plány šetria edukátorovi čas. (6).

Pri realizácii učebného plánu musí byť edukátor pružný, musí rátať i s jeho prípadným prehodnocovaním, je dôležité aby edukátor používal učebné pomôcky uľahčujúce edukáciu a aby zvážil možné prekážky edukácie (napr.: bolesť, vek, biorytmus, prognóza, úzkosť, a iné). Optimálny čas na edukáciu závisí od edukátora a pacienta, edukácia je ovplyvnená aj tempom, akým prebieha. Edukátor si musí všímať, či tempo nie je príliš rýchle alebo pomalé. Je potrebné pracovať s tým istým zariadením a technikou, s ktorou bude samostatne pracovať i pacient. Edukácia je efektívnejšia ak pacient sám objaví význam zdravotnej výchovy.

Proces hodnotenia je priebežný i záverečný. Musia sa hodnotiť i krátkodobé ciele spolu s dlhodobými zámermi. Po vyhodnotení považuje edukátor často za potrebné zmeniť, či zopakovať učebný plán, ak neboli niektoré ciele splnené, alebo sa splnili len čiastočne. (6)

Typy edukácie diabetika

Edukáciu chorého s DM môžeme rozčleniť na 3 obdobia:

1. Diagnostikovanie diabetes mellitus a krátko po ňom (základná edukácia): najdôležitejšie sú informácie, ktoré sú potrebné k zvládnutiu novej situácie.

2. Niekoľko mesiacov po diagnostikovaní diabetes mellitus (hlbková edukácia): chorý a jeho rodina sa stretáva s rôznymi problémami, edukácia je zameraná na ich riešenie a predchádzanie (napr.: cestovanie, voľba povolania, tehotenstvo a iné).

3. Dlhodobá starostlivosť (pokračujúca edukácia): posilňuje a prehĺbuje už získané vedomosti a zručnosti, zameriava sa na nové problémy, chronické komplikácie atď. (7, s. 4).

Zoznam bibliografických odkazov

1. KOŠKOVÁ, J. Prístup k edukácii dospelých pacientov/klientov. In: Multioborová, interdisciplinárna a medzinárodná kooperácia v ošetrovatelstve. Ostrava, 2002. 400 s. ISBN 80-215-4507-7.
2. VOŽÁR, J. et al. Diabetes mellitus. Bratislava: Slovak Academic Press, 1998. 286 s. ISBN 80-88908-20-5.
3. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 1995. 400 s. ISBN 80-7169-168-2.
4. ZÁVODNÁ, V. Pedagogika v ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2002. 96 s. ISBN 80-8063-108-5.
5. HRUŠKOVÁ, S. et al. Špecifika edukácie seniorov na geriatrickom oddelení. In: Multioborová, interdisciplinárna a medzinárodná kooperácia v ošetrovatelstve. Ostrava, 2002. 400 s. ISBN 80-215-4507-7.
6. ŽIAKOVÁ, K. 2000. Edukačný proces. Prednáška z predmetu Výchova k zdraviu. Martin: JLF UK, marec 2000.
7. FRANCOVÁ, H. Edukace dětského diabetika a jeho rodiny. In: Sestra, 10, 2000, č.3, s. 10. ISSN 1212-0404.

LEUKÉMIE A OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Šipecová M.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Hematologicko-transfuziologické oddelenie

Pracujem na hematologicko- transfuziologickom oddelení ako zdravotná sestra a čoraz častejšie sa na našom oddelení stretávam so skupinou pacientov, ktorá je postihnutá zhubnými ochoreniami. Z nich väčšina je postihnutá leukémiou. Je to ochorenie, ktoré výrazne ovplyvňuje nielen život pacienta, ale aj život jeho rodiny, ba dotýka sa celej spoločnosti. Okrem somatických problémov nemožno prehliadať ani psychickú a sociálnu záťaž, ktorú toto ochorenie spôsobuje. Závažné ochorenia sú spojené s ustavičnou bolesťou, s výraznými kozmetickými aj funkčnými defektmi, postupnou invalidizáciou a veľa ráz aj ďalekosiahlymi zmenami vo viacerých oblastiach života pacienta. Bez odozvy nemôže zostať ani psychická a sociálna sféra pacientov. Ošetrovateľská starostlivosť musí byť preto založená na holistickom prístupe, ktorý pozerá na človeka ako na bio-psycho-sociálnu bytosť, a ktorý považuje celok za viac než len súhrn častí.

Leukémie sú zhubné klonálne ochorenia krvotvorby, vznikajúce zmenou proliferácie a diferenciácie jednej bunky, jej ďalším množením a expanziou na úkor normálnych elementov zdravej krvotvorby. Zmenené leukemické bunky sa zvyčajne vyplavujú z miesta svojej tvorby (z kostnej drene) aj do krvi, čo sa prejaví zmnožením bielych krviniek-leukocytózou. Ak sa leukemické bunky vyskytujú najmä v kostnej dreni a minimálne alebo vôbec nie v periférnej krvi, hovoríme o aleukemických formách leukémie.

Pri leukémiách je porušená diferenciácia, vyzrievanie a proliferácia obvykle už kmeňovej krvotvornej bunky. Podľa toho, či leukemická premena postihuje bunky myeloidného alebo lymfatického vývojového radu, delíme aj tieto ochorenia na myeloidné a lymfatické.

Príčiny zmien /mutácie/ kmeňovej bunky, alebo jej ďalšieho vývojového štádia, ktoré podmieňujú vznik leukemického klonu, nie sú celkom známe. Môžu to byť rôzne faktory vonkajšieho prostredia, ako ionizujúce žiarenie, vírusové ochorenia, chemikálie, ale tiež niektoré genetické ochorenia.

Akútne leukémie

Akútne leukémie predstavujú nediferencovanú, nezrelú bunkovú populáciu. Sú to značne rôznorodé skupiny zhubných chorôb krvotvorby, vznikajúce zhubnou premenou najčastejšie už kmeňovej bunky. Delíme ich na myeloidnú a lymfoblastovú. Ďalej ich možno

deliť na podtypy podľa morfológie, cytochemických charakteristík, alebo na základe stupňa a typu diferenciácie podľa imunotypizácie monoklonálnymi protilátkami.

Chronické leukémie

Chronické leukémie môžu byť myeloické alebo lymfocytové. Termín chronická leukémia vyjadruje skôr väčšiu bunkovú zrelosť leukocytov než dĺžku prežívania pacienta. Klinický priebeh ochorenia je pomalý, menej dramatický ako pri akútnych formách.

Vlasatobunková leukémia

Vlasatobunková leukémia je pomaly prebiehajúce lymfoproliferatívne ochorenie, ktorého podstatou je bujenie chorobných lymfoidných buniek, vychádzajúcich z B-lymfocytov, výnimočne z T-lymfocytov. Vyskytuje sa asi v 2% zo všetkých leukémií. Väčšinou postihuje mužov vo veku 50-55 rokov. Ochorenie môže niekedy od začiatku prebiehať subakútne i akútne. Pre vlasatobunkovú leukémiu je charakteristická prítomnosť buniek s vlasovými výbežkami v periférnej krvi i kostnej dreni.

Ošetrovateľská starostlivosť o onkologického pacienta

Manažment starostlivosti o onkologických pacientov zahŕňa ambulantnú a nemocničnú formu. Ambulantná starostlivosť poskytuje prevenciu a vyhľadávanie prekanceróz a včasných štádií ochorení, dispenzarizáciu pacientov s prekancerózami a poskytuje im odporúčané liečebné procedúry podľa pokynov odborných oddelení. Nemocničná starostlivosť je poskytovaná na posteľových oddeleniach klinickej onkológie, hematologicko- transfúzných oddeleniach vo vybraných nemocniciach, regionálnych onkologických centrách, centrách detskej onkológie a Národnom onkologickom ústave.

Na starostlivosti o onkologických pacientov sa podieľajú aj doliečovacie zariadenia, liečebne pre dlhodobo chorých, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti a hospice.

Sestra pracujúca na onkologickom oddelení musí mať adekvátnu profesionálnu odbornosť. Vyžadujú sa od nej špecifické vedomosti nielen z onkologického ošetrovateľstva, ale aj z iných ošetrovateľských a medicínskych odborov, psychológie a sociálnej práce. Vyššie nároky sa kladú na jej pozorovacie schopnosti. Sestra musí vedieť postrehnúť i tie najmenšie ireverzibilné zmeny zdravotného stavu pacienta. Jej práca je veľmi náročná fyzicky aj psychicky. Silou svojej osobnosti by sa mala vedieť ubrániť citovým väzbám k opakovane a dlhodobo hospitalizovaným pacientom,

pretože ich prípadná smrť je nesmieme stresujúcou situáciou. V oblasti špecializovaného štúdia sestier by preto nemal chýbať autogénny tréning, zameraný na vyrovnanie sa so stresom.

Rovnako dôležitá je aj vzájomná pomoc a podpora medzi sestrami, aby záťažovú situáciu neprenášali do svojho rodinného prostredia.

Systémová liečba onkologických ochorení býva zdĺhavá, ťažká a sprevádzajú ju početné nežiadúce účinky. Zahnuje chirurgické postupy, chemoterapiu, rádioterapiu, psychoterapiu a podpornú liečbu.

Následkom ochorenia a liečby vznikajú u pacienta problémy súvisiace s príjmom potravy a tekutín- nechutenstvo, anorexia, nauzea, eméza, problémy s prehĺtaním, žuvaním, pálenie a suchosť v ústach. Problémy súvisiace s vylučovaním sa prejavia obštipáciou alebo naopak diareou, či retenciou moču. Narušená oxygenácia sa prejaví neefektívnym čistením dýchacích ciest alebo intoleranciou aktivity. Problémom súvisiacim s telesnou teplotou u onkologického pacienta je horúčka a dehydratácia. Často vzniká imobilita, problémy so spánkom, odpočinkom a problémy súvisiace s bolesťou.

Nádorové ochorenie, jeho priebeh a liečba predstavujú pre postihnutého človeka vážny psychický stres spojený s telesným utrpením, obmedzením alebo stratou práce, sociálnych kontaktov a často i s hrozbou blízkej smrti. Toto všetko prináša každému človeku strach a neistotu, obavy zo straty lásky, zo samoty a opustenosti, čo vyúsťuje do depresií a pocitov beznádeje. Pacient má strach z bolesti, zo zmeny výzoru, zo zmrzačenia pri amputácii postihnutej časti tela, výsledkom čoho môže byť strata identity a vlastnej hodnoty. Ľudia v produktívnom veku sa strachujú, čo bude s deťmi, kto sa postará o rodičov a pod. Reálnou hrozbou sa stáva aj strach zo smrti, pričom spolu s pacientom trpí celá jeho rodina, a to najmä vtedy, keď ide o dieťa.

Ochorenie s nejednoznačnou prognózou znamená pre pacienta vážnu zmenu životných podmienok. Postupne sa naruša jeho hodnotový rebríček, ktorý si vo svojom živote vytvoril. Vplyvom choroby sa mení aj osobnosť postihnutého. Niektoré zmeny sú prechodné, iné zasa trvalé. Pacient sa často uzatvára do seba a zvyrazňuje sa u neho sebeckosť, kolísavosť nálad, pocit zlosti, ľútosti či straty kontroly nad vlastným životom.

V určitej fáze prežívania choroby u pacienta dominuje pocit krivdy, čo podvedome rieši nepriateľským postojom k svojmu okoliu. Sám nedokáže vyriešiť svoje súčasné problémy, preto často krát neadekvátnym spôsobom hľadá oporu. Potrebuje niekoho, komu by sa mohol zdôveriť či vyrozprávať.

Leukémia je ochorenie, ktoré postihuje pacientov všetkých vekových kategórií, vrátane detí. Má nepredvídateľný začiatok, neurčitý priebeh a potenciálne riziko vzniku komplikácií.

Významnú úlohu v liečbe leukémií má medicínska a ošetrovateľská starostlivosť, ale nesmie sa zabúdať ani na prostredie, v ktorom sa pacient pohybuje. Spoločenské prostredie pacienta môže pozitívne ovplyvňovať liečebný proces a naopak, pretrvávajúce ťažkosti negatívne vplývajú na vývoj ochorenia. Každý človek potrebuje sociálnu interakciu s rodinou a priateľmi, v ktorej je najdôležitejšie vzájomné pochopenie a porozumenie.

Nie všetci rodinný príslušníci sú pripravení a schopní prijať skutočnosť, že im vážne ochorel blízky človek alebo dieťa. Aj oni preto potrebujú emocionálnu podporu.

DARCI KRVI – LABORATÓRNE VYŠETRENIA

Klukošová Š., Kallová J.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Hematologicko-transfuziologické oddelenie

1. Za darcovstvo krvi je považované dobrovoľné a bezpríspevkové darovanie krvi, plazmy alebo bunkových zložiek z vlastnej vôle. Cieľom výberu osôb pre darovanie krvi a jej zložiek pre liečebné účely je zistiť, či je potencionálny darca zdravý, aby nedošlo k poškodeniu jeho zdravia a aby sa chránil príjemca.

Všetci darcovia prejdú skríningovou procedúrou, ktorá zhodnotí ich spôsobilosť darovať krv.

Ako darcovia sa môžu prijať iba zdravé osoby s dobrou zdravotnou anamnézou. Obvykle nie je možné uskutočniť kompletnú anamnézu a kompletné fyzikálne vyšetrenie, preto je potrebné spoľahnúť sa prvotne na odpovede darcu na jednoduché otázky zamerané na jeho zdravotný stav a prekonané ochorenia, na jednoduché zhodnotenie vonkajších príznakov u darcu a na jednoduché laboratórne vyšetrenia.

2. Po vyplnení dotazníka, ktorý darca vlastnoručne podpisuje, je darca zaevidovaný do evidencie a prechádza do laboratória, v ktorom sa mu po zmeraní teploty, tepu a tlaku krvi odoberie krv na predodberové vyšetrenie krvného obrazu a krv na povinné vyšetrenie prítomnosti povrchového antigénu vírusu hepatitídy B (HBsAg), protilátok proti vírusu hepatitídy C (anti HCV), protilátok proti vírusu získaného imunodeficientného syndrómu (anti HIV1+2), protilátok proti cytomegalovírusu (anti CMV), vyšetrenie serologických prejavov infekcie *Treponeme pallidum* a katalytickej koncentrácie alanínaminotransferázy (ALT). Ak ide o odber plánovaný, môžu sa tieto vyšetrenia urobiť aj pred odberom a to maximálne 7 dní vopred.

S výsledkom krvného obrazu, kde by hemoglobín nemal byť u žien nižší ako 125 a u mužov nižší ako 135 prechádza darca do vyšetrovne k lekárovi, ktorý zhodnotí všetky informácie o darcovi získané z dotazníka, z rozhovoru, skontroluje jeho fyzický stav, kde je potrebné zvláštnu pozornosť venovať príznakom ako je chabá telesná konštitúcia, podvýživa, bledosť, žltacka, cyanóza, dušnosť, psychická labilita, intoxikácia alkoholom alebo omamnými látkami a následne rozhodne, či sa darca môže podrobiť odberu, alebo nie. V prípade, že má lekár pochybnosti, darca musí byť vyradený. Podľa zoskupených podmienok môže byť darca vyradený trvale, alebo môže byť vyradený na určitú časovú

periódu. Dôvodom na trvalé vyradenie darcu môže byť napríklad kardiovaskulárne ochorenie, infekčné ochorenie, diabetes, malígne ochorenie, prenosná spongiformná encefalopatia, Creutzfeldova-Jakobova choroba a intravenózne, alebo intramuskulárne používanie drog. Kritériom na dočasné vyradenie z darcovstva môže byť endoskopia s biopsiou pri použití flexibilného inštrumentu, akupunktúra, tetováž, piercing tela, v týchto prípadoch býva vyradenie na 12 mesiacov, horúčka nad 38°C, chrípka a jej podobné ochorenie vyradí darcu na 2 týždne od ústupu symptómov, chirurgické, stomatologické zákroky, transfúzie krvi a krvného prípravku, tropické ochorenia, vakcinácie a množstvo iných ochorení si vyžadujú individuálne prehodnotenie.

3. Ak lekár uzná darcu za vhodného na odber, tak sa darca po malom občerstvení presunie na odberový sál, kde mu je po kontrole dokumentácie a identifikácii odobratá krv. Počas odberu krvi sa označí vak, ako aj vzorky odobraté na laboratórne vyšetrenie krvnej skupiny, Rh faktora a screeningu protilátok štítkom s rovnakým identifikačným odberovým číslom. Odber sa robí do skúmaviek bez protizrážavého roztoku. Po odbere sa vzorky darcov sústredia v imunohematologickom laboratóriu, kde sa po centrifugácii pri 3000 otáčkach za minútu po dobu 5-10 min vyšetrujú. V laboratóriu sa každá vzorka identifikuje s denným laboratórnym záznamom o odbere krvi a zaradí sa podľa poradia. Podľa karty darcu, ktorá obsahuje všetky identifikačné údaje a údaje o predchádzajúcich odberoch sa určí rozsah vyšetrení u daného odberu. Po centrifugácii sa oddelí sérum od krvného koláča vzorky a ďalej sa s nimi pracuje samostatne. Zo séra sa každému darcovi raz do roka vyšetří screening protilátok a aglutiníny darcu a to so známymi firemnými krvinkami A1 a B. Výsledky sa postupne zapíšu do denného záznamu o odbere krvi. Priamo z krvného koláča sa urobí orientačná kontrola krvnej skupiny a Rh faktora na platničke a do pripravených wasermanových skúmaviek, ktoré sú označené zhodne s odberovou skúmavkou sa urobí 10% náplav erytrocytov, ktorý scentrifugujeme pri 3000 otáčkach asi 1min, následne zlejeme supernatant a urobíme z prepraných erytrocytov 5% krvné náplavy. Z krvného náplavu sa potom vo vopred označených aglutinačných skúmavkách vyšetria aglutinogény a Rh faktor darcu a to reakciou so známymi diagnostickými sérami anti A, anti B, antiAB a antiD. Všetky reakcie musia odčítať spätnou kontrolou dve laborantky a výsledky sa vpíšu do laboratórneho záznamu k príslušnému odberu. V prípade negatívneho Rh faktora sa vyšetruje dopĺňajúce vyšetrenie Dw variant a v prípade potreby a podľa možností laboratória sa vyšetruje aj Rh fenotyp. V našom laboratóriu sa každému darcovi vyšetruje na erytrocytoch aj skupinový systém Kell a pri pozitivite v tomto systéme aj fenotyp erytrocytov v skupinovom systéme Cellano. Tieto vyšetrenia sa robia taktiež z krvného náplavu reakciou

so známymi diagnostickými sérami. Vyšetrenie screeningu antierytrocytových protilátok, Dw varianty aCellana sa robí nepriamym aglutinačným testom.

V súčasnosti sa používa v laboratóriách na vyšetrenie nepriameho aglutinačného testu gélový systém, ktorý je založený na princípe aglutinácie a gelovej filtrácie. Špeciálne skonštruovaná mikroskúmavka naplnená gélom, ktorý obsahuje antiglobulín humanum, sa scentrifuguje a výsledná reakcia sa odčíta. Umiestnenie antigénov v géle určuje silu reakcie. Mikroskúmavky Coombs anti-IgG,-C3d (AGH) obsahujú gél s polyšpecifickým antiglobulínovým sérom (AGH) proti ľudskému komplementu.

Po kompletnom odčítaní, nám dáva zoskupenie všetkých výsledkov z denného protokolu o odbere krvi komplexný výsledok skupinovej identifikácie výrobku.

Výsledky sa zapíšu do počítača, prekontrolujú sa, potvrdia sa a až potom sa objavia na identifikačnom štítku krvného výrobku.

4. Ani imunohematologickým metódam sa nevyhla automatizácia a existujú imunohematologické readre, ktoré tieto vyšetrenia dokážu urobiť so 100% presnosťou. V našom laboratóriu v ÚVN v Ružomberku máme imunohematologický analyzátor GALILEO, ktorý je jediným na Slovensku. Tento prístroj je určený na použitie k in vitro diagnostike v klinických laboratóriách. Galileo je analyzátor, ktorý je svojou koncepciou určený k automatizácii štandardných imunohematologických metód a je koncipovaný pre použitie mikroplatničiek. Metódy obsahujú nielen stanovenie ABO a Rh pacientov a darcov, ale aj IgG screening erytrocytárnych protilátok, konfirmáciu ABO a Rh darcov a mnohé ďalšie, ako je vyšetrenie krížových pokusov a identifikácie protilátok.

5. V serologickom laboratóriu používame automaticky mikrotitračný platničkový analyzátor, ktorý vykonáva celkové spracovanie vzoriek, prípravu vzoriek a reagensí, inkubáciu, proces premývania, presuny platničiek, fotometrické merania a vyhodnocovanie. Jednoduchá štruktúra s intuitívnym ovládaním umožňuje jednoduchú a rýchlu obsluhu pri každodenných rutinných úkonoch ako aj programovanie špecifických stanovení podľa požiadaviek užívateľa.

VÝHODY: Štart vkladáním skúmaviek a reagensí a ukončenie vyhodnotením výsledkov.

Po zadaní pracovného listu analyzátor samostatne vyhodnotí umiestnenie reagensie a upozorní na prípadné ich doplnenie.

Kompletný systém špeciálne označených komponentov zabezpečí vysokú bezpečnosť práce.

Všetky testy, ktoré prístroj vykonáva sú založené na princípe EIA (enzýmová imunoanalýza).

Vyšetrovaná látka sa viaže priamo, alebo v kompetícii na viažúcu sa látku, ktorá je viazaná na tuhom podklade. Ďalšia alebo o väzbu súťažiacia látka je označená enzýmom, ktorý po pridaní substrátu spôsobuje jeho farebnú zmenu. Stupeň farebnej zmeny je priamo úmerný množstvu prítomného enzýmu. Množstvo naviazaného enzýmu je v priamej EIA priamo úmerné množstvu vyšetrovanej látky, v nepriamej EIA je nepriamo úmerné. Farebná reakcia sa hodnotí spektrofotometricky.

V záujme prevencie prenosu infekčných chorôb sa u každej jednotky odobratej krvi robia povinne tieto vyšetrenia:

- vyšetrenie povrchového antigénu vírusu hepatitídy B (HBsAg)
- vyšetrenie protilátok proti vírusu hepatitídy C (HCV)
- vyšetrenie protilátok proti vírusom ľudskej imunodeficiencie AIDS (anti-HIV1+2)
- vyšetrenie protilátok proti *Treponema Pallidum* (Syphilis)
- alanínaminotransferáza (ALT)

HBsAg:

Vírusová hepatitída je zvyčajne sprevádzaná objavením sa povrchového antigénu hepatitídy B v sére. Spravidla je možné dokázať HBsAg v sére 2-3 týždne pred vypuknutím choroby. A pri nástupe charakteristických symptómov (ikterus, zmena koncentrácie špecifických enzýmov). Potom dochádza k pomalej eliminácii antigénu. U časti chorých nakazených ostáva antigén dokázateľný v sére roky, pravdepodobne po celý život. Pretože transplantácia krvi obsahujúcej HBsAg viedla v mnohých prípadoch k infekcii hepatitídou B, má dôkaz HBsAg u darcov krvi dôležitý význam, aby sa zabránilo výskytu potransfúzných hepatitíd B. Okrem toho sa dôkaz HBsAg používa aj pri diagnostike akútnej alebo chronickej infekcie hepatitídou B.

Anti HIV 1+2:

Má dva rozdielne typy vírusov, ktoré sa považujú za vyvolávateľa (HIV1+2). Od roku 1985 sa dôsledne začali vyšetrovať darcovia krvi na HIV-1 protilátky v krvných bankách, aj u výrobcu plazmy. Medzi časom informácie o rozšírení infekcie HIV-2 vyvolali potrebu rutinného vyšetrenia darcov krvi nielen na anti HIV-1, ale aj anti HIV-2, aby sa podľa možnosti vylúčil možný prenos transfúziou alebo krvnými preparátmi.

Anti HCV:

Vírus hepatitídy C, je hlavnou príčinou krvou prenášaných hepatitíd. HCV sa prenáša kontaminovanou krvou a krvnými produktami. Rutinné testovanie darcov krvi na prítomnosť anti HCV protilátok významne znížilo riziko potransfúzných infekcií.

Syphilis:

Vyšetrenie sa robí najmenej jedným testom optimálne kombináciou nešpecifického (kardiolidového) a špecifického (treponemového) testu. Vzorka sa musí vyšetriť do 72 hodín, lebo potom už vyšetrenie nemá význam, keďže *Treponema Pallidum* hynie pri chladničkej teplote po uplynutí tejto doby.

ALT:

Katalytická alanínaminotransferáza sa vyšetruje odporúčanou metódou na oddelení klinickej biochémie. Pripustná hodnota katalytickej koncentrácie ALT je 1,26 mikrokatalov. Pri hodnotách vyšších ako dvojnásobok sa transfúzny výrobok vyradí a dočasne sa vyradí aj darca krvi. (najmenej na 6 mesiacov).

Každá vzorka, ktorá je pri prvom vyšetrení ktoréhokoľvek testu reaktívna, musí byť tým istým testom ešte raz prešetrená duplicitne. V prípade reaktivity sa tieto vzorky posielajú na konfirmačné vyšetrenie do Národného referenčného centra, ktoré sídli v Bratislave.

6. Komplexný sumár všetkých výsledkov daného odberu musí vyhodnotiť lekár, ktorý po kontrole identifikácie a kompletnosti vyhovujúcich výsledkov prepustí výrobok na použitie.

ZVLÁŠTNOSTI POSKYTOVANIA OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI NOVÝM RIZIKOVÝM SKUPINÁM PRI TUBERKULÓZE

Kokoruďová J., Hudáková Z., Solovič I.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, detašované pracovisko v Poprade

Súhrn

Vývoj epidemiologickej situácie na Slovensku potvrdzuje, že zatiaľ máme tuberkulózu ako najzávažnejšiu infekčnú chorobu pod kontrolou. Stále však pribúdajú nové prípady a situáciu komplikujú najmä rizikové skupiny migrantov a pacientov infikovaných multirezistentnými kmeňmi tuberkulózných mykobaktérií. To chce od sestry nový prístup k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti a akceptovanie špecifik ošetrovania pacientov z rizikových skupín. Nakoľko sa v našich zdravotníckych zariadeniach zvyšuje počet pacientov pochádzajúcich z rôznych krajín sveta, ktorí majú viac či menej výrazné špecifiká v oblastiach prevažne sociálnych, kultúrnych a spirituálnych potrieb.

Kľúčové slova: tuberkulóza, mykobaktérium, pandémie, rezistencia, ramadan

Úvod

Ak sa nepodarí zlepšiť zdravotnú výchovu o TBC, odhaduje sa, že medzi rokmi 2000-2020 sa TBC nakazí ďalšia miliarda ľudí, ochorie 200 miliónov a zomrie 35 miliónov ľudí. Túto novú vlnu tuberkulózy spôsobilo oslabenie pozornosti a obmedzenie programu kontroly ochorenia, svetová pandémia AIDS, migrácia obyvateľstva a mnoho ďalších faktorov.

Ako sme povedali, novú vlnu tuberkulózy spôsobilo oslabenie pozornosti a obmedzenie programu kontroly ochorenia, svetová pandémia AIDS, migrácia obyvateľstva, ale aj zlá sociálno-ekonomická situácia, neadekvátna terapia a narkómia.

Nakoľko tuberkulóza je stále najzávažnejšou sociálnou chorobou, je potrebné venovať zvýšenú pozornosť určitým skupinám obyvateľstva, u ktorých je z rôznych príčin (hlavne zlé sociálne podmienky) výrazne zvýšené riziko vzniku tuberkulózy. Tie môžeme rozdeliť na:

- klasické rizikové skupiny ku ktorým patria asociáli, alkoholici, bezdomovci, staršie vekové skupiny obyvateľstva a Rómovia

- nové rizikové skupiny so závažným odrazom epidemiologických ukazovateľoch v celosvetovom meradle, kde patria osoby infikované multirezistentnými kmeňmi TBC, jedinci s HIV a AIDS a migranti.

Migranti sú ľudia, ktorí žijú mimo štát pôvodu dlhšie než jeden rok. Do tejto definície sa vojde približne 150 miliónov ľudí na celom svete. Môžu byť dobrovoľní, nútení, nelegálni a utečenci. K zvyšovaniu medzinárodnej migrácie v poslednom období prispievajú celosvetová tendencia globalizácie a lokálne konflikty (náboženské, národnostné a politické). Vznik vojnových konfliktov so sebou vždy prináša nárast počtu utečencov vo svete.

Za utečenca sa podľa Ženevskej konvencie považuje osoba, ktorá sa nachádza mimo svojej vlasti a má oprávnené obavy pred prenasledovaním z rôznych dôvodov. Prevažne pochádzajú z najchudobnejších krajín sveta a cieľovými oblasťami sú hospodársky silné štáty.

Slovensko sa stalo nielen tranzitnou, ale aj cieľovou krajinou pre mnohých utečencov. V roku 1992 bolo 87 žiadostí o azyl, v roku 2004 počet žiadateľov narástol na **11 391 !**

Kto sú žiadatelia o azyl na Slovensku? Menujeme *10 najčastejších národností v roku 2005*:

Rusko - 925

India - 346

Moldavsko - 256

Gruzínsko - 227

Čína - 223

Bangladéš - 221

Pakistan - 145

Afganistan - 85

Vietnam - 79

Palestína - 68

V našich zdravotníckych zariadeniach sa zvyšuje počet pacientov pochádzajúcich z rôznych krajín sveta, ktorí majú viac či menej výrazné špecifiká v oblastiach prevažne sociálnych, kultúrnych a spirituálnych potrieb.

V zdravotnej starostlivosti rozlišujeme tieto systémy:

tradičný – zahŕňa spôsoby starostlivosti praktizované členmi danej kultúry alebo subkultúry, ale aj naučené názory, poznatky a spôsoby vlastné danej kultúre

profesionálny – ten, ktorý prevláda v profesionálnych inštitúciách a preferuje ho majoritná spoločnosť.

Záver

Našou úlohou je poznať tradičný spôsob starostlivosti príslušnej kultúry či subkultúry a jeho kladné stránky využívať v profesionálnej starostlivosti.

Väčšina nedokáže komunikovať v slovenčine, ale neovláda ani iný svetový cudzí jazyk (napr. angličtina), ktorým by sme s nimi mohli komunikovať. Ázijci veľmi rešpektujú ľudí v postavení lekárov či sestier, čo prejavujú napr. prikyvovaním. Niekedy prikyvujú zo slušnosti aj keď nerozumejú.

Mnohokrát je pacientom bežne udržiavaný spôsob hygieny v našich podmienkach ťažko akceptovateľný a ďalší postup si vyžaduje hľadanie istých kompromisov.

Niektorí pacienti nevedia a nedokážu používať naše toalety. Reakcie ostatných pacientov na oddelení si vyžadujú citlivý prístup pri riešení problému u oboch strán. Odlišnosti sú aj v stravovaní, ktoré musíme tiež rešpektovať, napr. hinduisti nejedia teľacie a hovädzie mäso, niektorí sú prísni vegetariáni a u moslimov sú zakázané výrobky z bravčového mäsa + ramadán.

ZDRAVOTNÁ VÝCHOVA U CHORÝCH S TBC

Hudáková Z., Kokoruďová J., Solovič I.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, detašované pracovisko v Poprade

Súhrn

TBC je stále aktuálny problém. Na TBC zomiera stále viac ľudí ako na ktorékoľvek iné liečiteľné infekčné ochorenie. Každú sekundu je niekto na svete infikovaný TBC, každú minútu niekto zomiera na TBC. Každý deň sa u 25 000 ľudí vyvinie aktívna TBC a 5000 ľudí zomrie na toto ochorenie. Celkové náklady na liečbu TBC sa odhadujú na 12 miliárd USD. Jeden človek s aktívnou TBC infikuje 10 až 15 ľudí ročne.

Kľúčové slova: TBC – tuberkulóza, edukácia, edukant, edukátor, antituberkulotika

Úvod

Kampaň WHO zameraná na STOP TBC je založená na 6-bodovej stratégii a to na:

1. zainteresovanie vlád na kontrole tuberkulózy
2. pravidelná dodávka antituberkulózných liekov, ktoré sú pre pacienta bezplatné
3. vyhľadávanie prípadov založené na mikroskopii spúta
4. terapia podávaná pod priamym dohľadom zdravotníckych pracovníkov
5. tréning zdravotníckych pracovníkov
6. audit účinnosti kontrolného programu.

Medzi smelé ciele WHO patrí zachytiť 70% prípadov infekcie TBC a zabezpečiť 85% úspešnosť liečby, do roku 2015 znížiť prevalenciu a mortalitu TBC o 50%, do roku 2020 predísť 25 miliónom úmrtí na TBC a zabrániť vzniku 50 miliónov nových prípadov ochorenia, do roku 2050 eliminovať TBC ako zdravotnícky problém (teda redukovať výskyt TBC pod 1 prípad na 1 milión obyvateľov).

Cieľ práce

Zdravotná výchova u chorých s TBC je zameraná na súbor výchovných, vzdelávacích, agitačných a propagačných aktivít, ktoré sú zamerané na upevnenie, zachovanie a v prípade potreby aj na obnovenie zdravia a pracovných schopností.

V tomto procese sú dôležití:

- Edukátor – aktér edukačnej aktivity – učiteľ, inštruktor, sestra, lekár, konzultant
- Edukant – subjekt učenia bez ohľadu na vek a typ človeka.

V ošetrovatelstve sa edukácia delí na:

základnú – ak pacient nebol o problematike informovaný – novozitená TBC

komplexnú – realizovaná v edukačných kurzoch pre TBC

reedukačnú – pokračujúca, napravujúca, rozvíjajúca sa, nadväzuje na predchádzajúce informácie, zahŕňa opakovanie a aktualizáciu informácií

Výskumným cieľom v našej práci bolo zistiť stupeň vedomostí pacientov s tuberkulózou o tejto chorobe, úroveň zdravotno-výchovnej činnosti zdravotníckych pracovníkov a samotný záujem pacientov o zdravotnú výchovu v oblasti prevencie a liečby tuberkulózy.

Stanovili sme si hypotézy:

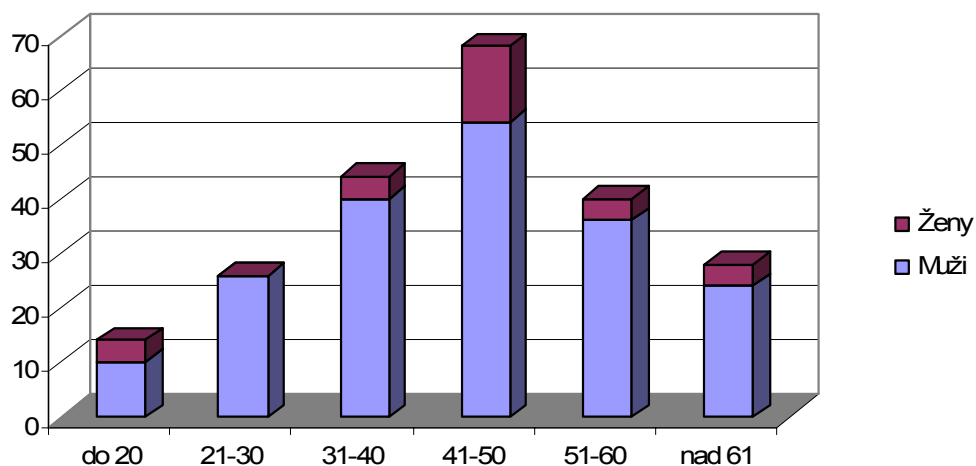
Hypotéza č.1: U chorých tuberkulotikov je nízka úroveň zdravotných vedomostí týkajúcich sa ochorenia, liečby a prevencie.

Hypotéza č.2: Miera zdravotných znalostí a postojov respondentov k chorobe závisí od stupňa dosiahnutého vzdelania.

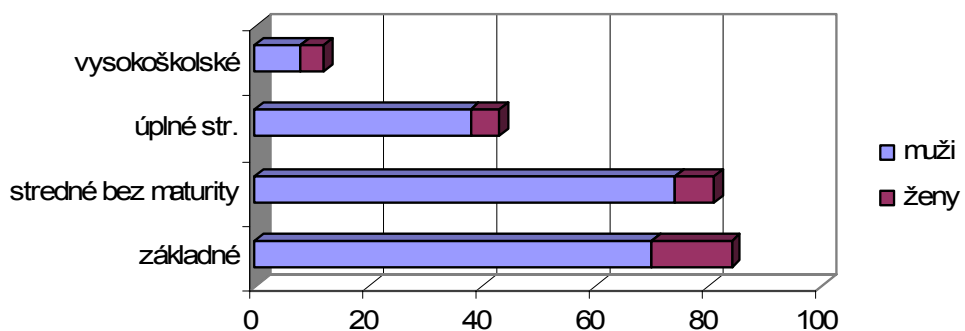
Hypotéza č.3: Zdravotnícki pracovníci venujú málo pozornosti zdravotnej výchove a edukácii u chorých s tuberkulózou. Absentujú rady a informácie o význame liečby a životosprávy.

Výskumnú vzorku tvorilo 220 pacientov (190 mužov a 30 žien) s pľúcnou a mimopľúcnou formou tuberkulózy, ktorí boli hospitalizovaní v ÚTPCHaHCH vo Vyšných Hágoch. Hlavná metóda výskumu - dotazník s použitím zatvorených a otvorených otázok. Obdobie vyplňovania dotazníka január - marec 2006. Výsledky výskumu sme spracovali v máji 2006.

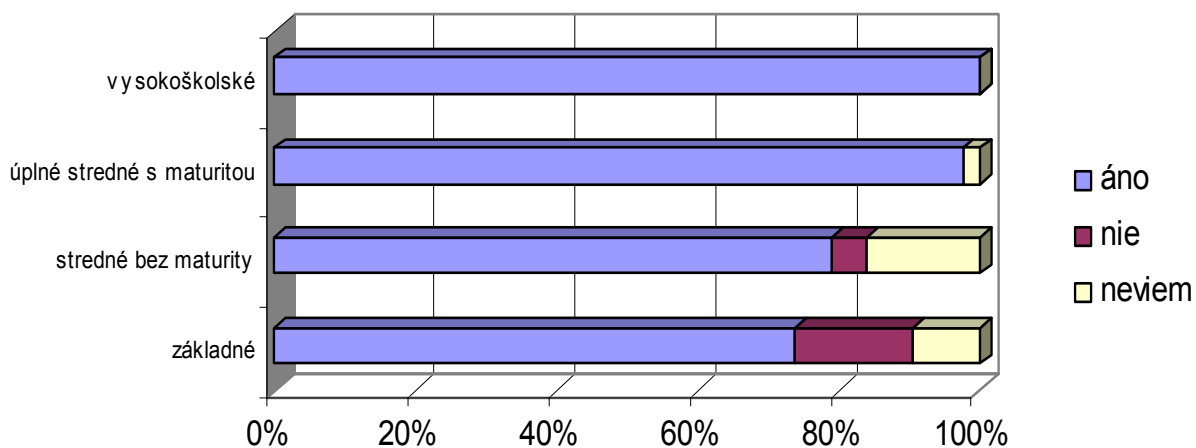
Zloženie súboru podľa pohlavia a veku.



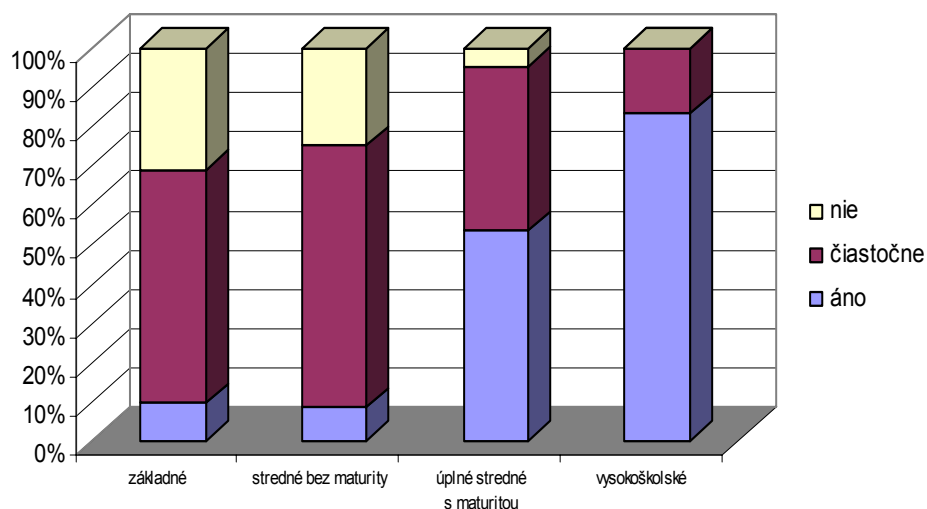
Zloženie súboru podľa pohlavia a vzdelania.



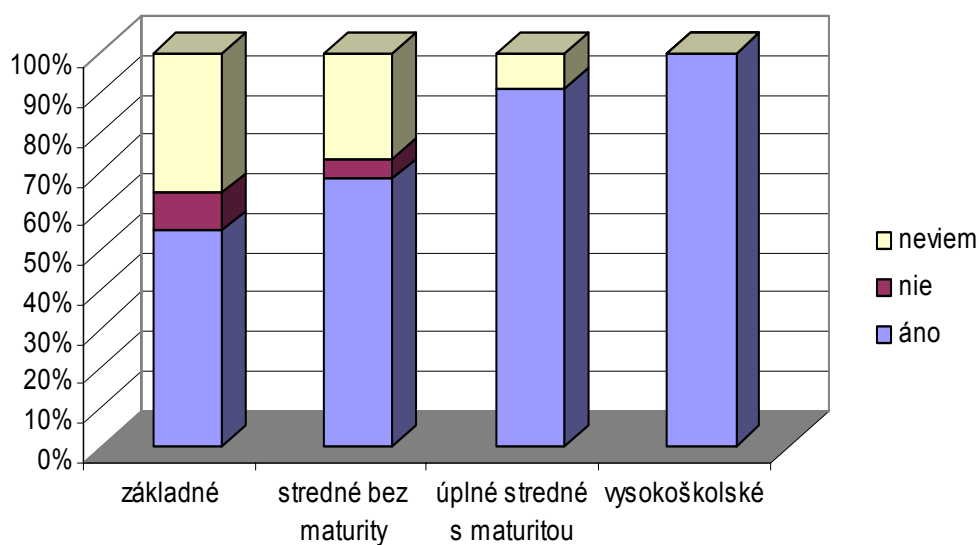
Je podľa Vás tuberkulóza infekčná - prenosná choroba?*



„Máte informácie ako sa dá chrániť a predchádzať tuberkulóze?“



„Je podľa Vás tuberkulóza liečiteľná choroba?“



Pracovné hypotézy sa potvrdili:

1. Úroveň vedomostí chorých o svojej chorobe a prevencii TBC je nízka.
2. Miera zdravotných znalostí a postojov k chorobe závisí od stupňa vzdelania chorých.
3. Zdravotníci neposkytujú chorým dostatok potrebných informácií o liečbe a životospráve pri TBC.

Záver

Navrhujeme:

- poskytovať informácie o infekčnosti tuberkulózy a spôsoboch jej prenosu,
- viac pozorností venovať a v praxi uskutočňovať edukáciu u pacientov s tuberkulózou so zameraním na nutnosť liečby, pravidelné užívanie liekov, vedľajšie účinky, nebezpečenstvo vzniku akvirovanej rezistencie,
- v edukačnej oblasti sa zamerať nielen na chorých ale aj na zdravú populáciu (výchova ku zdraviu), najmä informovať o možnostiach ochrany a predchádzania tuberkulóze,
- osobitnú starostlivosť venovať rizikovým skupinám (starí ľudia, sociálne slabí, alkoholici, asociáli, narkomani, bezdomovci),
- podporovať vyhľadávanie kontaktov (aktívne a pasívne).

NEBEZPEČENSTVO POSTMODERNÉHO MORÁLNEHO RELATIVIZMU

Danger of Post- modern Moral Relativism

Jurina J.

Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra všeobecného základu

Abstrakt

Súčasný postmoderný myslenie prináša so sebou mnohé pozitívne skutočnosti, ale aj niektoré riziká. Jedným z nebezpečenstiev postmoderného javu je nástup morálneho relativizmu a subjektivismu v etickom konaní jednotlivca i celej spoločnosti. Aby sme porozumeli týmto trendom a vedeli hľadať riešenie z tejto neutešenej situácie musíme si pravdivo analyzovať niektoré skutočnosti, ktoré naplno ovplyvňujú morálny život. V prvom rade musíme pochopiť, že postmoderné tendencie odmietať racionalizmus, univerzalizmus a totalitarizmus vedú človeka naozaj k subjektívnej voľbe nastúpiť cestu morálneho relativizmu. Riešenie tohto problému môže priniesť jedine úcta k morálnym autoritám, ale aj návrat k vznešeným morálnym hodnotám.

Abstract

Though there are many positive issues involved in a present post-modern thinking it involves some perils as well. One of the perils of the post-modern phenomenon is a rise of moral relativism and subjectivism in an ethical acting of an individual and a whole society as well. For better understanding these trends and for looking for a solution to this joyless situation we must objectively analyse certain facts that fully influence our moral life. First of all we must understand that post-modern tendencies as refusing rationalism, universalism and totalitarianism really lead a man to a subjective decision for moral relativism. The solution of this problem is only in having a respect for moral authorities and also in reviving of the moral values in people's lives.

Celá východná Európa i naše Slovensko prežíva proces hlbokých spoločenských a hospodárskych zmien. Po páde totalitného režimu sa zmenila nielen politická situácia, ale nové myslenie zasiahlo celú spoločnosť, predovšetkým jej kultúrny a morálny život. Postupne sme vstúpili do nového dejinného obdobia, ktoré nazývame *postmodernizmus*.

Postmodernizmus prináša mnoho kladných stránok, ale aj niektoré nebezpečenstvá. Veľkým rizikom nástupu postmoderného myslenia je morálny relativizmus a subjektivismus v etickom konaní. Hľadáme skutočné príčiny postmoderného etického problému a pokúsme sa nájsť riešenie tejto zložitej situácie. Ak chceme dosiahnuť výsledok, ktorý nám pomôže pochopiť úskalia a zlo morálneho relativizmu musíme si najprv vysvetliť terminologický aspekt postmoderného javu a pojmu etika.

1. Charakteristika postmoderného javu

Súčasnú postmodernú myslenie by sme mohli charakterizovať ako myslenie *anti*, ktoré sa prejavuje týmito skutočnosťami:

1. *antihistorizmus*: postmodernizmus odmieta pridŕžať sa starých vznešených ideálov, ktoré zavádzajú totalitou a všetky predchádzajúce systémy filozofie a kultúry sa považujú za metanaratívne, ktoré treba jednoznačne demaskovať, a potom následne odstrániť. Postmoderna odmieta racionalizmus, ideologizmus a univerzalizmus a dáva priestor pluralite, heterogenite rozličných hier spoločenstiev a komunikujúcich kultúr, kde každá skupina i jednotlivec má právo na svoj osobitý diskurz.

2. *antiesencionalizmus* (antifundamentalizmus, či antifundacionalizmus): postmodernizmus odmieta jestvovanie tzv. nenarušiteľných pravidiel alebo tzv. stálych noriem ontologických, poznávacích, morálnych, umeleckých a náboženských. Tieto normy postmodernisti nazývajú bludom centrizmu. Odmietnutie noriem sa naplno prejavuje v tzv. psychologickom nekrologizme, ktorého charakteristickým znakom je kultúra smrti (Boha, človeka, vedy, morálky, umenia).

3. *antidištingcionizmus* (antibinarizmus, antidualizmus, antiopozicionizmus): postmodernizmus neguje protiklady podmet-predmet, myseľ-telo, rozum-pocity, poznanie-konanie, pravda-klam, dobro-zlo, krása-škaradosť. Ak sa zotrie rozdielnosť týchto javov, potom je prakticky nemožné podať jednoznačnú a jasnú definíciu pravdy, umenia, morálky, čo vedie k jednoznačnej relatívnosti a subjektivismu. (1)

2. Pojem etika a morálka

Termín etika pochádza z gréckeho slova *ethos* a znamená mrav, zvyk, charakter, postupovanie, správanie sa. V gréčtine spočiatku toto slovo označovalo konanie a spôsob života zvierat, až neskôr bol tento termín prenesený na človeka, na jeho konanie, postoje a zmýšľanie.

Mnohí myslitelia etiku nazývajú aj morálnou filozofiou, alebo jednoducho morálkou, čo treba uviesť na správnu mieru, pretože pojmy etika a morálka sú pojmy rozdielne, pretože sa zaoberajú rozličnými predmetmi.

Termín morálka je odvodený z latinského slova *mos*, čo pôvodne znamenalo vôľu. Týmto termínom sa označovala vôľa bohov alebo panovníkov, teda zákony a predpisy, ktorými bohovia alebo panovníci zaväzovali ľudí. Postupne termíny *mos* a *ethos* vyjadrovali spôsob života, zmýšľanie, charakter a morálne správanie jednotlivca. V slovenčine sa stretávame s termínom *mrav*, *mravy*, ktorý pochádza z praslovanského základu *norv-* (v ruštine: *nraviť'sja* - páčiť sa, niečo, čo sa všeobecne páči).

Etika je filozofická disciplína, ktorá metodicky skúma mravnú hodnotu ľudských skutkov, zaoberá sa praktickým životom a ľudským konaním tak, že usporaduje ľudské skutky z hľadiska ich mravnej hodnoty, uvažuje o ich príčinách, vzťahoch, dôsledkoch a cieľoch. Etika hľadá morálne princípy a normy pre ľudský život a konanie.

3. Morálny relativizmus

Postmoderné myslenie zasahuje všetky oblasti spoločenského, kultúrneho i hospodárskeho života, ale sa tiež prejavuje v morálnom konaní jednotlivcov a spoločnosti. Opíšme si teraz niektoré základné charakteristiky postmodernej etiky.

Postmoderná etika odmieta teoretický základ, akékoľvek pravidlá, zákony a normy, respektíve morálny kódex, ktorý by presne stanovoval, čo je dobré a správne. V tradičnej morálke jestvovala morálna regulácia, ktorú predkladala autorita a legislatívne spoločenské inštitúcie. Postmoderní myslitelia tvrdia, že etika nemôže mať istý program a etický diskurz nie je vecou inštitucionizmu. Etika je výsostne vecou individuálneho výberu.

Niektorí postmodernisti tvrdia, že etika je len istá forma jazykovej hry, a preto prvotným záujmom moralistov má byť analýza tzv. etických slov, ktoré treba zaradiť do štruktúry jazyka. Niektorí postmodernisti degradujú etické slová iba na emocionálny postoj, ktorý nemá objektívnu výpoveď. Väčšina filozofov postmoderny spája vznik etiky s otázkou slov, ktoré sú orientované eticky alebo noeticky. Dôraz je kladený na existenciu skupinovej etiky, ktorá je úzko spojená s jazykom konkrétnej skupiny.

Iný aspekt postmoderného myslenia je negácia všeobecných, každodenne akceptovaných morálnych zásad. Táto negácia je hlásaná v mene oslobodenia človeka od spoločenských vládnuvých elít, autorít a inštitúcií. Morálka bude mať svoje miesto v živote človeka len vtedy, keď spoločnosť i jednotlivci odhodia veľké etické kódexy. Postmodernizmus chce brániť absolútnu hodnotu človeka, ktorá spočíva v tom, že každý

človek má právo budovať nové a vždy odvolateľné projekty jestvovania a konania. Postmoderná morálka, ktorá oslobodzuje, je autentická a heroická, pretože človeku dáva možnosť výberu subjektívnych, individuálnych, relatívnych noriem, ktoré sú nezávislé na objektívnom poriadku hodnôt. Keďže sloboda človeka je absolútna a ničím neovplyvniteľná, potom každým skutkom si človeka vytvára svoj životný údel sám od základu a túto ťarchu tvorenia si človek musí tiež vládvať uniesť sám.

Potrebu absolútnej autonómie človeka v etickej oblasti hlása postmoderný sociológ Zigmund Bauman.⁽²⁾ Podľa neho má mať človek v oblasti morálneho života absolútnu autonómiu, ktorú čerpá zo svojich poznávacích a volitívnych schopností. Otázka je o akú autonómiu Baumanovi ide? O autonómiu v poznaní a rozoznávaní morálnych povinností, či v stanovení etických hodnôt v konkrétnych situáciách? Keď čítame postmoderné texty nenájde tam jasnú odpoveď na tieto otázky. Postmodernisti tvrdia, že nemožno dospieť k poznaniu objektívnej pravdy, a ak aj jestvuje morálny poriadok, jeho poznanie musí zostať subjektívne a neexistujú žiadnych kritérií verifikácie.

Základom postmoderného odmietnutia pozitívnej úlohy spoločnosti pre morálne formovanie jednotlivca je téza, že človek sám dokáže hodnotiť, čo je dobré. Hlásajú, že morálka vo svojej najhlbšej istote nepochádza zo spoločenského života, ale má prameň v človekovi samom. Človek je sám schopný etického hodnotenia. Nepotrebuje na to všeobecné a spoločenské normy. Oni nemôžu zastúpiť slobodnú voľbu človeka, ani ho zbaviť zodpovednosti za jeho rozhodnutia. Morálne normy sú len spoločenskou objektivizáciou individuálnej morálnej skúsenosti osôb, ktoré tvorili danú kultúru. Teoreticky možno žiadať od človeka, aby sám autonómne hľadal riešenie každého morálneho problému. ⁽³⁾ Znamenalo by to nesmiernu ťarchu a nebezpečenstvo omylu. Lebo strata objektívnych noriem má za následok, že človek nemá nikdy istotu o sebe, istotu, že postupuje dobre a bez omylu. Takto je odkázaný na riziko výčítiek svedomia.

Keď zhrnieme tieto základné črty postmodernej etiky vidíme, že všetky tieto argumenty sú dôsledkom postmoderného pluralizmu, ktorý odmieta každú všeobecne záväznú normu, ktorá pochádza od autority alebo od spoločenskej inštitúcie. Postmodernisti poukazujú, že vrozeným aspektom každej osoby je byť slobodný, nezávislý od noriem a kódov, oslobodený od akejkoľvek partikulárnej determinácie, kraja, zásady, skupiny, rasy, sekty. Tieto dôsledky vedú spoločnosť i jednotlivca k morálnemu relativizmu a subjektivismu.

4. Pokus o riešenie súčasnej morálnej krízy

Pokúsme sa nezmyselnosť týchto tvrdení vyvrátiť a hľadať riešenie pre zdravý morálny život.

Rozvážny a skutočne slobodný človek sa nechá vychovávať aj po morálnej stránke, preto neodmieta od spoločnosti dedičstvo morálnej kultúry. Človek ako súčasť dejín nie je schopný radikálne sa vyslobodiť od vplyvov kultúry na jeho myslenie a konanie, hoci verbálne môže deklarovať svoju absolútnu autonómiu. Kultúra, v ktorej človek vyrástol, determinuje jeho chápanie seba a sveta, a tiež ho núti prijímať hierarchiu hodnôt. Túto výzvu môže prijať, a svojim myslením a konaním ovplyvniť chod spoločnosti, alebo ju môže odmietnuť, a tak svojim konaním prispieť k ničeniu kultúry. Z tohto dôvodu žiaden ľudský čin nie je vecou individuálnou, ale každý ľudský skutok má spoločenský dosah. Každé rozhodnutie osoby mení situáciu iných. Dieťa, ktoré sa má formovať, nemožno zavrieť do budy, ale musí sa nechať usmerniť od rodičov, vychovávateľov, priateľov. Slová, skutky i príklad morálny od rodičov neberie dieťaťu slobodu, ale ho formuje k slobodnému rozhodovaniu. Človek má vždy možnosť postaviť sa proti spoločnosti i morálnemu poriadku, ale ak prekročí bariéry spoločenského vplyvu, dostane sa do izolácie.

Kritici postmodernizmu tvrdia, že postmodernizmus, ktorý buduje morálnosť na odmietnutí etických noriem, vedie jednotlivca k spomaleniu rozvoja osobnosti a odmietnutie morálnych noriem ohrozuje základy spoločenského života. Oslobodenie súčasného človeka od etiky alebo morálnych a zvykových kódexov neuľahčí jeho život, ani neumocní jeho slobodu. Ak bude človek odkázaný na seba a svoje morálne cítenie, ľahko dôjde k omylu a strachu pred rozhodnutím.(4)

Preto práve v súčasnej dobe sa treba etikou zaoberať oveľa viac a správnym smerom. Našťastie sa zo všetkých strán volá po etike napriek snahám postmodernistov a ich hesiel. V publikáciách čoraz viac ožívajú etické diskusie.(5) Kritici postmodernizmu tvrdia, že súčasná etika musí byť predmetom záujmu nielen filozofov, ale aj vychovávateľov a moralistov. Filozofi a vychovávatelia zase súhlasne tvrdia, že morálnemu hodnoteniu nestačí, že určití ľudia autonómne považujú určité skutky za dobré alebo nie. Etika nemá poslanie „obyčajným ľuďom“ priznať právo na vynášanie súdov vypovedajúcich o tom, čo je dobré a čo nie. Takéto laické hodnotenia nemôžu byť kritériom pre morálne normy, ani dostatočne autoritatívne bez dodatočného overenia a odskúšania.

Etika tu má svoje miesto vtedy, ak sa opiera o pravdivé authority a zdravé morálne normy, ktoré všeobecne zaväzujú. Kódex právnych predpisov, ktoré rozlišujú dobré a nedobré skutky a formulácia etických súdov má byť takým ľuďom, o ktorých sa dá predpokladať, že sa v rámci etiky môžu dopracovať k všeobecnej, nadčasovej, nadlokálnej morálnej pravde. Autorita expertov na etiku je autoritou zákonodarcov a sudcov naraz, ktorí sú zodpovední za pravdivé a zdravé morálne vedomie ľudí, im zverených. Sloboda a zodpovednosť človeka vedie k tomu, aby si našiel autoritu, ktorá by ho vrátila do blaženej sebaistoty a správneho morálneho konania.

Ale ak človek odvrhne morálne a etické princípy, môže začať blúdiť až sa ocitne v skutočnom chaose. Chaos je taký stav, ktorý spôsobuje deštrukciu spoločnosti, morálky, kultúry i jednotlivca. Ak sa chcú ľudia udržať v dnešnej dobe na morálnej výške nesmú zavrhnúť mravné ponaučenia, ani odmietať mravné normy všeobecne platné v kultúrnej a civilizovanej spoločnosti. Budúcnosť morálky musí byť postavená na pevnom základe, ktorý musia vybudovať kompetentní stavitelia. Morálne normy majú svoj všeobecný základ v Božom zákone, prirodzenom zákone, ktorý máme zapísaný do svojich svedomí. Nesmieme sa nechať zlákať nihilistickými tvrdeniami: „nieť Boha“, lebo v tomto svete sa môže stať, že sa ľudská vôľa stane jediným a najmocnejším kritériom morálneho konania. Potom bude veľmi ťažko prekonať odpor človeka a predstaviť mu silnejšie hodnoty a motívy konania, ktoré sú v prirodzenom poriadku oveľa vyššie než jeho subjektívne kategórie. A nieť vznešenejšej, dôveryhodnejšej a dôstojnejšej autority, ktorá by mohla presvedčiť blúdiacich a pochybujúcich, ako je Absolútne a svedomie. Ak taká autorita chýba, budú ľudia vydaní napospas svojim inštinktom a pudom a toto všetko vedie človeka k jeho deštrukcii.

Záver

Postmoderná morálka sa zvykne hodnotiť ako krízová. Pod pojmom kríza rozumieme taký stav, keď sa poruší to, čo má normálne fungovať. Je to stav, ktorý ohrozuje podstatu niečoho, napríklad stav ohrozenia života. Stav krízy vyžaduje rýchly zásah či priame intervencie. V medicíne, keď organizmus trápí choroba, keď sa človek dostane do krízy, hľadáme pomoc, riešenie, liečbu, zásah do organizmu, aby nastala zmena, obrat, zlepšenie. Ak nepríde táto intervencia, môže nastať komplikácia, ba dokonca i smrť. Aj v morálnom živote sa môže vyskytnúť porucha, ktorá môže mať pre jednotlivca i spoločnosť ďalekosiahle následky. Tieto následky sú dnes veľmi zreteľné. Človek sa znížil na úroveň stroja, ktorý vytvára bez rozumových, morálnych či duchovných kritérií. Namiesto toho, aby sme vydávali zo seba dobro, slúžime zlu, obraciame sa proti sebe a stávame sa otrokmi. Toto je najväčšia konzekvencia dnešnej doby: prestávame rozumieť, čo sme sami vytvorili a nerozumejúc vlastným výtvorom, nerozumieme ani sebe.

Slávny sociológ 19. storočia Max Weber poukázal na fakt, že hospodársky úspech bohatých spoločností priamo závisí na ich morálke. Súčasnosť to potvrdzuje. Kde sa dostaví nemorálne konanie, podvody, korupcia, „tunelovanie“, dostaví sa zásadne krach. Svedčí o tom množstvo renomovaných firiem, ktoré padli (americký *Enron*, taliansky *Parmalat*). Záchrana súčasnej spoločnosti i človeka v nej je jedine v návrate k pravdivým etickým hodnotám. Spoločnosť bez etiky a bez morálky neprežije. Aj náš slovenský časopriestor je

v kríze, pretože sa programovo ustupuje od tradičnej morálky k zovšeobecňujúcej, ľudskej, liberálnej, väčšinovej etike. Uvedomujeme si, že etika svet neprerobí, ani filozofi podvodníkov „neprevychovajú“. Napriek tomu tu filozofická etika má svoje miesto. Dobré si zapamätajme základné pravidlo ľudskej morálky a etického konania. „... nad týmto všetkým je láska!“

Láska nie je v prvom rade zákon. Láska sa neukladá, ale ponúka. Láska oslobodzuje. Je však aj najsilnejším putom. Človek, ktorý je nadovšetko vďačný, nemôže nikdy na lásku a jej požiadavky pozerat' jednoducho ako na zákon. Láska zaväzuje tým, že oslobodzuje.

Zoznam bibliografických odkazov

1. Por. KIEREŚ, H.: *Základy společenského života: personalizmus alebo socializmus?* Radom 2001, s. 30-31.
2. Por. BAUMAN, Z.: *Dva pohľady na súčasnú morálku*. Warszawa 1994, s. 74 n. Tiež por. BAUMAN, Z.: Sociologická teória postmodernizmu. W: *Postmodernizmus vo filozoficko-kultúrnej perspektíve*, red. A. Ziedler - Janiszewskiej. Warszawa 1991, s. 13.: „Autonómia označuje, že podmety konania sú čiastkovo jediné, a vo všeobecnosti sú ohraničené v túžbe po čomkoľvek, čo im bolo predstavené ako cieľ. Vo veľkej miere sú oni slobodné vo svojej túžbe po dokonalosti. [...] Výtvary a konanie autonómnych podmetov musia ex post facto ustanoviť svoju užitočnosť a atraktívnosť.“
3. Por. tamtže, s. 14: „Existenciálna modalita podmetov konania je nevystačujúco determinovaná, pohyblivá a neskončená. [...] Chýba miera, podľa ktorej by bolo možné porovnávať. [...] Totožnosť podmetu konania - to je nič iné ako neustála aktivita samostanovenia. Inými slovami to je samo-organizovanie sa podmetu konania v termínoch „projektu-života.“
Tiež por. BARAN, B.: *Postmodernizm*. Kraków 1992, s. 73-100.
4. Por. JUNG, C.G.: *Duše moderního člověka*. Brno : Atlantis, 1994, s. 282: „Individuum je však zpravidla tak nevědomé, že vůbec nezná své vlastní možnosti rozhodování, a z toho důvodu se opět a opět úzkostně ohlíží po vnějších pravidlech a zákonech, na něž by se mohlo ve své bezradnosti spolehnout.“
5. Por. BOVENTER, H.: *Pressefreiheit ist nicht grenzenlos. Einfuehrung in die Medienethik*. Bonn 1989, s. 40.

ETICKÉ PROBLÉMY V OŠETROVATEĽSTVE

Cichá M.¹, Orságová M.², Dorková Z.¹

¹Katedra antropológie a zdravovedy, Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, Olomouc

²Stredná zdravotnícka škola, Karviná

Etiku bežne označujeme ako náuku o morálke či ako teóriu mravnosti a morálky. Etika zahŕňa hodnoty a normy spoločnosti, ktoré majú prevládať v správaní ľudí, a ktoré určujú správnosť alebo nesprávnosť ich konania. Konať dobro a vyhýbať sa zlu je „primum principium“ celej etiky a samozrejme tiež ošetrovateľskej. Znamená to, že dobro musí byť ohniskom i cieľom ošetrovateľskej aktivity a všetky kroky zdravotníckych pracovníkov musia byť mravne obhájitelné.

V dnešnej dobe sa objavujú stále nové a nové etické dilemy, ktorých riešenia často nie sú jednoznačné a vyžadujú hľadanie. Je dobré alebo zlé rozhodnúť sa donosiť a porodiť ťažko postihnuté dieťa? Je dobré alebo zlé rozhodnúť sa v takejto situácii pre potrat? Tu môžeme cítiť relatívnosť pojmu „dobro“ a „zlo“. S dobrom a zlom úzko súvisí pojem morálka, ktorá na rozdiel od etiky odpovedá princípom a hodnotám, ku ktorým je jedinec viazaný osobne. Etika, to sú pravidlá a hodnoty, všeobecne a verejne uznávané. V medicíne a ošetrovateľstve sa riešia rôzne etické dilemy, ktoré sa týkajú ľudskej reprodukcie, alternatívnej medicíny, transplantácií, umierania, smrti či iných oblastí. V nasledujúcom príspevku sa nebudeme zaoberať týmito „etickými evergreenmi“. Zameriame sa na „etiku obvyčajného dňa“, predovšetkým na vzťah sestry k pacientovi a jeho najbližším.

Povolanie sestry patrí medzi tzv. pomáhajúce profesie. O to náročnejšia je práca sestier. Aby sestra mohla vykonávať svoju prácu musí mať potrebné znalosti a schopnosti. Už na zdravotníckych školách sa učia žiaci prepojiť teóriu s praxou a „zvnútorňujú si“ profesionálne zásady jednotlivých praktických výkonov. Učia sa správne odoberať biologický materiál, aplikovať injekcie, odsávať dýchacie cesty klienta atď. To všetko je dôležité a je zárukou skutočného osvojenia si schopností. Nikdy by to však nemalo byť na úkor komplexnej starostlivosti o klienta.

Ďalej je dôležité naučiť budúce sestry premýšľať, nachádzať vzťahy a súvislosti, zdôvodňovať, aktívne vyhľadávať a hodnotiť, predovšetkým aktuálne a potencionálne potreby a problémy chorých. Sestra musí vedieť spoľahlivo a včas rozpoznať zhoršenie zdravotného stavu chorého, odhadnúť správny okamih, kedy je nutné privolať lekára. Mala by vedieť, ako pôsobí liek, ktorý chorému podáva, poznať nežiadúce účinky podaného lieku, vedieť prečo má chorý daný pohybový režim, tú či inú diétu apod. Bolo by naivné domnievať

sa, že všetky sestry sú schopné poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť na profesionálnej úrovni. Uvedieme kazuistiku, ktorá svedčí o odbornom zlyhaní pri ošetrovateľskom výkone.

Kazuistika č. 1

Na pooperačnej izbe ležal chorý po prostatektómii. Mal zavedený permanentný močový katéter, epidurálny katéter a dva drény. U tohoto chorého, sediaceho na lôžku, vykonávala sestra hygienickú starostlivosť tak, že mu pripravila umývadlo s vodou, žinkou, mydlom a uterákom, pohár s vodou, zubnú kefku a pastu, a najprv ho vyzvala, aby si vyčistil zuby. Na otázku chorého kam má vyplŕúvať vodu sestra odpovedala, že do umývadla. Potom, čo chorý týmto spôsobom vykonal hygienu dutiny ústnej, vzala sestra žinku, namočila ju do tej istej vody, namydľila a chcela tým sediaceho chorého umývať. Až keď sa chorý ozval a prejavil nesúhlas nad týmto spôsobom hygieny, sestra sa „prebudila“ a bez námietok, ale tiež bez ospravedlnenia vodu so zubnou pastou vyliala a vymenila za čistú, ale umývadlo od zvyškov zubnej pasty neočistila“.

Zdá sa Vám to neskutočné? Verte, že je to reálny príbeh. Bolo by nesprávne obviňovať všetky sestry z neprofesionality, to nie je naším cieľom. Nie je však tiež správne zatvárať oči nad takýmto správaním sestier. Je veľa sestier, ktoré by nikdy nepostupovali proti základným hygienickým pravidlám, ktoré by nikdy neporušili zásady sterility, nikdy by do dokumentácie nezapísali inú hodnotu, ako takú, ktorú fakticky v danom čase zistili. Hovoríme o poctivosti a férovosti, ktoré majú byť samozrejmosťou v práci sestier. Je to dôležité i pre efektívny vzťah medzi sestrou a lekárom. V každodennej praxi lekár neustále stopercentne spolieha na údaje a referencie od sestry. Verí, že dôsledne plní jeho ordinácie, že v stanovených časových intervaloch meria krvný tlak chorému, podáva naordinované lieky, polohuje klienta, preväzuje postihnutú časť končatiny atď. Duch kolegiality medzi zdravotnými sestrami, lekármi a inými zdravotníkymi pracovníkmi je dôležitý na udržanie vysokej kvality zdravotnej starostlivosti. K podpore interpersonálnych vzťahov na pracovisku je dôležité vyjasnenie rolí medzi pracovníkmi, verbálna komunikácia a primeraná kontrola. Uvedenú kontrolu nad sestrami má predovšetkým vrchná alebo staničná sestra. I oni musia svojím sestrám dôverovať. Veriť, že večer rovnako ako ráno vykonávajú u ležiacich pacientov hygienickú starostlivosť, že v noci rovnako ako ráno prezliekajú zašpinené posteľné a osobné prádlo inkontinentných chorých, že v nedeľu či vo sviatok polohujú chorých rovnako ako vo všedný deň, že sa o dezorientované v bezvedomí starajú rovnako profesionálne ako o chorých, ktorí sú pri plnom vedomí apod. Dôvera je tu nevyhnutná, tak isto ako dobrá organizácia práce, efektívna komunikácia a vzájomná kooperácia. To všetko sa odzrkadľuje na kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti a samozrejme tiež na rýchlejšom zlepšení zdravia pacientov.

Toho si musí byť sestra vedomá a podľa toho sa i správať. V prípade, že sa napr. pomýli pri podávaní liekov (čo by sa samozrejme nemalo stať), musí to okamžite oznámiť lekárovi. A to nielen v situáciách kedy je pacient skutočne vážne ohrozený, napr. pri aplikovaní iného inzulínu či inej dávky inzulínu, ale i v situáciách, ktoré sa sestre zdajú banálne. To znamená, že sestra musí vedieť niesť zodpovednosť za svoje správanie. Myslíme si, že zatiaľ sa tomu všetci krok po kroku učíme. Na jednej strane chceme mať väčšie kompetencie, a plným právom ich získavame, ale nie vždy ich vieme prijať so všetkým, to znamená i zo zodpovednosťou.

Jedným z problémov je tiež nezáujem sestier o svojich klientov. Najlepšie to môžeme posúdiť podľa čakární, ktoré sú preplnené pacientmi, ale i na oddeleniach. Vo väčšine prípadov je nezáujem sestry o chorého zapríčinený nedostatkom času, ale ani to nie je pre sestru ospravedlnením a neopravňuje ju k nezdvorilému či arogantnému správaniu. Často sestry viac uspokojujú biologické potreby a na psychické, sociálne, kultúrne a špirituálne potreby sa zabúda. A práve vľúdne slovo, stisk ruky môže byť v danej chvíli tým najlepším liekom, ako to uvádza nasledujúca kazuistika.

Kazuistika č. 2

Bola som na internom oddelení a dostala som na starosť izbu s tromi pacientkami. Jedna z nich bola ležiaca, mala 92 rokov a nebola na tom zdravotne veľmi dobre. Pacientke som venovala skoro celý svoj čas a keď som v piatok odchádzala, bola pani komunikatívna a tešila sa na ďalšiu návštevu. Ďalší týždeň som prišla na prax a „moja pacientka“ bola zasondovaná. Bolo to z dôvodu, že sestry nemali čas pri nej sedieť a kŕmiť ju. Pani ma chytila za ruku a povedala, že nechce zomrieť. Sadla som si k nej a chvíľu som ju držala za ruku. V tom prišla staničná sestra a cez celú izbu na mňa volala: „To ste dobrá sestra, keď máte čas na to, aby ste sedela u „babky“ a držala ju za ruku“.

Z tejto kazuistiky je vidieť, že ďalšou dôležitou a potrebnou vlastnosťou sestry je trpezlivosť. Často vidíme, že sestra urobí výkon radšej sama za pätnásť minút, ako by mala klientovi asistovať pol hodiny. V prípade, že pacient nemôže je to samozrejmé, ale ak môže a nie je mu to umožnené, je to chyba. Trpezlivosť je potrebná nielen pri výkonoch, ale tiež pri komunikácii s pacientom, ktorý nie vždy všetko dobre vidí alebo počuje, nie vždy všetkému dobre a hneď rozumie, nie vždy všetko rýchlo a správne urobí. Pri ošetrovaní máme hovoriť, ale ešte viac načúvať. A to ušami – počúvať to, čo nám druhý hovorí, ušami – vidieť to, čo nám oznamuje bez slov, srdcom – chápať to, čo je za tým, čo bolo povedané slovami, čo nám chce druhý naozaj povedať (Hanzlíková, s. 155). A práve to, že nepočujeme, nevidíme, nechápeme a nevnímame môže byť často etickou chybou sestry voči klientovi. Uvedieme ďalšiu kazuistiku.

Kazuistika č. 3

„Po odchode stolice som u klientky vykonávala hygienickú starostlivosť. Do izby vošla sestra a nahlas povedala: „No fuj, to je smrad. Potom tu vyvetraj, lebo by sa tu nedalo vydržať“. Pacientka sa mi potom začala ospravedlňovať, že ju to mrzí, že by radšej išla na WC a že jej to je trapné“.

Zmysluplnosť kontaktu a komunikácie závisí i od toho, do akej miery je sestra schopná uplatňovať zásady produktívnej komunikácie. Medzi časté chyby patrí komunikácia bez pozdravu, familiárne oslovenie, automatické tykanie, oslovenie bez „pán – pani“, bez titulov, ktoré pacient má, skákanie do reči, stereotypné počúvanie, používanie odbornej terminológie a slangových výrazov, nechválenie klienta pri úspechoch v liečbe, nerešpektovanie klienta a jeho rozhodnutí, chladnosť atď.

Kazuistika č. 4

„Na internom oddelení zomrela 82-ročná pani. Potom prišli najbližší príbuzní do nemocnice. O smrti svojej blízkej ešte nevedeli. Ošetrovateľka ich poslala na vyšetrovaciu izbu, kde bolo práve viac sestier a žiačky strednej zdravotníckej školy. Jedna zo sestier im pred všetkými chladne povedala, že pani zomrela. Ani sa nestihli zavrieť dvere, sestra nahlas povedala: „Oni sa tomu snád' čudujú alebo čo. To si myslia, že tá „baba“ tu bude 100 rokov?“

O emocionálnom chlade svedčí i ďalšia kazuistika. I keď je to smutné, uisťujeme Vás, že i tento príbeh je reálny.

Kazuistika č. 5

Na internom oddelení bol pacient, ktorý mal rakovinu. Ja som bola v sesterskej izbe, prišla sestra a dosť nahlas povedala: „Tak do pol hodiny je po ňom“. Asi za hodinu prišla znovu a povedala: „Dobre som to odhadla a začala sa ironicky smiať“.

V tomto prípade išlo o neetické správanie. Pritom úcta má byť základným rysom či skôr predpokladom profesionálneho správania v medicíne a v ošetrovatelstve a to bez ohľadu na vek, pohlavie, finančnú situáciu, kultúru, náboženstvo, prognózu atď. Pacient by mal byť pre každého zdravotníka tou najdôležitejšou osobou. Nemôže byť na obtiaž. Ba práve naopak, zdravotníci si musia byť vedomí toho, že pacient je ich klientom, a že im dokonca preukazuje istú láskavosť, keď sa u nich rozhodol liečiť.

„Primum non nocere“ – predovšetkým nepoškodiť je ďalšia liečebná, ošetrovateľská a etická zásada. Nasledujúca kazuistika je ukážkou prehrešenia sa proti tejto elementárnej zásade.

Kazuistika č. 6

„Stalo sa to ešte v septembri, keď som mala za sebou pár hodín praxe. Na internom oddelení som mala pacientku, staršiu pani, ktorá by zakrátko oslávila svoje 90. narodeniny. Pani však bola ťažko chorá. K tomu bola 20 rokov slepá a ešte dlhšie hluchá. Bola imobilná, vďaka handicapu zraku a sluchu nekomunikovala, a pre ťažké kontraktury svalov sa vôbec nehýbala. Bola kachektická a mala zavedenú nazogastrickú sondu. O túto pani som sa vzorne starala, polohovala ju, masírovala, podávala čaj... O to viac ma prekvapilo, keď na obed dostala zeleninovú polievku, plnú veľkých kusov zeleniny a zemiakov. Pani nemohla per os nič prijímať. Nechápala som, ako mohla dostať práve takúto polievku. Preto som sa s „reklamáciou“ obrátila na sestru, ktorá jedlo rozdávala či sa náhodou nepomýlila. Tá len pokrčila ramenami a povedala mi, aby som dala pani kávu. Káva sa mi však ako vhodný obed nevidela a preto som navrhla, že dám pacientke do sondy Nutridrink. Miesto súhlasu som si však vypočula nadávky v zmysle prehnanej starostlivosti, že to už „babe“ i tak nepomôže, že sa musí šetriť, že Nutridrinky sú drahé a že keby som sa nestarala, nechala to na nej, že by sa nikto nedozvedel, že už týždeň neobeduje nič iného ako kávu. Bola som v takom šoku, že som sa nezmohla vôbec na nič. Doteraz toho ľutujem a viem, že dnes, keď už mám za sebou 9 mesiacov praxe by som nič takéto nedopustila. Druhý deň som však „svojej klientke“ podala Nutridrink na raňajky i na obed a na nič som sa nikoho nepýtala.“

I keď finančná situácia v zdravotníctve nie je ideálna a sme nútení šetriť, v tomto prípade nešlo o rozumnú a oprávnenú šetrnosť, ale o evidentné poškodzovanie klienta. Predpokladáme, že išlo o náhodné zlyhanie jednej sestry a nie o systémové zlyhanie ošetrovateľskej starostlivosti.

Pomerne častým javom je nerešpektovanie intimity chorého. V ošetrovateľskej praxi je „odhaľovanie“ chorého na dennom poriadku. I pri tom je potrebné dodržiavať určité pravidlá, napr. nie je prípustné, aby sestra cievkovala pacientku pred spolupacientkami či pri otvorených dverách. Neeticky postupuje tiež sestra, ktorá odoberá anamnézu v čakárni.

Všetky etické „priestupky“ môžu byť podľa Vrublovej (2002, s. 20) spôsobené rôznymi faktormi – únavou, krátkym časom na relaxáciu a oddych medzi službami, osobnými problémami, nedostatočnou ochotou komunikovať a načúvať, malou schopnosťou empatie a tiež syndrómom vyhorenia.

Ako sme už v úvode nášho príspevku uviedli, vieme, že je veľa sestier, ktoré sú skutočnými profesionálkami. Veríme, že je ich väčšina. Neradi by sme uvedené situácie paušalizovali na všetky sestry a všetky pracoviská. To naším zámerom skutočne nie je. Chceme len upozorniť na najčastejšie etické „prehmaty“, ku ktorým v praxi dochádza a to i na pracoviskách, ktoré by mali byť „vzorové“. Myslíme tým také pracoviská, kde praxujú

žiačky zdravotníckych škôl. Správnym prístupom zo strany zdravotníckych pracovníkov dochádza k akcentácii vyučovania zdravotníckej (ošetrovateľskej) etiky, psychológie a predovšetkým komunikácie.

Uvedomujeme si, že sestra je normálny človek ako každý iný. Preto nemôžeme od nej chcieť, aby mala „nadpozemské“ vlastnosti, aby nikdy nebola unavená, aby vždy zabudla na svoje starosti, bola neustále usmievavá atď. To skutočne v reálnom živote nie je možné. Sestra by však nemala zabúdať, že jej hlavným poslaním je pomáhať pacientom, ktorý trpia na tele i na duši. Slovom E. Rodheovej: „Nie je síce možné a ani si to neželáme, aby sestra vždy plakala s plačúcimi, usmievala sa s usmievajúcimi. Ak však nechceme venovať aspoň trochu súcitu každému zo svojich pacientov, potom sme sa určite nemali stať sestrami“. (Haškovcová, 2000).

Zoznam bibliografických odkazov

1. FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Brno: IDVPZ, 1997. 60 s.
2. GLASA, J., ŠOLTÉS, L. et al. *Ošetrovateľská etika 1*. Martin: Osveta, 1998. 211 s. ISBN 80-217-0594-9.
3. GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. Skriptum. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, 2004. 126 s. ISBN 80-244-0907-0.
4. HANZLÍKOVÁ, A. et. al. *Komunitné ošetrovatelstvo*. 2 vyd. Martin: Osveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. 230 s. ISBN 80-7262-132-7.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilkové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. Brno: IDVPZ, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
8. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
9. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
10. VRUBLOVÁ, Y. *Etické normy v ošetrovatelství*. In *Trendy v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2002. 19 – 20 s. ISBN 80-7042-335-8.

SEBAKONCEPCIA A SEBAÚCTA V OŠETROVATEĽSKOM PROCESE

Madurová E.

Letecká vojenská nemocnica a.s., Košice

Sebakoncepcia sebaúcta sú nevyhnutné pre duševné a telesné zdravie jedinca. Len ľudia s pozitívnou sebakoncepciou a vysokou sebaúctou sú schopní udržiavať dobré interpersonálne vzťahy a odolávať psychickým či fyzickým chorobám.

V ošetrovateľskej starostlivosti pri stanovení sesterskej diagnózy sa stretávame často s problémami v oblasti výkonu roly, spolupráce, porušenia vzhladu tela, čo patrí do oblasti sebakoncepcie a sebaúcty.

Sebakoncepcia je združenie názorov a dojmov, ktoré jedinec vzťahuje na seba, ako vidí sám seba. Sebaúcta – čo si o sebe myslí. Tieto dve zložky sú neoddeliteľné, pretože sebaúcta je založená na sebakoncepcii.

Zložky sebakoncepcie

Obraz tela – (body -image) sa formuje sčasti z prístupov a reakcií iných no tiež ho ovplyvňujú kultúrne a sociálne hodnoty. Obraz o vlastnom tele sa vytvára dlhší čas, preto zmeny môžu vyvolať vážne stavy úzkosti.

Výkon roly – Rolou možno nazvať súbor očakávaní o tom, ako jedinec zastávajúci jednu pozíciu sa bude správať v inej pozícii. Niektoré roly s avytvárajú na prechodný čas a konflikty vznikajú z protichodných či nezlučiteľných očakávaní.

Osobná identita – vytvára trvalý pocit individuality a unikátnosti, ktorý sa vyvíja počas života. Obsahuje prvky vecné a presné ako je meno a pohlavie, no aj prvky nehmateľné akými sú hodnoty a presvedčenie.

Sebaúcta – celková – do akej miery sa jedincovi páči obraz seba ako celku a špecifická- do akej miery jedinec akceptuje istú časť seba samého. Celková je ovplyvňovaná špecifickou.

Posudzovanie predpokladá aktívnu účasť klienta, kde sestra musí validizovať predpoklady o pacientovom telesnom a emocionálnom správaní, čo bez dobrých komunikačných schopností nie je možné. Zahŕňa 4 oblasti :

1. seba-percepciu alebo uvedomenie si samého seba – kde sestra aktívne počúva alebo kladie vhodné otázky napr.: - aký máte pocit zo svojho vzhľadu? - aké telesné zmeny očakávate ako dôsledok operácie? - ako predpokladáte, že ostatní budú reagovať na zmenu Vášho vzhľadu? - ako sa Vám darí? Ste schopní vyjadriť svoj názor bez zábran, aj keď je odlišný od názoru iných?

2. Výkon roly a vzťah medzi rolami - sestra posudzuje pacientove zadost'učinenie resp. jeho opak, spojené so zodpovednosťou v rolách a vo vzťahoch. Otázky na posudzovanie: - porozprávajte mi o Vašej rodine; - čo pre Vás znamená domov?; aké máte v rodine zodpovednosti?; - ako by ste chceli svoju rolu či zodpovednosť zmeniť?; - máte rád svoju prácu?; ako sa Vám v práci darí?; - cítite sa najlepšie sám alebo s inou osobou v skupine?
3. Hlavné stresory a ich zdoľávanie – sestra musí odkryť stresory, ktoré narúšajú pacientove sebahodnotenie. Poslúžia jej na to otázky: - keď máte problém alebo musíte čeliť stresovej situácii, ako sa s ňou vyrovnáte?; - sú účinné tieto Vaše metódy? Najčastejšie stresory ovplyvňujúce sebakoncepciu a sebaúctu sú: strata časti tela, telesných funkcií, alebo narušenie výzoru, starta partnera, ochorenie, hospitalizácia, neschopnosť splniť očakávania danej roly, neistota vo vzťahoch a i.
4. Správanie naznačujúce nízku úroveň sebaúcty sestre signalizuje napr. Pacientov neupravený a zanedbaný výzor, vyhýba sa kontaktu s očami, hovorí váhavo s pauzami, je nadmerne kritický k svojej osobe, často sa ospravedlňuje, je nerozhodný, vyjadruje pocity viny, beznádeje, bezmocnosti, správa sa sebadestrúktívne(alkohol, drogy...), prejavuje nedostatok energie, úzkosť, strach, hnev, mení sociálne vzťahy alebo uniká z nich.

Sestra formuluje diagnózy pre pacientov s problémami vo vzťahu k sebakoncepcii ako: - narušený vzhľad tela; - problémové plnenie roly; - narušená sebaúcta; - nedostatočné sa vyrovnávanie jednotlivca; - sociálna izolácia; - bezmocnosť; - očakávaný(anticipačný) smútok.

Pri plánovaní sa sestra spolu s pacientom zameriava na vytýčenie takých cieľov, ktoré odrážajú pozitívne riešenie problémov alebo zdoľávanie identifikovaných stresorov. Všeobecne možno určiť ciele takto: Pacient : - zvyšuje si vedomie svojich síl a schopností; - zlepšuje si pocity sebahodnoty; - stresory vníma a zdoľáva ich konštruktívnym spôsobom; - zlepšuje medziludské vzťahy.

Pre zvládnutie tejto problematiky je však nevyhnutné vybudovať vzťah dôvery medzi sestrou a pacientom. Dôležité je, aby si sestra aj pacient uvedomili, že zmeny v sebanazeraní si vyžadujú dlhší čas. Niekedy sú to mesiace, no môžu to byť aj roky. Pre pacienta je nevyhnutné aby si uvedomil, že sebakoncepcia a sebaopoznanie nie sú "vytesané do kameňa", môžu sa meniť a zlepšovať, najmä ak si to pacient želá. Preto je veľmi dobré aby aj sestry zmýšľali o sebe pozitívne, lebo môžu lepšie vychádzať v ústrety iným. Také sestry sa cítia dobre, dobre vyzerajú, sú efektívne a produktívne a ľuďom (vrátane ich samých) odpovedajú zdravými a pozitívnymi spôsobmi.

EDUKÁCIA PACIENTA S PREVODOVOU PORUCHOU SLUCHU

Lengyelová A., Hudáková P., Olejárová Z.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,

detašované pracovisko v Košiciach

Súhrn

Prevodová porucha sluchu vzniká na základe porušenia „mechanického“ prenosu zvuku. Príčiny môžu byť vyvolané biologickými alebo fyzikálnymi činiteľmi. Poruchu je možné odstrániť konzervatívnym spôsobom liečby, no aj operačne. V pooperačnom období je pacient nútený dodržiavať určité „bezpečnostné opatrenia“ o ktorých je potrebné dôsledne ho poučiť.

Kľúčové slová: prevodová porucha sluchu, edukácia, špecifiká operácií, rizikové faktory v období rekonvalescencie, spolupráca príbuzných

Úvod

Z vlastnej skúsenosti, či zo zdravotníckej praxe vieme posúdiť ako každý problém spojený so zdravím oberá človeka o vnútorný pokoj. Takýto problém je výraznejší ak ochorenie postihuje zmyslový orgán a choroba spôsobuje bolesť, diskomfort, znižuje samostatnosť človeka a núti ho k otázkam. Čo ďalej? Aká bude liečba a aký výsledok? Čo so mnou bude? Takéto otázky si kladú pacienti otorinolaryngologického oddelenia s poruchou sluchu veľmi často. Mnohí pacienti už vyčerpali všetky konzervatívne metódy terapie a pre zlepšení stavu je potrebné pristúpiť k chirurgickej liečbe.

Zápal stredného ucha, nádor alebo úraz môžu v rôznej miere poškodiť prevodový systém stredného ucha a spôsobiť prevodovú poruchu sluchu. Zisťuje sa perforácia blanky bubienka, fixácia alebo rozpad reťaze sluchových kostičiek, obliterácia okienok. Rekonštrukčným výkonom sa rekonštruje systém schopný prenášať zvukovú energiu do tekutiny vnútorného ucha (funkčná rekonštrukcia), alebo sa vytvárajú anatomicke pomery podobné zdravému uchu (anatomická rekonštrukcia). Zlepšiť sluch operáciou možno aj bez kompletnej anatomickej rekonštrukcie. Naopak, anatomická rekonštrukcia má význam aj vtedy, keď nevedie k zlepšení sluchu. Prispôsobenie anatomických pomerov, predovšetkým izolácia stredného ucha od vonkajšieho zvukovodu, myringoplastikou, pozitívne ovplyvňuje

životný komfort pacienta (možnosť kúpania, sprchovania). Rekonštrukčné výkony sa robia súčasne v rámci jednej operácie so sanáciou, alebo sa robia v druhej fáze, po vyhojení zápalu, v tzv. suchom uchu. Zvyšky štruktúr stredného ucha po vyliečení zápalu sa označujú pojmom „residua post otitidem“. Rekonštrukcie stredného ucha tzv. tympanoplastiky, sa delia na 5 typov. Podľa stavu poruchy prevodu, lekár určuje typ vhodnej operácie a z toho vyplývajú špecifiká správania sa pacienta v pooperačnom období počas hospitalizácie, no aj v domácej liečbe, počas rekonvalescencie. O týchto špecifikách je potrebné pacienta edukovať. Je väčší predpoklad, že ak pacient bude poznať príčinu, bude rozumieť aj potrebným opatreniam na minimalizovanie pooperačných komplikácií a dodržiavanie ich. Na pomoc pri edukácii pacienta nám môže poslúžiť vypracovaný edukačný plán.

Edukačný list pre pacienta

Téma: Prevodová porucha sluchu

Pomôcky: Papier, pero, obrázky hlavy a ucha, obrázky stredného ucha, schématické obrázky stredného ucha, model ucha, informačné letáky.

Časová jednotka: 4 x 30 min.

Témy jednotlivých stretnutí

1. stretnutie: Stavba a funkcia ucha. Porucha prevodového systému sluchu
2. stretnutie: Typy operácií odstraňujúce prevodovú poruchu sluchu
3. stretnutie: Rizikové faktory ovplyvňujúce výsledok operácie v období domácej liečby
4. stretnutie: Oboznámenie rodiny príbuzných a priateľov s nutnými obmedzeniami a opatreniami

1. stretnutie: Stavba a funkcia ucha

Ucho patrí medzi zmyslové orgány a slúži na prenos zvuku. Rozdeľuje sa na vonkajšie, stredné a vnútorné ucho. Každé spĺňa určitú funkciu. K vonkajšiemu uchu patrí ušnica a zvukovod, ktoré zachytávajú zvuk a prenášajú ho ďalej. Zvukovod končí bubienkom (blankou bubienka), ktorá zvukovú vlnu zosilňuje. Za ňou je dutina, ktorá tvorí podstatu stredného ucha. Je tu reťaz troch sluchových kostičiek zložená z kladivka, nákovky a strmienka, ktoré sú spojené kĺbmi a môžu vykonávať pohyb. Z jednej strany naliehajú na bubienok, druhá strana končí strmienkom, ktorý je vložený do oválneho okienka. To je už

časťou vnútorného ucha. Tieto zložky prenášajú zvuk pohybom vo vzdušnom prostredí. Zvuková vlna narazí na blanu bubienky, tá ju rozkmitá, pohyb sa prenesie kostičkami a narazí na oválne okienko. To sa tiež rozhybe a rozhybe aj tekutinu, ktorá sa nachádza za ním vo vnútornom uchu v slimáku. V tejto tekutine, ktorá má dvojité zloženie sú ponorené vláskové bunky, ktoré pri pohybe tekutiny tiež vykonávajú pohyb (vlnia sa). Tento pohyb už registruje sluchový nerv v ktorom vláskové bunky majú svoje zakončenie a on prenáša premenenú zvukovú vlnu na zvukový impulz do mozgu. Takto je umožnené počutie. V uchu sa nachádza aj sluchová trubica (Eustachová). Ústí v nosohltane, ktorý nie je uzatvorený priestorom a je tu dostatok atmosférického vzduchu. Tak každým prehĺtnutím sa ucho prevzdušňuje a vyrovnáva sa tak atmosférický tlak v uchu s okolím. Pri zápalovom ochorení nosohltana či inej časti horných dýchacích ciest je možné, že zápal sa prenesie cez sluchovú trubicu do ucha a spôsobí zápal stredného ucha. Ucho je pred poškodením silným zvukom chránené dvoma ušnými svalmi. Jeden reguluje pohyb bubienky, druhý odťahuje strmienok od oválneho okienka a tým tlmi silný zvukový vnem.

Prevodová porucha sluchu

Už z názvu poruchy môžeme usúdiť, že ide o poruchu prevodu sluchu. Zvuk sa neprenáša, alebo sa neprenáša v dostatočnom množstve. Príkladom nám môže byť upchatie zvukovodu ušným mazom. Vtedy má človek „zaľahnuté ucho“ a veľmi slabo počuje. Výplachom zvukovodu uvoľníme zátku ušného mazu a umožníme opätovný prevod zvuku. Porucha prevodu zvuku môže byť aj na úrovni blanky bubienky, alebo v časti sluchových kostičiek v strednom uchu. Ak ide o poruchu vnútorného ucha, alebo poškodenie sluchového nervu, najčastejšie ide o percepčnú poruchu sluchu, kde operačná liečba nemá až také možnosti využitia ako to je pri prevodovej poruche sluchu.

Prevodovú poruchu sluchu môže zapríčiniť :

- úraz (facka, úder, výbuch, autonehoda, pád...)

môže spôsobiť prasknutie bubienky, zlomeniny kosti lebky a rozpojenie reťazca sluchových kostičiek.

- zápaly horných dýchacích ciest

zápal sa cez sluchovú trubicu, ktorá jedným koncom vyúsťuje v nosohltane a druhým v strednom uchu, prenáša do stredného ucha a spôsobuje jeho zápal

- zápaly stredného ucha

časté zápaly stredného ucha vytvárajú tekutiny v strednom uchu, ktorá spôsobuje prasknutie bubienky, zrasty kostičiek, ich zníženú pohyblivosť – zhoršený prenos zvuku

- cholesteatóm

cez oslabený bubienok prerastá sliznica zvukovodu do stredného ucha, vyplňa jeho priestor a znemožňuje pohyb sluchových kostičiek

- otoskleróza

ide o novotvorbu kostí v oblasti oválneho okienka a fixáciu strmienka znemožňujúcu jeho pohyb a prenos zvuku.

Kontrolné otázky a úlohy

- stručne popíšte zloženie ucha
- popíšte ako delíme ucho
- vymenujte, ktoré časti patria k vonkajšiemu, strednému a vnútornému uchu
- vysvetlite, kedy môže dôjsť k poruche prevodu sluchu
- ako sa dá odstrániť prevodová porucha sluchu ?

2. stretnutie: Typy operácií odstraňujúce prevodovú poruchu sluchu

Prevodová porucha sluchu môže byť zapríčinená rôznymi procesmi a tak aj jej odstránenie môže byť rôzne. Ide o rekonštrukcie stredného ucha, tzv. tympanoplastiky, ktoré sa delia od roku 1968 na 5 typov:

1. typ tympanoplastiky – myringoplastika. Ide o prederavený bubienok. Takýto stav spôsobuje zhoršené počutie, ale aj riziko prenesenia infekcie do stredného ucha, pretože to nie je chránené uzatvoreným bubienkom. Z toho vyplývajú ďalšie subjektívne komplikácie. Zvýšená opatrnosť pri sprchovaní, aby do ucha nenatiekla voda, pretože mikróby nachádzajúce sa vo vode by zapríčinili vznik bolesti ucha, výtok z ucha – zápal stredného ucha. Myringoplastika je najjednoduchší typ rekonštrukcie, no dosahujú sa ňou výborné výsledky v obnovení počutia a je tiež zabezpečená ochrana stredného ucha. Na miesto pôvodného bubienka sa umiestňuje kúsok tkaniva odobraného počas operácie z miesta v blízkosti ucha (fascia z m. temporalis), alebo sa odoberá chrupka z výbežku nauchu (z tragu). Tieto miesta odberu nezanechávajú viditeľné jazvy. Pre prihojenie tkaniva, ktoré teraz nahrádza bubienok je dôležité, aby nenastal zápal stredného ucha, nachladenie, infekcia.

Tympanoplastikou typu 2, 3, 4, 5 sa rekonštruje časť stredného ucha v bubienkovej dutine.

2. typ tympanoplastiky – chýbajúca časť reťaze sluchových kostičiek sa dopĺňa kúskami chrupky z tragu alebo kosťou odobratou zo steny zvukovodu.

3. typ tympanoplastiky – v bubienkovej dutine je iba strmienok. Kladivko a nákovka chýbajú (ochoreniami sa degenerujú). Na prepojenie blanky bubienka so strmienkom sa využíva parciaálna – čiastočná protéza z plastickej látky PORP (partial ossicular replacement prothesis), ktorá obnoví prerušený pohyb cez bubienok ďalej.

4. typ tympanoplastiky – strmienok nie je celý, je zachovaná iba jedna jeho časť, platnička strmienka, ktorá je uložená v oválnom okienku. Na túto platničku sa ukladá tiež prefabrikát z plastickej látky TORP (total ossicular replacement prothesis), ktorý prenáša pohyb bubienka cez platničku strmienka do oválneho okienka.

5. typ tympanoplastiky – reťaz kostičiek môže byť zachovaná, no platnička strmienka je fixovaná v oválnom okienku a preto je prenos zvuku znemožnený. Riešenie je nasledovné. Frézou alebo laserom sa v oválnom okienku vytvorí priehlbinka do ktorej sa vkladá piston (druh protézy). Druhý koniec pistonu sa upevní na rukoväť kladivka a platnička strmienka sa vypáči, aby bola pohyblivá.

Všetky tieto rekonštrukcie stredného ucha sa vykonávajú bez veľkých viditeľných jaziev. Najčastejšie prístupy sú cez zvukovod, poza zvukovodu, alebo rez sa vedie za ušnicou. Všetky tieto chirurgické zákroky nepotrebujú zvláštnu predoperačnú prípravu, no o to dôslednejšia musí byť pooperačná starostlivosť a obozretné správanie sa pacienta. Vyliečenie ohrozujú rizikové faktory.

Kontrolné otázky a úlohy

- uveďte počet typov rekonštrukcie stredného ucha
- stručne popíšte podstatu myringoplastiky
- vymenujte rozdiely medzi tympanoplastikami 2., 3., 4. a 5. typom
- čo je pre pacienta dôležité v pooperačnej starostlivosti.

3. stretnutie : Rizikové faktory ovplyvňujúce výsledok operácie v období domácej liečby

Človek po ukončení liečby potrebuje čas na zotavenie, na čerpanie fyzických i psychických síl, čas na získanie fyzickej i psychickej pohody. Toto obdobie je pri každom ochorení rôzne dlhé. Po rekonštrukčných výkonoch na strednom uchu úspech chirurgického výkonu ovplyvňujú rizikové faktory. Komplikácie môžu byť spôsobené:

- biologickými rizikovými faktormi
- fyzikálnymi – mechanickými rizikovými faktormi

BIOLOGICKÉ

ochorenia zápalového pôvodu

nachladenia, virózy

zápaly horných dýchacích ciest

bolesti ucha – zápal stredného ucha

bolesti zubov

FYZIKÁLNE

otrasy hlavy

údery

nárazy

pády

znečistenia zvukovodu:

- vodou,
- prachom,
- suchou vatou

BUĎTE OPATRNÍ PRI !

Pití studených nápojov (nachladenie).

Loptových hrách (údery, nárazy).

Zimných športoch (lyžovanie, korčuľovanie – pády, nárazy, guľovanie – nárazy, znečistenie).

Vodných športoch (zatečenie vody do ucha).

Prácach v prašnom prostredí (znečistenie zvukovodu).

POMÔŽTE SI !

Nápoje nepite studené.

Skúste používať ochannú prilbu pri športovaní.

Vodné športy si na čas odpustite.

Chráňte si blanku bubienka pred zatečením vatou namočenou v detskom oleji počas sprchovania sa, alebo pri vodných športoch.

Pri nachladení si nos čistite jemným fúkaním, aby sa hlien z nosohltana silným tlakom nedostali do sluchovej trubice

Kontrolné otázky a úlohy

- uveďte do akých dvoch skupín môžeme rozdeliť rizikové faktory
- vymenujte príklady rizikových faktorov z rozdelených skupín
- uveďte príklad z vášho života, čoho sa budete musieť chrániť

4. stretnutie: Oboznámenie rodiny, príbuzných a priateľov s nutnými obmedzeniami a opatreniami

Vieme si predstaviť pacienta po operácii brušnej dutiny. Nemôže sa rýchlo pohybovať, ohýbať sa, sadieť, vstávať.... – namáhať brušné svalstvo. Je to logické. Po operačnom zákroku je svalstvo boľavé, no aj informácie z podvedomia, z počutia, či z poučenia nútia tohto pacienta k takémuto konaniu. „Sú tam predsa stehy, rôzne drény, hadičky, všetko je oslabené, správajte sa opatrne!“ Takto nejako by mohla znieť poučajúca veta.

A čo pacienti po operácií stredného ucha?

Vďaka možnému operačnému prístupu cez zvukovod, operačná rana nie je veľká, z čoho vyplýva, že pacient nemá veľké bolesti. Závraty, ktoré sa po operácií môžu vyskytovať, väčšinou odznejú do času prepustenia pacienta do domácej liečby a tak je pacient v domnení, že ak už ucho nemusí mať chránené obvázom, všetko už skončilo a nie je potrebná ďalšia opatrnosť. To však nie je pravda. Nehrozí tu uvoľnenie, či prasknutie stehu, ale dobrý výsledok operácie ovplyvňujú zápalové ochorenia, nachladenia, otrasy hlavy, údery, prašné prostredie a iné. „Správajte sa opatrne!“

PREČO ?

- transplantát blanky bubienka – je uložený medzi dve vzdušné prostredia zvukovod a bubienkovú dutinu. Zo zvukovodu môžu liečenie komplikovať nečistoty, voda, prach, suchá vata. Z bubienkovej dutiny (zo stredného ucha) hrozí pri zápaloch prenesených aj cez sluchovú trubicu z nosohltanu zápal stredného ucha, vznik tekutiny a poškodenie transplantátu.

- transplantát v bubienkovej dutine – (chrupka, PORP, TORP, pistón) sa k pôvodným štruktúram v strednom uchu žiadnym pevným spôsobom nepripevňujú. Najčastejšie sa medzi časti stredného ucha iba vkladajú. Z toho dôvodu sú tieto plastiky veľmi citlivé na nárazy, údery, pád, či iné otrasy hlavy.

AKO SA MÔŽE POKAZIŤ REKONŠTRUKCIA STREDNÉHO UCHA?

- pri loptových hrách úderom lopty do hlavy
- pri prudkom kýchaní
- po pití studeného piva
- pri bitke
- po facke
- pri páde z bicykla, na lyžiach, pri šmyknutí

- pri guľovaní
- pri dvíhaní ťažkých predmetov
- pri pohybe v prašnom prostredí

Je dôležité, aby tieto informácie mal nielen pacient, ale aj ľudia pohybujúci sa v jeho okolí. Vzájomným zodpovedným správaním sa, znížime riziko neúspechu.

Kontrolné otázky a úlohy

- vymenujte, ktorých činností je potrebné chrániť sa
- vysvetlite, prečo je potrebná daná opatrnosť
- uveďte iné možné ohrozenia

Záver

V súčasnej dobe pri možnostiach lekárskej vedy, pacienti s prevodovou poruchou sluchu majú to šťastie, že im je poskytnutá príležitosť prinavrátenia sa do plnohodnotného života. Pre dosiahnutie optimálneho výsledku je dôležité dodržiavať určité postupy.

K dosiahnutiu úplnej spokojnosti pacientov i zdravotníckych pracovníkov odporúčame:

- pomôcť pacientovi zorientovať sa a osvojiť si nové informácie týkajúce sa postupu jeho liečby
- realizovať edukáciu pacientov aj za pomoci vypracovaného edukačného materiálu
- k edukácii o dodržiavaní pooperačných pravidiel v domácom prostredí pozvať aj rodinných príslušníkov a priateľov
- znižovať vplyv rizikových faktorov ohrozujúcich liečbu v nemocničnom aj domácom prostredí
- zvýšenou komunikáciou s pacientom spoznať a riešiť jeho problémy
- využívať skúsenosti a informácie získané prácou s pacientom.

K dosiahnutiu vyššie spomínaných odporúčaní je dôležité podporovať štúdium sestie pre potrebné zvyšovanie vedomostnej úrovne a na základe nových vedomostí, pracovať s pacientom aj za využívania vypracovaných materiálov (edukačných listov), či hľadania aj iných možností.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BINOVSÝ, A.: *Anatómia II*. Bratislava: UNIVERZITA KOMENSKÉHO, 1999, ISBN 80-223-1134-0
2. ČERNÝ, J. a kol.: Špeciálna chirurgia. 4 Chirurgia krku a hlavy. Martin: OSVETA, 1995, ISBN 80-217-0471-3 (č. zväzok)
3. FARKAŠOVÁ, D. a kol.: Ošetrovateľstvo teória. Martin: Osveta 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0
4. GAJDOŠOVÁ, M.: Ošetrovateľstvo vo vybraných odboroch. Martin: OSVETA, 2002, ISBN 80-217-0265-0
5. HYBÁŠEK, I.: Ušní, nosní a krční lékařství. Praha.: GALEN, 1999, ISBN 80-7262-017-7
6. KLAČANSKÝ, J. – SEDLÁKOVÁ, M. – HLOŽEK, Z. – CHRAPKOVÁ, P. – HITARI, F.: Anatomické výsledky myringoplastík. CHOROBY HLAVY A KRKU, roč. , 2002, č. 39-43, ISSN
7. PROFANT, M.: Ucho anatomická štruktúra a funkcie. DIEŤA NIELEN PRE RODIČOV, roč. 5, 1999, č. 1, s.18-20, ISSN 1335-0919
8. PROFANT, M. – KABÁTOVÁ, Z.: Ucho. Sluch: vstupná brána pre informácie. DIEŤA NIELEN PRE RODIČOV, roč. 5, 1999, č. 2, s. 18 – 20, ISSN 1335-0919

VPLYV MÝTOV O RAKOVINE NA PREVENTÍVNE SPRÁVANIE SA ĽUDÍ

Kvasnicová Z.¹, Schmidtová Z.²

¹Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne, Ústav zdravotníctva a ošetrovateľstva

²Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Na Slovensku zaznamenávame stály nárast nádorových ochorení, ktorý je podmienený množstvom faktorov: nesprávny životný štýl, konzumácia alkoholu, fajčenie, znečistené životné prostredie, nadmerné vystavovanie slnečnému žiareniu a iné. Pred desiatkami rokov diagnostikovanie nádorového ochorenia znamenalo väčšinou ortieľ smrti. V posledných 20 rokoch urobila medicína veľký pokrok v detekcii, diagnostike a liečbe zhubných nádorových ochorení. Napriek novým poznatkom v povedomí ľudí stále pretrvávajú rôzne mýty a mylné informácie o rakovine samotnej, jej diagnostike a aj liečbe.

Mýtus znamená výmysel podávaný ako pravda. V prípade zhubných nádorových ochorení sa mýty a povery stávajú nebezpečnými, ak ľudia pod ich vplyvom na jednej strane nechodia na pravidelné preventívne prehliadky zamerané na vyhľadávanie včasných a väčšinou liečiteľných štádií rakoviny a na strane druhej ani ich správanie nie je preventívne (nesprávna životospráva, vystavovanie sa škodlivým vplyvom vonkajšieho prostredia).

Do akej miery sú ľudia na Slovensku presvedčení o nepravdivých informáciách o rakovine, sme sa chceli dozvedieť v prieskume. Ako metódu prieskumu sme si zvolili dotazník, pretože je vhodný pre hromadný zber informácií u veľkého počtu respondentov.

Dotazník obsahoval 10 položiek, ktoré boli zamerané na zistenie vedomostí, čo sa týka preventívneho správania sa laickej verejnosti. Dotazník bol distribuovaný medzi 550 respondentov z Trenčianskeho a Nitrianskeho kraja, ktorí neboli zdravotníckymi pracovníkmi. Vrátilo sa nám vyplnených 511 dotazníkov, ktoré sme následne spracovali a vyhodnotili.

Výskumná vzorka

Vek: najmladší respondent mal 18 rokov a najstarší 81 rokov. Najpočetnejšie zastúpenie bolo vo vekovej kategórii od 18 – 30 rokov a v kategórii od 41 – 50 rokov.

Vzdelanie: v ďalšej položke nás zaujímal stupeň dosiahnutého vzdelania, kde 276 respondentov malo ukončené stredoškolské vzdelanie.

Pohlavie: z 511 respondentov bolo 61, 06% žien. Vzhľadom na to, že muži všeobecne nemajú vzťah (záujem) o vyplňanie rôznych formulárov, či dotazníkov, považujeme 38,94% zastúpenie mužov za pozitívne zistenie.

Bydlisko: čo sa týka bydliska respondentov, zastúpenie mesta a dediny bolo približne rovnomerné.

Interpretácia výsledkov

1. mýtus Fajčenie cigariet zvyšuje iba riziko rakoviny pľúc.

V prvej položke v dotazníku nás zaujímalo, či respondenti súhlasia alebo nesúhlasia s tvrdením, že Fajčenie cigariet zvyšuje iba riziko rakoviny pľúc. V médiách je často prezentované, že fajčenie je zdraviu škodlivé, že najväčším zdravotným riziko je vznik rakoviny pľúc. Na základe doteraz známych poznatkov fajčenie cigariet zapríčiňuje v 90% nádorové ochorenia pľúc, ale môže byť príčinou vzniku rakoviny aj iných orgánov, napr. dutina ústna, pažerák, pečeň, pankreas, močový mechúr, hrubé črevo, maternica.

Je pozitívne, že 319 respondentov (62,43%) nesúhlasilo so spomínaným tvrdením.

2. mýtus Opaľovanie v soláriu je bezpečnejšie ako opaľovanie na slnku.

Na základe vlastných skúseností, medzi mladými ľuďmi prevláda trend opáleného tela, pretože hnedé sfarbenie pokožky znamená zdravie, mladosť, krásu a energiu. Preto sa mladí ľudia snažia byť opálený celý rok a využívajú návštevu solárnych štúdií. Takže nás v tejto položke zaujímalo, či ľudia považujú opaľovanie v soláriu za bezpečnejšie ako opaľovanie na slnku. Podľa 370 (72,41%) respondentov je opaľovanie na slnku bezpečnejšie ako v soláriu. Je známe, že vo všeobecnosti UV žiarenie zvyšuje riziko vzniku rakoviny kože. Ale koncentrácia lúčov (UVA) je oveľa silnejšia v umelých soláriách ako počas typického slnečného dňa. Bolo by zaujímavé sa dozvedieť, ako týchto 370 respondentov sa chráni pred škodlivými účinkami slnečného žiarenia. (či sa vyhýbajú slneniu medzi 11 a 15. hod., správne používajú ochranné krémy s faktormi, atď).

3. mýtus Obezita môže viesť k rakovine.

Vo všeobecnosti si všetci obezitu spájame s ťažkosťami ako sú: KVS ochorenia (hypertenzia), pohybové ťažkosti, problémy s trávením. Že by sa obezita mohla podieľať na vzniku nádorových ochorení, nesúhlasilo 260 (50,88%) respondentov, čo nepovažujeme za

dobrý výsledok. Byť obéznym, čiže mať abnormálne proporcie telesného tuku, zvyšuje riziko rakoviny prsníka, hrubého čreva, prostaty, krčka maternice, vaječníkov, obličiek, žľazy.

4. mýtus Vyhybanie sa infekčným ochoreniam, ako napr. sexuálne prenosným chorobám, môže pomôcť znížiť riziko vzniku rakoviny.

Žiadne zhubné nádorové ochorenie nie je prenosné, to znamená, že nie je infekčné – nedá sa prenášať z človeka na človeka, ani zo zvierat na človeka či opačne. Sú však známe 2 typy vírusov – HPV (ľudský papilomavirus) a vírus hepatitídy B a C. Obidva spomínané vírusy sa prenášajú nechráneným pohlavným stykom alebo krvnou cestou. V masovokomunikačných prostriedkoch je v prevažnej miere prezentované, že vírusy a baktérie prenášané sexuálnou cestou zapríčiňujú vznik iba pohlavných chorôb (syfilis, kvapavka, AIDS). Je dokázané, že konkrétne HPV môže zapríčiniť vznik rakoviny krčka maternice. Podobne je to aj s vírusom hepatitídy B a C, pri ktorých je známe, že spôsobujú žltáčku, ale už menej sú ľudia informovaní, že sa podieľa na vzniku rakoviny pečene. Môžeme skonštatovať, že tento fakt sa odzrkadlil aj na odpovediach respondentov, kde len 278 (54,40%) označilo správnosť tvrdenia, že Vyhybanie sa infekčným ochoreniam, ako napr. sexuálne prenosným chorobám, môže pomôcť znížiť riziko vzniku rakoviny.

5. mýtus Vyhľadávanie príznakov rakoviny nie je dôležité, ak ste zdravý a v dobrej kondícii.

Zmysel skríningu rakoviny spočíva v skorom zachytení včasných štádií rakoviny, u ľudí, ktorí inak nemajú žiadne príznaky. Podľa nášho názoru, si práve toto uvedomuje 3/4 respondentov 386 (75,54%) respondentov, ktorí súhlasili s týmto tvrdením.

6. mýtus Niektoré poranenia môžu byť príčinou rakoviny v neskoršom veku.

S týmto tvrdením súhlasilo 333 (65,17%) respondentov. Nie je však dokázané, že poranenia môžu byť v neskoršom veku príčinou rakoviny. Je známy len jeden prípad, ktorý má súvislosť s rakovinou, a to poleptanie chemickými látkami. Poleptania sú rizikovým faktorom pre vznik rakoviny kože a pažeráka (pri prehĺtnutí). Takže žiadne pády, odreniny alebo zlomeniny nie sú príčinou rakoviny (myelómy, rakovina kostí - sarkóm = patologické zlomeniny – je to ale dôsledok rakoviny; ženy sú niekedy znepokojené, že úder do prsníka môže zapríčiniť rakovinu, ale nie je to potvrdené. Ale na druhej strane práve úder do prsníka spôsobí, že žena si začne uvedomovať a všimáť si postihnutú časť prsníka, začne sa intenzívnejšie sledovať - samovyšetrenie a objaví si hrčku – hoci už mohla byť pred úrazom, ale keďže sa nevyšetrovala, tak o nej nevedela.

7. mýtus Elektronické prístroje, ako mobilný telefón, môžu zapríčiňovať rakovinu u ľudí, ktorí ich používajú.

Elektronické prístroje, ako mobilný telefón, mikrovlnná rúra sú dnes pre mnohých nevyhnutnosťou. V médiách sa často objavujú znepokojujúce informácie o nepriaznivých účinkoch radiácie na naše zdravie. Typ vyžarovania vysielaného z týchto elektronických prístrojov nie sú príčinou zmien v DNA, ktoré vedú k vzniku rakoviny.

Stále však pretrvávajú obavy, že tento technický výdobytok spôsobuje rakovinu. Tieto obavy má aj 345 (67,51%) respondentov, ktorí súhlasia s tvrdením, že elektronické prístroje, ako mobilný telefón, môžu zapríčiňovať rakovinu u ľudí, ktorí ich používajú. Niektorí z pacientov trpiacich na rakovinu mozgu tvrdili, že majú tumor na tej strane, na ktorej najčastejšie držali telefón pri uchu. Ale nebolo zistené žiadne zvýšené riziko ochorenia na rakovinu mozgu v súvislosti s používaním mobilného telefónu. Súvislosť medzi rakovinou a mobilnými telefónmi sa nepotvrdila.

8. mýtus Ak by Vaša mama alebo otec mali rakovinu, Vy ju budete mať tiež.

Dedičnosť patrí medzi rizikové faktory, ktoré sa podieľajú na vzniku rakoviny, ale ich podiel na vzniku nádorov je asi len 10%tný. Väčšinou ide o nádory kolorekta, prsníka a vaječníkov. Ak rodičia majú niektorý zo spomínaných typov rakoviny, môžu byť nádorové gény prenesené na ich deti, ale to neznamená, že u osoby so zdedenými génmi sa nevyhnutne rozvinie rakovina. Sme rady, že väčšina respondentov 346 (67,71%) neverí mýtu, že ak jeden z rodičov má rakovinu, že aj potomok bude určite mať rakovinu.

9. mýtus Rakovina je vždy smrteľná.

Rakovina zákonite neznamená „ortieľ smrti“. Ale napriek tomu, že 289 (56,56%) respondentov nesúhlasí so spomínaným tvrdením. Ešte stále je dosť vysoké percento populácie, u ktorej tento mýtus pretrváva. Väčšina typov rakoviny je liečiteľná alebo vyliečiteľná - viac ako 60% ľudí so zhubným nádorovým ochorením prežíva 5 rokov a viac po stanovení diagnózy. Je však dôležité si uvedomovať, že úspešnosť liečby rakoviny sa zvyšuje, ak je detekovaná v skorých štádiách.

10. mýtus Rakovina prsníka sa týka iba žien.

Rakovina prsníka je najčastejším nádorovým ochorením žien. Prevládajú názory, že u mužov nemôže vzniknúť rakovina tohto typu, čo potvrdilo aj 285 (54,91%) respondentov.

Ročne sa na Slovensku diagnostikuje 20 – 25 prípadov rakoviny prsníkov u mužov. Hoci je toto ochorenie u mužov zriedkavé, býva objavené až v pokročilom štádiu, čo vedie k nepriaznivejšej prognóze.

Záver

V záverečnom vyhodnotení sme sa zamerali iba na správnosť odpovedí respondentov. Zistili sme, že na 10 uvedených tvrdení bolo iba 55,13% správnych odpovedí. Tieto výsledky indikujú, že edukácia verejnosti a pacientov je nevyhnutná. Tu vidíme nezastupiteľnú úlohu sestry v primárnej a sekundárnej prevencii nádorových ochorení. Klientov/pacientov by mali edukovať v súlade s novými poznatkami z onkológie. Avšak musia stále pamätať, že značná časť populácie je ešte stále ovplyvnená mylnými názormi (mýtmi) na rakovinu. Na základe zistených výsledkov môžeme ako sestry vedieť na čo sa máme v obsahu zdravotno – výchovných činností zamerať. Okrem toho by sme mali ľudí upozorňovať aj na to, že nie všetky informácie, ktoré sa k nim dostávajú cez masovokomunikačné prostriedky, online, alebo od iných ľudí, sú presné. Správne poskytnuté informácie možno práve od nás sestier môžu ľuďom zachrániť život.

POTREBA EDUKÁCIE RODIČOV ATOPICKÝCH DETÍ

Sovová K., Lizáková Ľ., Horanská V.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,

detašované pracovisko v Košiciach

Súhrn

Atopický ekzém je svrbivé kožné ochorenie vyskytujúce sa prevažne v detskom veku. Nejde o život ohrozujúce ochorenie, ale svojimi dôsledkami môže veľmi ťažko postihnúť dieťa a jeho celú rodinu. Jeho výskyt v posledných rokoch v populácii značne narastá a pritom jeho príčina ešte stále nie je presne objasnená. Vieme však, že do určitej miery za jeho vznik zodpovedá dedičnosť. Rodičia dieťaťa postihnutého týmto ochorením by si mali uvedomiť, že vzniknutá precitlivenosť je celoživotná, že dôležitú úlohu zohráva aj prostredie, v ktorom dieťa žije a spôsob jeho stravovania. Z tohto jednoznačne vyplýva, že liečba tohto ochorenia musí byť komplexná. Vyžaduje individuálny prístup k pacientovi ako aj dôslednú edukáciu rodičov o preventívnych a terapeutických opatreniach. Informácie a rady poskytnuté sestrou a lekárom majú za cieľ zaistiť lepšiu informovanosť rodičov tak, aby mohli lepšie pomáhať v liečbe a starostlivosti o choré dieťa a zároveň mu zaistiť optimálne prostredie.

Kľúčové slová: atopická dermatitída, provokačné faktory, sekundárna prevencia, úroveň vedomostí

Atopická dermatitída je chronické recidivujúce zápalové svrbivé kožné ochorenie s typickou vekovou distribúciou postihnutej kože. Atopia znamená vrodenú hypersenzitívnosť kože a slizníc na environmentálne substancie. V etiológii tohto ochorenia sa uplatňuje kombinácia dedičnej predispozície a faktorov vonkajšieho prostredia. (Hrubíško, M., 2003, s. 351) Buchvald J. (2002) uvádza, že až 70 % pacientov s atopickou dermatitídou má v rodine niektoré z atopických ochorení. Ak má atopickú dermatitídu jeden z rodičov, pravdepodobnosť, že ju bude mať aj ich dieťa, sa pohybuje okolo 50 %, ak majú atopickú dermatitídu obaja rodičia, riziko vzrastá na vyše 80 %. Medzi najčastejšie faktory vonkajšieho prostredia provokujúce vývoj ekzémových prejavov patria aeroalergény (roztoče, pele, vzdušné plesne, rôzne prachy, baktérie, zvieracie epitélie), potravinové alergény (napr. vajíčka, citrusové plody, kakao, orechy, mak, kravské mlieko), ale aj rôzne fyzikálne podnety,

vedúce k nealergickému uvoľneniu zápalových mediátorov (mechanické dráždenie, teplo) a psychické vplyvy. (Buchvald, J. 2002 s. 188 – 189)

Liečba atopického ekzému musí byť teda komplexná. Vonkajšie liečenie sa dopĺňa vnútorným, predovšetkým pri ťažkých prípadoch. Rovnako dôležité sú fyzikálne liečebné metódy, diétne opatrenia a psychoterapia. Základným predpokladom je eliminácia alergénu, pokiaľ je odhalený. Aj keď sa nezistí, odporúča sa dodržiavať preventívne opatrenia.

(Novotný et.al. 1993 s. 141)

Na to, aby sa mohla uplatňovať prevencia v liečbe atopickej dermatitídy, je potrebná edukácia rodičov. Ide o širšie chápaný proces výchovy a vzdelávania, ktorého cieľom je nielen osvojenie vedomostí, získanie zručností, ale i vytváranie hodnotových, postojoyých, citových, vôľových štruktúr osobnosti a dosiahnutie zmeny v správaní a konaní. (Závodná, V., 2002, s. 53)

Okrem ošetrovania kožných prejavov práca sestry spočíva aj v edukačných pohovoroch s pacientmi, poprípade s ich rodičmi, pri ktorých vysvetľuje možnosti vytvárania čo najvhodnejšieho domáceho prostredia, úpravy stravy, spôsob obliekania atď. (Šimoníčková, 2002 s. 20)

Cieľom edukácie pacienta je teda jeho ďalší plnohodnotný život ako u zdravého jedinca. Podstatou edukácie je upozornenie na rizikové faktory v okolí pacienta a dodržiavanie zásad bezalergénového režimu. Edukácia rodičov a ich zapojenie do liečby zvyšuje šancu na dosiahnutie dobrej celoživotnej kontroly nad ochorením ich dieťaťa. Svoj význam má tiež vzdelávanie a informovanosť verejnosti formou publikácie článkov s odbornou tematikou a vydávanie rôznych edukačných materiálov. (Krommerová , 2002 s. 21)

Edukačná činnosť si vyžaduje od sestry široké spektrum vedomostí a rozhľad v psychosociálnej oblasti, znalosť emocionálnych, sociálnych, kultúrnych a vývinových potrieb dieťaťa. (Boledovičová, M., 2000, s. 16)

Ako uvádza Kolibášová (2003, s.25), je potrebné vedieť, že:

- každý chorý s atopickou dermatitídou je individuálny
- každý liečebný program musí byť prispôbený konkrétnemu chorému, riadený výlučne lekárom a prísne dodržiavaný rodičmi, ale aj ošetrojúcim personálom
- každé dieťa vyžaduje to najmenej, čo mu ako rodičia môžeme dať – lásku a starostlivosť. Rodičia sú povinní uspokojiť tieto túžby svojich detí a zbaviť ich obáv a strachu

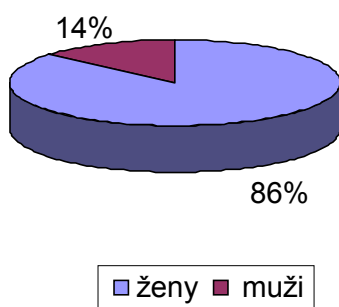
Cieľ a metodika

Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť, ako prebieha edukačná činnosť sestry v kožnej ambulancii, ktorú deti navštevujú a aká je úroveň vedomostí u rodičov atopických detí o preventívnych opatreniach, ktoré je potrebné v rámci liečby atopickej dermatitídy dodržiavať. Prieskum bol realizovaný v kožnej ambulancii v Moldave nad Bodvou formou priameho kontaktu s rodičmi týchto detí. Ako hlavnú metódu získavania informácií sme si zvolili dotazník, ktorý obsahoval A a B časť. A časť zahŕňovala položky týkajúce sa preventívnych opatrení a B časť položky týkajúce sa edukácie v ambulancii.

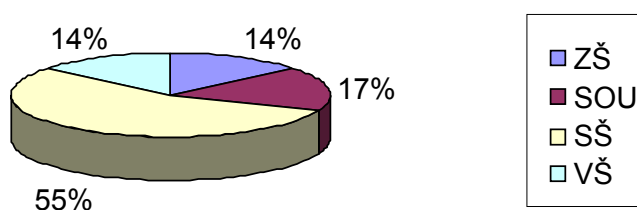
Súbor

Súbor tvorilo 35 respondentov (rodičov). Výber subjektov prieskumu sa realizoval formou zámerného výberu. Do súboru boli zahrnutí len rodičia detí, u ktorých bola diagnostikovaná atopická dermatitída. Našu vzorku charakterizujú údaje, ktoré sú uvedené v nasledujúcich grafoch.

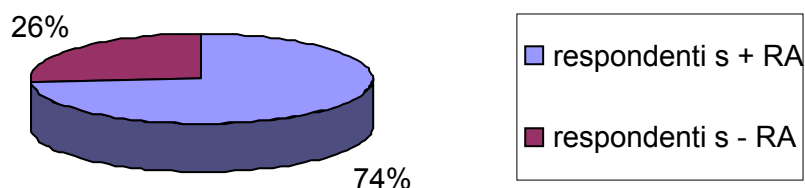
Graf 1 Rozdelenie respondentov podľa pohlavia



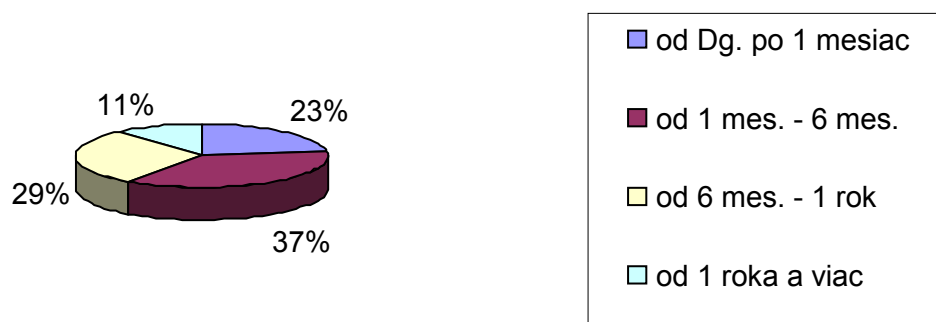
Graf 2 Rozdelenie respondentov podľa vzdelania



Graf 3 Rozdelenie respondentov podľa rodinnej anamnézy



Graf 4 Rozdelenie respondentov podľa dĺžky trvania obdobia od diagnostiky ochorenia

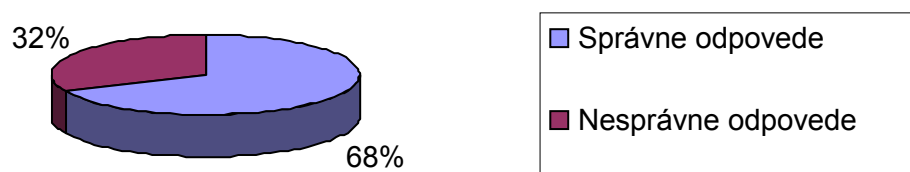


Výsledky prieskumu a diskusia

Vyhodnotením položiek v B časti dotazníka sme zistili, ako prebieha edukácia v kožnej ambulancii. Za zdroj informácií o danom ochorení označilo 55 % respondentov svojho lekára, 13 % sestru, 5 % rodičov uviedlo brožúrky, 25% letáky a 3% časopisy. Ide o zaujímavé zistenie, nakoľko sestru označilo len spomínaných 13 %. Na otázku, či môže v liečbe atopickej dermatitídy lekárovi pomôcť aj sestra, odpovedalo 67 % kladne a 33% záporne. Rovnako 67 % rodičov potvrdilo, že sa im lekár a sestra venujú pri každej návšteve lekára a 18 % si myslí, že nemajú toľko času. 15% sa nevedelo k otázke vyjadriť. Pozoruhodným zistením bolo, že všetci rodičia uviedli, že im boli poskytnuté informácie o ochorení ich dieťaťa rozhovorom, 30% prostredníctvom letákov, ani jeden respondent nebol edukovaný edukačným listom. Pri edukačnej činnosti zohráva dôležitú úlohu spätná väzba, preto sme zisťovali, či sa v ambulancii overujú nadobudnuté vedomosti. Všetci respondenti odpovedali záporne. Na otázku, v ktorej oblasti by si chceli rozšíriť svoje vedomosti, 50 % odpovedalo v ošetrovaní kožných prejavov, 88% v preventívnych opatreniach a 75% v starostlivosti o suchú kožu.

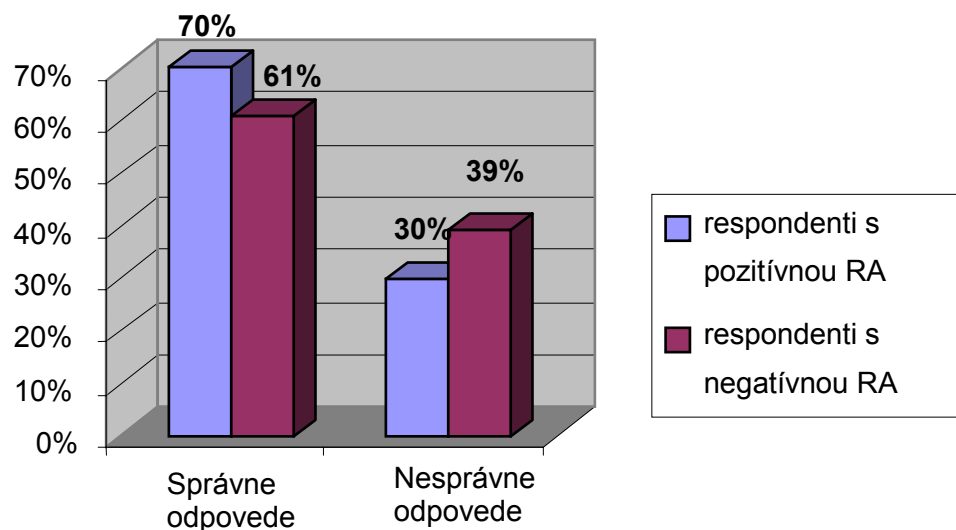
Po vyhodnotení otázok A časti dotazníka sme zistili nasledovné výsledky. 68 % rodičov vedelo vymenovať aspoň 5 preventívnych opatrení proti alergickým ochoreniam. 22%, čo je dosť vysoké percento, odpovedalo nesprávne, 10% označilo zápornú odpoveď. V ďalšej položke sme chceli od rodičov, aby vymenovali aspoň 5 provokačných faktorov, ktoré pôsobia nepriaznivo na ochorenie ich dieťaťa. 70% odpovedalo správne a 30% nesprávne. V ďalších položkách sme zisťovali, či vedia, aké potraviny sú vhodné pre ich dieťa, či poznajú, aké potraviny má matka vylúčiť zo svojej stravy, ak dojčí svoje dieťa, ktoré má atopický ekzém, aké je vhodné oblečenie preň, aké zásady je vhodné dodržiavať pri praní bielizne, aké sú vhodné prísady do kúpeľa, akými spôsobmi je možné obmedziť škriabanie a svrbenie kožných lézií. Zaujímalo nás aj, či majú informácie o povolaniach, ktoré sú absolútne nevhodné pre ich dieťa. Vyhodnotením všetkých položiek sme zistili, že 68% odpovedí bolo správnych a 32 % nesprávnych, o čom nás informuje graf č. 5.

Graf 5 Úroveň vedomostí na základe vyhodnotenia všetkých otázok v B časti dotazníka

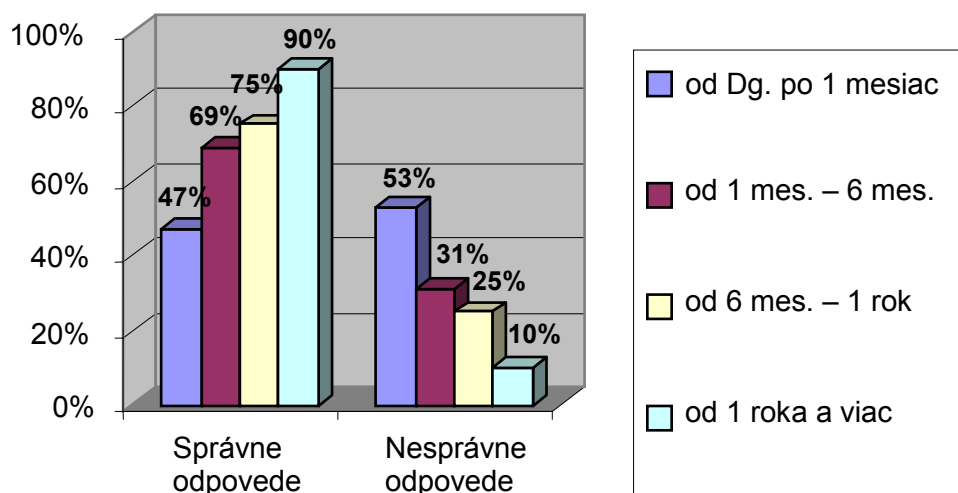


Získané výsledky úrovne vedomostí rodičov sme porovnávali podľa ich rodinnej anamnézy a podľa dĺžky obdobia od diagnostiky ochorenia ich dieťaťa. Zistili sme, že rodičia s pozitívnou rodinnou anamnézou dosiahli vyššiu úroveň vedomostí ako s negatívnou rodinnou anamnézou, čo nám zobrazuje graf č. 6. Rovnako úroveň vedomostí stúpala s predlžujúcim sa obdobím od diagnostiky ochorenia ich dieťaťa, o čom nás informuje graf 7.

Graf 6 Úroveň vedomostí podľa rodinnej anamnézy respondentov



Graf 7 Úroveň vedomostí podľa dĺžky trvania obdobia od diagnostiky ochorenia



Z celého nášho prieskumu vyplýva, že je potrebné sa venovať rodičom atopických detí, a to v zmysle ich edukácie a doplňovania vedomostí v oblasti dodržiavania základných zásad vhodnej životosprávy a zdravého životného štýlu, ktorý zohráva dôležitú úlohu v liečbe atopickej dermatitídy, a bez ktorého by liečba nebola úspešná.

V oblasti komunitného ošetrovateľstva plní túto mimoriadne dôležitú úlohu edukácie práca sestry, ktorá je realizovaná na troch úrovniach – primárnej, sekundárnej a terciárnej.

V oblasti primárnej zdravotníckej starostlivosti je potrebné, aby sestra:

- venovala pozornosť obom rodičom atopických detí a s nimi spolupracovala
- poskytovala im zrozumiteľné informácie o atopickom ochorení
- podnecovala záujem u rodičov rozširovať svoje vedomosti z oblasti atopie
- venovala pozornosť aj budúcim mamičkám z rodín s pozitívnou atopickou záťažou v rámci primárnej prevencie atopie

Je dôležité:

- vytváranie viacerých združení pacientov s atopickou dermatitídou, ktorých cieľom je zlepšenie kvality ich života, realizovanie prednášok pre rodičov a pod.
- používanie rôznych edukačných materiálov ako sú brožúrky, letáky, publikovanie odborných článkov do časopisov

V oblasti sekundárnej zdravotníckej starostlivosti je dôležité:

- podporovať vzdelávanie sestier z oblasti alergológie, dermatológie a klinickej imunológie
- realizovanie zdravotnej výchovy v špecializovaných ambulanciách
- informovať rodičov o existencii SPaE
- vytváranie klubov, ktoré ponúkajú rodičom atopických detí možnosť vzájomnej výmeny individuálnych skúseností s liečbou svojich detí a možnosť spoločného riešenia problémov, ktoré vyplývajú z chronického ochorenia, ktoré má dopad na celú rodinu.

V oblasti terciárnej zdravotníckej starostlivosti je potrebné:

- podporovať budovanie špeciálnych kolektívnych zariadení pre atopikov v predškolskom veku, ktorých cieľom je poskytovať liečebnú a rehabilitačnú dennú starostlivosť s výchovným programom, vrátane diétného stravovania
- podporovať správnu voľbu povolania u dospievajúcich detí
- informovať triedneho učiteľa o ochorení dieťaťa a podporovať ozdravenie okolitého prostredia na školách

Zoznam bibliografických odkazov

1. BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. 2000. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2000. 128 s. ISBN 80-8063-050-X.
2. BUCHVALD, J., BUCHVALD, D. 2002. *Dermatovenerológia*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2002. 520 s. ISBN 80-89104-03-7.
3. ČAPKOVÁ, Š., ŠPIČÁK, V., VOSMÍK, F. 1997. *Atopický ekzém*. Praha: Makropulos, 1997. 175 s. ISBN 80-86003-09-4.

4. HRUBIŠKO, M. et al. 2003. Alergológia. Martin: Osveta, 2003. 518 s. ISBN 80-8063-110-7.
5. KOLIBÁŠOVÁ, K. 2003. Atopická dermatitída. In Sestra, 2003, roč. II, č. 5, s. 24 – 25. ISSN 1335-9444.
6. KROMMEROVÁ, M. 2003. Edukace v alergologické ambulanci. In Sestra, 2003, roč. XIII, č. 5, s. 17. ISSN 1210-0404.
7. NOVOTNÝ, F. et al. 1993. Ekzémová onemocnění v praxi. Praha: Grada Avicenum, 1993. 276 s. ISBN 80-7169-067-8.
8. ŠIMONÍČKOVÁ, J. 2002. Atopický ekzém očima alergologické sestry. In Sestra, 2002, roč. XII, č. 5, s. 20. ISSN 1210-0404.
9. ZÁVODNÁ, V., 2002. Pedagogika v ošetrovatel'stve. Martin:Osveta, 2002. 96 s. ISBN 80-8063-108-5

VYBRANÉ ETICKÉ ASPEKTY ODBERU ORGÁNOV

Gulášová I.¹, Breza J.², Breza J.³

¹Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Ústav zdravotníctva a ošetrovateľstva, Trenčín

²Lekárska fakulta, Univerzita Jána Amosa Komenského, Bratislava

³Urologická klinika s centrom pre transplantácie obličky, FNŠP – Kramáre, Bratislava

Súhrn

Autori sa vo svojom príspevku zaoberajú problematikou transplantácii s konkrétnym zameraním sa na odberové aktivity z etického pohľadu. Uvádzajú svetovo používané trendy v oblasti darcovstva orgánov, orgánových transplantácii, ku ktorým súčasne uvádzajú etické konfrontácie. V závere poukazujú na význam rozširovania osvedy a informovanosti laickej verejnosti i v uvedenej oblasti.

Kľúčové slová: transplantácia, odbery orgánov, humanizácia spoločnosti, edukácia obyvateľstva, zodpovednosť, solidarita, súhlas

Úvod

V mnohých prípadoch sa stáva, že po náhlom úmrtí pacienta na operačnom stole dochádza k transplantácii jeho orgánov pre iných žijúcich pacientov. Ďalej sú to iné spôsoby náhlych úmrtí zdravého človeka ako sú napríklad úrazy, autonehody a podobne.

Najskôr je však potrebné definovať smrť. Tiež je potrebné odpovedať na niekoľko nasledujúcich otázok.

Ako možno smrť definovať?

Kedy je možné človeka prehlásiť za mŕtveho ?

Kedy je možné odpojiť chorého od prístrojov, ak je na nich závislý ?

Je možné ukončiť liečbu, prípadne i podávanie výživy a tekutín u pacientov s dlhodobým bezvedomím, pokiaľ je ich mozog poškodený do takej miery, že nevníma, necíti a nemyslí a pritom nie je žiadna nádej na zlepšenie tohto stavu ?

Je možné udržiavať „mŕtveho“ človeka pri živote za účelom odobratia orgánov ku transplantácii ?

A ako dlho ?

Od 60 - tých rokov minulého storočia sa preto objavujú nové kritériá, ktoré sú zamerané na „smrť mozgu“ (nezvratné straty funkcie celého mozgu vrátane mozgového kmeňa) (Olejník, 1999). V nedávnej dobe však zazneli i názory, či by nemohol byť prehlásený za mŕtveho ten, kto je v bezvedomí vďaka ireverzibilných strát len vyšších mozgových funkcií. O tejto záležitosti sa diskutuje (predovšetkým na poli bioetiky) obzvlášť v súvislosti s prípadným odobratím orgánov za transplantáčnym účelom (Glasa, Šoltés, 1997).

A tak je zrejmé, že akákoľvek definícia smrti je vždy len otázkou konsenzu, pretože smrť v biologickom zmysle je proces, nielen okamih. Vo väčšine vedeckých komunít „západného“ sveta prevláda nasledujúca zhoda: osoba je mŕtva vtedy, ak je postihnutá nezvratnou stratou všetkých schopností integrovať a koordinovať fyzické a mentálne funkcie tela ako jednotky (Droste, Planta, 1992). To znamená, že smrť celého mozgu je brána ako správne kritérium človeka (Munzarová, 2005).

Taktiež definitívna zástava všetkých kardiopulmonálnych funkcií vedie v priebehu niekoľkých minút k ireverzibilnej zástave všetkých funkcií mozgu, a preto je taktiež správnym kritériom smrti. Definícia smrti celého mozgu je (alebo by mala byť) zakotvená i v zákonoch krajín, v ktorých sa transplantácie vykonávajú (Haškovcová, 1994).

Súhlas s odberom

O tom, či a ako je nutné získavať informovaný súhlas k prípadnému „darovaniu“ orgánov po smrti, môžeme uvažovať nasledujúcim spôsobom:

Opting - in (rozhodnutie pre, vyjadrenie súhlasu)

Jedná sa o systém, v ktorom sú ľudia nabádaní, aby ešte počas svojho života vyjadrili želanie, či chcú po smrti svoje orgány darovať na transplantáciu, alebo odmietajú túto možnosť. Je preto nevyhnutné, aby sa na mnohých miestach počas života prihlásili a je potrebné, aby doklad o tomto prání nosili stále so sebou. Ich rozhodnutie musí byť slobodé, bez akéhokoľvek ovplyvnenia či dokonca nátlaku. Týmto spôsobom je podporované autonómne rozhodovanie každého v závažných otázkach, tak ako solidarita s ostatnými ľuďmi, zvlášť s tými, ktorí trpia. **Nevýhodou takéhoto prístupu je však trvalý nedostatok orgánov.** Väčšina ľudí nie je žiadnym spôsobom zainteresovaná do problému transplantácií a nemá preto dostatočnú motiváciu k takémuto skutku. Ich prípadné zaviazanie sa môže byť spojené s vlastnou smrťou a preto môže byť spojené s úzkosťou a strachom. **V tomto smere**

je potrebné zabezpečiť širokú informovanosť a predovšetkým výchovu spoločnosti (Munzarová,2005).

Každý skutočný darca by mal byť vopred oslovený, či chce byť naozaj darcom. Každý má prejsť svoj názor osobnou voľbou. Na druhej strane však zostáva nevyjasnené, kedy by mal byť oslovený.

Opting - out (rozhodnutie o neúčasti)

Tu sa predpokladá, že každý s darovaním súhlasí, a len v prípade, že s tým niekto nesúhlasí, musí svoj názor na príslušnom mieste v písomnej forme vyjadriť.

Výhodou tohto spôsobu je, že prakticky každý, kto zomrie v nemocnici a spĺňa dané lekárske kritériá, sa môže po smrti stať „darcom“ orgánov. Veľmi málo ľudí sa totiž aktívne hlási k odmietnutiu a táto prax sa stala bežnou skutočnosťou. Lekárov netrápi myšlienka, ako požiadať o toto darovanie, a orgánov je získavaných podstatne viac. Všetko je zdá sa v poriadku, pretože zomrelí mal možnosť dopredu nesúhlasiť.

Je vhodné zamyslieť sa i nad pojmom „**darca**“. Snád všetci súhlasíme s tým, že orgány mŕtvemu človeku už k ničomu nemôžu pomôcť, a že naopak môžu zachrániť život tým, ktorí trpia, a ktorí čakajú na tento dar ako na zmiernenie (Munzarová,2005).

V bežnom jazyku používame termín darca vtedy, ak máme na mysli niekoho, kto inému niečo dáva, a to úplne dobrovoľne. Prejavuje tým svoj vzťah k obdarovanému. V prípade živého darcu je náplň pojmu splnená vrchovate: ten skutočne daruje orgán z lásky k druhému, ktorému chce pomôcť, a to i za cenu určitého rizika pre svoje zdravie i život. V prípade „mŕtveho“ darcu je táto podmienka splnená len vtedy, keď vyjadril za svojho života súhlas s darovaním. Je tu navyše prvok obdarovania niekoho, koho vôbec nepozná a ktorý bude po jeho smrti v núdzi. Má možnosť prejsť už počas svojho života pravú ľudskosť.

Required request (povinné požiadanie)

V tomto prípade platí zásada , aby každý potenciálny darca bol vopred oslovený, či skutočne chce byť darcom. Každý človek má prejsť svoj názor osobnou voľbou (prípadne i voľbou rodinných príslušníkov).

Mal by byť dodržaný rešpekt k vôli zomretého pacienta , osoby, no i názor rodiny by mal byť patrične zohľadnený.

Vyvstáva však viacero problémov:

- kto by mal prípadného , potencionálneho darcu osloviť?
- kde ho osloviť ?
- kedy ho osloviť ?
- v akej svislosti ho osloviť ?

Pri vstupe do nemocnice?

Môžeme rozmýšľať nasledovným spôsobom: ak oslovíme ťažko chorého pacienta , čo si asi bude myslieť...? Nepoškodíme mu ? Môže si myslieť, že zomiera...

Ak ho naopak neoslovíme? Tiež, podobne nepoškodíme mu ? Ved' si môže myslieť, že je tak vážne chorý, že jeho „ orgány sú nevhodné, nepoužiteľné pre iného človeka“.

Routine salvaging (odbery ako bežná vec)

Pri tomto systéme sa nevyžaduje prosba ani súhlas od budúceho darcu, ani od rodiny darcu. Všetky orgány, po zvážení za vhodné pre ich ďalšie použitie sa odoberajú automaticky (Munzarová,2005).

V prípade živého darcu je táto úloha splnená vrchovate.

Záver

Neberme si orgány do neba.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DROSTE,C., PLANTA, M.: Memorix vademecum lékaře. Praha. Scientia Medica, 1992
2. GLASA,J., ŠOLTÉS, L.: Ošetrovateľská etika. Martin. Osveta, 1997
3. HAŠKOVCOVÁ, H.: Lékařská etika. Praha, Galén, 1994
4. MUNZAROVÁ, M.: Zdravotnická etika od A do Z. Praha. Grada Publishing,2005
5. OLEJNÍK, J. : perioperačná liečebná starostlivosť. Bratislava. Vydavateľstvo Ebner, 1999

ETICKO-PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O ŽENU S NEÚSPEŠNÝM TEHOTENSTVOM

Lehotská M., Moraučíková E.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Príspevok poukazuje na eticko-psychologické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti o ženu v postabortívnom období respektíve po perinatálnej strate. Popisuje možné patologické spôsoby adaptácie na neúspešné tehotenstvo. Zdôrazňuje potrebu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti, potrebu individuálneho a interdisciplinárneho prístupu, ale aj prekonanie niektorých zaužívaných postupov v manažovaní ošetrovania po strate dieťaťa.

Súbor a metódy

Prieskum uskutočnený metódou dotazníka. Súbor tvorilo 60 respondentiek s anamnézou spontánneho alebo umelého abortu. Výber respondentiek bol náhodný. Kazuistika s využitím retrospektívnej verbálnej výpovede a štruktúrovaného pozorovania demonštruje celosťnosť a špecifickosť problematiky perinatálnej straty u konkrétnej rodiny. Výber osôb zámerný.

Ciele

Identifikovať emocionálne, behaviorálne a kognitívne reakcie na spontánny a arteficiálny abort, ako aj perinatálnu stratu. Poukázať na niektoré špecifické eticko-psychologické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti. Navrhnuť prioritné intervencie zabezpečujúce kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť.

Výsledky

Poukazujú na pomerne častý výskytologickej adaptácie na perinatálnu stratu a postabortívne obdobie, na pretrvávajúce bio-medicínskeho prístupu k ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: postabortívny syndróm, akútna stresová porucha, post-traumatická stresová porucha, perinatálna strata, manažment postabortívneho obdobia, neúspešné tehotenstvo

Úvod

Medzi najčastejšie patologické reakcie na neúspešné tehotenstvo patrí postabortívny syndróm a perinatálna strata.

Perinatálna strata (perinatal loss, pregnancy loss) označuje vnútromaternicové odumretie plodu, spontánny potrat, interrupciu z dôvodu fetálnych anomálií plodu, zo zdravotných dôvodov matky, pôrod mŕtveho dieťaťa, smrť dieťaťa vo včasnom popôrobnom období, pričom očakávanou reakciou rodičov na stratu je hlboký smútok a žiaľ (Gorrie, 1994, s.647, Mattson, 1993, s. 403).

Za perinatálne obdobie je označované obdobie, ktorého začiatok je stanovený 22. dokončeným týždňom tehotenstva (t.j. 154. dňom od prvého dňa poslednej menštruácie), a končí sa siedmym dokončeným dňom po pôrode - t.j. 7 krát 24 hodín (Čech, 1994, s. 647).

Patologické reakcie na stratu dieťaťa môžu nastať aj mimo obdobia vyčleneného ako perinatálne. Ak sa symptómy objavia pred perinatálnym obdobím ide o postabortívny syndróm.

(Simonová, 1998, s. 116) opisuje pocity žien (nezávisle od dĺžky tehotenstva) nasledovne: "Žena stráca pri potrate vlastné nenarodené dieťa - nie embryo, nie fétus".

V prieskume uskutočnenom pred 2 rokmi sme zisťovali prevalenciu a pretrvávanie postabortívneho syndrómu u žien s anamnézou spontánneho resp. umelého abortu.

Prostredníctvom dotazníka sme sledovali 30 žien s anamnézou spontánneho abortu a 30 s anamnézou umelého potratu (ďalej len UPT). Priemerná dĺžka obdobia od potratu po vyplnenie dotazníka bola u oboch sledovaných súborov 2 roky.

U žien zo sledovaného súboru žien po spontánnom potrate v bezprostrednom postabortívnom období spĺňalo diagnostické kritériá pre akútnu stresovú poruchu, respektíve vykazovalo 3 a viac príznakov postabortívneho syndrómu 28 žien z 30. S odstupom dvoch rokov spĺňalo diagnostické kritériá pre post-traumatickú stresovú poruchu 16 žien z 30, čo je o 12 menej ako v bezprostrednom postabortívnom období.

V sledovanom súbore žien po umelom prerušení tehotenstva spĺňalo diagnostické kritériá pre akútnu stresovú poruchu, respektíve vykazovalo 3 a viac príznakov postabortívneho syndrómu 26 žien z 30. Po dvoch rokoch v tomto sledovanom súbore spĺňalo diagnostické kritériá pre post-traumatickú stresovú poruchu až 28 žien z 30, čo predstavuje nárast oproti bezprostrednému postabortívnemu obdobiu ešte o 2 ženy (Lehotská, 2004, s. 41).

Výsledky nášho prieskumu poukazujú na možnosť dlhodobého pretrvávania patologických spôsobov adaptácie na postabortívne obdobie. K podobným záverom dospeli aj autori: Török, Molčan, Žigo, Poltawská.

S pojmom perinatálna strata sa stretávame predovšetkým v anglosaskej literatúre. Vzrastá akceptovanie straty dieťaťa ako perinatálnej straty i vo včasných štádiách tehotenstva. Psychická odozva na stratu dieťaťa, plodu, respektíve embrya sa prirovnáva z

psychologického hľadiska ku smrti dospelého blízkeho človeka, alebo staršieho dieťaťa. Nedávne štúdie v tejto oblasti potvrdzujú, že osobné odozvy na smrť dieťaťa môžu byť oveľa intenzívnejšie ako sa pôvodne predpokladalo.

Lang (2001, s. 497) popisuje perinatálnu stratu a vôbec stratu dieťaťa ako najťažšiu zo strát, ktoré človek v živote môže prežiť. Tento druh straty môže narušiť fyzický, ale i duševný "dobrobyt" rodičov a narušiť aj rodinné vzťahy. Tiež uvádza, že strata dospelého je stratou minulosti, kým strata dieťaťa je stratou budúcnosti.

Metodika:

Ciele práce:

- zistiť analyzovať a vyhodnotiť osobné pocity, skúsenosti a potreby ženy (aj ich pretrvávanie), ktorá má skúsenosť s perinatálnou stratou,
- zistiť a vyhodnotiť potreby a pocity ostatných členov rodiny,
- navrhnúť prioritné ošetrovateľské intervencie zabezpečujúce kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť pri perinatálnej strate.

Metódy:

Komplexnosť a špecifickosť problematiky akou perinatálna strata nesporne je sme sa snažili zachytiť kazuistikou.

Výber osôb pre spracovanie kazuistiky bol zámerný. Cieľom výberu bolo získať rodinu, ktorá má osobnú skúsenosť s perinatálnou stratou, a ktorej osobné skúsenosti zodpovedajú výberu témy.

„Výber je reprezentatívny, i keď nie z hľadiska matematickej štatistiky, pretože osoby dobre reprezentujú dané prostredie“ (Gavora. In Švec, 1998, s.77), (v našom prípade skúsenosť).

Primárnym zdrojom informácií sa stali členovia rodiny. Informácie sme získali metódou retrospektívnej výpovede. Výpovede jednotlivých členov rodiny nám umožnili získať informácie o ich pocitoch, prežívaní a potrebách v rámci hospitalizačnej periódy perinatálnej straty, a ich neskoršom vývoji, až po obdobie 2. roky po strate dieťaťa.

Sekundárnym zdrojom informácií bola tehotenská knižka (jej kópia) a prepúšťacia správa, ďalšiu zdravotnú dokumentáciu sa nepodarilo získať.

Všetky informácie získané na spracovanie prípadovej štúdie boli použité s informovaným súhlasom rodiny.

V našej prípadovej štúdii využívame možnosť prepojenia druhej a tretej časti kazuistiky (katamnéza + analýza a interpretácia) pri zachovaní časovej a logickej následnosti. V rámci katamnézy uvádzame autentické výpovede účastníkov štúdie, ktoré sú v priamej reči a odlišené od ostatného textu iným typom písma – kurzívou.

Anamnéza

Rodinu so skúsenosťou perinatálnej straty (pred dvomi rokmi intrauterinné odumretie plodu v 36. týždni tehotenstva – susp. gestačný diabetes) tvoria dnes 27 ročná žena matka týždňového dieťaťa (ďalej len pani XY) a otec, 30 ročný (ďalej len pán XX). Pani XY pracovala ako stredoškolská učiteľka, toho času je na materskej dovolenke. Manžel je súkromný podnikateľ. Žijú v rodinnom dome spolu s manželovými rodičmi a jeho sestrou. Sú evanjelického vierovyznania.

V rodine sa nevyskytujú žiadne genetické poškodenia. Pozitívna je však rodinná anamnéza v súvislosti s výskytom diabetu – matka, sestra matky a stará matka pani XY sú liečené perorálnymi antidiabetikami pre Diabetes mellitus. Pani XY je od straty prvého dieťaťa dispenzarizovaná v diabetologickej ambulancii. Počas 1,5 roka po strate dieťaťa mala klientka fyziologické hladiny krvného cukru. V druhom trimestri druhého tehotenstva boli opätovne zistené hyperglykémie. Klientka sa snaží dodržiavať nariadenia lekára týkajúce sa stravovania i životosprávy vôbec. Prítomnosť abúзов neguje.

Katamnéza

Pred dvomi rokmi čakala pani XY svoje prvé dieťa. Tehotenstvo prebiehalo bez komplikácií, chodila pravidelne do prenatalnej poradne od 6. týždňa tehotnosti. *“Vždy po návšteve gynekologičky som sa cítila spokojná, že aj napriek nadmernej únave, ktorú som pociťovala ma lekárka uistovala, že je všetko v poriadku a dieťaťko sa vyvíja dobre.... Bola som prvýkrát tehotná, myslela som si, že ak lekárka tvrdí, že je všetko v poriadku, únava nič neznamená a patrí k tehotenstvu, až po pôrode mi diabetológ povedal, že je to vlastne prejav cukrovky.”*

Podľa údajov z tehotenskej knižky bola u nej prvýkrát zistená glykozúria v 5. mesiaci tehotenstva pri vyšetrení moču v rámci pravidelných mesačných kontrol (cukor na jeden krížik), ostatné parametre boli v norme. *„Lekárka mi povedala, že všetko je v poriadku, že v tehotenstve to občas býva len, aby som nejedla príliš veľa sladkostí.”*

V 24. týždni gravidity bola klientka odoslaná gynekologičkou na vyšetrenie OGTT – glykémia na lačno bola 8,0 mmol/l. Po telefonicknej konzultácii s gynekologičkou sa

nepokračovalo v záťaži cukrom a test sa ukončil. Od šiesteho mesiaca tehotenstva trpela klientka opakovanými mykotickými infekciami pošvy, ktoré boli preliečené Gyno-Myfungar vag. tbl.

„Bola som znepokojená z týchto problémov, švagriná, ktorá je zdravotníčka ma upozorňovala, že to môže súvisieť s tehotenskou cukrovkou, všetci sa ma pýtali, či nečakám dvojčky, mala som strašne veľké brucho. Keď som sa na to opakovane pýtala gynekologičky, tvrdila mi, že je všetko v poriadku a že je dieťa pomerne veľké ale, že to má po otcovi...“

Na začiatku 36. týždňa pani XY absolvovala vyšetrenie v prenatálnej poradni. Podľa údajov z tehotenskej knižky: TK 125/80 mmHg, P: 70/min, moč: C+, ostatné negat., glukóza z venóznej krvi nalačno 7,0 mmol/l, prírastok na váhe 9 kg od začiatku tehotenstva, kandidová vulvovaginitis, odber krvi na protilátky, BWR. *„V ten deň sme si kúpili aj kočík, plienky, deku a vankúšik. Veľmi sme sa tešili. Cítila som sa veľmi slabá, dieťaťko ma veľmi kopalo. Ďalšie dva dni som bola strašne nervózna. Na tretí deň večer mi začala odtekať plodová voda, mysleli sme si, že ide o predčasný pôrod, manžel ma odviezol do nemocnice a tam mi lekár povedal, že naše dieťaťko je už 1 –2 dni mŕtve.....(plač)“.*

Manžel: „Manželku zobrali do ambulancie, ja som čakal v čakárni. Vedel som, že niečo nie je v poriadku, vzápätí na to som počul kričať manželku nie, nie..., strašne plakala. Zachvátila ma panika, bez zaklopania som vběhol do ambulancie a lekár mi povedal čo sa stalo... Pýtal som sa, či je to skutočne tak, či to nemohol byť omyl. Povedal mi, že je to kruté, ale už sto-percentné.“

Pani XY okamžite hospitalizovali, podľa údajov z prepúšťacej správy mala pri prijíme TK: 150/90 mmHg, P: 90/min, hemokoagulačné parametre v norme, glykémiu 15 mmol/l.

„Okamžite som volal sestru, čo sa stalo, lebo som nebol schopný doniesť manželke potrebné osobné veci a doklady. Báľ som sa aj o ňu. Lekár povedal, že jej ráno vyvolajú pôrod. Sestra zaobstarala všetky potrebné veci, ale doma, ako by to na ňu doľahlo, plakala a nespala celú noc.“

V noci pani XY odtiekla všetka plodová voda a spontánne sa začala aj pôrodná činnosť. Na druhý deň ráno o 9:30 porodila mŕtvy plod mužského pohlavia (4300 g, 53 cm).

Na veľkú časť intrapartného obdobia si nepamätá. Pamätá si však keď jej povedali, že je po všetkom a z vedľajšieho boxu sa ozval detský plač. *„Vtedy som sa akoby spamätala a uvedomila som si, že vedľa tiež prebieha pôrod, s tým rozdielom, že dieťa tej matky žilo, plakalo, kým moje bolo mŕtve. Viete, ako som sa cítila?“*

Matka: „Mali sme pre chlapca vybrať iné meno, ale nakoniec som mu dala meno po manželovi....“

Otec: „Dieťa sme nechceli vidieť, báli sme sa, že ten pohľad nezvládneme, hovorili nám, že je macerované, že bolo dlho v plodovej vode, tak sa mu zlupuje koža. Bol som však rád, že ho videla sestra, chcela ho veľmi vidieť. Čakal som ju pred dverami. Keď vyšla plakala a hovorila, že je krásny, že sa na nás podobá a, že má len veľmi málo macerovanú kožu – veľkosti päť koruny na pravom líčku a pravom lýtku a krásne čierne vlasy, mal som nutkanie ísť sa naň pozrieť, ale nezmohol som sa na to...“

Ako príčina intrauterinného odumretia plodu bola v prepúšťacej správe uvedená „gestóza“. Rodičia zo straty svojho dieťaťa vinia gynekologičku, podľa nich nepostrehla, respektíve nedocenila sprievodné prejavy gestačného diabetu (slabosť, glykozúriu a zvýšené glykémie, mykotické infekcie pošvy, diabetickú fetopatiu). Nepodnikli žiadne kroky k objasneniu toho, či lekárka postupovala lége artis, ale dodnes v nich pretrváva pocit, že neurobila to, čo mohla, údajne im to potvrdili aj v pôrodnici.

Rodina dieťa pochovala, ale spočiatku pohreb odmietali. „Keď mi sestra hovorila o pohrebe nevedel som čo na to povedať. Rodina s manželkinej strany pohreb dosť odmietala, z mojej strany si rodina pohreb želala. Až na naliehanie rodiny sme súhlasili s pohrebom. Dnes sa na to pozerám ako na správne rozhodnutie. Vieme kde je..., ako odpovedať na prípadné otázky našich ďalších detí. Moji rodičia so sestrou ho chceli zobrať domov do pohrebu, prípadne ho aspoň odfotografovať, no nesúhlasili sme, ani neviem prečo.“

Pani XY vyslovila spokojnosť so starostlivosťou počas obdobia hospitalizácie. Na základe retrospektívnej výpovede, je ale zrejmé, že sa v ošetrovateľskej starostlivosti nevyskytli špecifické intervencie vhodné pri perinatálnej strate. Udáva, že nemala potrebu o tom s nikým hovoriť okrem manžela. Odmietala aj všetky návštevy. Vadila jej aj prítomnosť praktikantiek strednej zdravotníckej školy, hlavne tesne po pôrode. „Cítila som sa psychicky aj fyzicky vyčerpaná, oklamaná, ponížená, vinná a menejcenná. Nezniesla by som keby ma ľutovali. Najhoršie bolo pre mňa stravovanie v jedálni, keďže mi po pôrode zostalo pomerne veľké brucho, spolupacientky sa ma pýtali, či som pred alebo po pôrode. Keď som odpovedala, že po, pýtali sa ma kde mám dieťa.“

Po návrate z nemocnice domov cítila pani XY silnú podporu najbližších. Uzatvárala sa do seba, o strate hovorila len s najbližšou rodinou a to len nepriamo (o okolnostiach pôrodu, výsledkoch vyšetrení, hospitalizácii), vyhýbala sa rozhovoru o dieťati, jeho výzore, či pohrebe. Sama sa na pohrebe nezúčastnila, priala si, aby dieťa pochovali v úzkom kruhu rodiny ešte počas jej hospitalizácie. Neskôr navštívila cintorín len v sprievode manžela. Hoci

odmietala priamy rozhovor o dieťati, o jeho vzhľade, odložila si všetky veci, ktoré mala preň pripravené (kočík, perinku, deku, oblečenie).

Rodičia sa pôvodne odmietli zúčastniť na tejto štúdii, no neskôr sa aktívne o to zaujímali, s odôvodnením „*Aby sa iným nestalo to, čo sa stalo nám. Nikdy pred tým sme to s nikým tak otvorene nepreberali.*“

Za nevhodné považovali obaja rodičia vyjadrenia, priateľov a známych o tom, že sa stalo dobre, lebo dieťa by bolo aj tak poškodené, že sú mladí a môžu mať ešte ďalšie deti, že by im bolo viac ľúto keby zomrelo niekoľko dní po pôrode.

Podľa údajov manžela bolo u pani XY prítomné sebaobviňovanie a obava, že dieťa trpelo, a v prípade, že by čakala ďalšie deti, že budú trpieť aj tieto. Počas obdobia 17 mesiacov, kedy sa snažila otehotnieť sa obviňovala za to, že nedokáže donosiť dieťa. Po znovu otehotnení počas tehotenstva pretrvávala obava, či sa nestane znova niečo podobné, pretože sa opätovne objavil gestačný diabetes a asymptomatická infekcia močových ciest. Gravidita bola indukovaná v 38. týždni tehotenstva (novorodenec ženského pohlavia, 4100 g, 53 cm). Pozorovaním sme zistili hyperprotektívnu až úzkostnú starostlivosť o novorodenca.

Diskusia

Perinatálna mortalita v súvislosti s gestačným diabetom je u triedy A- diabetes je prítomný len v priebehu tehotenstva, mimo tehotenstva je žena bez známk diabetu- (klasifikácia diabetu v tehotenstve A-E podľa Priscily Whiteovej) zhruba dvojnásobná než celková perinatálna úmrtnosť v populácii. Asi polovicu tvorí mŕtvonarodenosť a zhruba polovicu včasná novorodenecká úmrtnosť. U ľahkých porúch dochádza po pôrode k remisii asi v 95%, u ťažkých porúch v 80%. U pacientiek s gestačným diabetom dôjde v 50% k neskoršiemu rozvoju diabetu manifestného (Roztočil, 2001, s. 156).

Pri gestačnom diabete dochádza k intrauterinnému odumretiu plodu najčastejšie v posledných mesiacoch gravidity. Z hľadiska fyziologických reakcií na tehotenstvo je to obdobie, kedy sa už rodičia stotožnili so svojim novým poslaním.

Úlohou poslednej fázy tehotenstva je príprava na pôrod a existenciu nového jedinca mimo organizmu matky. Správanie rodičov v tomto období je charakteristické „stavaním hniezda“ (nakupujú pre dieťa výbavičku, chystajú detskú izbu...). Rodičia v tomto období si plne uvedomujú existenciu plodu (Leifer, 2004, s.94).

V prípade, že dôjde k perinatálnej strate dieťaťa v tomto období v odbornej literatúre nie sú pochybnosti o tom, že adaptácia rodiny na stratu bude pomerne dlhá a ťažká.

Autori (Baštecký, Uzel), ktorí nepripúšťali možnosť vzniku ťažkých psychotických stavov v súvislosti s potratom alebo umelým prerušením tehotnosti v ranných štádiách gravidity (respektíve túto možnosť pripúšťali len u niektorých emočne nestabilných jedincov) pripúšťajú možnosť búrlivej rodičovskej reakcie na stratu dieťaťa v treťom trimestri tehotenstva.

V tomto období je už plod vnímaný ako individualita a reakcia na perinatálnu stratu je podobná reakcii v súvislosti so stratou blízkeho človeka (Baštecký, 1993, s. 259, Lang, 2001 s. 497).

Reakcie na perinatálnu stratu sú vysoko individuálne a aj pretrvávanie prejavov perinatálnej straty je u každej rodiny odlišné.

Z hľadiska popísaných štádií smútku sa sledovaní manželia nachádzajú niekde uprostred štádií smútku. Po oznámení intrauterinného úmrtia plodu boli rodičia v štádiu šoku a popierania, čomu nasvedčovala aj prvá reakcia: „je to stopercentné?“

Podobne ako v štúdií S. H. Bryarovej a E. Urbanovej možno skúsenosti s úmrtím dieťaťa u pani XY a jej manžela prirovnať k zážitkom: „Najhoršia skúsenosť, akú som kedy zažila.“

Na veľkú časť intrapartálneho obdobia si pani XY nepamätá.

S veľkou pravdepodobnosťou došlo u nej k psychickej reakcii keď nevedomie ochraňuje vedomie pred príliš traumatizujúcou skutočnosťou. Výsledkom tejto reakcie je omnubilácia, čiže mráкотný stav trvajúci minúty až dni, spojený so stratou pamäte (Urbanová, 2001, s. 53).

Podľa diagnostických kritérií pre ASD je tento stav definovaný ako disociatívna amnézia (neschopnosť si spomenúť na dôležitý aspekt traumatickej udalosti).

Postupne obaja rodičia prechádzali do štádia uvedomovania si straty, čo sa prejavovalo hnevom na zdravotníkov, tento pocit krivdy u nich pretrváva aj dva roky po strate. U rodičov sú badateľné známky nachádzania východiska prenesením citov na iný objekt – 2 týždňová dcérka. Z hľadiska postabortívneho syndrómu bola v období medzi stratou dieťaťa a novým tehotenstvom u pani XY badateľná konfrontácia – snaha o nové tehotenstvo.

Pre začatie procesu trúchlenia je potrebné, aby rodičia mali konkrétne spomienky na dieťa a, aby intervencie zdravotníckych pracovníkov nepotláčali spomienky na nenarodené dieťa, ale naopak ich podporovali preto, že práve masívne potlačenie zážitku straty vedie k opisovaným prejavom dysfunkčného smútku, depresie až psychotických porúch.

Vytváranie spomienok veľa rodín tesne po strate odmieta. Predovšetkým pohreb predstavuje pre rodičov hrôzostrašnú predstavu. No neznamená to však, že ak rodičia odmietajú spomienkové predmety tesne po strate, v budúcnosti neprejavia o ne záujem. Väčšina rodín, ktorá pochovala svoje dieťa neskôr vyjadrila spokojnosť s daným stavom a naopak rodiny, ktoré dieťa nepochovali vyjadrili nespokojnosť (Stringham, 1982, s. 324).

Urbanová (2001, s. 54) vo svojej práci prirovnáva skúsenosť rodín s pohrebom a stretnutím sa s mŕtvym dieťaťom k rozlúčke („povedať ahoj a zbohom“). V danej štúdii opisuje reakcie detí v rodine s perinatálnou stratou nasledovne: „Akceptovali smrť súrodenca, ale nechápali a stále nechápu prečo nemal pohreb a prečo nie je pochovaný. Často ho spomínajú pri sviatočných chvíľach.“ Ide o výročnú reakciu a poukazuje na fakt, že prejavy perinatálnej straty sa vyskytujú aj u rodinných príslušníkov. (Urbanová, 2001, s.55).

Počas rozhovoru s rodinami, ktoré mali skúsenosť s perinatálnou stratou poukazuje G. Stringham na fakt, že veľa rodín si vytvára akési „memory box“ alebo „memory book“, kde si rodičia zapisujú alebo ukladajú spomienky na dieťa, akými sú ultrazvukové snímky plodu, pitevnú správu, perinky, oblečenie, významné dátumy – napr. potvrdenie gravidity, termín predpokladaného pôrodu atď. (G. Stringham, 1982, s. 324)

Gravidita je nová situácia, orientuje sa do budúcnosti a podporuje vznik úzkosti. V prípade predchádzajúcich neúspešných gravidít sa pozoruje návrat negatívnych emócií, čo prispieva k obavám a k pocitu neurčitosti. Podpora zo strany manžela, rodiny a známych, ako aj pracoviska sa svojou kvalitou a úrovňou tiež odrazí na psychickom stave matky. Významný je aj vplyv osobnosti matky a jej názory na svet. Nakoniec je to aj úloha zdravotníctva ako komplexu poskytujúceho informácie a špecifickú starostlivosť. Tieto informácie nie sú neutrálne. Súčasná prenatálna starostlivosť umožňuje zviditeľnenie plodu, auskultáciu oziev a ďalšie vyšetrenia, ktoré urýchľujú proces personifikácie plodu a tým vytvorenie pevného puta medzi matkou a dieťaťom, ktoré siaha hlboko do ranných štádií tehotenstva (Cisarik, Palúchová, 1996, s.10, Lang et. al., 2001, s. 497).

Z prípadovej štúdie a osobných skúseností usudzujeme, že problematika perinatálnej straty a psychické spracovanie zážitku straty je problémom dlhodobým a vyžaduje si ciele intervencie zo strany sestry alebo pôrodnej asistentky.

Cisarik a Palúchová (1996, s. 11) poukazujú na možnosť iatrogénne rozširovať počet patologických impulzov pre vznik psychickej záťaže matky a to predovšetkým pre všeobecne nízku úroveň psychológie v zdravotníctve nevynímajúc psychológiu v gravidite.

Retrospektívnou analýzou intervencií poskytnutých rodine sme zistili, že neboli poskytnuté špecifické intervencie uľahčujúce proces trúchlenia (pomoc pri vytváraní

spomienok a potvrdení straty, terapeutická komunikácia k podpore vyjadrovania pocitov u všetkých rodinných príslušníkov, učenie – o procese trúchlenia a možnosti podpory).

Zoznam bibliografických odkazov

1. BAŠTECKÝ, J. et. al. 1993. *Psychosomatická medicína*. 1. vyd. Praha. Grada Avicenum : 1993, 368 s. ISBN 80-7169-031-7.
2. CISARIK, F. et. al. 1996. Genetická prognostika v gravidite. In *Praktická gynekológia*. 1996, roč.3, č. 1, s. 9-14.
3. ČECH, E. et. al. 1999. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha . Grada Publishing, 1999. 434s. ISBN 80-7169-355-3.
4. GOORIE, T. M., Mc. KINNEY, E. S., MURRAY, S. S. 1994. *Foundantions of Maternal Newborn Nursing*. 1st.ed. Philadelphia : Saunders company, 1994, 1041 p. ISBN 0-7216-4033-8.
5. HUCH, A. 1999. *Praktické postupy v pôrodnictve*. 1. slov. vyd. Martin : Osveta, 1999. 247 s. ISBN 80-88824-41-9.
6. LANG, A. et. al. 2001. Weathering the storm of perinatal bereavement via hardinewss. In *Death Studies*. ISSN 0748-1187, 2001, vol. 25, no.1, p. 497-511.
7. LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. české vyd. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
8. MATTSON, L. L. 1993. *Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing*. Philadelphia : Saunders Company, 1993. 800 p. ISBN 0-7216-3122-3.
9. ROZTOČIL, A. et al. 2001. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno : IDVPZ, 2001. 333s. ISBN 80-7013-339-2.
10. SIMONOVÁ, M. 1998. Psychické následky po potrate. In *NADÁCIA ÁNO ŽIVOTU – MATKY V NÚDZI*. Miriam, prečo plačeš? Trnava – Košice : Spolok sv. Vojtechy, 1998, 116-121.
11. STRINGHAM, J., G. Et. al. 1982. Silent birth: mourning a stillborn baby. In *Social Work*. ISSN 0037-8046, 1982, vol. 27, no. 4, p. 322-327.
12. URBANOVÁ, E. 2001, *Etické problémy spojené s interrupciou v druhom trimestri tehotentva*. Martin, 2001.

**UMELÉ UKONČENIE TEHOTENSTVA Z POHLĎADU ŠTUDENTA FAKULTY
ZDRAVOTNÍCTVA VYKONÁVAJÚCEHO PRAX V ÚVN RUŽOMBEROK**

**Problematics of induced abortion from the view of nursing students practicing at
Central Military Hospital in Ružomberok**

Moraučíková E., Malíková K., Džumelová M.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Authors of this project describe problematics of induced abortion. It mostly contains legal circumstances of induced abortion, its procedure and consequences including development of post abortion syndrome.

AIM

The aim of this project is to talk out and analyse information and opinions of young people about negative consequences of induced abortion, its complications and development of post abortion syndrome.

Results

The results of this project have proved that young people generally do not agree with induced abortion, but do not fully understand what kind of complications it can bring. The lack of information is caused by the shortage of correct informational material. The authors also suggest some ways how to improve access of information about this problematics for young people.

Key words: induced abortion, post abortion syndrome, physical complications, psychical complication.

Umelé ukončenie tehotenstva (interupcia) je zákrok, ktorým sa zabraňuje ďalšiemu vývoju plodového vajíčka. V Slovenskej republike rieši umelé ukončenie tehotnosti zákon č. 73 z 23. októbra roku 1986 doplnený vyhláškou 74 z 5. novembra 1986. Tehotenstvo je možné ukončiť u ženy, ktorá o to požiada do 12 týždňov bez zdravotnej indikácie alebo zo

zdravotných dôvodov, ak je ohrozený život alebo zdravie matky, a taktiež tehotnosť možno ukončiť ak sa dokázali odchýlky vývoja plodu, alebo ak ide o geneticky poškodený plod. Po 12 týždni môžeme umelo ukončiť tehotenstvo ak je ohrozený život ženy, alebo sa jedná o ťažké poškodenie plodu, alebo je plod neschopný života. Z genetickej indikácie môžeme tehotenstvo ukončiť najneskôr do 24 týždňa tehotnosti. Podľa tohto zákona môžeme umelé ukončenie tehotenstva rozdeliť na legálne a ilegálne. Legálne ukončenie tehotenstva je také ukončenie tehotenstva o ktoré požiada žena písomne a je vykonané v súlade so zákonom č.73 z roku 1986. Za ilegálne ukončenie tehotenstva je považované ukončenie tehotenstva, ktoré nespĺňa podmienky stanovené zákonom. Podľa § 228 trestného zákonníka páchateľovi takéhoto trestného činu môže byť uložený trest 1 – 5 rokov, peňažný trest alebo zákaz činnosti (Grey, 2004).

Umelé ukončenie tehotnosti podlieha hláseniu. Výkon sa robí v zdravotníckom zariadení počas krátkodobej hospitalizácie. Technika výkonu závisí od dĺžky trvania tehotnosti. Do 8. týždňa sa urobí miniinterupcia, ktorá sa skladá z dilatácie hrdla buď kovovým dilatátorom alebo hydrofilnými tyčinkami a z následného odstránenia plodového vajíčka vákuumaspiráciou. Od 8. do 12. týždňa sa po rozdilatovaní hrdla maternice odstráni plodové vajíčko pomocou kyretáže. Od 12. do 24. týždňa sa aplikujú lokálne alebo celkové prostaglandíny a po vypudení plodového vajíčka sa prevedie revízia dutiny maternice tupou kyretou. Výnimočne je potrebné urobiť sectio cesarea minor a to prevažne z dôvodu akútneho ohrozenia života matky (Roztočil, 2001).

Následky po umelom ukončení tehotenstva môžu byť: bezprostredné – výrazné krvné straty, poranenia hrdla maternice, perforácie tela maternice. Včasné, ktoré sa diagnostikujú do 6 týždňov po zákroku – zlyhanie metódy a následné pokračovanie tehotnosti, nepoznanie mimomaternicovej tehotnosti, rezidua plodového vajíčka po výkone, zápalové komplikácie (endometritis, parametritis, adnexitis), neskoré následky diagnostikované po 6 týždni od zákroku: zápaly vnútorných rodidiel, poruchy menštruačného cyklu, psychické a sexuálne zmeny (postaborčný syndróm), poruchy fertility (sterilita, infertilita), endometrióza, Rh izoimunizácia (Roztočil, 2001).

Približne takéto informácie sme našli v množstve kníh, ktoré slúžia na výuku študentov. Informácie o postaborčnom syndróme niektoré novšie publikácie obsahovali, ale bola to len krátka zmienka o jednej z možných komplikácií po umelom ukončení tehotenstva. Žiadna publikácia určená na výuku študentov neobsahovala presný a podrobný popis čo so sebou prináša postaborčný syndróm v celom svojom rozsahu hlavne v oblasti psychiky ženy, ktorá podstúpila umelé ukončenie tehotenstva. Postaborčný syndróm môže byť včasný alebo neskorý. Včasný nastáva v období bezprostredne po umelom potrate. Prejavy včasného PAS psychológovia niekedy prirovnávajú k syndrómu, ktorý vzniká po smrti už narodeného

dieťaťa. Najčastejšie prejavy sú vnútorné vyprázdnenie, smútok, beznádej, pocit, že nič na svete nemá zmysel. Častá je ľútosť nad tým čo sa stalo, pocity viny, poruchy spánku, agresivita voči vlastnej osobe, voči otcovi dieťaťa, lekárovi, ktorý zákrok vykonal, alebo iným osobám z blízkeho okolia ženy. Neskorý postaborčný syndróm sa prejaví často po mesiacoch i rokoch od umelého potratu. Jeho prejavy sú rôzne: zatrpknutosť, neschopnosť radosť sa zo života a nedostatok sebaovládania, neschopnosť pozerieť sa na tehotné ženy, bábätká v kočíku, hrozivé sny. Žena si často pamätá vypočítaný dátum narodenia jej dieťaťa a vie, koľko by momentálne malo rokov. Neprehliadnuteľné bývajú aj problémy v partnerskom vzťahu a strata sebaúcty k životu, ktorá sa prejavuje neúctou voči iným ľuďom, ale najmä stratou sebaúcty voči sebe samej (www.prave-spektrum.sk).

O osobnej tragédii týchto žien nasvedčujú aj ich zúfalé výpovede:

„Prečo nám to nikto nepovedal? Musí sa to povedať ostatným!“

„Chcem poradiť všetkým, ktorí to plánujú. Nerobte to. Ten pocit nestojí za to. Nezničte najväčší a najkrajší zázrak života. Vždy sa to dá zvládnuť. O pár mesiacov by som mala dieťaťko a nejako by sme to zvládli, takto som ostala sama s pokriveným svedomím a nehovorím o zdravotných problémoch. Neoplatí sa to. Teraz to už viem. Škoda že mi to nemal kto vysvetliť predtým“ (<http://diskuse.doktorka.cz/>).

„Pred mesiacom som bola na interrupcii. Ja som si to dieťa chcela nechať ale môj priateľ s ktorým žijem to dieťa nechcel a pritom má strašne rád deti. Od tej doby strašne trpím. Každý večer plačem. Keď vidím vonku malé deti je mi do plaču a som strašne smutná. Nenávidím celý život aj samú seba. Chcem zomrieť. Každý deň na to myslím. Nedokážem zabudnúť na ten prekliaty deň. Bol to najhorší deň v mojom živote. Strašne ma to bolí. Prosím vás, poradte mi čo mám robiť?“ (<http://diskuse.doktorka.cz/>).

Pani XY bola na umelom ukončení tehotenstva pred 15 rokmi a v súčasnosti svoje konanie spätne hodnotí: *„Chodila som do školy a dieťa by bolo v tej dobe pre mňa prekážkou. S otcom dieťaťa som neplánovala spoločnú budúcnosť. Tehotenstvo nás obidvoch zaskočilo. Chcela som to mať čo najrýchlejšie za sebou. Nevieť si vysvetliť, čo ma hnalo to urobiť. Bola som ako šialená. Hneď po výkone som to ľutovala, strašne som plakala. Dnes často myslím na ten deň, vyčítam si to, plačem, hlavne večer. Už by som to neurobila. Lekár mi o takýchto problémoch nič nepovedal, jediné čo mi povedal, že sa mi môže stať, že nebudem môcť mať deti.....(plač)“.*

Uvádzané výpovede poukazujú na to, že ženy čo podstúpili toto rozhodnutie nevedeli presne čo konajú a čo ich čaká. Boli často pod vonkajším tlakom (aj časovým) a mali nedostatok informácií, alebo im niektoré informácie úplne chýbali.

Ciele práce:

- zistiť, analyzovať a vyhodnotiť názor študentov na umelé ukončenie tehotnosti,
- navrhnúť opatrenia ktoré zabezpečia dostatok informácií o následkoch umelého ukončenia tehotnosti.

Metodológia:

- prieskum,
- dotazník,
- analýza a vyhodnotenie získaných výsledkov.

Výber respondentov pre prieskum bol zámerne urobení v 1. ročníku odboru ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia nakoľko sme chceli získať informácie od študentov, ktorí nemali ešte prednesenú problematiku týkajúcu sa umelého ukončenia tehotenstva v rámci štúdia. Počet respondentov bol 37 vo veku 19 až 22 rokov.

Výsledky podávame v tabuľkách.

Tabuľka 1

Odpovede na otázku č. 1: Má počaté dieťa deklaráciu práv?

Variant odpovede	Počet respondentov	%
Áno	31	84
Nie	0	
Už som o tom počul/la, ale presne neviem čo obsahuje	6	16

Vidíme, že najväčšia časť respondentov uviedla variant „áno“ 84%, 16% respondentov odpovedalo „Už som o tom počul/la, ale presne neviem čo deklarácia obsahuje.“

Tabuľka 2

Odpovede na otázku č. 2: Kedy si každoročne pripomíname „Deň počatého dieťaťa“?

Variant odpovede	Počet respondentov	%
Správna odpoveď	24	65
Nesprávna odpoveď	13	35

65% respondentov poznalo dátum „Dňa počatého dieťaťa“ a 35% respondentov dátum „Dňa počatého dieťaťa“ nepozná.

Tabuľka 3

Odpovede na otázku č. 3: Je nejaká inštitúcia, občianske združenie, spoločenstvo, klub ktorý sa zaoberá ochranou počatého dieťaťa?

Variant odpovede	Počet respondentov	%
Správna odpoveď	2	5
Neodpovedalo	19	52
Nesprávna odpoveď	16	43

Respondenti mohli voľne odpovedať. 5% respondentov uviedol správnu organizáciu „Áno pre život“, 52% respondentov na otázku neodpovedalo a 43% respondentov odpovedalo nesprávne. Najčastejšie nesprávne odpovede boli napr.: „hniezda záchrany, cirkev, detský domov.“

Tabuľka 4

Odpovede na otázku č. 4: Aký je Váš názor na umelé ukončenie tehotnosti?

Variant odpovede	Počet respondentov	%
Je to správne	0	0
Je to správne len v niektorých prípadoch	10	27
Je to nesprávne	27	73
Neviem	0	0

Z odpovedí vidíme, že 73% respondentov považuje umelé ukončenie tehotenstva za nesprávne, 27% respondentov uvádza, že je to správne len v niektorých prípadoch. Pri odpovedi „Je to správne len v niektorých prípadoch“ sa mohli respondenti vyjadriť, ktoré prípady podľa nich sú indikáciou k umelému ukončeniu tehotnosti. Medzi najčastejšie odpovede patrili: „ťažko mentálne postihnuté dieťa, vážne vrodené vývojové chyby, zlý zdravotný stav matky, ak plod nie je po pôrode schopný samostatného života, znásilnenie mladistvej, úplná degenerácia plodu.“

Tabuľka 5

Odpovede na otázku č. 5: Je umelé ukončenie tehotenstva „vražda“?

Variant odpovede	Počet respondentov	%
Áno	32	86
Nie	1	3
Neviem	1	3
Niekedy	3	8

Vidíme, že na piatu otázku odpovedalo najviac respondentov „áno“ 86% a 8% respondentov uviedlo „niekedy.“ Pri možnosti varianty niekedy, mali respondenti možnosť vyjadriť sa kedy považujú umelé ukončenie tehotenstva za vraždu. Uviedli odpovede: „ak je tehotenstvo ukončené v neskoršom štádiu, ak je plod dostatočne vyvinutý, keď to žena urobí zámerne.“

Tabuľka 6

Odpovede na otázku č. 6: Má žena právo rozhodovať o svojom tele, o tom či privedie na svet dieťa alebo nie?

Variant odpovede	Počet respondentov	%
Áno	27	73
Nie	9	24
Neviem	1	3
Niekedy	0	0

Respondenti na túto otázku najčastejšie odpovedali „áno“ 73%, na otázku nevedeli odpovedať 3%, „nie“ odpovedalo 24% respondentov a možnosť „niekedy“ neuviedol žiadny respondent.

Tabuľka 7

Odpovede na otázku č. 7: Umelé ukončenie tehotenstva je násilie páchané na žene?

Variant odpovede	Počet respondentov	%
Áno	15	41
Nie	16	43
Neviem	3	8
Niekedy	3	8

Respondenti na túto otázku odpovedali najčastejšie „nie“ 43%, „áno“ odpovedalo 41% respondentov a „nevie“ odpovedať 8% respondentov. 8% respondent na otázku odpovedalo „niekedy“. Pri možnosti odpovede „niekedy“ sa mohli respondenti vyjadriť, kedy. Najčastejšie odpovede boli: „ak žena o tom nevie, bez jej súhlasu, násilne prinútená“

Tabuľka 8

Odpovede na otázku č. 8: Má žena, ktorá sa rozhodla podstúpiť umelé ukončenie tehotenstva pred výkonom dostatok informácií o priebehu výkonu, o včasných a neskorých komplikáciách?

Variant odpovede	Počet respondentov	%
Áno	13	35
Nie	24	65

Respondenti na túto otázku odpovedali najčastejšie „nie“ 65%, „áno“ odpovedalo 35% respondentov.

Tabuľka 9

Odpovede na otázku č. 9: Postaborčný syndróm je pojem, ktorý.

Variant odpovede	Počet respondentov	%
Viem čo znamená	7	19
Neviem čo znamená	21	57
Niekde som to už počul/la, ale neviem čo to znamená	9	24

57% respondentov nevie čo tento pojem znamená, 24% respondentov niekde už tento pojem počulo, ale nevie čo to znamená, 19% respondentov uviedlo že tento pojem pozná. V rámci tejto otázky mali študenti, ktorý vedia čo tento pojem znamená stručne popísať aké problémy žene prináša. Najčastejšie odpovede boli: „zlé sny, psychické problémy, vidina obrazu nenarodeného dieťaťa, stále predstavovanie nenarodeného dieťaťa, psychické zrútenie, zvýšená upätosť na žijúce deti, opakované prežívanie potratu, myšlienky, že si to dieťa mala nechať, pocit viny, depresie, v noci môžu počuť plač dieťaťa.“

Tabuľka 10

Odpovede na otázku č. 10: Kde ste sa stretli s pojmom postaborčný syndróm? (na otázku neodpovedali respondenti, ktorí v otázke 9 uviedli možnosť „neviem čo to znamená“?)

Variant odpovede	Počet respondentov	%
Populárno – náučný časopis	1	7
Odborný časopis	2	13
Odborná literatúra	7	47
Televízia	5	33
Rozhlas	0	
Internet	0	

Počet respondentov, ktorí odpovedali na túto otázku bolo 15. Respondenti mohli označiť aj viacero možností. Ako najčastejší zdroj informácií 47% uvádzali odbornú literatúru, 33% respondentov uviedlo ako najčastejší zdroj informácií televíziu, 13% respondentov uviedlo ako zdroj odborný časopis a 7% respondentov uviedlo ako zdroj populárno-náučný časopis. 1 respondent uviedol odpoveď v škole, ktorú si sám dopísal, nebola v možnostiach výberu odpovedí.

Odpovede na otázku č. 11: Aké možnosti má žena, ktorá sa rozhodla dieťa donosiť a porodiť, ale nechce si ho nechať?

Respondenti mohli voľne odpovedať. Najčastejšie odpovede boli: „detský domov, náhradná rodina, adopcia, hniezdo záchrany, zverenie otcovi, pestúnska starostlivosť, pokúsiť sa so ženou porozprávať – dieťa má predsa právo na rodinu, utajený pôrod, linka záchrany, kláštor, dieťa nechať starým rodičom.“

Odpovede na otázku č. 12: Aká pomoc má byť poskytnutá žene, ktorá sa rozhodla dieťa porodiť a vzdať sa ho legálnou cestou (sociálna, psychická.....)?

Respondenti na otázku mohli odpovedať voľne. Najčastejšie odpovede boli: „anonymita, psychológ, vľúdny prístup, finančná pomoc – mohla by si dieťa nechať, neodsudzovať ženu, duchovná pomoc, informácie o možnostiach, kde má dieťa umiestniť, prehovoriť ju aby si dieťa nechala, nie je potrebná psychická pomoc – ona sa už predsa rozhodla, útulok pre matky s deťmi, nie je potrebná žiadna pomoc“. Jeden respondent na otázku neodpovedal a jeden respondent uviedol, že na otázku odpovedať nevie.

Tabuľka 11

Odpovede na otázku č. 13: Súčasťou výchovy o zdravom rodičovstve a partnerstve majú byť aj informácie o následkoch umelého ukončenia tehotenstva?

Variant odpovede	Počet respondentov	%
Áno	35	95
Nie	2	5

Odpoveď „áno“ uviedlo 95% respondentov a odpoveď „nie“ uviedlo 5% respondentov.

Tabuľka 12

Odpovede na otázku č. 14: V akom veku by malo dieťa/mladý človek dostať informáciu o umelom ukončení tehotenstva?

Variant odpovede	Počet respondentov	%
Od 14 rokov	9	24
Od 16 rokov	16	43
Od 18 rokov	12	33
Od 20 rokov	0	

43% respondentov v tejto otázke uviedlo možnosť od 16 rokov, 33% respondentov uvádza možnosť od 18 rokov, 24% respondentov uvádza možnosť od 14 rokov a možnosť od 20 rokov neuviedol žiadny respondent.

Diskusia

Umelé ukončenie tehotenstva považuje väčšina respondentov (73%) za nesprávne a myslí si, že je to vražda (83%). Na druhej strane najviac respondentov si myslí, že žena má právo rozhodovať o svojom tele (73%), o tom či na svet privedie dieťa. Odpovede na tieto dve otázky priniesli zaujímavé výsledky. Na jednej strane respondenti sú Pro-life a Pro-choice (právo nenarodeného života na ochranu) orientovaný, na strane druhej ponechávajú právo žene slobodne sa rozhodnúť.

Približne polovica respondentov (43%) nepokladá umelé ukončenie tehotenstva za násilie páchané na žene. Pričom podľa E. Grey (2004) je umelý potrat násilie páchané na žene, pretože môže poškodiť jej zdravie a spôsobiť jej následnú neplodnosť. Narúša jej

psychiku a oberá ju o vnútorný pokoj a sebaúctu. Zhoršuje jej vzťah s partnerom a môže poznačiť jej rodinu. Napokon môže byť príčinou, ktorá vedie k smrti ženy. E. Grey považuje za dôležité do medzinárodných dokumentov zahrnúť umelé ukončenie tehotenstva medzi formy násilia páchaného na žene.

Respondenti predpokladajú u žien po umelom ukončení tehotenstva problémy, ale len 19% respondentov pozná pojem postaborčný syndróm. Pričom literatúra uvádza predpoklad, že v priebehu života nejakou z jeho foriem trpí až 80% žien po umelom potrate (Grey, 2004).

Na otázku či má žena ktorá sa rozhodla podstúpiť umelé ukončenie tehotenstva pred výkonom dostatok informácií o priebehu výkonu, o včasných a neskorých komplikáciách 65% respondentov odpovedalo „nie“, pričom my predpokladáme, že všetky ženy, ktoré sa rozhodujú tento výkon podstúpiť nemajú informácie podané v dostatočnej miere. Predpokladáme, že nedostatočná informovanosť vychádza z nedostatočného množstva dostupnej odbornej literatúry, ktorá by priniesla vyčerpávajúce informácie pre zdravotnícky personál, ktorý prichádza vo svojej práci do kontaktu s touto problematikou. Z vyjadrenia žien, ktoré sú uvádzané v príspevku vidno, že ženy skutočne nemali dostatok informácií o priebehu výkonu, o včasných a neskorých komplikáciách.

Respondenti za svoj najväčší zdroj informácií o danej problematike uviedli na prvom mieste odbornú literatúru, na druhom mieste televíziu, na treťom mieste odborný časopis a na štvrtom mieste populárno – náučný časopis. Zaujímavé je, že jeden respondent využil možnosť dopísať odpoveď a uviedol za zdroj svojich informácií školu.

95% respondentov si myslí, že súčasťou výchovy o zdravom rodičovstve by mali byť informácie o následkoch umelého ukončenia tehotenstva. Predpokladáme, že tak zvažujú na základe svojej doterajšej neinformovanosti. Vek v akom by mal mladý človek dostať tieto informácie najviac respondenti (46%) uvádzali 16 rokov.

Z našich osobných rozhovorov so študentmi sme zistili, že študenti na stredných školách nemajú dostatočne priblíženú problematiku, ktorá sa týka témy príspevku. Zarážajúce je naše zistenie, že väčšina študentov mala zdravotnícke vzdelanie.

Práve problematika postabortívneho syndrómu je širokým poľom pôsobnosti pre ošetrovatelstvo, ktoré deklaruje bio-, psycho- sociálnu jednotu ľudskej bytosti a teda sa pozerá na človeka holisticky (Lehotská, 2004).

Výsledky, ktoré autorky získali v prieskume svedčia o tom, že študenti, majú malé množstvo informácií a skúseností s danou problematikou, ale vzhľadom na malú vzorku respondentov výsledky prieskumu nemožno generalizovať.

Odporúčania:

- poskytnúť mladým ľuďom dostatok informácií o pohlavnom živote, o nežiadúcej tehotnosti a postaborčnom syndróme, ešte v čase, kým začnú ich prvé sexuálne skúsenosti,
- zahrnúť do prípravy študentov v odbore sestra, pôrodná asistentka, lekár a psychológ viac informácií, ktoré sa týkajú postaborčného syndrómu,
- pri publikovaní študijných materiálov uvádzať ako jednu z komplikácií umelého ukončenia tehotenstva postaborčný syndróm a v plnom rozsahu podávať pravdivé informácie,
- viesť rodičov dospelých detí k tomu, aby súčasťou rozhovorov o pohlavnom živote boli aj informácie o negatívnych dopadoch umelého ukončenie tehotnosti nie len z fyzického hľadiska, ale aj z hľadiska psychického,
- edukovať mladé dievčatá pri návštevách v gynekologickej ambulancii o nevyhnutnosti uváženého pohlavného života a o negatívach postaborčného syndrómu,
- do edukácie mladých ľudí o sexuálnej výchove zapojiť okrem rodiny, školu, gynekológov, sexuológov aj psychológov,
- ženy, ktoré uvažujú o umelom ukončení tehotenstva neprehliadať, neprechádzať okolo nich s opovrhnutím, ale snažiť sa podať im dostatok informácií aj o postaborčnom syndróme, ktoré by ich mohli presvedčiť o tom, že umelé ukončenie tehotenstva je násilie páchané na žene a na prenatálnom dieťati,
- uvažovať o zmene a iniciovať zmenu jazykovej stránky znenie zákona, týkajúceho sa umelého ukončenia tehotenstva – pojem UPT (umelé prerušenie tehotenstva) nahradiť pojmom UUT (umelé ukončenie tehotenstva).

Zoznam bibliografických odkazov

1. ELIÁŠOVÁ, A. a kol.: *Pôrodné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2000, ISBN 80-8063-053-4.
2. GREY, E.: Umelý potrat ako násilie na žene. In: Zborník zo IV. medzinárodnej konferencie – Vyber si život“. Rajecké Teplice, 2004.
3. JANOSIKOVA, E.H. et al: *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Martin, Osveta, 1. slov. vydanie, 1999, ISBN 80-8063017-8.

4. KOLAŘÍKOVÁ, A. et al.: Gynekologické ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta, 2000, ISBN 80-8063-052-6.
5. LEHOTSKÁ, M.: Postabortívny syndróm. Diplomová práca. Martin, 2004.
6. MARTIUS, G. et al.: Gynekológia a pôrodnictvo. Martin, Osveta, 1997, ISBN 80-88824-55-9.
7. ROZTOČIL, A.: Porodnictví. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků va zdravotnictví, 2001, ISBN 80-7013-339-2.
8. XY: september, 2006. Osobná konzultácia.
9. <http://www.diskuse.doktorka.cz/>
10. <http://www.prave-spektrum.sk/>

Z VÝSKUMU RÓMSKEJ PROBLEMATIKY V SPOLOČENSKOVEDNOM ÚSTAVE SAV

Gajdoš M.

Spoločenskovedný ústav SAV, Košice

Spoločenskovedný ústav SAV v Košiciach sa od svojho vzniku (1975), na rozdiel od iných pracovísk SAV, vyvíjal ako interdisciplinárne pracovisko. Výhody interdisciplinariny, sa začali prejavovať koncom osemdesiatych a v priebehu deväťdesiatych rokov, keď dominantné postavenie v ústave zaujali pracovníci, ktorí na ňom odborne vyrástli a budovali tu svoju profesionálnu kariéru.

Postupne boli spracované koncepcie rozvoja sociálnej psychológie, histórie a sociológie, čo sa odrazilo aj v štruktúre ústavu. K jeho základnej vedeckovýskumnej orientácii od počiatku patrí problematika etník a v jej rámci sa osobitná pozornosť venuje výskumu rómskej problematiky. Koncom osemdesiatych rokov dokonca v rámci ústavu bolo vytvorené samostatné oddelenie pre výskum cigánskej rodiny, čo malo zázemie v istom vedeckovýskumnom potenciáli, ktorý sa vytváral koncom sedemdesiatych rokov.

V rokoch 1978 – 79 Spoločenskovedný ústav SAV uskutočnil výskum hodnotových orientácií medzi žiakmi učňovských škôl a odborných učilíšť v Košiciach, v ktorom zachytával všetku rómsku mládež študujúcu na týchto typoch škôl.⁸ Získané skúsenosti boli následne využité aj v rámci celého východného Slovenska, pri realizácii podobného výskumu.⁹

V polovici osemdesiatych rokov, na rôznych úrovniach vtedajších štátnych a politických orgánov, sa často nanášala otázka prehľadnosti, účelnosti a efektívnosti opatrení vlády k riešeniu rómskej problematiky. Došlo sa k záveru, že prijaté uznesenia sú málo účinné, neprehľadné a ťažko kontrolovateľné. Preto, z podnetu Ústredného výboru KSS, bola Predsedníctvu Slovenskej akadémie vied zadaná úloha „riešiť otázku cigánskeho obyvateľstva“. Predsedníctvo SAV následne touto úlohou poverilo Spoločenskovedný ústav SAV v Košiciach, pričom sa argumentovalo tým, že ústav sa má zaoberať problematikou národnostných menšín, sídli na východnom Slovensku, kde je najvyššia koncentrácia Rómov a má k dispozícii multidisciplinárny tím pracovníkov.¹⁰ V skutočnosti sa ústav v tom čase len

⁸ Špinerová, E.: Hodnotová orientácia a niektoré osobnostné charakteristiky cigánskej a necigánskej mládeže v Košiciach. Vedecké informácie 2/1980, Košice: Spoločenskovedný ústav SAV, 1980, 95 – 115. Čechová, . – Špinerová, E.: Hodnotová orientácia cigánskej a necigánskej učňovskej mládeže v Košiciach. Záverečná správa, 1980, Košice: Spoločenskovedný ústav SAV, 1980

⁹ Žiaková, E.: Vybrané výsledky predvýskumu - Hodnotové orientácia cigánskej učňovskej mládeže na východnom Slovensku. Vedecké informácie 1/1982, Košice: Spoločenskovedný ústav SAV, 1982, 51 – 71.

¹⁰ Klobucký, R. – Strapcová, K.: Knowledge Utilization in Slovak Public Policy: The Roma Population Research Case Studies. In: Sociológia 34, 2002, č. 3, 229 – 230.

začínal etablovať ako vedecko-výskumné pracovisko so zameraním na interdisciplinárny výskum etnických vzťahov a nemal ani primeranú kvalifikačnú štruktúru pracovníkov, ktorí v tom čase takpovediac „rástli“ spolu s úlohami. Napriek tomu handicapu, riešitelia veľmi zodpovedne pristupovali k zverenej téme. Svedčí o tom starostlivý prístup k príprave koncepcie výskumu, ktorú bolo potrebné vypracovať vzhľadom k tomu, že skoro žiadne skúsenosti ani výsledky sociologického či sociálnopsychologického výskumu Rómov na Slovensku dovtedy neboli.¹¹

V roku 1986, po obhájení koncepcie, ktorá navrhovala ako predmet výskumu rómsku rodinu a po schválení čiastkovej úlohy štátneho plánu základného výskumu „Súčasná tendencie vo vývoji typov cigánskej rodiny a problém začleňovania Cigánov do spoločenských štruktúr“ (zodp. riešiteľka V. Bačová), od 1. januára 1987 sa určujúcim a hlavným pri hľadaní výskumnej stratégie stal výskumný problém formulovaný ako „problém vplyvov a súvislosti vývoja cigánskej rodiny.“¹² Takáto formulácia obsahovala implicitne výskumné zvládnutie rodiny ako stredného článku medzi spoločnosťou a jedincem, ako sprostredkovateľa sociálnych vplyvov na rovinu osobnosti cez normy rodinného života.

V nasledujúcom roku (1988) sa uskutočnil zber dát, ktorý z reprezentatívnej vzorky 2920 rómskych rodín zisťoval údaje o pracovnej aktivite, partnerských vzťahoch, rodičovstve, bývaní, majetkových pomeroch, vzdelanostnej, kvalifikačnej štruktúre, manželských vzťahoch atď. V tom istom roku sa konala konferencia „Teoretické a metodologické východiská výskumu cigánskej rodiny a výskumu integračného procesu cigánskych obyvateľov“, ktorá sa medzi odborníkmi i v decíznej oblasti stretla s priaznivým ohlasom.

Z výskumu bolo spracovaných viacero druhov výskumných správ ako i články v odborných časopisoch. Základným výsledkom výskumu bola charakteristika rómskej rodiny z rôznych hľadísk a naznačenie možného riešenia problémov súvisiacich so vzájomnou koexistenciou majoritnej spoločnosti a Rómov. Precíznejšie odporúčania sa očakávali od druhej etapy výskumu, ktorý mal mať viac kvalitatívny charakter s možnými intervenciami a programami v rómskych rodinách. V nasledujúcom období, po roku 1989, nielenže sa nepodarilo realizovať druhú etapu výskumu rómskej rodiny, ale postupne sa rozpadol aj interdisciplinárny tím, ktorý spočiatku tvorili kmeňoví pracovníci ústavu.

V Spoločenskovednom ústave SAV už približne poldruha desaťročia výskum rómskej problematiky v spočíva na dvoch – troch kmeňových pracovníčkach. Neznamená to však

¹¹ Klobucký, R. – Strapcová, K.: Knowledge Utilization in Slovak Public Policy: ..., p. 230.

¹² Bačová, V. – Výrost, J.: Spoločenskovedný výskum cigánskej rodiny a cigánskych obyvateľov na Spoločenskovednom ústave Slovenskej akadémie vied v Košiciach. In: Teoreticko-metodologické východiská výskumu cigánskej rodiny a cigánskych obyvateľov. Príspevky zo seminára v Košiciach 17. – 18. februára 1988. Košice: Spoločenskovedný ústav SAV, 1989, s. 7 – 14.

jeho stagáciu. Problém je skôr v tom, že jednoducho fyzický nie je možné zvládnuť množstvo podnetov, ktorým by bolo potrebné venovať pozornosť.

Napriek tomu dosiahnuté výsledky, vzhľadom k opísanej situácii, sú zreteľahodné. Napr. niektoré práce Anny Jurovej sa stali už takpovediac základnou literatúrou pri štúdiu postavenia Rómov na Slovensku po roku 1945. Takými sú napr. *Vývoj rómskej problematiky na Slovensku po roku 1945 a Rómska problematika v rokoch 1945-1967. Dokumenty*¹³ ako i ďalšie publikácie, výskumné, správy a expertízne materiály, ktoré menovaná publikovala.¹⁴

V rokoch 2001 – 2003 bol v Spoločenskovednom ústave SAV, v rámci grantovej agentúry VEGA, riešený projekt „Vývoj a postavenie Rómov na východnom Slovensku od osvietenských reforiem (18. – 20. storočie)“. Vzhľadom na koncipovaný zámer projektu sledujúci tému v priebehu takmer troch storočí i veľmi úzky tím riešiteľov boli publikované viaceré príspevky s dôležitými výsledkami z jeho riešenia. Medzi ne nesporne patria kompletne historické kapitoly v monografiách o Rómoch na Slovensku, vydaných Inštitútom pre verejné otázky v Bratislave v slovenskej i anglickej jazykovej mutácii, vrátane CD (A. Jurová, A. Tkáčová, Z. Kollárová), kde sa sledoval vývoj Rómov od ich odchodu z pravlasti a na našom území až do konca pádu totality s akcentom na špecifiká rómskeho etnika na východnom Slovensku.

Zámer výskumu a výrazné spoločenské požiadavky viedli k štúdiu problematiky rómskych osád a vývoja vlastníckych vzťahov k pôde hlboko do stredoveku. Kontinuitne

¹³ Jurová, A.: *Vývoj rómskej problematiky na Slovensku po roku 1945*. Bratislava: Goldpress, 1993; Jurová, A.: *Rómska problematika v rokoch 1945-1967. Dokumenty* zv. I. - IV. Praha: ÚSD AV ČR, 1996, 1034 s.

¹⁴ Napr.: JUROVÁ, A.: Vývoj situácie rómskej menšiny na Slovensku. In: Pravdepodobné riziká a ohrozenia v strednej Európe a tendencia ich vývoja. riziká vplyvajúce na bezpečnostnú situáciu v SR. Nadácia F. Eberta a Ministerstvo národnej obrany. Bratislava 1998, s. 24 – 34.; JUROVÁ, A.: História Rómov na Slovensku stále neznáma (Úvaha o problémoch výskumu). In: Internetový časopis SAV Košice, <http://www.saske/cas/3-1998/jurova.html>; JUROVÁ, A.: Rómovia na Slovensku po roku 1945 a v procese transformácie spoločnosti. In: Internetový časopis SAV Košice, <http://www.saske/cas/4-1998/jurova.html>; JUROVÁ, A., KOPTOVÁ, A.: Ohrozené skupiny - deti a mládež rómskej minority. In: Slovensko a deti '99. Situačná analýza o stave detí na Slovensku. Bratislava: Slovenský výbor pre UNICEF, 1999, s. 34 – 41; JUROVÁ, A.: Štátna politika voči Rómom na Slovensku v 90. rokoch a rómska politická scéna v jej kontexte. In: K problematice minorit. Praha: ÚSD AV ČR, 1999, s. 102 - 117. JUROVÁ, A.: Problémy výskumu rómskej menšiny na Slovensku. In: Romano džaniben. Časopis romistických štúdií. Praha, 1999, roč. VI, č. 3, s. 104 - 110.; JUROVÁ, A.: Pokus o pohľad na niektoré problémy vývoja Rómov na Slovensku v 90. rokoch. In: Internetový časopis SAV Košice, <http://www.saske/cas/3-1999/jurova.html>; JUROVÁ, A.: Otázky vzdelávania Rómov v období socializmu vo vzťahu k materinskému jazyku. Internetový časopis SAV Košice, <http://www.saske/cas/1-2000/jurova.html>; JUROVÁ, A.: K otázkam pôvodu a pomenovaniu Rómov. Internetový časopis SAV Košice, <http://www.saske/cas/3-2000/jurova.html>; JUROVÁ, A.: Rómovia na východnom Slovensku – determinanty ich vývoja v 20. storočí. In: Faktory vývoja sociálnej úrovne regiónov. /Slov. štatist. a demogr. spoločnosť a Krajská správa ŠÚ SR/, Košice 2000, s. 40-48.; JUROVÁ, A.: Niekoľko poznámok k výskumu histórie Rómov na Slovensku. In: Rómovia včera, dnes a zajtra. /Krk PF UKF/ Nitra 2000, s. 27-34.; JUROVÁ, A.: Vývoj postavenia Rómov na Slovensku a otázky ich „integrácie“ do spoločnosti. In: Ethnologia Actualis Slovaca, I-2, Trnava 2000, s. 9-29.

priniesli prierez spontánnej i násilnej sedentarizácie Rómov, vývoj od feudálnych vlastníckych pozemkových vzťahov, vrátane konštituovania a premien ich evidencie, až po súčasné sporné otázky legitimacy rómskych osád po páde socialistického vlastníctva pôdy i celoplošného riešenia týchto “nežiaducich koncentrácií”, študovaných a prezentovaných aj na konkrétnom regióne Spiša a široko medializovanej osady Letanovce.

Situácia v týchto separovaných a segregovaných sídlach vyvolala okamžitú povojnovú živelnú migráciu i negatívne reakcie českých orgánov na ňu (A. Jurová). Otázky postavenia Rómov vo vidieckych, ale aj mestských segregovaných aglomeráciách, okrem iných politických aspektov problematiky tejto minority, sa stali tiež súčasťou komparatívneho výskumu na Slovensku a v Macedónsku (E. Friedman).

Výskum výrazne dokumentoval kontinuitu i perspektívu početného rastu demograficky mladej rómskej populácie na východnom Slovensku, vysokú ekonomickú závislosť a nesebestačnosť, nízku mieru vzdelania až analfabetizmus, negatívne zdravotné aspekty života v osadách a ďalšie faktory, majúce spätný brzdiaci vplyv na rozvoj celého regiónu minimálne počas celého 20. storočia.

Treba uviesť, že realizácia projektu priniesla odpovede na mnohé otázky doteraz nepoznané, resp. ani nenastolené v historiografii vo vzťahu k rómskej minorite, prispela k odhaľovaniu mnohých stereotypov majority a preberaných vžitých predstáv, názorov aj v odbornej sfére.

Napriek nedostatočným finančným prostriedkom prideľovaným na tento grant, bádateľský tím zhromaždil obrovské množstvo cenných poznatkov, prameňov z troch storočí. Mnohé z nich obsahujú desaťtisícové položky údajov, ktoré ešte doposiaľ nie sú spracované.

Výskum potvrdil kontinuitu vývoja, sedentarizácie i kooperácie Rómov a majority na území východného Slovenska už od stredoveku. Faktory, ktoré determinovali ich postavenie de facto počas celého 20. storočia sa objavili už koncom 19. storočia, dokumentované v celouhorskom súpise. Išlo o koncentráciu a kumuláciu Rómov v ekonomicky nerozvinutom regióne, postupnú stratu pôvodných zdrojov obživy, rast ekonomicky neproduktívneho obyvateľstva a jeho sociálnu zaostalosť a závislosť, výraznú kultúrnu (náboženskú) diferenciu a averziu, marginalizáciu, segregáciu až exklúziu. Socialistické riešenie tzv. cigánskej otázky len za cenu násilnej kultúrnej asimilácie umožnilo časti Rómov “integrovat’ sa” do novej spoločnosti.

Diskriminácia, aj keď navonok skrytá a maskovaná sociálnou politikou, pretrvávala a naplno prepukla po roku 1989. Etnikum, ktoré bolo objektom paternalistickej politiky bývalého režimu, je v súčasnosti dezintegrované, dezorientované, tendujúce k zvýšenej agresivite voči

majorite. Obzvlášť negatívne faktory a tendencie tohto vývoja sa prejavujú v nami sledovanom regióne.

V rokoch 2003 - 2005 bola rómska problematika riešená v rámci úlohy štátneho programu výskumu a vývoja „Národ, národnosti a etnické skupiny v procese transformácie spoločnosti“. V jej rámci boli spracované niektoré okruhy venované riešeniu rómskej problematiky v Uhorsku s dopadom na súčasnosť.¹⁵ Ťažisko práce bolo venované súčasnému postaveniu Rómov na Slovensku.¹⁶ Okrem všeobecnej charakteristiky etnika a zdôrazneniu medzníkov vo vývoji rómskeho etnika v dvadsiatom storočí prínosom výskumu bola analýza aktuálnych problémov postavenia rómskeho etnika z pohľadu etnického spoločenstva a cieľov, ktoré si stavajú. V tejto súvislosti za mimoriadne prínosný pokladáme rozbor štátnej politiky voči Rómom po roku 1989.¹⁷ Sledovali sa zmeny v demografických ukazovateľoch vybraných rómskych komunít Prešovského kraja v rokoch 1980 – 2004¹⁸ ako aj problematika integrácie Rómov na Slovensku¹⁹.

V roku 2006 sa pod vedením A. Jurovej začal riešiť projekt VEGA „Rómovia na Slovensku v dokumentoch (1945 – 1975)“. Súčasne sa podieľame na projekte ESF „Vzdelávanie a rekvalifikácia nezamestnaných žien s prednostným zameraním na ženy z rómskeho etnika“, koordinátorom ktorého je Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku.

Stav poznania dejín a kultúry Rómov na území Slovenska, ich ekonomického a sociálneho vývoja, demografického správania, interetnických vzťahov a ďalších aspektov života sa vo všeobecnosti nedá pokladať za uspokojivý. Taktiež nie je jednoduché zhodnotiť stav výskumu tejto problematiky po roku 1989, lebo aj po zmene politického režimu jej nie je venovaná primeraná pozornosť. Pri detailnejšom pohľade na situáciu v historiografii,²⁰ to

¹⁵ Tkáčová, A.: Riešenie rómskej problematiky v Uhorsku s dopadom na súčasnosť. In: Šutaj, Š. (ed.): Národ a národnosti. Stav výskumu po roku 1989 a jeho perspektívy. Universum: Prešov, 2004, 272 – 277.

¹⁶ Jurová, A.: Rómovia na Slovensku. In: Šutaj, Š. (ed.): Národ a národnosti. Stav výskumu po roku 1989 a jeho perspektívy. Universum: Prešov, 2004, 247 – 271.

¹⁷ Jurová, A.: Štátna politika vo vzťahu k rómskej menšine po roku 1989. In: Šutaj, Š. (ed.): Národnostná politika na Slovensku po roku 1989. Universum: Prešov, 2005, s. 142 – 165.

¹⁸ Mušinka, A.: Rómovia v Prešovskom kraji. In: Šutaj, Š. (ed.): Národ a národnosti. Stav výskumu po roku 1989 a jeho perspektívy. Universum: Prešov, 2004, 278 – 286; Mušinka, A.: Zmeny v demografických ukazovateľoch vybraných rómskych komunít Prešovského kraja v rokoch 1980 – 2004. In: Šutaj, Š. (ed.): Národ a národnosti. Stav výskumu po roku 1989 a jeho perspektívy. Universum: Prešov, 2004, 278 – 286.

¹⁹ Scheffel, D. Z. - Mušinka, A.: Problematika integrácie Rómov na Slovensku po roku 1989 a niektoré pokusy jej riešenia v Prešovskom kraji. In: Šutaj, Š. (ed.): Národnostná politika na Slovensku po roku 1989. Universum: Prešov, 2005, s. 166 – 172.

²⁰ Jurová A.: História Rómov na Slovensku stále neznáma. (Úvaha o problémoch výskumu). In: Romano džaniben. Časopis romistických štúdií. Praha, 6, 1999, 3 – 4.

vyplýva z nedostatočne sprístupnených archívnych materiálov, ako aj z pomerne malého záujmu vedeckej obce o realizáciu všestranného vedeckého výskumu tejto problematiky.

Tzv. „cigánska otázka“ na Slovensku bola pre násilnú asimilačnú politiku tabuizovaná a obchádzaná niekoľko desaťročí a „veľký“ záujem o exaktné poznatky „rómskeho problému“ na Slovensku nie je zo strany štátnej sféry a celej spoločnosti ani v súčasnosti. Romistika na Slovensku v mnohých svojich oblastiach je preto stále v začiatkoch a potrebuje systematický rozvoj a podporu.

Aj keď sa v istej miere realizoval výskum sledujúci vývoj štátnej politiky voči rómskej menšine v uplynulom režime, je nevyhnutné prehĺbiť jeho výsledky o podrobnejšiu analýzu a v omnoho dlhšom časovom horizonte. To umožní porovnať postoje odlišných politicko-spoločenských režimov pri formovaní svojej politiky vo vzťahu k Rómom. Pozornosť treba venovať sledovaniu dôsledkov a dopadov opatrení štátnych orgánov v rozličných historických obdobiach na život tohto spoločenstva a vytváranie zdrojov napätia medzi majoritou a Rómami i vo vnútri rómskeho etnika. Odhaľovanie príčin dlhodobej koncentrácie Rómov v jednotlivých regiónoch vyžaduje skúmanie témy v uplynulých storočiach kontinuitne. Faktory determinujúce vývoj rómskeho spoločenstva na našom území sa vytvárali takisto v predchádzajúcich storočiach, rozdiely a možnosti pozitívnej integrácie do majoritnej spoločnosti v jednotlivých regiónoch a lokalitách neboli zhodné, na ich objasnenie je nutné prehľbovať aj regionálny výskum.

V ýskumné zistenia z prezentovaných výskumov tvoria istú východiskovú základňu, na ktorej sa dá stavať. Je samozrejme, že dôležitým zdrojom poznatkov pritom budú i výsledky z výskumov uskutočnených inými inštitúciami na Slovensku i v zahraničí.

VZDELÁVANIE A REKVALIFIKÁCIA NEZAMESTNANÝCH ŽIEN S PREDNOSTNÝM ZAMERANÍM NA ŽENY Z RÓMSKEHO ETNIKA NA ZÍSKANIE VEDOMOSTÍ A ZRUČNOSTÍ V OBLASTI ZDRAVOTNÍCTVA

Komárek K.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra verejného zdravotníctva

Úvod

Rómovia tvoria v Európe spoločenstvo pozostávajúce približne z 8 miliónov osôb. Nemožno povedať, že by boli neznámi. Predstava o nich je ale skreslená a Rómovia sa často stretávajú so svojim obrazom v negatívnych stereotypoch okolia. Ostávajú často nepochopení a počas stáročí sa znovu a znovu prejavujú politické snahy, ktoré majú za cieľ ich fyzický a kultúrny zánik. Je všeobecne známe, že problematika rómskeho etnika je celospoločenský problém. Diskutuje sa o ňom na rôznych úrovniach. My sa snažíme prispieť k riešeniu tejto problematiky v oblasti, ktorá nám je najbližšia. A tou je zdravotníctvo.

Príspevok je zameraný na prvé skúsenosti z projektu a otvára priestor pre diskusiu, ako je možné posilniť povedomie rómskych žien v spoločnosti za podpory školy, organizácií a rómskych hnutí, na strane jednej a s partnermi sociálnej inklúzie na strane druhej.

Realizácia kurzu okrem hlavného cieľa, ktorou je zvýšiť zamestnanosť žien z etnickej minority – rómskej komunity a žien zo sociálne ohrozených skupín, sleduje tiež nepriamo aj zámer zvyšovania zdravotného uvedomenia rómskeho etnika (v súlade so snahou o rozvíjanie preventívneho pôsobenia vzniku ochorení, epidémií, úrazov, dodržiavania zdravého spôsobu života) a celkovej starostlivosti o osoby odkázané na pomoc, ako spôsob ich integrácie do bežného života. Získané znalosti môžu tiež pomôcť predchádzať dlhodobej nezamestnanosti rómskych žien a podporiť ich vstup, prípadne návrat do zamestnania.

1. Projekt vzdelávania v oblasti zdravotníctva

Projekt je zameraný na zvyšovanie rovnosti príležitostí zamestnania pre ženy s dôrazom na ženy z rómskej komunity v okrese Ružomberok a obci Rudňany. Kurz, ktorý realizuje odborný garant, Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, je zameraný na získanie základných zručností v oblasti ošetrovateľstva, starostlivosti o novorodencov, pôrodníctva, hygieny, protiepidemiologických opatrení a zdravého životného štýlu. Vyškolené adeptky – odborne spôsobilé sociálne opatrovatelky a asistentky zdravotnej starostlivosti, budú pôsobiť v sociálne slabších komunitách, prioritne rómskych,

čím sa zvýši zdravotné uvedomenie rómskeho etnika a miera zdravotnej prevencie. Sú to nutné potreby, s ktorými sa stretávame na každom kroku.

Na to, aby realizovaný projekt bol efektívny, musíme zobrať do úvahy všetky pozitívne, ale aj negatívne stránky, ktorých spoznávanie nám môže pomôcť naplniť ciele tohto originálneho projektu.

Pozitívne stránky

- garancia potenciálneho zamestnania zo strany samosprávy
- rozšírenie možností uplatnenia na trhu práce podľa potrieb
- záujem cieľovej skupiny
- posilnenie sociálneho kapitálu
- odborná inštitúcia a kvalifikované kádre
- spolupráca a prenos nových poznatkov z praxe
- systematická podpora celoživotného vzdelávania zo strany žiadateľa
- aktívna zainteresovanosť vedenia mesta a partnerov projektu
- vysoký počet uchádzačov a záujemcov o kurz
- záujem o realizáciu v inom regióne (Rudňany)
- spolupráca s občianskym združením a členmi novej rómskej generácie
- pozitívny demografický vývoj
- OZ na pomoc rómskej komunite + inšt. zabezpečenie + ženská líderka OZ

Negatívne stránky

- nízka vzdelanostná úroveň a kvalifikácia
- nevytrvalosť v dlhodobejšom nasadení a nedostatočné sebavedomie
- nárast počtu obyv. zo sociálne slabších vrstiev
- zlý zdravotný stav a dlhodobá prognóza
- nesprávna výživa a chýbajúce zdravotné návyky
- vysoká nezamestnanosť cieľovej skupiny
- nedostatok príležitostí na alternatívne vzdelávanie popri povinnostiach v domácnosti
- starosť o existenčné zaistenie a nedostatok finančných prostriedkov
- špecifické poslanie a postavenie ženy v rómskej komunite
- starostlivosť o rodinu a existenčné zaistenie

Prínosy a pravdepodobné výsledky

- získanie nových zručností a skúseností pre každodenný život

- zvýšenie zamestnanosti cieľovej skupiny
- rozšírenie vedomostí a poznatkov vyučujúcich z práce s cieľovou skupinou
- zlepšenie akceptácie celoživotného vzdelávania a získavania novej kvalifikácie aj pre starších občanov
- rozvoj partnerských vzťahov v regionálnej a vedecko-výskumnej oblasti
- možnosť rozšírenia projektu do ostatných regiónov
- spolupráca žien z majoritnej a minoritnej skupiny obyvateľov (princíp integrácie)
- posilnenie postavenie ženy prioritne z rómskej komunity v domácnosti a v spoločnosti
- zlepšenie zdravotného stavu cieľovej skupiny
- zlepšenie zdravotného štýlu a výživy

Negatívna analýza ohrození

- malá disciplína a nezáujem uchádzačov (sezónne práce a iné príležitosti)
- neefektívna komunikácia a zladenie aktivít jednotlivých partnerov
- nesprávna, neefektívna interpretácia projektu smerom k spoločnosti, a tým strácanie jej podpory
- ľudský faktor a komunikácia počas celého projektu a na všetkých úrovniach realizácie projektu
- zabezpečenie kooperácie jednotlivých inštitúcií pri vytváraní nových možností na trhu práce pre absolventov kurzu
- nedostatok finančných prostriedkov na realizáciu aktivít z iných zdrojov
- stereotypy fungovania rómskej rodiny

2. Východiskové materiály pre realizáciu a dôležité ukazovatele projektu

Východiskovými materiálmi boli najmä Národný akčný plán zamestnanosti a Komplexný rozvojový program rómskych osád – zvyšovanie hygienickej úrovne, zdravotnícka osвета, výchova k rodičovstvu, a ďalšie formy zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Projekt podporuje realizáciu nasledovných opatrení a ich konkrétnych aktivít:

Opatrenie 1.1 Rozvoj programov podpory zamestnávania nezamestnaných s dôrazom na dlhodobu nezamestnaných

- programy vytvárania pracovných miest v sociálnej ekonomike
- programy podpory aktivizácie dlhodobu nezamestnaných

Opatrenie 2.1 Podpora zamestnanosti skupín ohrozených sociálnou inklúziou

- programy aktivizácie dlhodobo nezamestnaných a nezamestnaných s nízkou motiváciou odkázaných na dávku sociálnej pomoci;
- programy „re-start“ pre ženy vracajúce sa na trh práce vrátane sprievodných opatrení zameraných na podporu služieb starostlivosti o deti;
- programy tvorby miestnych partnerstiev s cieľom integrovať skupiny ohrozené sociálnou exklúziou;
- programy resocializačno-vzdelávacích činností umožňujúcich uplatnenie na trhu práce pre dlhodobo nezamestnaných, mladistvých bez vzdelania, dospelých nezamestnaných bez vzdelania, nezamestnaných s problémami čítania, písania a počítania;
- programy resocializačno-vzdelávacích činností umožňujúce získanie mäkkých zručností vrátane budovania sebadôvery a motivácie pre nezamestnaných s nízkou motiváciou

Opatrenie 3.2 - Rozvoj ďalšieho vzdelávania s dôrazom na zvýšenie adaptability pracovnej sily

- podpora realizácie ďalšieho vzdelávania;
- spolupráca sociálnych partnerov so zamestnávateľmi pri presadzovaní celoživotného vzdelávania, skúmanie a premietnutie potrieb starších pracovníkov do systému celoživotného vzdelávania;
- rozvíjanie ponuky ďalšieho vzdelávania a zavedenie nových foriem ďalšieho vzdelávania napr. programy druhej šance pre osoby s neukončeným vzdelávaním alebo bez vzdelania

Národný program podpory sociálnej komunitnej práce v obciach – v súlade s cieľmi programu sa projekt venuje podpore skupín a jednotlivcov dlhodobo vystavených sociálnemu vylúčeniu, zlepšovaniu ich životnej situácie a podpore ich integrácie na trh práce a do spoločnosti – špecificky zameraný na rómske ženy a rómske etnikum. Výstupy projektu však pozitívne ovplyvňujú tiež sociálne slabé vrstvy postihnuté alebo ohrozené rizikom chudoby a sociálneho vylúčenia a odkázaných občanov

3. Analýza problematiky etnických skupín

Celková nezamestnanosť v okrese Ružomberok je k 31.8.2005 9,59%. V meste Ružomberok je pomerne silná rómska populácia, ktorá vzhľadom na svoje špecifiká je postihnutá takmer 100% nezamestnanosťou. Nižšou vzdelanostnou úrovňou a zároveň

civilizačnými a infekčnými ochoreniami je rómske etnikum nadmieru ohrozené. Túto ideu môžeme rozšíriť aj na obyvateľstvo celého regiónu. Okrem rómskej populácie je v okrese veľký podiel nezamestnaných žien, ktoré nemôžu nájsť uplatnenie na základe existujúcej kvalifikácie.. Región nemá kvalifikovaných pracovníkov hlavne na sociálnu prácu s obyvateľmi rómskej minority a sociálne odkázanými obyvateľmi, preto je predpoklad úspešnej implementácie výsledkov projektu do praxe.

V okrese Ružomberok rómske etnikum (v počte 625) žije prevažne integrované v meste Ružomberok. Z toho 394 občanov žije v koncentrovanom a 258 občanov v rozptýlenom osídlení. Rómska komunita má nízku úroveň vzdelania, čo sťažuje uplatnenie na trhu práce. Vypestované návyky a celkový spôsob života vytvárajú bariéry medzi cieľovou skupinou a okolitým prostredím.

Mesto Ružomberok sa podieľa na rozvojových programoch, určených pre rómsku komunitu s cieľom zvýšiť životnú úroveň členov týchto skupín. V súčasnej dobe realizované projekty sú orientované do oblasti kultúry, športu a sociálnej situácie, pričom absentuje oblasť zachovania zdravia a sociálnej starostlivosti.

V obci Rudňany miestna samospráva prejavila mimoriadny záujem o realizáciu vzdelávacích aktivít a vzhľadom na početnosť rómskej komunity (1417 občanov) a medializáciu obce na verejnosti by boli výsledky projektu veľkým prínosom v celoštátnom meradle. Partnerom projektu v tejto lokalite bude Obecný úrad a miestny Farský úrad. Rómska komunita v obci Rudňany žije prevažne v 5 segregovaných osadách v katastri obce v nevyhovujúcich sociálnych a hygienických podmienkach. Stav zdravia rómskeho etnika na Slovensku je všeobecne ohrozovaný a sú známe negatívne ukazovatele v stave zdravia, v postojoch k zdraviu, k spôsobu života napr.:

- znižuje sa stredná dĺžka života,
- vyššia dojčenská úmrtnosť, invalidizácia, vyšší výskyt infekčných chorôb,
- vyššie percento úmrtí na ochorenia srdcovo - cievneho systému, nádorové ochorenia, metabolické ochorenia (obezita, cukrovka),
- nízka zaočkovanosť, reálna hrozba epidémie,
- časté hospitalizácie rómskych detí predovšetkým preto, že rodina sa nedokáže včas odhadnúť skutočnú závažnosť zdravotného stavu,
- nízka hygienická úroveň,
- odlišuje sa reprodukčné správanie, vek prvých pôrodov je okolo 17 rokov, ale často aj nižší, často prichádzajú ženy k pôrodu bez prenatálnych vyšetrení,
- fajčenie nielen u mužov, žien, tehotných, ale aj detí, vyskytuje sa užívanie alkoholu a drog,

- hepatitída a tuberkulóza, predpoklady na AIDS, absentujú poznatky a potreba prevencie.

V meste Ružomberok a obci Rudňany sú najaktuálnejšie problémy:

- nízka hygienická úroveň,
- časté hospitalizácie detí,
- predčasný pohlavný život, pohlavné ochorenia, predčasné pôrody,
- fajčenie, užívanie alkoholu, drog,
- nesprávne stravovacie návyky

4. Koncepcia, ciele, aktivity a predpokladané výsledky projektu

Prezentovaný projekt je koncipovaný tak, aby okrem ťažiskového zamerania na zlepšenie zamestnanosti žien z rómskej komunity a marginalizovaných skupín vytvoril tiež svojim dopadom a obsahom podmienky ako pre zlepšenie zdravotného stavu rómskej komunity, tak aj hygienických podmienok a povedomia predovšetkým v segregovaných rómskych osadách. V rámci projektu je tiež možnosť špecializovaného pôsobenia na deti z týchto komunit, ktorých matky sa budú zúčastňovať vzdelávania, špeciálnej starostlivosti o ne a zlepšovania ich návykov nenásilnou formou. Skúsenosti a výsledky budú implementované v ďalšej práci s rómskou komunitou na sídlisku v Košiciach – časť Luník 9.

Hlavným cieľom projektu je zvyšovanie rovností príležitostí zamestnania pre nezamestnané ženy s dôrazom na nezamestnané ženy z rómskej komunity v meste Ružomberok a obci Rudňany (vzhľadom na ich rodovo nízku zamestnanosť a mimoriadne obmedzené možnosti uplatnenia na trhu práce aj v porovnaní s mužmi z rómskej komunity), predchádzanie ich dlhodobej nezamestnanosti a podpora vstupu alebo návratu do zamestnania nezamestnaných žien - pomocou a prostredníctvom absolvovania dlhodobého vzdelávacieho programu organizovaného Katolíckou univerzitou v Ružomberku, Fakultou zdravotníctva zameraného na získanie základných zručností v oblasti ošetrovateľstva, hygieny, protiepidemiologických opatrení a zdravého životného štýlu. Realizáciou kurzu je sledovaný okrem hlavného cieľa na zvýšenie zamestnanosti žien z etnickej minority – rómskej komunity a žien zo sociálne ohrozených skupín tiež nepriamo aj zámer zvyšovania zdravotného uvedomenia rómskeho etnika (v súlade so snahou o rozvíjanie preventívneho pôsobenia vzniku ochorení, epidémií, úrazov, dodržiavania zdravého spôsobu života) a celkovej starostlivosti o osoby odkázané na pomoc, ako spôsob ich integrácie do bežného života. Výsledkom projektu budú odborne spôsobilé sociálne opatrovateľky s potrebnými vedomosťami a zručnosťami, ktoré budú pôsobiť v sociálne slabších komunitách, pričom

kurz ráta prioritne so vzdelávaním nezamestnaných rómskych žien, ktoré budú aktívne pôsobiť v miestnej rómskej komunite. Partner projektu Mesto Ružomberok a obec Rudňany sú schopné garantovať zamestnanie pre absolventky kurzu v miestnej rómskej komunite. Realizácia projektu podporí tiež vznik lokálneho partnerstva sociálnej inklúzie v meste Ružomberok medzi mestom Ružomberok, Katolíckou univerzitou, občianskym združením a členmi novej rómskej generácie a obcou Rudňany.

Aktivity na dosiahnutie cieľov projektu

Všetky aktivity projektu sú podporené vzájomnou koordináciou v partnerstve sociálnej inklúzie, pričom jednotliví partneri sa budú v závislosti od svojich možností rôznym spôsobom spolupodieľať na jednotlivých etapách projektu. Na základe možností jednotlivých partnerov predpokladáme nasledovné ťažiskové aktivity partnerov.

1. Katolícka univerzita v Ružomberku, fakulta zdravotníctva zabezpečí projekt komplexne po stránke vzdelávacej, technicko–organizačnej, nadobudnutia praktických zručností,. Ďalej bude vo všetkých fázach pôsobiť ako koordinátor projektu, zabezpečí v spolupráci s partnermi technické, priestorové a ľudské kapacity na realizáciu vzdelávania, na starostlivosť o deti účastníčok vzdelávania a komplexné študijné plány tak, aby čo najviac zodpovedali potrebám praxe. Vo fáze udržateľnosti projektu po skončení prvej fázy vzdelávania bude zabezpečovať pre jeho účastníkov ďalšie kontinuálne vzdelávanie podľa potrieb na zabezpečenie udržateľnosti výsledkov projektu.
2. Úrad práce a sociálnych vecí v Ružomberku- zabezpečí v prípravnej fáze projektu výber vhodných účastníčok vzdelávania a počas realizácie projektu sa bude podieľať na spolupráci podľa aktuálnych potrieb.
3. Občianske združenie nová rómska generácia – bude v prípravnej fáze spolupracovať pri výbere účastníčok projektu z miestnej rómskej komunity a jeho hlavná úloha sa prejaví počas projektu v koordinácii komunikácie a stykov s miestnou komunitou a vplyvom na jej členov v oblasti ideového presadenia, vysvetľovania a implementácie cieľov projektu
4. mesto Ružomberok- ako hlavný partner projektu preberá na seba záväzok spolupráce pri podpore zabezpečovania vhodných technických kapacít pre projekt a predovšetkým v záverečnej fáze projektu vytvorí podmienky pre uplatnenie jeho absolventiek v rámci sociálnej sféry, starostlivosti o sociálne odkázaných a v miestnej rómskej komunite.

5. obec Rudňany - ako partner projektu preberá na seba záväzok spolupráce pri podpore zabezpečovania vhodných technických kapacít pre projekt a predovšetkým v záverečnej fáze projektu vytvorí podmienky pre uplatnenie jeho absolventiek v rámci sociálnej sféry, starostlivosti o sociálne odkázaných a v miestnych segregovaných osadách.

Základné aktivity projektu:

1. prípravná fáza projektu

1.1 zostavenie realizačného tímu - výber spolupracovníkov a partnerov, príprava zmlúv a dohôd, dohoda komunikácie a formy stretnutí. V tejto fáze Fakulta zdravotníctva pripraví vhodné vzdelávacie osnovy pre projekt, v koordinácii s partnermi projektu stanoví časový rozsah jednotlivých aktivít. Zároveň zabezpečí ľudské kapacity na výučbu jednotlivých oblastí., odborné kapacity. V tejto fáze prebehne formou pohovorov tiež výber vhodných kandidátok na základe spolupráce s partnermi v partnerstve sociálnej inklúzie.

1.2 technické zabezpečenie , príprava študijných miestností a technických prostriedkov, zostavenie harmonogramu vyučovania - V tejto fáze Fakulta zdravotníctva zabezpečí vytvorenie osnovy vzdelávania, prípravu študijných materiálov, študijné miestnosti a potrebné pomôcky , ako aj odborné kapacity a priestory na starostlivosť o deti účastníčok vzdelávania a v súlade s čiastkovými cieľmi zabezpečí tiež systém a kapacity pre realizáciu výskumu medzi účastníčkami vzdelávania Vzhľadom na finančné potreby projektu bude potrebné tiež vyriešenie predbežného financovania nákladov projektu a systému kontroly a implementácie cieľov projektu. Vybudovanie odborných učební potrebných k tomuto účelu. Potrebná je učebňa, resp. polyfunkčná miestnosť pre vyučovanie prvej pomoci, ošetrovateľských techník a prednášková miestnosť.)

1.3. oslovenie a výber účastníkov vzdelávania a zverejnenie výzvy na stretnutia a pohovory - V tejto fáze prebehne formou pohovorov tiež výber vhodných kandidátok na základe spolupráce s partnermi v partnerstve sociálnej inklúzie.

Vybudovanie centra udržania nadobudnutých poznatkov a zručností a jeho overenie v praxi – podpora aktivít zameraných na budovanie kapacít pre vytváranie pracovných miest v centrách na overenie účinnosti vzdelávacích a rekvalifikačných modulov pre vybudovanie povolania. Vybudovanie odborných učební potrebných k tomuto účelu. Potrebná je učebňa, resp. Polyfunkčná miestnosť pre vyučovanie prvej pomoci, ošetrovateľských techník a prednášková miestnosť.

2. Realizačná fáza projektu

2.1 Realizácia vzdelávacieho kurzu - pre vybrané účastníčky na základe pohovorov a spolupráce s úradom práce v Ružomberku (4x), Rudňany (2x) v dĺžke trvania 6 týždňov. Vzdelávací kurz v Rudňanoch bude aktualizovaný až po druhom vzdelávacom kurze v Ružomberku z dôvodu prenosu aktuálnych poznatkov a skúseností. Vzdelávací kurz bude pozostávať zo blokov školení v oblastiach.: ošetrovateľstvo, opatrovateľstvo, zásady prevej pomoci, zdravotníctvo, zdravá výživa, hygienické návyky, plánované rodičovstvo, bioetika, verejné zdravotníctvo. Prvý kurz sa uskutoční v termíne september-október 2006 v priestoroch Fakulty zdravotníctva KU (UVN Ružomberok). V prvom vzdelávacom kurze sa začne so vzdelávaním systémom prednášok a diskusných blokov dvakrát týždenne pre dve samostatné skupiny v rozsahu celkom 10 hodín týždenne.

2.2 Prvotné vyhodnotenie spätnej väzby - na základe prvého zrealizovaného kurzu sa vyhodnotí spätná väzba a výsledky prvého vzdelávacieho podujatia na odstránenie prípadných nedostatkov a zlepšenie výsledkov pre realizáciu ďalších kurzov. Vyhodnotí sa tiež vhodnosť zvolených termínov, rozsahu a načasovania vzdelávania vzhľadom na aktuálne možnosti a potreby vzdelávaných žien a získané výsledky sa implementujú do realizácie nasledovných kurzov. **Rovnako sa vyhodnotí prvá časť výskumu, realizovaná medzi účastníčkami kurzu.**

2.3 Realizácia ďalších vzdelávacích kurzov - celkovo budú zrealizované štyri vzdelávacie kurzy- prvý už spomenutý v mesiaci september - október 2006. Nasledovné kurzy v meste Ružomberok sa uskutočnia v termínoch január-február 2007, apríl-máj 2007 a september – október 2007, každý v rozsahu 60 hodín, t.j. 6 týždňov po 10 hodín. V obci Rudňany sa celkovo uskutočnia 2 kurzy v termíne november-december 2006 a január-február 2007 v rovnakom rozsahu.

V rámci vzdelávania získajú účastníčky aj základné zručnosti s prácou na PC, nakoľko základné učebné texty a výučbové programy budú k dispozícii v počítači v miestnom komunitnom centre. Účastníčky kurzov si budú môcť zopakovať učivo a rozšíriť vedomosti kontaktom s vyučujúcimi a prácou na internete.

2.4 Realizácia doplnkových aktivít - spracovanie výsledkov výskumu zameraného **na zisťovanie a monitorovanie špecifických problémov a rozdielných príležitostí žien ako v rámci etnických komunit, tak aj mimo nich**. Ako doplnkové aktivity vzdelávacích kurzov pre ženy sa okrem samotných kurzov uvažuje tiež s nasledovnými aktivitami, ktoré plne zapadajú do logického rámca a celkových cieľov projektu a výrazne posilnia jeho dopad v praxi.- za priamej účasti absolventiek kurzu- ako súčasť následného vzdelávania a taktiež ich aktívneho zapojenia do pôsobenia v rámci komunity.

Ide o nasledovné aktivity:

- uskutočnenie stretnutí priamo v rómskej komunite za účasti cieľových skupín s podporou partnerov sociálnej inklúzie- OZ Nová rómska generácia a odborných pracovníkov za účelom posilnenia povedomia rómskej komunity a šírenia osvedy v oblasti hygieny, ošetrovateľstva a opatrovateľstva a plánovaného rodičovstva. Táto aktivita by mala zlepšiť stav celkového povedomia cieľovej skupiny na lepšie pôsobenie absolventiek vzdelávacieho kurzu,
- prednášková činnosť pre cieľové skupiny (rómske etnikum) v oblasti zdravia, zdravej výživy, starostlivosť o narodené deti, hygieny a predovšetkým prevencie vzniku závislostí (alkohol, drogy, fajčenie, gamblerstvo, predčasný pohlavný život).

2.5. Implementácia výsledkov projektu v praxi -uplatnenie absolventiek kurzu v praxi na trhu práce- táto aktivita bude prebiehať priebežne počas celej realizačnej fázy vo forme spolupráce s partnermi sociálnej inklúzie v oblasti vyhľadávania pracovných miest pre absolventky kurzu.

3. Hodnotiaca fáza

V tejto fáze bude ukončený výskum v rámci projektu, uzatvorené vzdelávacie aktivity v rámci realizačnej fázy, vyhodnotenie výsledkov projektu a jeho prínosu pre rozvoj zamestnanosti žien a tiež vplyv projektu na rozvoj miestnej komunity. Výsledky projektu budú prezentované v Ružomberskom periodiku, na www stránkach Katolíckej univerzity a mesta Ružomberok ako partnera projektu. Výsledky projektu a výskumu budú tiež prezentované v rámci Spoločenskovedného ústavu SAV v Košiciach a Filozofickej fakulty UPJŠ v Prešove – Inštitút histórie, Mgr. Mušínska. Výstupy výskumov realizovaných v rámci projektu budú implementované v pripravovanom rámcovom projekte KU zameranom na rómske etnikum na východnom Slovensku s prioritou na mesto Košice a sídlisko Luník IX. V hodnotiacej fáze bude tiež projekt uzatvorený po stránke finančnej a vecnej.

4. Fáza zabezpečenia udržateľnosti výsledkov projektu na ďalšie obdobia

Ukončením kurzu sa ukončí hlavná fáza realizácie projektu. V rámci udržania výsledkov kurzu a zabezpečenia permanentného vzdelávania zabezpečí Katolícka univerzita (KU) ďalšie kontinuálne vzdelávanie pre účastníčky kurzu na udržanie a rozvoj nadobudnutých zručností a kvalifikácie v rozsahu 2x ročne doplňujúcim kurzom v rozsahu min. 8 hodín. KU zabezpečí vybudovanie centra udržania nadobudnutých poznatkov a zručností“ a jeho overenie v praxi – podpora aktivít zameraných na budovanie kapacít pre vytváranie pracovných miest v centrách na overenie účinnosti vzdelávacích a rekvalifikačných modulov pre vybudovanie povolania, ukončenie a prezentácia výskumu a pod.. Projekt samotný je postavený práve na zvýšenie rovností príležitostí absolventov

projektu- účastníkmi vzdelávania budú ženy z marginalizovaných skupín a etnických minorít, ohrozené dlhodobou nezamestnanosťou a nemožnosťou uplatnenia na trhu práce. Projekt svojimi výstupmi vytvorí podmienky na ich lepšiu zamestnanosť a v spolupráci s partnermi tiež konkrétne pracovné miesta.

V rámci technickej realizácie projektu je rovnosť príležitostí podporená zapojením občianskeho rómskeho združenia do realizácie projektu, po vzdelávacej stránke bude projekt zabezpečovaný prevažne pedagogičkami –ženami, ktoré majú skúsenosti a špecializáciu na sociálnu prácu a prácu s marginalizovanými skupinami obyvateľstva.

Záver

Problematika národnostných menšín a etnických skupín je veľmi náročná na realizovanie. Vyžaduje si odborný tím vysoko špecializovaných odborníkov na praktickú realizáciu. Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku spĺňa tieto dôležité kritéria a snaží sa naplňovať svoje poslanie v oblasti ošetrovateľstva a služby chorých a trpiacich. Vieme, že v oblasti zdravotníctva sa skôr hovorí o poslaní ako povolání. Súčasný zdravý životný štýl si vyžaduje najmä vedomosť a vzdelávanie v oblasti zdravotnej problematiky, pretože absentuje alebo je nedostatočná najmä u nami popisovanej skupiny sociálne slabších ľudí, ktorí si priam vyžadujú pozornosť, aby sa lepšie začlenili do našej spoločnosti.

V našom projekte vzdelávania kladieme veľký dôraz na zdravie a prevenciu. Prostredníctvom jednotlivých tematických blokov odporúčame zdravý životný štýl. Zameriavame sa na zdravé stravovanie, správne využitie vitamínov, minerálov a pod., ich funkcie v organizme. Informujeme o oblasti zdravotnej prevencie, o produktoch zdravej výživy a predstavujeme ľuďom rôzne príznaky chorôb, možnosti liečby aj ich prevenciu. Neskôr pribudnú aj správy o rôznych podujatiach, týkajúcich sa zdravého životného štýlu. Nevynecháme ani informácie o možnostiach skvalitnenia života hendikepovaných ľudí.

Svoj cieľ chceme dosiahnuť bežnými prostriedkami a pomôckami výučby ako aj praktickými cvičeniami a tiež podpornými aktivitami, napr. spoluorganizovaním a mediálnym podporovaním rôznych zdravotných akcií, medializácie a šírenia osvedčenej praxe. Účastník kurzu nájde informácie z oblasti zdravotníctva, zásad prvej pomoci a návykov zdravého životného štýlu.

Dôležitou súčasťou nášho projektu je poskytovanie informácií v interaktívnej forme.

V priebehu jedného až dvoch rokov od začiatku projektu bude náš program dostupný pre stále väčší okruh záujemcov in line aj na internete, prostredníctvom ktorého budú môcť zájemci komunikovať aj s pracovníkmi, respektíve odbornými konzultantmi našej fakulty. Sú garanciou, že sa frekventanti kurzov našej Fakulty zdravotníctva dozvedia informácie, ktoré

sú v súlade s novými trendmi v ošetrovatelstve, ochrane zdravia a prevencii. Na otázky záujemcov budú odpovedať na jednotlivých kurzoch odborníci z rady konzultantov. Takto účastníkom môžeme sprostredkovať informácie, ktoré sa nedozvedia na návšteve u lekára, alebo ktorým z nejakého dôvodu neporozumeli. Je všeobecne známe, že problematika rómskeho etnika je dlhšiu dobu považovaná za celospoločenský problém. Diskutuje sa o ňom na rôznych úrovniach. Snažili sme sa priblížiť k oblasti, ktorá nám je najbližšia. A tou je zdravotníctvo. V oblasti zdravotníctva v rómskych komunitách absentujú základné znalosti. A práve vyškolené adeptky – odborne spôsobilé sociálne opatrovatelky a asistentky zdravotnej starostlivosti, by mali pôsobiť v sociálne slabších komunitách, prioritne rómskych, čím sa zvýši zdravotné uvedomenie rómskeho etnika a miera zdravotnej prevencie.

Medzi doplnkovými aktivitami projektu spomeniem aspekty spoločenského správania, primeraného odievania a slovného vyjadrovania, prvky sexuálnej výchovy a zdravej výživy. Postupne by sme chceli zapojiť ďalších regiónov a rôznych školských pracovísk, považujem náš krok za jeden z prvých, ktorý má kliesniť cestu. Ukazovať, kade vedie cesta k pomoci v oblasti zdravotníctva. Hovoríme, že práca v oblasti zdravotníctva nie je len povolanie, ale poslanie. Je krásne, keď sú adeptky kurzu vychovávané v kresťanskom duchu, čo ponúka Katolícka univerzita v Ružomberku.

VZDELÁVANIE ŽIEN K OCHRANE ŽIVOTA

Malíková K.¹, Komárek K.²

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra verejného zdravotníctva

Súhrn

Príspevok prezentuje základné informácie o projekte ESF realizovanom na Fakulte zdravotníctva KU v Ružomberku v spolupráci s mestom Ružomberok, Úradom práce v Ružomberku a Novou rómskou generáciou. Projekt je zameraný na zvyšovanie rovností príležitostí zamestnania pre ženy s dôrazom na ženy z rómskej komunity v okrese Ružomberok a obci Rudňany. Absolvovanie kurzu, ktorý je predmetom projektu, zvýši kvalifikáciu žien. Kurz, ktorý realizuje odborný garant- Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku, je zameraný na získanie základných zručností v oblasti ošetrovateľstva, starostlivosti o novorodencov, pôrodnictva, hygieny, protiepidemiologických opatrení a zdravého životného štýlu. Vyškolené adeptky- odborne spôsobilé sociálne opatrovatelky a asistentky zdravotnej starostlivosti, budú pôsobiť v sociálne slabších komunitách, prioritne rómskych, čím sa zvýši zdravotné uvedomenie rómskeho etnika a miera zdravotnej prevencie.

Súčasťou príspevku je i prezentovanie výsledkov dotazníkového prieskumu, ktorý bol realizovaný u absolventiek 1. kurzu. Podáva tak spätnú väzbu pri realizácii projektu.

Summary

The Project of the Education of Unemployed Women (between jobs) at the Catholic University in Ruzomberok Granted by ESF

The article presents the basic information about the project of ESF, which is in realization at the *Faculty of Health Sciences* of the Catholic University in Ruzomberok in cooperation with the *City of Ruzomberok*, *Work Office in Ruzomberok* and *New Roma Generation*. The name of the project is: Education and Prequalification of Unemployed Women with priority focused on Women from Roma Population. The aim is to achieve knowledge and skill on the field of: nursing, health care, obstetrics care, take care of newborn babies, hygiene and sanitation to become good health visitor or assistant in Roma and social vulnerable communities. The project is made in Ruzomberok and Rudnany area.

The project is focused to diminish inequality in the time of searching the employment. The absolvent of our courses will increase their qualifications. The expectation concerning of this

project is also to increase knowledge and practical skill in Roma population in health issues and to improve health prevention.

The part of the article is presentation of the results, which were achieved by questionnaire survey between the absolvent of the first course. In this way we have feed back during the realization of the project.

Úvod

V súčasnosti majú vzdelávacie inštitúcie jedinečnú možnosť prostredníctvom projektov EÚ zlepšiť vzdelanostnú a zároveň i sociálno-ekonomickú úroveň obyvateľstva príslušného regiónu.

FZ v spolupráci s partnermi (mesto Ružomberok, Pedagogická fakulta KU, Úrad práce mesto Ružomberok, Spišská Nová Ves, Nová rómska generácia) pripravila projekt pod názvom **„Vzdelávanie a rekvalifikácia nezamestnaných žien s prednostným zameraním na ženy z rómskeho etnika na získanie vedomostí a zručností v oblasti ošetrovateľstva, zdravotnej starostlivosti, hygieny a životného štýlu pre výkon práce opatrovateliek a asistentiek zdravotnej starostlivosti v prostredí rómskej komunity a sociálne odkázaných občanov v okrese Ružomberok.“**

Projekt je zameraný na:

- **zvyšovanie rovnosti príležitostí zamestnania pre ženy s dôrazom na ženy z rómskej komunity** v meste Ružomberok, obec Rudňany,
- **návratu do zamestnania** evidovaných nezamestnaných žien prostredníctvom absolvovania dlhodobého vzdelávacieho programu organizovaného FZ– zameraného na získanie základných zručností v oblasti ošetrovateľstva, pôrodnictva, hygieny, proti epidemiologických opatrení a zdravého životného štýlu.

V rámci projektu je tiež možnosť špecializovaného pôsobenia na deti z týchto komunít, ktorých matky sa budú zúčastňovať vzdelávania, špeciálnej starostlivosti o ne a zlepšovania ich návykov nenásilnou formou,

Realizácia projektu umožní tiež na základe súbežného výskumu preniknúť hlbšie do problematiky tejto komunity a identifikovať možnosti, ktoré by prospeli k jej celkovému pozdvihnutiu a zmene sociálnych návykov.

Východiská projektu

Pred realizáciou projektu sme zozbierali aktuálne informácie týkajúce sa zamestnanosti a morbidity obyvateľov príslušného regiónu.

Zistili sme nasledovné:

- v okrese Ružomberok je celková nezamestnanosť 9,59 % (31.,8.2005),
- rómska populácia- takmer 100% nezamestnanosť,
- okrem rómskej populácie je v okrese veľký podiel nezamestnaných žien, ktoré nemôžu nájsť uplatnenie na základe existujúcej kvalifikácie,
- región nemá kvalifikovaných pracovníkov na zdravotnícku a sociálnu prácu s obyvateľmi rómskej minority a sociálne odkázanými obyvateľmi, preto je predpoklad úspešnej implementácie výsledkov projektu do praxe.

Aktuálne problémy regiónu:

- nízka hygienická úroveň,
- nedostatočné zdravotné uvedomenie,
- nízka úroveň vedomostí rómskych žien o prenatálnej starostlivosti a starostlivosti o novorodenca,
- nedostatočné informácie o psychomotorickom vývine detí, hygienickej starostlivosti a výžive,
- časté hospitalizácie detí,
- predčasný pohlavný život, pohlavné ochorenia, predčasné pôrody (okolo 17 roku),
- fajčenie, užívanie alkoholu, drog nesprávne stravovacie návyky.

Ciele projektu:

- Vyškoliť 250 žien v dlhodobom zdravotníckom kurze v dvoch regiónoch Slovenska- Ružomberok, Spišská Nová Ves,
- podporiť stretnutia a rozširovanie všeobecných vedomostí z oblasti zdravotníctva a ošetrovateľstva priamo v sociálne slabších a zaostalých rodinách,
- podporiť aktivity v oblasti preventívnej starostlivosti o dieťa a rodinu pred rozvojom nebezpečných závislostí (drogy, alkohol, fajčenie, predčasný pohlavný život a p.),
- propagovať a medializovať postupy a výsledky projektu.

Vzdelávací kurz pre Asistentky zdravotnej a sociálnej starostlivosti

Jadrom projektu je vzdelávací kurz, ktorý má nasledujúce ciele:

- Poskytnúť aktuálne a zrozumiteľné informácie v oblasti ošetrovateľstva, prevencie ochorení, zdravotníckej starostlivosti a osobitných druhov starostlivosti- starostlivosť o novorodencov, deti, dospelých, chorých a starých ľudí.
- Rozvinúť a zdokonaľiť zručnosti pri realizácii opatrovateľských činností.

Výstup kurzu

- Vyškolenie odborných zdravotných asistentiek v oblasti zdravotníctva a sociálnej práce.

Význam kurzu

Absolventky kurzu získajú podstatné informácie o zdraví, chorobe, aktivitách potrebných na udržanie zdravia, prinavrátenie zdravia, zlepšenia života dlhodobo chorých a invalidných osôb. A zároveň získajú informácie o problémoch, ktoré sú v danom regióne a možnostiach ich riešení.

Teoretické informácie budú doplnené praktickým precvičovaním, v mieste realizácie (priestory FZ- učebňa pre ošetrovateľské techniky, SZŠ- Levoča, detašované pracovisko FZ KU). Účastníčky sa rozdelia do dvoch skupín a individuálne si precvičia vybrané techniky.

Získané informácie môžu absolventky využiť v starostlivosti o vlastných rodinných príslušníkov, ale i v starostlivosti o iných členov komunity. Mladšie účastníčky môžu svoje vedomosti a zručnosti uplatniť ako opatrovateľky u nás i v zahraničí.

Zárukou úspešnosti kurzu, sú lektori, ktorí majú bohaté teoretické i praktické skúsenosti.

Absolventi Fakulty zdravotníctva - ktorá kurz organizuje, úspešne pôsobia ako sestry a opatrovateľky na Slovensku i v zahraničí.

Realizácia kurzu

Kurz sa realizuje 6 týždňov. Celkový počet kurzov je 6, z toho dva kurzy sa realizujú v obci Rudňany a štyri kurzy v meste Ružomberok.

Každý týždeň sa účastníčky vzdelávajú v rovnaké dni- štvrtok, piatok po 5 hodín (dopoludnie- 8.00- 12.30).

Účastníčky získavajú informácie prostredníctvom prednášok, ale počas hodiny je priestor na diskusiu, spätnú väzbu.

Predmety v kurze sú rozdelené na teoretické a praktické. Teoretických predmetov je 9 a sú to: Výchova k zdraviu, Sociálna starostlivosť a opatrovateľstvo, Zdravoveda, Verejné zdravie, Náuka o výžive, Zdravé rodičovstvo, Prevencia poškodenia zdravia, Základy infektológie, Zdravotná starostlivosť.

Posledné hodiny kurzu sú venované technikám, kde sa kombinuje metóda hovoreného slova s demonštráciou a praktickým precvičovaním. Praktické hodiny sú venované: obväzovým technikám, starostlivosti o chorých, hygienickej starostlivosti, základom prvej pomoci, podávaniu jedla, kŕmeniu, podávaniu liekov, dezinfekcii.

Pre účastníčky kurzu je vytvorené komunitné centrum, kde môžu pracovať s počítačom, venovať sa doplnkovým aktivitám, prípadne centrum slúži ako herňa pre deti účastníčok.

Všetky účastníčky majú k dispozícii a písomne spracované prednášky- učebné texty.

Spokojnosť účastníčok s priebehom kurzu- prieskum

Cieľ prieskumu:

- získať informácie o názoroch, pocitoch účastníčok kurzu,
- identifikovať slabé miesta pri realizácii projektu,
- zabezpečiť kvalitný priebeh vzdelávacieho kurzu.

Metodika:

- dotazník,
- pozorovanie, neštruktúrovaný rozhovor,
- metóda spracovania údajov,
- komparácia.

Na získavanie vedomostí sme použili ako hlavnú, empirickú metódu- dotazníka. Dotazník obsahoval 13 položiek- 5 zatvorených, 5 otvorených, 3 polotvorené a 2 demografické položky (vek, dĺžka nezamestnanosti).

Výsledky sme spracovali a vyhodnotili v absolútnych číslach a percentách, prehľadne sú spracované v tabuľkách.

Prieskumný súbor:

Výber respondentov bol zámerný, účastníčky kurzu. Počet- 50

Celkovo sa rozdal 50 dotazníkov, vrátilo sa 42 - 84%.

Charakteristika prieskumnej vzorky

Tabuľka 1

Vek	počet	percento
Mladší dospelý vek	10	20%
Stredný dospelý vek	18	36%
Starší dospelý vek	22	44%

Poznámka:

Najmladšia účastníčka 1. kurzu mala 19 rokov, najstaršia 53 rokov.

Priemerný vek účastníčok bol 38 rokov.

Dĺžka nezamestnanosti- v priemere 4 roky,

Najkratšia dĺžka nezamestnanosti bola 7 mesiacov a najdlhšia 14 rokov.

Realizácia prieskumu

Prieskum sme realizovali v mesiacoch september a október 2006. Názvy otázok a odpovede sú uvedené v nasledujúcom texte.

Otázka č. 1 Kurz ma zaujal už pri predstavovaní:

Tabuľka 2

Odpoveď	Počet	percento
Áno	32	64%
Nie	6	12%
Neodpovedali	12	24%

Na otázku odpovedalo 38 respondentov, 32 kurz zaujal už pri predstavovaní, 6 respondentov kurz pri prezentácii nezaujal.

Otázka č. 2 Kurz ma zaujal po úvodných prednáškach:

Tabuľka 3

Odpoveď	počet	percento
Áno	33	66%
Nie	5	10%
Neodpovedali	12	24%

Na otázku č. 2 odpovedalo opäť 38 respondentov, z toho 33 odpovedalo, že ich zaujal kurz po úvodných prednáškach, 5 uviedlo možnosť b)- nie.

Otázka č. 3 Najviac ma zaujímajú predmety:

Tabuľka 4

Odpoveď	počet	percento
Výchova k zdraviu	13	26%
Sociálna starostlivosť a opatrovateľstvo	14	28%
Zdravoveda	13	26%
Verejné zdravotníctvo	5	10%

Odpoveď	počet	percento
Náuka o výžive	10	20%
Zdravé rodičovstvo	4	8%
Ochrana a bezpečnosť pri práci	3	6%
Základy infektológie	0	0%
Zdravotná starostlivosť	7	12%
Prax, ošetrovateľské techniky	4	8%

Pri vyhodnotení otázky č. 3 sme zistili, že najviac zaujímavé predmety sú: Výchova k zdraviu, Sociálna starostlivosť a opatrovateľstvo, Zdravoveda a Náuka o výžive.

Otázka č. 4 Aké predmety by ste vylúčili?

Tabuľka 5

Odpoveď	počet	percento
Základy infektológie	1	2%
Verejné zdravotníctvo	2	4%
Ochrana a bezpečnosť pri práci	6	12%
Žiadne	8	16%
Neodpovedali	33	66%

Na otázku odpovedalo 17 respondentov, 33 respondentov nevyplnilo. Respondenti by vylúčili predmety: Základy infektológie, Verejné zdravotníctvo, Ochrana a bezpečnosť pri práci.

Otázka č. 5 Aký predmet by ste doplnili?

Tabuľka 6

Odpoveď	počet	percento
Žiadne	20	40%
Viac praxe	3	6%
Neodpovedali	27	54%

Pri vyhodnotení otázky sme zistili, že teoretické predmety sú zostavené správne, účastníckam chýba viac hodín praxe.

Otázka č. 6 Čo sa Vám pri realizácii kurzu nepáči?

Tabuľka 7

Odpoveď	počet	percento
Všetko sa mi páči	19	38%
Som spokojná	10	20%
Neodpovedali	21	42%

Na otázku odpovedalo 29 respondentov, odpovedali pozitívne- kurz sa im páči a sú spokojné.

Otázka č. 7 Čo sa Vám páči?

Tabuľka 8

Odpoveď	počet	percento
Všetko	10	20%
Dozviem sa nové informácie	4	8%
Kolektív	5	10%
Pohoda	3	6%
Ľudové vyjadrovanie	5	10%
Neodpovedali	23	46%

Pri vyhodnotení sme sa dozvedeli konkrétne informácie čo sa respondentkám na kurze páči, prevládali odpovede, ako: kolektív, ľudové vyjadrovanie lektorov, nové informácie.

Otázka č. 8 Ktoré pomôcky by Vám pomohli pri vyučovaní?

Tabuľka 9

Odpoveď	počet	percento
Žiadne	10	20%
Obrázky	6	12%
Brožúrky	10	20%
Zdravotné pomôcky	4	8%
Neodpovedali	20	40%

Na otázku odpovedalo 30 respondentov nasledovne: pri vyučovaní im chýbajú zdravotné pomôcky, viac písomných materiálov- obrázky, brožúrky.

Otázka č. 9 Ak prídem domov čítam si poznámky a poskytnuté materiály

Tabuľka 10

Odpoveď	počet	percento
Áno	13	26%
Nie	2	4%
Niekedy	25	50%
Bez odpovede	10	20%

Na otázku odpovedalo kladne 13 respondentov, 25 odpovedalo niekedy a 2 nie. Môžeme skonštatovať, že 38 respondentov si študuje poskytnuté materiály, čo svedčí o ich záujme a motivácii k ďalšiemu vzdelávaniu.

Otázka č. 10 Čo Vám pri kurze robí najväčšie starosti, problémy?

Tabuľka 11

Odpoveď	počet	percento
Sedieť a počúvať 45 minút	8	16%
Záverečné preverovanie vedomostí	14	28%
Absolvovanie praxe	3	6%
Iné	5	10%
Bez odpovede	20	40%

Na otázku odpovedalo 30 respondentov, najviac sa obávajú záverečného testu- 28% a ťažkosti im robí sedieť a počúvať jednu vyučovaciu hodinu.

Otázka č. 11 Doteraz som nadobudla v kurze nové a zaujímavé informácie:

Tabuľka 12

Odpoveď	počet	percento
Áno	25	50%
Nie	9	18%
Neodpovedali	16	32%

Tabuľka 12. 1

Odpoveď	počet	percento
Nové informácie o zdraví	13	26%
Informácie o zdravotnej starostlivosti	5	10%
Informácie zo sociálnej oblasti	4	8%
Praktické zručnosti	3	6%

Na otázku odpovedalo 34 respondentov, 25 odpovedalo kladne a uviedli doplňujúce informácie (tab. 12.1), 9 uviedlo zápornú odpoveď.

Otázka č. 12 Získané vedomosti a certifikát využijem pri:

Tabuľka 13

Odpoveď	počet	percento
Hľadanie novej práce	14	28%
Pre svoje potreby	3	6%
Obe predchádzajúce možnosti	23	46%
Iné	3	6%
Bez odpovede	7	14%

Na poslednú otázku odpovedalo 43 respondentov, vedomosti využijú pri hľadaní novej práce, ale aj pre osobné potreby, v starostlivosti o svojich blízkych.

Otázka č. 14 Psychický stav, momentálne sa cítim:

Tabuľka 14

Odpoveď	počet	percento
Nepotrebná a zbytočná	5	10%
Cítim sa dobre	5	10%
Som rada, že som v spoločnosti nových známych	30	60%
Iné	1	2%
Bez odpovede	9	18%

Pri vyhodnotení otázky sme zistili, že len 5 žien sa cíti zle- nepotrebné a zbytočné, 35 sa vyjadrilo pozitívne- sú rady v spoločnosti nových známych a cítia sa dobre.

Diskusia

Na základe dotazníkového prieskumu doplneného informáciami z pozorovania, rozhovorov, môžeme konštatovať, že vzdelávací kurz bol pre absolventky zaujímavý, čo vyjadrili svojimi odpoveďami (otázky 1,2,6,7), ale i pozornosťou a účasťou na prednáškach. Predmety a rozvrh bol zostavený správne - od jednoduchšieho k zložitejšiemu (Výchova k zdraviu- Základy infektológie), teória - praktické precvičovanie.

Najzaujímavejšími predmetmi boli: Výchova k zdraviu, Sociálna starostlivosť a opatrovatelstvo, Zdravoveda a Náuka o výžive.

Menej zaujímavé boli: Základy infektológie, Verejné zdravotníctvo, Prevencia poškodenia zdravia.

Môžeme konštatovať, že prvý kurz prebehol bez výrazných komplikácií, jediný nedostatok boli názorné a didaktické pomôcky, ktoré neboli na začiatku kurzu k dispozícii, nakoľko sme projekt financovali na začiatku z vlastných zdrojov a až v druhej polovici septembra (2006) boli k dispozícii financie z fondu.

Prvý kurz sa skončil v dohodnutom termíne 27.10. 2006. Certifikát sme odovzdali 43 absolventkám.

Poznámka: 1 účastníčka sa nezúčastnila posledný týždeň kurzu, 4 získali zamestnanie, 2 odišli bez udania dôvodu.

Záver

Fakulta zdravotníctva v spolupráci s partnermi má veľký záujem podieľať sa na riešení problémov a zlepšení kvality života ohrozenej časti populácie.

Vzdelávací kurz, ktorý sa realizuje, pomáha ženám, niektorým dočasne (aktívny príspevok, počas realizácie kurzu) zlepšiť ich ekonomické a psychosociálne problémy.

Je len na nás- interných a externých pedagógoch KU v Ružomberku, aby sme svojim prístupom, výkladom a praktickými radami, pripravili Asistentky zdravotnej a sociálnej starostlivosti, ktoré si nájdu uplatnenie na trhu práce a sami budú môcť podať pomocnú ruku niekomu, kto je v núdzi a potrebuje pomoc.

BIOETICKÉ A ETICKÉ PROBLÉMY SPOJENÉ S LIEČENÍM RÓMSKEHO ETNIKA NA SLOVENSKU

Littva V.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra všeobecného základu

1. Definícia Rómskeho etnika

V súčasnosti sa stretávame s neobvyklým záujmom o Rómske etnikum a spoločenstvo. Tento záujem je okrem iného v nemalej miere podmienený možnosťami vytvorenia a realizovania nových projektov, ktoré sú štedro financované Európskym sociálnym fondom (ESF). Vním však, že hlavným dôvodom je uvedomenie si zložitého postavenia tejto skupiny vrámci spoločnosti a ochota riešiť túto situáciu v prospech nielen majoritnej spoločnosti ale aj Rómskeho etnika.

Z toho dôvodu je najskôr potrebné poznať Rómske etnikum, jeho dejiny, kultúru, tradície i potreby jemu vlastné a až potom sa zapájať do priektoov. Iba tak sa zabezpečí lepšia účinnosť a cielenosť poskytnutej pomoci. Obyvateľstvo, ktoré nazývame Rómske etnikum sa tradične delí na dve vetvy: *Rómovia* - pôvodné cigánske obyvateľstvo vo východnej Európe a *Sinti*, ktorí prišli do západnej Európy už v stredoveku a dodnes tu žijú. Toto delenie je však nepresné. Okrem nich existujú aj nasledovné skupiny:

- [Jerli](#), žijúci hlavne v [Pobaltí](#), Bielorusiku, Ukrajine a v západnom [Rusku](#)
- [Kalé](#), žijúci v [Španielsku](#), južnom [Francúzsku](#) a vo [Fínsku](#)
- [Kalderaš](#), zastúpení v juhovýchodnej Európe
- [Lalleri](#), žijúci hlavne v [Rakousku](#)
- [Lovara](#), žijúci v Rakúsku, [Maďarsku](#) a na [Slovensku](#)
- [Manuš](#), zastúpení vo Francúzsku²¹

Etymologicky je etnonymum ROM spojené s názvom Dom. Dnes se menom Domovia označuje početná indická „džáti“ (kasta), rozšírená po celé severní Indii. Niektoré domské rody sa živili a dodnes živia kováčskou prácou, pletením košov, ako artisti, obchodovaním a podobne. Slovo Rom/Romni – Rom, Romka je teda etnickým označením príslušníka rómskej spoločnosti.²²

²¹ <http://cs.wikipedia.org/wiki/Cikani>

²² Čerpané z : Projekt Varianty, Člověk v tísni, společnost při ČT, o.p.s., 2002

Na mezinárodnom fóre sa názov Róm objavil prvý krát 8. apríla 1971, kedy ho účastníci prvého mezinárodného kongresu Rómov v Londýne včlenili do názvu reprezentatívnej organizácie RIJ – Romano Internacionalno Jekhipen, dnes IRU – Internacionalno Romani Unia – (Mezinárodná rómska únia). Predstavitelia Rómov vtedy poprvý krát na mezinárodnej úrovni deklarovali endo-etnonymum Róm jako oficiálny názov príslušníkov rómskeho etnika. Do roku 1971 se teda Rómovia nazývali Rómami len medzi sebou.

Rôzne exonymy: Cikáni (česky), Cygaňe (rusky), Zigeuner (nemecky), Zingari (taliansky), Tsiganes (francúzsky), Gypsies (anglicky), Gitanes (francúzsky), Tattare (švédsky), Bohemiens (francúzsky) časom získali negatívne významy. „Gypsy“ – ktokoľvek, kto sa potuluje a nežije na jednom mieste, „cigániť“ – klamať a podobne.²³

2. Spôsob života Rómskeho etnika

Niet pochýb o tom, že Rómske etnikum žije svojším – jemu vlastným spôsobom života. Tento spôsob života spolu s tradíciami je tak odlišný od väčšinového obyvateľstva v každom štáte kde sa toto etnikum nachádza, že na prvý pohľad pôsobí nesúrodo a vydelene. Prezentácia Rómskeho spôsobu života je rôzna. Raz sa Rómsky problém prezentuje s pohľadu etnocity, inokedy ako sociálnosti, vzdelanosti či kultúrny. Podľa mnohých politológov má zásluhu na tom, že sa majoritná časť populácie začala viac zaujímať o Rómov, aj ich zvýšená migrácia do krajín EÚ, čo viedlo k zhoršeniu obrazu Slovenska v zahraničí a opätovnému zavedeniu vízovej povinnosti zo strany viacerých štátov. Padlo rozhodnutie, že sa niečo musí riešiť. Nieje to pop prvý krát. Už predošlé štátne zriadenia sa pokúšali vyriešiť takzvanú Rómsku otázku.

Prístup komunistického štátu sa opieral o opatrenia ako sociálna asimilácia, organizovaný rozptyl a integrácia cigánskeho obyvateľstva do majoritnej spoločnosti. Tento postup vyplýval z učenia o rovnosti v oblasti nielen ľudskej ale aj sociálneho zabezpečenia. Tak ako každý občan vtedajšieho socialistického štátu, tak aj rómovia podotýkam nie mohli, ale museli byť zamestnaní. Ako každý iný občan, tak aj Rómovia museli mať základný príjem na zabezpečenie bývania a výživy. Štát vypracoval nákladné projekty, vybudoval

²³Názvy jako česky Cikán, nemecky Zigeuner, slovensky Cigán, francouzsky Tsigane, maďarsky Cigányok atd. sú len exo-etnonymá, nemajú žiadne iné významy. V rómštine sa nepoužívajú. Tieto exo-etnonyma boli odvodené z Gréckeho slova Athinganoi. V byzantských prameňoch se slovo objavuje už v 8. storočí. Grécke slovo Athingani znamená „nedotknuteľní – ľudia, ktorí nechcú, aby se ich ostatní dotýkali, nechcú byť dotýkáni“.

Exo-etnonymá ako anglické Gypsy, španielske Gitanos, francúzske Gitanes sú odvodené od názvu Aiguptos / Aiguptissa (Egyptan / Egyptanka), ktoré nachádzame v starých byzantských listinách neskôr než Athingani, najneskôr od konce 13. storočia. Prečo Byzantinci nazývali Rómov Egyptanmi? Považovali ich za Egyptanov, alebo boli Rómovia Egyptanom podobní? Prichádzali niektoré skupiny Rómov do Byzance cez Egypt? Alebo preto, že Rómovia žili na území Byzance, ktoré bolo nazývané Malý Egypt? Takouto oblasťou bola napríklad veľká a pomerne známa rómska kolónia nazývaná Gyppe-Malý Egypt pri mestae Modon (Methone) na západnom pobreží Peloponéza.

bývanie (byty a domy) a potom to odovzdal v mene myšlienky sociálnej spravodlivosti a rovnosti Rómom zadarmo, prípadne za symbolickú cenu²⁴. Zabudlo sa však na tie najzákladnejšie veci. Rómovia, ktorí boli takto presťahovaní neboli pripravení na takúto zmenu. Projekty nerešpektovali ani špecifiká ich života a ani ich tradície a kultúru²⁵. Preto sa zdá byť samozrejmý, že takéto projekty boli odsúdené na neúspech. Okrem toho si Rómovia nikdy nevytvorili kladný vzťah k tomu, čo dostali zadarmo²⁶. Môžeme povedať, že napriek enormnému úsiliu štátu sa sociálna asimilácia ale ani integrácia Rómskeho obyvateľstva do majoritnej skupiny nepodarila. Rómovia zostali žiť na okraji majoritnej spoločnosti.

3. Aké sú demografické ukazovatele Rómskeho etnika

Podľa odborníkov žije v súčasnosti vo svete približne 12 miliónov Rómov, z toho až 8 miliónov v Európe (najviac v Rumunsku 1,8 - 2,8 milióna). Pri sčítaní ľudu v roku 1991 sa mohli Rómovia aj na Slovensku prihlásiť ku svojej etnickej príslušnosti, no túto možnosť využilo iba 75 802 (1,4% celkovej populácie Slovenska). Pod takýto výsledok sa podpísali: nedostatočne rozvinuté rómske etnické vedomie, nedostatočná pripravenosť a názorová nejednotnosť rómskych politických a kultúrnych subjektov. Podobne to bolo aj podľa výsledkov sčítania obyvateľstva z mája 2001. K Rómskej národnosti sa prihlásilo iba 89 920 ľudí. Reálne však možno predpokladať, že na Slovensku žije v súčasnosti 300-350 tisíc Rómov. Z demografického hľadiska predstavujú Rómovia na Slovensku progresívny typ populácie na úrovni etník tretieho sveta a prechádzajú procesmi vo fázovom oneskorení za majoritnou populáciou. Rómska menšina sa zároveň vyznačuje stále pretrvávajúcimi odlišnými vzorcami reprodukcie, neustálym populačným prírastkom hlavne v zaostalých rómskych osadných komunitách. V dlhodobom časovom horizonte bude pokračovať jej neustály početný rast. Počet detí na jednu rómsku ženu je 4,2, čo je viac ako trojnásobok pôrodnosti celej ženskej populácie SR (1,2 na jednu matku v r. 2001). Ako poznamenali autori predchádzajúcej správy, reprodukčné správanie rómskej populácie je blízke situácii u nerómskej populácii pre niekoľkými desaťročiami, resp. je porovnateľné s údajmi z rozvojových krajín. Je zrejmé, že demografická štruktúra a správanie zodpovedá sociálnym, ekonomickým a kultúrnym podmienkam a sídelnej štruktúre danej skupiny obyvateľstva.²⁷

Rómska populácia sa vyznačuje:

- *nižším vekom dožitia* - Odhady odborníkov sa rôznia: na základe sčítaní obyvateľstva v r. 1970 a 1980 bol odhadnutý vek dožitia rómskych mužov 55,3 rokov a žien 59,5 rokov

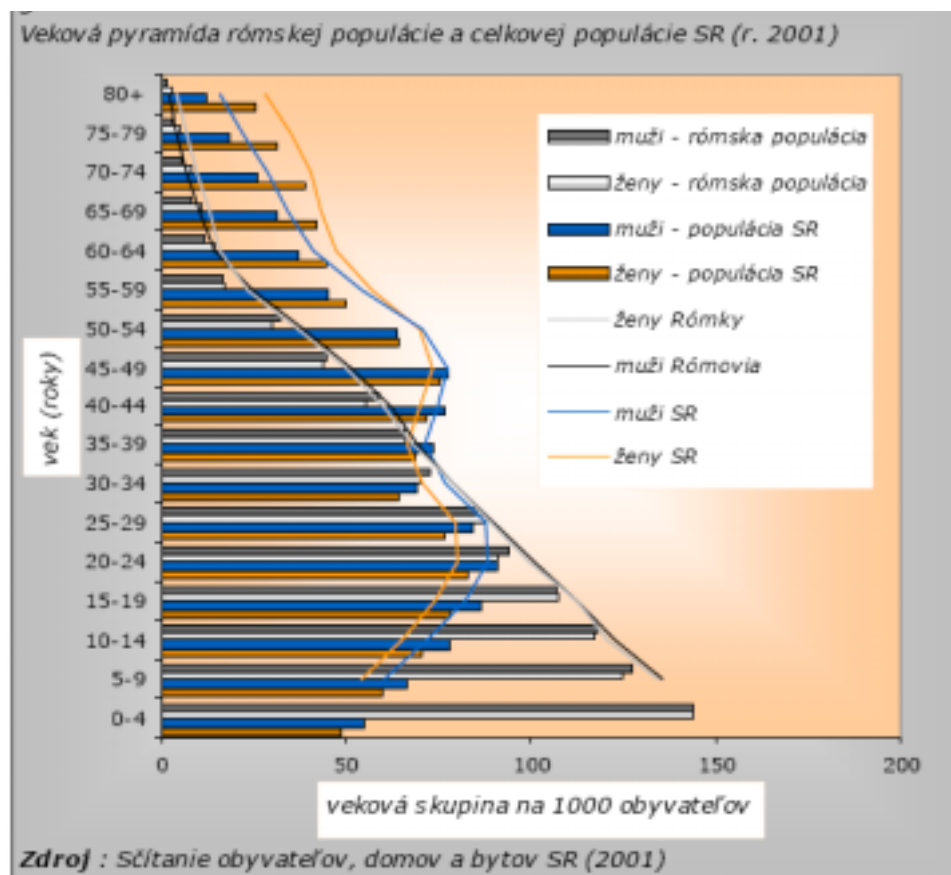
²⁴ Typickým príkladom sú napríklad súdlisko Luník 9 v Košiciach a obytné domy pri osade Dobrá Vôľa na Spiši.

²⁵ Spôsob života Rómskeho etnika bol odlišný v tom, že sa do tých čias živil viac kováčskymi a sezónnymi prácami. Ich pôvodné obydlia boli zariadené veľmi jednoducho a účelne. Časť Rómskeho etnika viedla kočovný život, ktorý bol v čase budovania socializmu zakázaný.

²⁶ Niektoré rodiny po spustošení nových bytov sa navrátili do pôvodných chatrčí. Ak tieto boli medzitým zrovnané so zemou, tak si ich na pôvodnom mieste postavili nanovo.

(Kalibová, 1989). Aktuálnejšie odhady udávajú pre Rómov strednú dĺžku života 62,4 roka a pre Rómky 71,6 rokov. Rozdiel 6-7 rokov oproti majoritnému obyvateľstvu sa javí ako realistickejší odhad súčasného stavu.

- vyššou úmrtnosťou
- prítomnosťou ochorení, ktoré sa už zdali byť eliminované
- odlišnou vekovou skladbou - Zatiaľ čo je podľa slovenských demografov podiel detí u nerómskeho obyvateľstva už zhruba len 17%, v rómskej populácii je to až 37%. Podiel detí do veku 14 rokov tvorí u Rómov v SR 38,7%, kým u celkovej populácii iba 18,9%. Naopak, podiel obyvateľov starších ako 60 rokov predstavoval v r. 2001 iba 3,6% z celej rómskej populácie, zatiaľ čo celoslovenský priemer bol 15,5%.²⁸



²⁷ Bližšie pozri kapitolu *Rómovia a chudoba* v Národnej práve o ľudskom rozvoji SR 2000. UNDP, CPHR, Bratislava (2000).

²⁸ Národná správa o ľudskom rozvoji SR 2001-2002 str. 47-54.

4. Vzťahy medzi majoritným etnikom a Rómskym etnikom

Medzi majoritným etnikom a rómskym etnikom je množstvo problémov. Mnoho problémov v spolužití romského etnika s majoritnou spoločnosťou vyplýva z odlišných kultúrnych tradícií, štruktúry hodnôt, úrovne vzdelania a sociálneho prostredia, v ktorom vyrastá mladá generácia.

Problémy spolužitia rómskeho etnika s majoritnou spoločnosťou majú svoje korene v násilnej integrácii rómskych rodín do podmienok života majoritnej spoločnosti, ktorá prebiehala v období od konca druhej svetovej vojny až do politických zmien na konci 80. rokov 20. storočia. Vtedy boli rómske rodiny sťahované do bytov na sídliskách, kde ich odlišné zvyky zapríčiňovali konflikty s majoritnou spoločnosťou.

O súčasných vzťahoch hovoria aj prieskumy verejnej mienky uskutočnené ÚVVM ŠÚ SR. Tieto vzťahy sú poznačené skutočnosťami ako:

- uzavretosť - zo strany majoritnej väčšiny podľa prieskumov až 80% respondentov uvádzalo spoločenskú dištanciu voči Rómom. Podobne je to však aj zo strany rómov voči majoritnej väčšine obyvateľstva. Majoritná väčšina neprijíma ľahko rómskych spoluobčanov do svojho spoločenstva a ani rómska komunita sa notvára voči majoritnej väčšine. Z osobných skúseností môžem uviesť dokonca odcudzenie sa členov rómskej komunity ak títo žijú mimo nej.
- nedôvera - Za najnegatívnejšie vlastnosti Rómov majoritná populácia považuje kriminálne sklony (74%) a vyhýbanie sa poctivej práci (61%). Dôvodov je niekoľko. Jedným z nich je aj fakt, že podiel na kriminalite je u rómskej komunity percentuálne väčší ako u ostatnej populácie. Podobne je to aj s nezamestnanosťou. Na druhej strane je fakt, že štartovacia čiara v úrovni prípravy na zamestnanie, prípadne povolanie je u rómskych spoluobčanov ďaleko nižšia ako u iného obyvateľstva. Jedná sa hlavne o vzdelanostnú úroveň, možnosti realizácie sa a podobne. Z týchto dôvodov je aj zvýšená kriminalita.
- neznášanlivosť 30% dospeléj populácie svoj postoj k Rómom charakterizuje ako nepriateľský, pričom mládež je ešte radikálnejšia - až 34% mladých ľudí má voči Rómom averziu. Podmienené je to hlavne nedostatkami v poznávaní sa navzájom ako aj komunikačnou bariérou. Nemyslím si, že by tam išlo o rasový podtext i keď toto nebezpečenstvo by mohlo vzniknúť. Dôvodom neznášanlivosti bývajú skôr negatívne osobné skúsenosti a zážitky.
- predsudky Až 79% respondentov pripustilo, že Rómov posudzujú častejšie podľa najhorších z nich napriek tomu, že vedia o tom, že aj medzi Rómami je dosť slušných ľudí. Generalizovanie nielen voči rómskemu etniku, ale celkove je problémom

v spoločnosti, ktorá nemala dostatok času viesť svojich občanov k vytváraniu si a prezentovaniu osobných názorov.

- Dezinformovanie – Aj médiá majú svoj podiel viny na dezinformovaní obyvateľstva. Zvlášť pokiaľ sa snažia prezentovať hlavne niečo bombastické a pikantné. Nepodávajú ucelený obraz o skutočnosti, lebo ten sa im zdá častokrát dostatočne nezaujímavý. Od 1.júna 1998 do 31.mája 1999 na pôde Slovenského Helsinského výboru sa realizovalo pozorovanie so zameraním na obraz Rómov vo vybraných slovenských masmédiách, Výsledkom bola hypotéza výskumu, ktorá znela: Obraz rómskeho etnika v slovenských médiách je prezentovaný z pohľadu majoritnej spoločnosti, ktorej sú médiá súčasťou. Obraz rómskeho etnika sa vyznačuje latentnými prejavmi rasizmu vlastného majoritnej spoločnosti, pričom médiá samotné si nimi prezentované predsudky a stereotypy neuvedomujú a nepokladajú ich za rasizmus. Monitorovali sa v tom case najcitanejšie celoslovenské tituly - denníky Nový Cas, Pravda, Slovenská republika, SME, Práca a Národná obroda - a hlavné spravodajské relácie STV, TV Markíza a SRO. Zachytávali sa všetky informácie, v ktorých sa nejakým spôsobom objavili Rómovia ako etnická skupina.

5. Choroby, ktoré najviac ohrozujú Rómske etnikum

Rómske komunity sú aj v súčasnosti ohrozené množstvom chorôb. Mnohé z nich sú rovnako rozšírené v rovnakej miere aj v majoritnej spoločnosti, no niektoré sú pre rómsku komunitu špecifické.

- infekčné choroby – hlavne tuberkulóza²⁹, HIV/AIDS, syfilis, kvapavka, žltáčka a svrab. Periodicky sa v týchto lokalitách vyskytuje meningitída. Vyšší ako u majoritného obyvateľstva je v rómskej populácii aj výskyt ochorení dýchacích ciest
- srdcovo-cievne choroby – tieto problémy sú spojené hlavne s neskorým diagnostikovaním choroby ako aj s nezdravou životosprávou.
- podvýživa a zlé stravovacie návyky – podvýživa je nie spojená ani tak veľmi s chodobou alebo hmotnou núdzou, skôr s nesprávnym rozdelením životných prostriedkov na určené časové obdobia. Nie je tajomstvom, že v prvých piatich dňoch po prijatí sociálnych dávok mnohí Rómovia minú viac ako po celý zvyšok mesiaca.
- choroby vyskytujúce sa takmer výlučne u rómskej populácie napríklad tzv. kongenitálny glaukóm (KG), ktorý predstavuje závažnú vývojovú anomáliu očí vyvolávajúcu slepnutie na základe zvýšenia vnútroočného tlaku. Medzi najtypickejšie vrodené choroby rómskej

²⁹ Výskyt u dospelých jedincov v rómskom etniku je len mierne zvýšený oproti majoritnému obyvateľstvu. Podiel na celkovom výskyte TBC je 13,8%. U detí v rómskych komunitách vysoko presahuje percentuálny podiel rómskeho obyvateľstva obyvateľstva 66,6%. Zdroj: Solovič, I.: Tuberkulóza- závažný problém v súčasnosti, Katolícka univerzita v Ružomberku, Ružomberok 2006.

komunity patria ďalej: fenyketonúria a kongenitálna hypotyreóza (metabolické poruchy spôsobujúce celoživotnú invalidizáciu), vrodená deformita lebky a niektoré prípady mentálnej retardácie

6. Dôvody, ktoré sťažujú liečenie pacientov z Rómskeho etnika

- nedôvera voči medicíne a lipnutie na tradíciách
- prístup Rómov k zdravotnej starostlivosti je horší ako u ostatného obyvateľstva
- neschopnosť obyvateľov osád určiť závažnosť ochorenia či úrazu
- celkovej zlej komunikácii medzi oboma partnermi
- poplatky za poskytované zdravotné služby
- nedostatok lekárov pochádzajúcich z Rómskeho etnika
- nechť pracovať s Rómskym etnikom
- nesprávna životospráva –
 - a) zlé stravovacie návyky rómskej komunity. Sčasti je to výsledok tradičného prístupu k životu, vo veľkej miere však aj výsledok zlých sociálno-ekonomických podmienok. Tradičná rómska kuchyňa je z hľadiska racionálnej výživy absolútne nezdravá. Preferuje masťné jedlá, mäso horšej kvality, múčne jedlá a takmer vôbec neobsahuje ovocie a zeleninu.
 - b) kult krásy a vážnosti, ktorý v komunite prevažuje. Autorita v komunite je často viazaná na vonkajší výzor jedinca. V prípade oboch pohlaví majú väčšiu autoritu jedinci silnejšej postavy (v ponímaní nerómskeho obyvateľstva obézni)³⁰
- nedodržiavanie osobnej hygieny – veľká časť rómskych detí nemala hygienické návyky potrebné pre verejné stravovanie.
- nevhodné životné prostredie a nedostatok pitnej vody. Mnohé z rómskych osád ležia v blízkosti smetísk, skládok odpadu či v iných zdraviu škodlivých lokalitách. Až tretina rómskych lokalít nemá prístup k pitnej vode a často používajú na pitie vodu z kontaminovaných zdrojov. V roku 2000 bolo na Slovensku 620 osád - 125 mimo obce, k 55 nebola prístupová cesta, 32 bezpitnej vody, 104 bez osvetlenia, iba 247 malo kanalizáciu či žumpu.³¹
- promiskuita v sexuálnom živote - Tradične vŕelý vzťah k deťom se z mnoha rómskych rodín vytratil a mnoho rómskych deť končí v deťských domovech a v ďalších zariadeniach náhradní péče. Sexuálne a reprodukčné zdravie Vlády a členské štáty by mali venovať zvláštnu pozornosť situácii ženskej populácie Rómov a kočovníkov zabezpečením

³⁰ Čerpané z: Kristína Magdolenová: *Tradícia a zdravie Rómov*, 29.5.2006 [Rómska tlačová agentúra \(RPA\)](#)

³¹ Čerpané z: Kozmová G.: *Rómsky problém na Slovensku*, v Slovenská politologická revue 4/2004.

komplexných služieb a informácií o sexuálnom a reprodukčnom zdraví, zvlášť o plánovaní rodiny. Také služby by mali byť prístupné pre dospievajúcu a dospelú mužskú populáciu Rómov a kočovníkov. Zdravotná politika by mala venovať osobitnú pozornosť zdraviu detí prostredníctvom širokého rozsahu preventívnych opatrení vrátane očkovania a predpôrodnej a popôrodnej starostlivosti. Osobitná pozornosť by sa mala venovať nepľnoletým dievčatám.

7. Možnosti nápravy

Nápravu možno urobiť jedine tak, že sa bude prihliadať na špecifiká tak rómskej komunity ako aj majoritného obyvateľstva. Musí sa hľadať určitý konsenzus z oboch strán. Obe strany musia byť zapojené do tohoto procesu, nakoľko len tak sa zabezpečí jeho fungovanie.

Tri oblasti pôsobenia počas procesu nápravy³²:

1. informovanosť a edukácia³³ – Treba vytvoriť symbiózu, spolužitie pri vzájomnom rešpektovaní špecifik a hľadanie foriem komunikácie prijateľných pre obe spoločenstvá. Na túto úlohu, zlepšiť vzájomnú komunikáciu, bude nutné postupne pripraviť zainteresovaných na oboch stránkach nasledovne:

Edukácia a nácvik vhodného a efektívneho prístupu v komunikácii

- s rómskym pacientom – zvlášť je to úloha komunitného ošetrovateľstva
- so zdravým rómom – vysvetlenie bez prílišnej dištancie

Empatia v kontakte s rómom

- zmena postoja – vedieť sa vcítiť do špecifik rómskeho partnera
- základná výzbroj k vytvoreniu pozitívnej väzby
- techniky zachovania empatie i pri zjavnom negativizme rómskeho partnera

Efektívne pôsobenie k zmenám postoja

- k zodpovednosti - za svoje zdravie
 - za zdravie najbližších
- k akceptácii liečebnej a preventívnej starostlivosti

Základné hygienické návyky

- hygiena stravovania
- hygiena osobná

³² Tieto oblasti boli rozpracované na základe dokumentov Rady Európy dotýkajúcich sa zdravia populácie a jednotlivých komunít.

³³ Európska komisia (2005) *Modernizácia vzdelávania a odbornej prípravy: dôležitý prínos k prosperite a sociálnej súdržnosti v Európe*, Brusel 30. 11. 2005 COM(2005) 549 v konečnom znení dostupnom na adrese

http://www.europa.eu.int/comm/education/policies/2010/doc/progressreport06_sk.pdf (12.10.2005)

- hygiena bývania – Podľa rady Európy uznajúc, že slušné bývanie a uspokojivá hygienická infraštruktúra je sine qua non pre zlepšenie zdravotného stavu komunít Rómov a kočovníkov, vlády členských štátov by mali zabezpečiť:

a) že osady a táboriská Rómov a kočovníkov sú umiestnené na slušných miestach v zdravom prostredí vybavené toaletami, vodou, elektrinou, dláždenými cestami, nádobami na odpad, kanalizáciou atď. za tých istých podmienok ako u ostatnej populácie príslušného regiónu,

b) že členovia kočujúcej populácie, ktorí nemajú prístup na stanovištia karavanov, majú prístup k zdravotnej starostlivosti a k verejným službám,

c) že miestne zdravotné orgány spolupracujú s miestnymi inštitúciami pre bývanie ako aj s ďalšími, aby riešili tieto širšie otázky. Mali by trvať na efektívnom zaangažovaní rómskych a kočovníckych komunít v týchto procesoch³⁴.

2. prevencia a preventívne prehliadky

a) úloha štátu

Štáty by mali zabezpečiť prístup k zdravotným informáciám a zdravotnému vzdelávaniu prostredníctvom kampaní na zvyšovanie informovanosti pre Rómov a kočovníkov uskutočňovaných zdravotnými a sociálnymi pracovníkmi, verejnými orgánmi

b) úloha mimovládnych organizácií

- informovanosť - Informácie o reprodukčnom a sexuálnom zdraví a rodovej rovnosti by sa mali podľa potreby poskytovať ako súčasť zdravotnej výchovy.

- priama pomoc – zdravotné, charitatívne organizácie a podobne.

c) vzdelávanie

Osobitná pozornosť by sa mala venovať vzdelávaniu obyvateľstva vo všeobecnosti a odstráneniu existujúcich predsudkov voči Rómom a kočovníkom, ktoré sú závažnou prekážkou zdravotnej starostlivosti pre Rómov a kočovníkov.

3. sestry, asistenti a sociálni pracovníci spomedzi Rómskeho etnika³⁵

Vlády a členské štáty by mali podporovať školenie pracovníkov zdravotných zariadení a verejných orgánov o rozličných tradíciách, kultúre, životných podmienkach a spôsoboch kočovania a ako toto môže ovplyvniť zdravotné potreby Rómov a kočovníkov.

Participácia Rómov a kočovníkov

a) Všade, kde je to potrebné by mali zdravotné služby zabezpečiť, že sú k dispozícii špecifické služby, ako poradcovia pre rodovú rovnosť a zdravotnícki mediátori, aby riešili zdravotné potreby týchto komunít. Členovia rómskych a kočovníckych komunít

³⁴ Čerpané z: Odporúčanie Rec(2006)10 Výboru ministrov Rady Európy členským štátom na zlepšenie prístupu k zdravotnej starostlivosti pre Rómov a kočovníkov v Európe (prijaté Výborom ministrov 12. júla 2006 na 971. zasadnutí zástupcov ministrov)

³⁵ Čerpané z: Rómske etnikum musí participovať na politickom systéme 9.7.2003 | | [SITA](#)

by mali byť podľa potreby zapojení do rozvoja týchto služieb a, ak je to možné, mali by sa v nich zamestnávať zdravotníci z ich komunít.

- b) kde je to potrebné mali by sa organizovať školenia na zlepšenie vedomostí Rómov a kočovníkov o riadení a správe verejného zdravotníctva.
- c) na budovanie školiacich kapacít by sa mali poskytnúť primerané zdroje, aby sa umožnilo predstaviteľom rómskych a kočovníckych komunít zapojiť sa účinne do procesu konzultácií, keď sa vypracúvajú stratégie a politiky ovplyvňujúce ich zdravie.
- d) Ťažisko školiacich programov pre Rómov a kočovníkov by sa malo posunúť od zdravotných mediátorov, ktorých úloha je sprostredkovať medzi rómskymi pacientmi a zdravotníkmi, poskytovať základnú zdravotnú výchovu a pomáhať rómskym komunitám získať potrebné poistenie a dokumenty, a rozšíriť sa o ambicióznejšie ciele.
- e) Rómovia a kočovníci, ak si to želajú, by sa mali nabádať, aby si zvolili profesie ako sú zdravotné sestry a lekári na všetkých úrovniach zdravotného systému.

8. Projekty a postoj štátu a iných organizácií voči problematike riešenia rómskej problematiky.

Rómska problematika sa rieši v Európe na niekoľkých úrovniach:

8.1 Na úrovni Európskej Únie (prípadne na celosvetovej úrovni)

Jedná sa hlavne o vypracovanie a implementáciu dokumentov a odporúčaní ohľadom zdravotnej starostlivosti. Napríklad:

- 1) Odporúčanie Rec(2006)10 Výboru ministrov Rady Európy členským štátom na zlepšenie prístupu k zdravotnej starostlivosti pre Rómov a kočovníkov v Európe (prijaté Výborom ministrov 12. júla 2006 na 971. zasadnutí zástupcov ministrov) V ňom sa okrem iného konštatuje že v dôsledku zlých životných podmienok početné komunity Rómov a kočovníkov majú horší zdravotný stav než ostatné obyvateľstvo
- 2) Článok 25.1 Všeobecnej deklarácie ľudských práv,
- 3) článok 2 a 24 Dohovoru OSN o právach dieťaťa,
- 4) Dohovor o ľudských právach a základných slobodách (ETS č. 5), a jeho protokol č. 12 (ETS č. 177),
- 5) Rámcový dohovor na ochranu národnostných menšín (ETS č. 157),
- 6) Článok 11 Európskej sociálnej charty (ETS č. 35) o práve na ochranu zdravia
- 7) Článok 3 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne (ETS č. 164) o spravodlivom prístupe k starostlivosti o zdravie a iné dokumenty.

Podľa predchádzajúcich dokumentov by vlády členských štátov mali zabezpečiť:

- a) fyzický prístup k zdravotnej starostlivosti, vrátane rýchlej zdravotnej pomoci pre rómske a kočovnícke komunity toho istého štandardu ako pre ostatné obyvateľstvo prostredníctvom primeraných ciest, komunikácií, ambulancií a služieb,
- b) prístup k zdravotnej starostlivosti pre Rómov a kočovníkov, ktorí sú utečenci a žiadatelia o azyl v súlade so záväzkami medzinárodných dohovorov,
- c) zaradiť zlepšenie zdravotného stavu Rómov a kočovníkov k prioritným oblastiam a rozvinúť potrebnú celkovú stratégiu a zdravotnú politiku,
- d) zdôrazniť dôležitosť medzirezortného prístupu, berúc do úvahy právo získať občianstvo, doklady totožnosti, sociálne dávky, sociálne poistenie, vzdelávanie, zamestnanie, slušné životné podmienky, bývanie a iné faktory ovplyvňujúce zdravotný stav a prístup k starostlivosti,
- e) zvážiť zavedenie zberu demografických údajov na prísne dobrovoľnom základe, aby rôzne rómske a kočovnícke komunity boli zohľadnené v plánovaní zdravotných služieb týmto komunitám. Štátne a miestne zdravotnícke orgány by mali nabádať na výskumy a budovanie poznatkovej základne informácií o zdravotných potrebách rómskych a kočovníckych komunít, o efektívnosti poskytovaných služieb a o tom, ako najlepšie reagovať na tieto potreby,
- f) prijať vhodné opatrenia na zoznámenie širokej populácie s potrebami účinných osobitných opatrení zameraných na rovnaký prístup k zdravotnej starostlivosti pre Rómov a kočovníkov,
- g) vyčleniť osobitné financovanie vo všetkých krajinách, kde sa Rómovia a kočovníci stretávajú s problémami v prístupe k systému zdravotnej starostlivosti
- h) zohľadniť množstvo dobrých skúseností existujúcich v iných členských štátoch a/alebo regiónoch (napr. zdravotné jednotky pre Rómov a kočovníkov, zdravotní mediátori, školenia o primárnej zdravotnej starostlivosti, príručky).

- podpora projektov cez Európsky sociálny fond³⁶, prípadne PHARE³⁷

8.2 Na úrovni Slovenskej republiky - FSR Fond sociálneho rozvoja

Jedná sa hlavne o vytváranie a podpora projektov, ktoré by svojou realizáciou mali pokryť alebo celé územie Slovenskej republiky, alebo aspoň územie jedného Vyššieho

³⁶ Príkladom je projekt realizovaný Fakultou zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku s názvom: *Vzdelávanie a rekvalifikácia nezamestnaných žien s prednostným zameraním na ženy z rómskeho etnika na získanie vedomostí a zručností v oblasti zdravotníctva*. Tento projekt je v druhej etape realizácie. Bol vypracovaný FZ KU v Ružomberku a financovaný je z Európskeho sociálneho fondu.

³⁷ Príkladom je PHARE twinningový program SK0002 / SK00 / IB-OT-01 Jedná sa o program poskytnutia a využitia informácií a skúseností s podobnou problematikou vo Francúzsku.

územného celku.³⁸ Takým projektom je napríklad Projekt edukácie a prípravy k skvalitneniu efektívnej komunikácie s rómskymi spoluobčanmi v rámci starostlivosti o reprodukčné zdravie³⁹

8.3 Na úrovni jednotlivých inštitúcií a organizácií

Organizácie a inštitúcie sa môžu slobodne zapojiť do projektov dotýkajúcich sa podpory zdravia rómskeho obyvateľstva. Sami, alebo v spolupráci s inou inštitúciou, prípadne organizáciou môžu vypracovať podobný projekt a podať ho na schválenie so žiadosťou o participované financovanie, či už zo štátnych zdrojov, alebo fondov Európskej únie.

³⁸ Napríklad Ien V Banskobystrickom kraji podporil v roku 2004 FSR projekty za 46 miliónov Sk (Miro Gergeľ, Romano Nevo ľil, Banská Bystrica, 6.3.2005).

³⁹ O tomto projekte sa písalo v EMPATIA č.1/2000

ŠPECIFIKUM PRÍSTUPU K REPRODUKČNÉMU ZDRAVIU U RÓMSKEHO ETNIKA

Košč J. M.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra všeobecného základu

Vážené dámy a páni!

Chcem sa ponajprv poďakovať organizátorom tejto konferencie za túto myšlienku, i za to, že mi dali možnosť prehovoriť na tomto fóre. Nazvať to prednáškou je trochu nadnesené, ja by som povedal, že je to jeden skromný postreh na tému.

Chcem tiež poďakovať predstaviteľom Fakulty Zdravotníctva a špeciálne p. doc. Ing. Karlovi Komárekovi PhD za to, že na tejto fakulte vznikol už spomínaný a predstavený projekt : „Vzdelávanie a rekvalifikácia nezamestnaných žien s prednostným zameraním na ženy rómskeho etnika na získanie vedomostí a zručností v oblasti ošetrovateľstva, zdravotnej starostlivosti, starostlivosti o novorodencov, hygieny a životného štýlu pre výkon opatrovateliek a asistentiek zdravotnej starostlivosti v prostredí rómskej komunity a sociálne odkázaných občanov v okrese Ružomberok a v obci Rudňany“.

Toto v nijakom prípade nie je nejaké povinné „laudazio“ na organizátorov. Je to moja osobná snaha o čo najobjektívnejšie zhodnotenie situácie a tiež osobná skúsenosť s faktom. Vysvetlím.

O problematike takého a onakého správania sa rómskeho etnika sa kde-tu nájde informácia v rôznych médiách. A ja som to doposiaľ vnímal vždy ako istú informáciu..., ktorá sa ale mňa osobne netýka. Odkedy však existuje tento projekt, aj spätne prehodnocujem niektoré informácie, ktoré som dostal prostredníctvom médií a začal som nad tým viac uvažovať.

Poprosím Vás, aby ste sa zamysleli spolu so mnou.

Iste si všetci spomínate na „kauzu“ rómskych žien, ktoré vyhlásili, že im bola vykonaná sterilizácia bez ich súhlasu, či vedomia. Toto bolo medializované pred asi troma mesiacmi. Teraz zas bola medializovaná správa o iniciatíve Rožňavského mestského úradu o finančné preplácanie antikoncepcie u sociálne slabších, resp. u obyvateľiek rómskeho etnika, atď.

Tieto informácie ma nenechali ľahostajným. No táto posledná ma však práve vzhľadom na už spomínaný projekt veľmi zaujala.

Hneď som sa obrátil na biskupský úrad v Rožňave a požiadal o informácie, čo všetko v tejto veci podnikli. Na moje obrovské, prekvapenie tam o tom ani nevedeli!!! O. biskup ma ubezpečil, že hneď podnikne patričné kroky.

Obrátil som sa aj na primátora mesta Rožňava, kde mi mailom odpovedal viceprimátor Mgr. Dionýz KEMÉNY. Následne som sa s ním spojil telefonicky a on mi veľmi ochotne porozprával o celom projekte. Tento však zastrešuje Inštitút pre plánované rodičovstvo v Bratislave a tak ma odkázal na ich hovorkyňu. Ona už nebola tak „ústretová“! Dva krát sa ma spýtala na meno a koho vlastne zastupujem! Potom mi vysvetlila, že to je veľmi chýlostivá otázka, a vlastne hovoriť so mnou, je pre ňu stratou času. Podotýkam, že som vôbec nespomenul ani to, že som katolícky kňaz, ani, že som z Katolíckej Univerzity v Ružomberku. Naopak, chcel som vyvolať dojem, že mám veľmi pozitívny postoj k veci a preto by som chcel o tom vedieť čo najviac.!!!

Toto všetko mi poukazuje na niekoľko vecí.

- Určite je tu dôkaz, že pred zákonom nie sme všetci rovní, ako to deklaruje Ústava SR.
- Voči rómskemu etniku sú zvláštne prístupy o ktorých sa vie, a predsa mlčí.
- Ak my budeme mlčať, kamene prehovorí! (por. Lk 19,40)

Nepopieram, že postoj a návyky v hygiene sú u žien rómskeho etnika naozaj, na vylepšenie. Veď aj o tom je ten už spomínaný projekt.

Viem i o tom, že často- krát správanie sa rómskych žien je nezodpovedné v tom zmysle, že porodí dieťa a potom z pôrodnice ujdú, alebo inak zanechajú dieťa „na starosť štátu“?!

Že detské domovy sú preplnené rómskymi deťmi, a o ne nie je záujem ani pri adopcii.

Napriek tomu pokladám niektoré prístupy k ženám rómskeho etnika za neetické, nehumánne, diskriminujúce...

Sú to predsa krásne ľudské bytosti, Božie tvory, ktoré priam „živočíšne“ vnímajú svoju reprodukčnú „úlohu“.

Vážení! To nie je zlé! Len to treba správne usmerniť!

Nemôžem sa vzdať pocitu, že určitým spôsobom sú nám vlastne takým trňom v päte. No, myslím, že je na mieste, aby sme konečne veci pomenovali pravými menami a hľadali všade tam, kde to má svoje strety, riešenia hodné ľudí tretieho tisícročia a hlavne národa, ktorý sa hlási k Cyrilo- Metodskej tradícii.

Chyba nie je v rómoch! Nie len!

Sme to aj my, ktorí potrebujeme prehodnotiť svoj postoj!

Zvláštne je, že už aj len dopátrať sa nejakých informácií ohľadom už spomínaných „aktivít“ je veľmi obtiažné. Na internete napr. na vebovej stránke Slovenskej spoločnosti pre plánované rodičovstvo nič také nenájdete. Keď to spojím s už spomínaným telefonickým rozhovorom so slečnou hovorkyňou (ktorej meno mimochodom tiež nenájdete na spomínanej vebovej stránke) prichádzam mimovoľne k dojmu, že aj oni sami si sú vedomí, že sa tu deje niečo nie celkom „férové“!

Avšak najdôležitejšie na veci je, že tu nejde o nejaké dva osamotené prípady, ale dovoľm si povedať, že o d'aleko viac. Celospoločensky je akosi prijímané a vnímané, že je „nežiaduce“ aby sa Rómovia takto množili. A, že vlastne každý prostriedok, pomocou ktorého môžeme tomu zabrániť, alebo ho aspoň obmedziť, je „vítaný!“, alebo aspoň akceptovateľný.

Chcem poukázať na to, že takýto postoj je nielen diskriminačný voči rómskemu etniku, a teda protiústavný, ale že je vrcholne neetický!

A to som sa ešte vôbec nedotkol klamstva, že pod názvom „antikoncepcia“ je Rómkam v Rožňavskom okrese zavádzané grátis vnútromaternicové teliesko, ktoré vôbec nie je antikoncepciou a má množstvo nežiaducich vedľajších účinkov.

Ak si uvedomujeme existujúce problémy so správaním sa u rómskeho etnika špeciálne v oblasti reprodukčnej, naša aktivita by mala smerovať k tomu, ako ho vylepšiť, a nie „pštrosou politikou“ presunúť pozornosť na niečo, čo nám aj tak otázku nerieši.

Podľa môjho názoru by bolo na mieste vytvoriť úplne novú politiku v riešení rómskej otázky (nie problému) a to s plne rešpektovaním špecifika, ktoré toto etnikum predstavuje. Na druhej strane viaceré projekty a iniciatívy v práci s rómmi sú dôkazom, že ak sa správne podchytiť, tieto iniciatívy sú veľmi úspešné.

Preto som presvedčený, že takéto projekty, ako započala teraz Fakulta Zdravotníctva Katolíckej Univerzity v Ružomberku a jej podobné, majú nie len veľkú šancu na úspech, ale aj sú živým svedectvom nášho kresťanského postoja.

VYBRANÉ ETICKÉ ASPEKTY V SITUÁCIÍ „MORS IN TABULA“.

Gulášová I.¹, Jandová M.²

¹Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Ústav zdravotníctva a ošetrovateľstva, Trenčín

²Stredná zdravotnícka škola Považská Bystrica

Súhrn

Výrazné etické problémy sa za posledné obdobia „odtabuizujú“, analyzujú sa z pohľadov viacerých, respektíve všetkých zúčastnených strán. Autorky vo svojom príspevku približujú pohľad na problematiku náhleho úmrtia pacienta na operačnom stole. Hodnotia situáciu ako veľmi závažnú nielen z hľadiska pacienta a jeho rodiny, ale aj z hľadiska lekára, z hľadiska zdravotníckeho tímu, ktorý vynakladá maximálne úsilie o liečbu pacienta a napriek jeho snahe sa vyskytne i situácia, ktorú popisujú v príspevku. V závere sa zaoberajú problémom ochrany zdravotníckeho tímu, s poukazávaním nie na pseudoochranu ale na zváženie posudzovania činnosti zdravotníckeho tímu v uvedenej situácii. Vyjadrujú tým svoje presvedčenie, že dôverujú v schopnosti lekára, zdravotníckeho tímu.

Kľúčové slová: etické problémy, náhle úmrtie, zástava činnosti srdca, morálna hodnota, svedomie, základné biomedicínske etické princípy

Úvod

Súčasná etika v ošetrovateľstve sa vyvíja podobne ako medicínska etika. Aj tu pozorujeme dve protikladné tendencie. Na jednej strane prevládajú etické **smery a tendencie, ktoré vychádzajú z Hippokratovej tradície a deontologického prístupu**. Tieto smery zdôrazňujú smery zdravotníkov voči pacientovi a spoločnosti ako aj rešpektovanie základných etických (morálnych) hodnôt princípov, ktoré sa pokladajú za nemeniteľné a neporušiteľné (napr. dôstojnosť, nedotknuteľnosť a nenarušiteľnosť každého ľudského života, jeho integrity a identity) (Anzenbacher,1994). Na druhej strane sa uplatňujú **smery vychádzajúce z utilitaristického prístupu** (posudzuje morálnu hodnotu činu podľa jeho užitočnosti pre jednotlivca alebo spoločnosť), ako aj rozličné liberálne tendencie (Spaemann,1994), ktoré základné morálne hodnoty relativizujú a nechávajú priestor jednotlivcovi, aby sa sám rozhodol, čo pokladá za morálne správne (etické).

Etická analýza a rozhodovanie v medicíne

V zložitých situáciách, keď sa rozhoduje o zdraví alebo o záchrane života konkrétneho pacienta, je rovnako dôležité zvládnutie medicínskej, odbornej stránky, ako aj pochopenie mravnej podstaty problému a nájdenie mravne (eticky) čo najhodnotnejšieho riešenia.

V takýchto prípadoch sa nemožno spoliehať iba na systém právnych predpisov a pokynov (pre daný špeciálny prípad zvyčajne neexistuje), hoci právnu stránku problému treba bezpodmienečne zohľadniť. **Jedinou možnou cestou pri zodpovednom rozhodovaní je aplikácia príslušných etických princípov a noriem a dôsledná racionálna etická analýza situácie s cieľom nájsť eticky prijateľné východisko** (Munzarová, 2005).

Na úrovni jednotlivca, konkrétneho lekára a sestry, ktorí sú profesionálne i morálne zodpovední za svoje rozhodnutia v konkrétnej situácii, zohráva významnú úlohu, pri posudzovaní problému ich osobné mravné vedomie - svedomie. Zhodu konania s normou práva nazývame **legalitou**, zhodu konania so svedomím nazývame **mravnosťou**. Mravnosť, to je zvyčajne vyššie ako právo - človek ešte neporušuje právne normy, ale pritom už koná nemorálne (napr. sestra uprednostňuje pacientov, ktorí sú jej sympatickí, pričom relatívne zanedbáva starostlivosť o iných pacientov).

Heteronómna morálka znamená dodržiavanie mravných noriem na základe vonkajšieho tlaku, ale bez vlastného vnútorného presvedčenia. V istom zmysle akoby degradovala mravnosť na „legalitu“.

Autonómna morálka vychádza z hlbokého osobného presvedčenia človeka, ktorý je schopný samostatne sa rozhodovať v súlade s prijatými právnymi normami. Je predpokladom trvalých etických postojov.

Cieľom **praktickej etickej analýzy**, ktorá sa uskutočňuje vedome alebo mimovoľne pri každom medicínskom alebo ošetrovateľskom probléme, je zosúladiť každodennú medicínsku a ošetrovateľskú prax s náročnými požiadavkami profesionálnej etiky. Jedine takto sa môže naplniť skutočný zmysel zdravotníckeho povolania - slúžiť zvereným pacientom a celej spoločnosti, z čoho pramení oprávnená profesionálna sebadôvera a hlboké morálne uspokojenie. Zároveň je nevyhnutným, i keď iste nie jediným predpokladom zvýšenia spoločenskej prestíže zdravotníckych povolání a ich morálneho a hmotného ocenenia.

Vzťahy sestra - spolupracovníci

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je typickým príkladom **tímovej práce**. To znamená, že medzi členmi tímu fungujú určité pracovné vzťahy, ktoré môžu mať hierarchicky (vzťah

nadriadený - podriadený) alebo horizontálny charakter (vzťah medzi spolupracovníkmi v rovnakom postavení a s rovnakou zodpovednosťou a právomocou).

K základným predpokladom dobrých medziľudských vzťahov medzi spolupracovníkmi v zdravotníctve patrí vzájomná úcta, rešpektovanie osobnosti a názoru druhého, ochota pomáhať, vedomie spoločnej zodpovednosti za výsledky celého tímu, priateľskosť a prívetivosť. Skutočná **kolegialita** sestier, lekárov a ďalších zdravotníckych pracovníkov vyplýva z ich príslušnosti km zdravotníckemu povolaniu, ktoré je zamerané na pomoc človeku - na ochranu jeho života a zdravia (Salvageová, 1995). Naplnenie tohto poslania v profesionálnej činnosti kladie mimoriadne nároky na fyzické, duševné a duchovné schopnosti a výkonnosť každého zdravotníckeho pracovníka a dodržiavanie profesionálnej etiky(Šoltés,1996).

Osobitosťou zdravotníckeho povolania je pomerne častá konfrontácia so zdanlivým neúspechom, ba až akoby s nezmyselnosťou profesionálneho úsilia lekárov a sestier. Ide o situácie, keď sa pacientov stav napriek intenzívnemu úsiliu a dobrej starostlivosti pri nevyliciteľnej chorobe postupne zhoršuje, keď ho ochorenie zbavuje fyzických a psychických síl, keď ho invalidizuje či imobilizuje, ale aj o situácie, keď pacient reaguje na úsilie lekárov a sestier nezaujmom, odmieta spolupracovať, prípadne ďalej pokračuje v poškodzovaní svojho zdravia.

Osobitosti zdravotníckeho povolania nemôže úplne pochopiť človek, ktorý sa na poskytovaní zdravotníckej starostlivosti priamo nezúčastňuje. Pri vyrovnávaní sa s problémami a nárokmi, ktoré toto povolanie prináša, zohráva teda veľkú úlohu **solidarita a kolegialita** zdravotníckych pracovníkov.

Pravá kolegialita pomáha všetkým zdravotníckym pracovníkom vykonávať povolanie na primeranej odbornej a etickej úrovni v záujme skutočného dobra pacienta(Šoltés, 1994).

Falošná kolegialita podporuje alibizmus, zanedbávanie povinností a nezodpovednosť a pokúša sa zakrývať nedostatky v profesionálnej práci (Šoltés, 1996). Tým pôsobí nielen proti záujmom konkrétneho pacienta, ale aj v konečnom dôsledku poškodzuje celú lekársku a ošetrovateľskú profesiu.

Práca na operačnej sále je veľmi špecifická a zároveň si vyžaduje zvláštne opatrenia a prísnu a uvedomelú disciplínu (Olejník,1999). V popredí je zdravie chorého a tejto požiadavke sa musí podriadiť všetko ostatné. Pracuje sa tu v tíme - lekári, operačné sestry, sanitári a pomocní personál.

Práca operačnej sestry je náročná na odbornosť, fyzickú zdatnosť a psychickú vyrovnanosť.

Vyžaduje si predovšetkým poznatky o podmienkach, prostriedkoch, metódach, postupoch a organizácii inštrumentovania v operačných sálach, medicínske poznatky o operačných výkonoch v jednotlivých chirurgických odboroch, ako aj spoločenskovedné poznatky, ktoré sú predpokladom pre holistické chápanie a akceptovanie pacienta.

Pri práci na operačnej sále by sa mali tiež uplatňovať etické princípy ako sú **non-maleficiencia** (neškodiť pacientovi), **beneficiencia** (konanie maximálneho dobra pre operovaného), **autonómia** (rešpektovanie pacientových práv), **justícia** (spravodlivosť - poskytovanie rovnakej starostlivosti každému pacientovi bez rozdielu veku, rasy, pohlavia, sociálneho zaradenia, náboženstva a podobne)(Glasa, Šoltés, 1997). Dodržiavaním týchto princípov zabezpečíme profesionálne zvládnutie poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti na operačnom sále.

Práca na operačnej sále je tak ako som už spomenula náročná na fyzickú zdatnosť jednotlivcov operačného tímu ako i na ich psychiku a **etické vnímanie a myslenie**. Ved' operačné zákroky sú potrebné v nutných prípadoch tak u veľmi malých detí ako i u veľmi starých a slabých jedincov. No a nie vždy sú to len jednoduché „banálne“ operácie, ktoré trvajú len niekoľko minút. Veľmi často sú to práve na čas i na odbornú znalosť a zručnosť náročnejšie zákroky, ktoré niekedy nemusia bohužiaľ dopadnúť podľa našich alebo pacientových predstáv. **Niekedy sa stane, že pacientov organizmus nedokáže znieť náročnosť (zaťaženie) daného operačného výkonu a zlyhá - dôjde k náhlemu úmrtiu na operačnom stole - mors in tabula. K náhlemu úmrtiu však môže dôjsť i z nevysvetliteľných príčin, keď tomu vopred nič nenasvedčuje. Našťastie k tomu dochádza len veľmi zriedka. Ak však k tomu naozaj dôjde, je to obrovská psychická záťaž pre všetkých zúčastnených.**

Predstavme si situáciu, že došlo k náhlemu a neočakávanému úmrtiu na operačnom sále. Čo sa vtedy vlastne odohráva a dodržiujú sa vtedy i etické princípy ?

Keď nastane „mors in tabula“, je to pre všetkých prítomných v prvom rade obrovský psychický šok. Nie je však čas rozmýšľať nad tým prečo sa to stalo. Ihneď sa pristupuje ku kardio-pulmonálnej resuscitácii a k snahe priviezt' pacienta naspäť k životu. Na nič iné vtedy nie je čas myslieť. I tu sa ukáže, či všetci zúčastnení sú profesionáli a dokážu pracovať spolu ako tím. Nie je čas na zdĺhavé rozhodovanie, čo urobiť a čo nie (Olejník, 1999). To znamená, že sa tu ihneď uplatňuje jeden z etických princípov, a to je spravodlivosť (justícia), čo znamená že sa pristupuje k resuscitácii a k prinavráteniu základných životných funkcií (Droste, Planta, 1992) u každého rovnako bez rozdielu, či je to malé dieťa, dospelý, starec, katolík, žid, beloch, černochoch a pod. mnohokrát sa však vyskytne situácia, keď pacient pred

náročnejšou operáciou vyhlási, že si neželá byť v prípade úmrtia počas operačného zákroku „oživovaný“. Tu môže vzniknúť etická dilema, či rešpektovať jeho želanie alebo nie.

Podľa Hippokratovej prísahy sú však všetci lekári a sestry povinní poskytnúť každému pacientovi takú starostlivosť, aby bol ochránený jeho život a zdravie (Haškovcová, 1994).

Problémom niekedy bývajú v takýchto prípadoch pacienti, ktorým náboženská viera nedovoľuje prijať krv cudzieho človeka ani v prípade oživovania pri zlyhaní ich životných funkcií na operačnom stole počas operačného zákroku. V týchto prípadoch musí brať zdravotník do úvahy to, čo je nevyhnutné a najlepšie pre zachovanie pacientovho života. V mnohých prípadoch sa podávajú pacientom namiesto krvných prípravkov náhradné infúzne roztoky, no často sa im podá i transfúzia krvi. Sú známe mnohé prípady, keď sa v takýchto prípadoch u pacienta s jehovistickým vierovyznaním podala počas oživovania krvná transfúzia a po úspešnom oživení a prinavrátení späť do života sa on i jeho príbuzní s týmto faktom zmierili. No sú i takí, ktorí sa s tým nikdy nezmieria. Tu sa môže naskytnúť otázka beneficiencie. Ako som už skôr spomenula, beneficiencia znamená konanie maximálneho dobra pre pacienta. No čo je v danom prípade maximálne dobro pre pacienta? Podatť krvnú transfúziu a možno zachrániť pacientov život? Alebo pacientovi nepodatť transfúziu a možno o život pacienta prísť ?

Ak sa pacienta nepodarí prinavrátiť do života a prehlási sa mŕtveho, je lekárskou povinnosťou spísať čo najpresnejší záznam o priebehu udalostí a informovať o tom pacientových príbuzných. Informovať o stave pacienta je výhradne lekárska povinnosť a pozostalí majú právo vedieť pravdu o tom, čo sa naozaj stalo. I v prípade, keď zlyhal zdravotník. No nie každý je schopný priznať si svoje pochybenie a tiež nie každý z pozostalých je schopný toto priznanie prijať. Je teda na každom z nás konať tak, ako nám to káže naše svedomie.

Ale vráťme sa k okamihu, keď sa pacient, ktorý je na operačnom sále, prehlási za mŕtveho. Čo sa ďalej deje s jeho telom ? S telom treba zaobchádzať dôstojne a opatrne. Treba v prípade potreby pozašívať všetky otvorené operačné rany. Telo zosnulého pacienta by sa malo poumývať od dezinfekčných roztokov a krvi a ošetrené rany by sa mali prelepiť alebo pozakryvať. Tiež sa zastavia všetky infúzne roztoky, ktoré pacient počas operácie intravenózne dostával. Telo pacienta sa dá do vodorovnej polohy a preloží sa z operačného stola na vozík alebo do pripravenej postele. Potom sa odvezie do miestnosti na takéto situácie určenej, kde pobudne nasledujúce 2 hodiny. Nesmie sa zabudnúť na označenie na papierovú kartičku, ktorú priviažeme na prsty na nohe a tiež sa jeho meno napíše i na jeho stehno, aby náhodou nedošlo k zámene. Každé telo pacienta, ktorý zomrel na operačnom stole z akýchkoľvek príčin musí ísť na patologickú pitvu. Pri nej sa určí pravá príčina úmrtia.

O tom sa tiež spíše záznam. Počas celej doby sa s telom zaobchádza dôstojne. Potom si ho môžu prísť prevziať pozostalí aby ho pochovali.

Záver

Ked' by som to chcela zhrnúť, úmrtie na operačnom sále je veľmi veľká psychická záťaž pre všetkých zúčastnených. Na každého jednotlivca však vplýva inak. Psychicky labilnejší jedinci túto udalosť prežívajú horšie a ťažšie sa s ňou vyrovnávajú. Sú i takí, na ktorých to zanechá trvalé následky a musia sa dokonca zveriť do rúk svojich kolegov. Myslím si, že väčšina z nás prežíva úmrtie malého dieťaťa alebo mladého človeka omnoho ťažšie ako človeka staršieho alebo nevyliciteľne chorého, ktorý už dlhšie trpel obrovskými bolesťami. I keď nevravím, že i to je veľmi smutné a bolestivé pre nás všetkých. Vždy, keď k takémuto niečomu dôjde, naskytne sa určite každému otázka **PREČO ?** Čo som urobil zle alebo nesprávne ? Ako som tomu mohol predísť alebo zabrániť ?

Zoznam bibliografických odkazov

1. ANZENBACHER, A.: Úvod do etiky. Praha. Zvon, 1994
2. DROSTE,C., PLANTA, M.: Memorix vademecum lékaře. Praha. Scientia Medica, 1992
3. GLASA,J., ŠOLTÉS, L.: Ošetrovateľská etika. Martin. Osveta, 1997
4. HAŠKOVCOVÁ, H.: Lékařská etika. Praha, Galén, 1994
5. MUNZAROVÁ, M.: Zdravotnická etika od A do Z. Praha. Grada Publishing,2005
6. OLEJNÍK, J.: perioperačná liečebná starostlivosť. Bratislava. Vydavateľstvo Ebner, 1999
7. SALVAGEOVÁ, J et all.: Ošetrovateľstvo v akcii. Bratislava. C.S.M., 1995
8. SPAEMANN, R.: Hovoríme o etike. Bratislava. Don Bosco,1994
9. ŠOLTÉS, L.: Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Univerzita Komenského, 1996
10. ŠOLTÉS, L.: Zdravotná sestra a jej nezastupiteľné miesto v spoločnosti. Revue profeesionálnej sestry. Roč.1,1994, č. 4

KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O ZOMIERAJÚCICH

Bohaničová S., Hudáková P.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,
detašované pracovisko v Košiciach

Súhrn

Moderná uponáhľaná doba akoby zabúdala na neodlučiteľnosť života a smrti. Spôsob života a myslenia ľudí dnes, podnecuje správať sa, akoby smrť nejestvovala. Usiluje sa potláčať akýkoľvek náznak o smrti, odmieta ju prijať, odsúva ju do úzadia spolu so zomierajúcimi, lebo je to neperspektívne. Starostlivosť o zomierajúcich si vyžaduje obeť, pozastaviť sa a zamyslieť nad vlastným životom a jeho smerovaním. Ošetrovateľstvo na túto problematiku nezabúda a starostlivosť o zomierajúcich tu má svoje miesto a dôležitú úlohu. Cieľom príspevku je poukázať na dôležitosť a podstatu realizácie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o zomierajúcich.

Cieľom tohto príspevku a prieskumu bolo zistiť pripravenosť sestier, ich postoje a názory na ošetrovateľskú starostlivosť o zomierajúcich.

Kľúčové slová: zomieranie, smrť, ošetrovateľská starostlivosť, sestra., potreby pacienta.

Úvod

„Si dôležitý, pretože si to Ty! Si dôležitý do poslednej chvíle svojho života a my urobíme všetko, čo len môžeme, aby sme Ti pomohli nie iba v pokoji umrieť, ale žiť dovtedy, kým neumrieš“.
(Cecily Suanders)

Ošetrovateľská starostlivosť o zomierajúcich zodpovedajúca podmienkam súčasného zdravotníckeho systému, je stále v stave formovania a vylepšovania. Dôležité nie je predlžovať zomieranie, ale maximálne zlepšiť kvalitu života. Tu je priestor pre vytváranie ďalších ošetrovateľských inštitúcií a profesionálne pôsobenie v nich.

Problematika trpiacich a zomierajúcich ľudí vo svete, ale aj v SR je stále aktuálnou témou a predmetom rozvoja ošetrovateľskej starostlivosti. Našou ambíciou nie je vyriešiť všetky nastolené problémy, skôr poukázať na potreby týchto ľudí, zvýšené nároky na sestry, ich problémy a pripravenosť na prácu so zomierajúcimi.

Zomieranie a smrť z pohľadu cirkvi

Cez utrpenie sa človek otvára sám sebe, spoznáva seba vo svojej obmedzenosti, krehkosti i smrteľnosti. Utrpenie môže vytvoriť príležitosť pre polozenie si otázok a hľadania

odpovedí, na ktoré nikdy nebol čas, pred ktorými bolo lepšie utiecť. To platí pre celú oblasť vzťahov k sebe samému, k iným ľuďom i vzťahu k Bohu. Definitívnu podobu prekonania utrpenia a smrti môžeme preto spoznať vo svetle viery. Ľudská pomoc vždy narazí na svoje hranice, obmedzenia i bezmocnosť, ktoré viera premieňa na zásadný antropologický optimizmus. Bázeň a strach, ktorý robí záhadu smrti pre mnohých ľudí takou bolestnou, sú výrazom prirodzenej túžby po nesmrteľnosti. Smrť v jej plnom zmysle, ktorú máme zvládnuť, treba vidieť vo svetle stvorenia, hriešneho pádu, ale i celkom zvláštne vo svetle vykúpenia. Smrť otvára cestu k večnému životu s Kristom (Mráz, 1999, s. 117).

Viera môže byť pre zomierajúceho človeka zdrojom sily. Mylnou predstavou je, že nábožensky orientovaný človek sa automaticky a bezbolestne vyrovnáva so svojim utrpením. V literatúre sa stretávame so štyrmi postojmi veriaceho kresťana k utrpeniu:

1. „pro Deo“ Pre tento postoj je príznačné chápanie utrpenia v priamej súvislosti s vinou a hriechom, čo môže zhoršovať situáciu chorého. Tento postoj vedie k seba obviňovaniu, pasivite a k neschopnosti liečiť sa. Je nesmierne dôležité pomôcť zomierajúcemu takýto postoj prekonať a zbaviť sa pocitov viny.
2. „kontra Deum“ Je to opačná reakcia, pacient sa obracia proti Bohu. Obviňovanie Boha môže byť pre veriaceho tiež psychicky zaťažujúce spojené s pocitmi viny a so stratou viery.
3. „ad Deum“ Pacient, veriaci kresťan sa nimi obracia priamo na Boha s prosbou o pomoc a prekonanie utrpenia.
4. „cum Deo“ Je aktívny odpor voči zlu a úplná dôvera v Božiu pomoc.

Práve v pastorálnej komunikácii, ktorá prebieha v inej rovine než rozhovor so zdravotníkmi, môže dospieť zomierajúci človek do fázy zmierenia a príjme pravdu o svojom skutočnom stave (Čižmariková, 2005, s. 32-33).

Ciele

Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť názory a postoje sestier na ošetrovateľskú starostlivosť o zomierajúcich. Zisťovali sme náročnosť poskytovanej starostlivosti u sestier, ich najčastejšie pocity pri práci so zomierajúcimi, čo sestrám najviac pomáha pri tejto práci a aké majú najväčšie problémy. Ďalej sme zisťovali či sú sestry dostatočne pripravované na prácu so zomierajúcimi.

Na základe cieľov sme si stanovili nasledovné úlohy prieskumu:

1. Zistiť náročnosť práce sestier pri starostlivosti o zomierajúcich.
2. Zistiť, čo sestrám najviac pomáha pri starostlivosti o zomierajúcich.

3. Zistiť najväčšie problémy sestier pri poskytovaní starostlivosti zomierajúcim.
4. Zistiť, či sú sestry dostatočne pripravované na prácu so zomierajúcimi.

Metodika

Na získavanie údajov sme použili empirickú metódu zberu informácií–dotazník. Dotazník bol zameraný na názory sestier v problematike starostlivosti o zomierajúcich a ich pripravenosť vykonávať túto prácu.

Vyplnenie dotazníka bolo dobrovoľné a anonymné – sestry sa nemuseli obávať vyjadriť svoj názor.

Okrem týchto kvantitatívnych metód sme v práci použili i metódy kvalitatívne, analýzu, syntézu získaných poznatkov, porovnávanie a zovšeobecňovanie.

Prieskum sme realizovali v mesiacoch september - október 2005. Zúčastnilo sa ho 102 sestier lôžkových oddelení vranovskej nemocnice. Interné, chirurgické, neurologické, geriatrické a OAIM oddelenie.

Vzorku v našom prieskume tvorilo 102 sestier -žien, t. j. 100 percent a žiaden muž. Priemerný vek sestier 31 rokov, priemerný počet rokov praxe 11 rokov. Z uvedeného počtu, najviac sestier bolo katolíckeho vierovyznania 82, 4 sestry boli bez vierovyznania. Každé oddelenie obdržalo určitý počet dotazníkov. Z rozdanych 110 kusov dotazníkov sa nám vrátilo 102, t.j. návratnosť celkom bola 93 percent. Všetky sestry boli oboznámené s cieľom dotazníka a boli im poskytnuté všetky potrebné informácie pre jeho vyplnenie.

Interpretácia výsledkov prieskumu

Prieskum sme realizovali dotazníkovou metódou na vzorke 102 sestier. Ich úlohou bolo označiť v dotazníku im vyhovujúce odpovede k otázkam. Uvádzame niektoré otázky dotazníka, výsledky týchto zistení zobrazujeme v nasledujúcich grafoch.

1. Stretávate sa so zomierajúcimi pri svojej práci?

Na túto otázku, ako často sa sestry stretávajú so zomierajúcimi, nám 7,8 percent sestier tvrdilo, že sa so zomierajúcimi pacientmi stretávajú denne. Najväčší počet až 56,9 percent sestier sa stretáva so zomierajúcimi často, 28,4 percent sestier sa stretáva zriedkavo. Vôbec sa nestretáva so zomierajúcimi pacientmi pri svojej práci 6,9 percent sestier.

2. Aká je starostlivosť o zomierajúcich podľa Vás?

V otázke nás zaujímala starostlivosť o zomierajúcich z pohľadu náročnosti. Na základe uvedených odpovedí sme zistili, že je náročnejšia ako o ostatných pacientov, čo poukazuje najväčší počet opýtaných sestier až 76,5 percent. 14,7 percent sestier tvrdí, že táto starostlivosť je menej náročná a iba 8,8 percent sestier pokladá starostlivosť o zomierajúcich pacientov za menej náročnú.

1. Myslíte si, že dokážete poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť zomierajúcim?

Touto otázkou sme sledovali či sestry dokážu poskytnúť kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť zomierajúcim pacientom. Väčšia časť opýtaných sestier 58,8 percent si myslí že ovláda poskytnúť kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť zomierajúcim, 37,3 percent sestier nevie zhodnotiť úroveň svojej práce a 3,9 percent sa vyjadrilo, že nevie poskytnúť kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť zomierajúcim.

4. Keby ste mohli rozhodnúť, kde by ste nechali terminálne chorých zomrieť?

Na otázku, kde by nechali zomrieť pacienta v terminálnom štádiu ak by o tom mohli rozhodovať, prevažná väčšina sestier až 84,3 percent by nechala zomrieť doma. Za „nemocnicu“ bolo 8,8 percent sestier a hospic 6,9 percent. Ako miesto úmrtia v ústave sociálnej starostlivosti nesúhlasila ani jedná sestra, taktiež na položku „iné“ nereagovala žiadna sestra. Tieto výsledky uvádzame v nasledujúcom grafe.

5. Čo Vám najviac pomáha pri starostlivosti o zomierajúcich?

- sestry mali možnosť výberu z viacerých možností,

Otázka bola zameraná na pomoc, t.j. zdroj, z čoho čerpajú sestry pri starostlivosti o zomierajúcich pacientov. Možnosti z ktorých sestry mali možnosť vybrať bolo viacej. Podľa uvedených výsledkov, najviac sestrám pomáhajú skúsenosti z praxe až 90,2 percent, na druhom mieste sú vedomosti zo SZŠ 42,2 percent. Nasleduje viera, z ktorej čerpá pomoc 34,3 percent oslovených sestier. 27,5 percentám sestier pomáha výchova z domu a 19,6 percent sa spolieha na intuíciu. Len 11,8 percentám sestier pomáhajú vedomosti z PŠŠ.

6. Čo najčastejšie pociťujete pri práci so zomierajúcimi?

- sestry mali možnosť výberu z viacerých možností

Pri tejto otázke sme zisťovali u sestier pocity pri práci so zomierajúcimi. Viac než polovica sestier 54,9 percent udáva pocit bezmocnosti, nasleduje smútok s 47,1 percentami. 35,3 percent sestier má strach zo smrti blízkych pri práci so zomierajúcimi. Úzkosť prežíva 24,5 percent a beznádej 10,8 percent sestier. Strach z vlastnej smrti pri práci so zomierajúcimi pociťuje 8,8 percent a 7,8 percent sestier neistotu. K prežívaniu šoku pri tejto práci sa vyjadrilo 2,9 percent sestier a ľahostajnosť pociťuje 1 percento sestier. Iné pocity sestry neuviedli.

7. S čím máte najväčšie problémy pri starostlivosti o zomierajúcich?

- sestry mali možnosť výberu z viacerých možností

Otázka bola venovaná problémom sestier pri práci so zomierajúcimi, kde sestry mali možnosť výberu z viacerých možností problémov. Najväčší problém 51,8 percent majú sestry v komunikácii s rodinou, 31,6 percent má problém v komunikácii s chorými pacientmi. 8,8 percent sestier má problém so zabezpečovaním hygienickej starostlivosti zomierajúcim a 2,6 percent má problém s plnením ordinácie lekára. Z celkového počtu opýtaných sestier nemá problém 4,4 percent pri starostlivosti o zomierajúcich a 0,9 percent sestier neuviedlo žiadnu odpoveď.

8. Myslíte si, že starostlivosť o zomierajúcich Vás môže obohatiť?

Na názor v tejto otázke, že starostlivosť o zomierajúcich môže obohatiť sestru sa kladne vyjadrilo 35,3 percent. Väčšia časť sestier 48 percent sa k tomu nevie vyjadriť a 16,7 percent opýtaných sestier si nemyslí, že by ich starostlivosť o zomierajúcich mohla obohatiť. Najčastejšie odpovede na otázku: "V čom Vás obohacuje starostlivosť o zomierajúceho?:"

- Kontakt so zomierajúcimi ma núti zamyslieť sa nad zmyslom svojho života, aby som ho zbytočne nepremárnila.
- Pomáha mi vo vlastnom postoji k otázkam týkajúcim sa života a smrti.
- Mám iný hodnotový rebríček, žijem plnšie – vážim si každý prežitý deň.
- Zomierajúci ma učí, že mám žiť dobrý a plnohodnotný život.
- Uvedomujem si pominuteľnosť všetkého živého.
- Pomáha mi v tom, že si lepšie uvedomujem svoju smrteľnosť a som s ňou zmierená, beriem ju ako normálnu súčasť života.

- Robí ma citlivejšou a vnímavejšou voči druhým.
- Mám dobrý pocit, že uľahčujem iným odchod z tohto sveta.
- Som spokojná, že pomáhám iným.
- Videním konečnosti života sa zmenil môj prístup k ostatným ľuďom.
- Obohacuje ma v získavaní nových skúsenosti.
- Ak by zomieral môj blízky či príbuzný mám dosť skúsenosti na to, aby som mohla k zomierajúcemu dôstojne pristúpiť.
- Kontakt s umierajúcimi mi umožňuje viac poznávať život, získavať nové poznatky z psychológie, zlepšuje sa moja komunikácia.

9. Súhlasili by ste s prítomnosťou príbuzných pri zomierajúcom na oddelení 24 hodín denne?

Pri tejto otázke nás zaujímalo, aký názor majú sestry na prítomnosť príbuzných, 24 hodín denne pri zomierajúcom pacientovi. Zo všetkých opýtaných sestier s tým súhlasí 69,6 percent, čo je väčšina. 16,7 percent sestier k tomu nevie vyjadriť svoj osobný postoj a menšia časť 13,7 percent sestier nesúhlasí s prítomnosťou príbuzných pri zomierajúcom pacientovi 24 hodín denne.

10. Myslíte si, že zomierajúci má ležať medzi ostatnými pacientmi?

Ďalší záujem v otázke 12 sme sústredili na názor sestier, či zomierajúci pacient má ležať medzi ostatnými pacientmi. Názory sestier neboli jednotné a to 40,2 percent má na to pozitívny pohľad, 20,6 percent sestier sa k tomu nevie vyjadriť a 39,2 percent sestier sa prikláňa k tomu názoru, že zomierajúci pacient by nemal ležať spolu s ostatnými pacientmi.

11. Má podľa Vás pacient poznať pravdu o svojom zdravotnom stave?

V trinástej otázke sme sa pýtali sestier aký majú názor na to, či má pacient právo poznať pravdu o svojom zdravotnom stave. Nadpolovičná časť sestier 78,4 percent súhlasí s pravdivým poznaním pacienta o svojom zdravotnom stave a proti tomu je 3,9 percent sestier. 17,6 percent sestier nevie, čo by bolo pre zomierajúceho pacienta lepšie. Potvrďuje to znázornenie v grafe 13.

12. Čo by ste navrhovali zmeniť na starostlivosti o zomierajúcich?

V poslednej otázke sme sa pýtali sestier na návrhy zmien starostlivosti o zomierajúcich. Uvádzame niektoré odpovede na túto otázku.

- Rešpektovať pranie zomierajúceho, kde chce zomrieť.
- Umožniť častejšie návštevy a prítomnosť rodinných príslušníkov.
- Zaistiť, aby neboli v poslednej chvíli sami.
- Citlivejší, osobnejší kontakt lekárov a sestier.
- Starostlivosť aj o duševnú schránku chorého, nielen o telesnú.
- Viac sa ich snažiť pochopiť a rešpektovať ich.
- Dávať im viac citu.
- Pátranie po želaniach zomierajúceho, umožniť mu uskutočniť poslednú vôľu.
- Zníženie počtu takýchto pacientov, pripadajúcich na jednu sestru, aby sa mohla viac venovať zomierajúcemu.
- Vzdelanie sestier, čo robiť pre zomierajúcich.
- Rešpektovať dôstojnosť pacienta.
- Zdôstojnenie priestorových podmienok.
- Mať na oddelení kňaza a psychológa, ktorí by sa im venovali.
- Terminálne chorým vynechať bolestivé vyšetrenia.
- Aby bola povolená eutanázia keď pacient trpí.
- Podpora pri zriaďovaní hospicov.

Odporúčania pre prax

Na základe vopred stanovených úloh sme prieskumom došli k nasledujúcim záverom. Týmto prieskumom sme zistili, že starostlivosť o zomierajúcich je náročnejšia ako o ostatných pacientov. Väčšina sestier si myslí, že ju dokáže kvalitne vykonávať no aj napriek tomu navrhujú za optimálne miesto úmrtia domov. Pri ošetrovaní zomierajúcich prevládajú negatívne pocity. Tretina sestier uvádza, že ich starostlivosť o zomierajúcich obohacuje. Najväčšie problémy majú v komunikácii s rodinou. Najviac im pomáhajú skúsenosti z praxe. Príprava sestier na starostlivosť o zomierajúcich nie je na dostatočnej úrovni. Väčšina neabsolvovala žiadne školenie alebo kurz zameraný na starostlivosť o nevyliciteľne a ťažko chorých a nepozná práva zomierajúcich.

Preto na základe nášho prieskumu do budúcnosti odporúčame:

- zaradiť do učebných osnov SZŠ viac hodín venovaných problematike starostlivosti o zomierajúcich a jej špecifikám,
- viac sa jej venovať v predmetoch ošetrovateľstva, psychológie, komunikácie, etiky a filozofie,
- umožniť sestrám, ktoré sa pri svojej práci často stretávajú so zomierajúcimi ďalšie špecializačné štúdiá v oblasti thanatológie,

- zorganizovať nemocničný seminár s prednáškami o starostlivosti zomierajúcich, kde by bola možnosť rozoberať konkrétne problémy,
- zlepšiť informovanosť o podujatiach, ktorých náplňou je starostlivosť o zomierajúcich pacientov,
- do nemocničnej knižnice zabezpečiť literatúru, ktorá sa zaoberá otázkami starostlivosti o chronických a nevyliciteľne chorých pacientov,
- sprístupniť sestram zoznam práv pacientov,
- kontrolovať u sestier znalosť práv zomierajúcich pacientov v rámci vyhodnotenia nástupnej praxe,
- v starostlivosti o zomierajúceho klásť dôraz na zmierňovanie bolesti a kontrolu príznakov ochorenia, poskytovanie fyzickej pohody, emocionálnej a duchovnej podpory a dôstojného umierania,
- starostlivosť o zomierajúcich rozšíriť aj na členov ich rodín a pozostalých,
- zvážiť počet ťažko chorých pacientov na jednu sestru,
- priebežne rozoberať problémy spojené so starostlivosťou o zomierajúcich a umožniť sestram vyventilovať svoje emócie s ňou spojené,
- rozšírenie ošetrovateľského tímu o iných profesionálov (psychológ, kňaz).

Záver

Každý život je ohraničený zrodením a smrťou. V minulosti bola smrť chápaná ako prirodzená a neodvratná súčasť života. Zomierajúci odchádzali z tohto sveta zmierení, obklopení svojimi blízkymi. V súvislosti s presunom zomierania z rodín do inštitucionalizovaných zariadení stúpajú nároky na zdravotnícky personál v oblasti ošetrovania zomierajúcich. Aj keď si uvedomujeme, že presný návod ako sa starať o zomierajúcich neexistuje, pretože ako život každého z nás je iný, tak i jeho záver je individuálny. Myslíme si, že dostatok teoretických vedomostí, ale aj praxou nadobudnuté skúsenosti a hlavne osobnostná zrelosť sú základom zvládnutia starostlivosti o človeka v jeho poslednej fáze. Prieskum, ktorý sme realizovali u sestier, poukázal na ich nedostatočnú pripravenosť pre starostlivosť o zomierajúcich, a preto si myslíme, že je potrebné prehodnotiť učebné osnovy zdravotníckych škôl a ďalšieho vzdelávania sestier, ktoré by malo byť zamerané nielen na zvládnutie technickej stránky starostlivosti, ale aj na psychologické a etické aspekty starostlivosti o zomierajúcich. Starostlivosť o zomierajúcich je

veľmi náročná, no to nemôže byť dôvodom toho, aby sme sa stali bezcitnými voči ich fyzickému a duševnému utrpeniu alebo bolesti pozostalých.

Zoznam bibliografických odkazov

1. ČIŽMÁRIKOVÁ, I. 2005. Psychológia umierajúceho. In *Sestra*. 4 roč. 2005, č. 9, s. 32. ISSN 1335-9444
2. DOING, D. 1999. Matka Terézia. 2.vyd. Bratislava: Lúč, 1999, 136 s. ISBN 80-7114-266-2
3. FILICKÁ, J. 2003. Komunikácia s umierajúcim pacientom a s jeho príbuznými. In *Sestra*. 2.roč., č. 7-8, 2003, s. 34. ISSN 1335-9444
4. HAŠKOVCOVÁ, H. 1994. Lékařská etika. 1.vyd. Praha: Galén, 1994, 232 s. ISBN 80-85824-03-5
5. LUKASOVÁ, A. Sr. 2005. Láska musí byť činná. In *Rodina Nepoškvrnenej*. 4 č. 2005, s.19. ISSN 1335-8030
6. MRÁZ, M. 2000. Problém utrpenia a jeho riešenie v medicínskej etike. 1.vyd. Trnava: Dobrá kniha, 2000, 133 s. ISBN 80-7141-301-1

MOŽNOSTI VZDELÁVANIA NA FAKULTE ZDRAVOTNÍCTVA KATOLÍCKEJ UNIVERZITY V RUŽOMBERKU

Kadučáková H.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Súčasne spoločenské zmeny podnietili transformačný proces vysokoškolského vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, ktoré je v súlade s medzinárodnými odporúčaniami a legislatívnymi normami Slovenskej republiky.

Katolícka univerzita v Ružomberku Fakulta zdravotníctva vzdeláva sestry a pôrodné asistentky v akreditovaných študijných programoch ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia čím prispieva k skvalitneniu odborných profesií v Slovenskej republike, k aproximácii vzdelávania v rámci Európskej únie a jeho priblíženie sa k európskemu štandardu.

Kľúčové slová: vzdelávanie sestier, vzdelávanie pôrodných asistentiek, bakalárske štúdium, magisterské štúdium

Úvod

V kontexte súčasných zmien v oblasti reformy zdravotníctva a s rastúcim rozvojom vedeckých poznatkov v starostlivosti o zdravie človeka predstavujú sestry a pôrodné asistentky kľúčový potenciál. Tieto zmeny podnietili transformačný proces vysokoškolského vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek, ktorý je v súlade s medzinárodnými odporúčaniami a legislatívnymi normami Slovenskej republiky.

Vysokoškolské vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek zabezpečuje aj Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity (ďalej len FZ KU) v Ružomberku, ktorá pripravuje vysokoškolsky vzdelaných odborníkov v duchu kresťanstva a humanizmu pre odbornú prax, na základné legislatívnych noriem Slovenskej republiky (ďalej len SR), ktoré riadia vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek:

- Zbierka zákonov č. 131/2002 Zákon o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Zbierka zákonov č. 578/2004 Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkov, stavovských organizáciách v zdravotníctve

- Zbierka zákonov č.324/2006 Nariadenie vlády SR, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády SR č.742/2004 Z.z. o odbornej spôsobilosti zdravotníckych pracovníkov
- Zbierka zákonov č.614/2002 Vyhláška MŠ SR o kreditovom systéme štúdia

Vzdelávanie

Najväčšiu skupinu odborných pracovníkov v zdravotníctve, ktorá vykonáva svoju prácu v širokom rozmedzí profesionálnych podmienok, predstavujú sestry a pôrodné asistentky, ktoré svoju odbornú spôsobilosť získavajú na vysokých školách.

Študijné programy na FZ KU sú akreditované a koncipované *v súlade s Direktívami EU 77/452/EEC a 77/453/EEC a 80/154 EEC a 80/155/EEC* a legislatívnymi normami SR ako: **A.) trojročné bakalárske študijné programy**

ošetrovateľstvo (Bc.)

pôrodná asistencia (Bc.)

B.) dvojročný magisterský študijný program

ošetrovateľstvo (Mgr.)

rigorózne konanie

ošetrovateľstvo (PhDr.)

A.) Trojročné bakalárske študijné programy

Požiadavky pre prijatie na bakalárske štúdium v dennej forme

- získanie stredoškolského vzdelania s maturitou,
- absolvovanie prijímacej skúšky (písomný test z predmetov: biológia- so zameraním na človeka, psychológia, etika).

Požiadavky pre prijatie na bakalárske štúdium v externej forme

- absolvent strednej zdravotníckej školy s maturitou v danom odbore,
- minimálne trojročná prax v odbore,
- absolvovanie prijímacej skúšky (písomný test z predmetov: biológia- so zameraním na človeka, psychológia, etika).

Obsah študijného programu – ošetrovateľstvo

je v súlade s Direktívami EÚ 77/452/EEC a 77/453/EEC, koncipovaný ako:

- modul ošetrovateľský (teória a aplikované ošetrovateľské predmety)
- modul ošetrovateľskej praxe
- modul behaviorálny
- modul biomedicínsky

Štúdium sa končí vykonaním štátnej skúšky, ktorá pozostáva z:

- obhajoby bakalárskej práce,
- praktickej časti, ktorá overuje vedomosti, praktické schopnosti a zručnosti absolventa riešiť problematiku ošetrovateľskej starostlivosti
- ústnej časti, ktorá overuje vedomosti absolventa z predmetov: ošetrovateľstvo – teória, ošetrovateľská etika, ošetrovateľstvo v klinických odboroch

Obsah študijného programu – pôrodná asistencia

je v súlade s Direktívami EU 80/154/EEC a 80/155/EEC, koncipovaný ako:

- modul ošetrovateľský,
- modul pôrodnej asistencie (teória a aplikované ošetrovateľské predmety)
- modul behaviorálny a biomedicínsky (predmety špecifické pre povolanie pôrodných asistentiek)
- modul odbornej praxe, ktorý spĺňa kritéria EU pre povolanie pôrodných asistentiek:
 - poradenstvo pre tehotné ženy vrátane vykonania 100 prenatalných vyšetrení,
 - dohľad a starostlivosť o najmenej 40 tehotných,
 - odvedenie 40 pôrodov/30 pôrodov a 20 asistencií pri pôrode,
 - asistencia pri 1 – 2 pôrodoch koncom panvovým,
 - realizácia epiziotómie a následnej sutúry,
 - dohľad a starostlivosť o 40 žien počas rizikového tehotenstva,
 - najmenej 100 postnatálnych vyšetrení,
 - najmenej 100 vyšetrení fyziologických novorodencov,
 - dohľad a starostlivosť o patologických novorodencov.

Štúdium sa končí vykonaním štátnej skúšky, ktorá pozostáva z:

- obhajoby bakalárskej práce
- praktickej časti, ktorá overuje vedomosti, praktické schopnosti a zručnosti absolventa riešiť problematiku pôrodnej asistencie
- ústnej časti, ktorá overuje vedomosti absolventa z predmetov: pôrodná asistencia a ošetrovateľstvo, pôrodná asistencia, gynekologické ošetrovateľstvo, ošetrovateľské ošetrovateľstvo

B.) Dvojočný magisterský študijný program

Požiadavky pre prijatie na magisterské štúdium v dennej forme

- ukončenie bakalárskeho študijného programu ošetrovateľstvo,

- absolvovanie prijímacej skúšky (písomný test z predmetov ošetrovateľstvo – teória, ošetrovateľský proces, ošetrovateľská etika, psychológia v ošetrovateľstve, manažment v ošetrovateľstve, výskum v ošetrovateľstve).

Požiadavky pre prijatie na magisterské štúdium v externej forme

- ukončenie bakalárskeho študijného programu ošetrovateľstvo,
- dvojročná prax v odbore,
- absolvovanie prijímacej skúšky (písomný test z predmetov ošetrovateľstvo – teória, ošetrovateľský proces, ošetrovateľská etika, psychológia v ošetrovateľstve, manažment v ošetrovateľstve, výskum v ošetrovateľstve).

Obsah študijného programu – ošetrovateľstvo

je koncipovaný ako:

- modul ošetrovateľský (teória a aplikované predmety)
- modul manažérskej praxe
- modul behaviorálny a biomedicínsky

Štúdium sa končí vykonaním štátnej skúšky, ktorá pozostáva z:

- obhajoby diplomovej práce,
- ústnej časti štátnej skúšky, ktorá overuje vedomosti absolventa z predmetov: ošetrovateľstvo – teória, ošetrovateľský manažment, psychológia v ošetrovateľstve

Európsky systém prenosu kreditov

Do vzdelávacieho procesu na FZ KU sa aplikujú princípy Európskeho systému prenosu kreditov ECTS (European Credit Transfer System). Kde okrem zavedenia hodnotenia pracovnosti výkonov kreditmi bolo zavedené i hodnotenie kvality podľa európskeho systému písmenými kódmi:

- A=1, B=1,5, C=2, D=2,5, E=3, FX= nevyhovel,
- študent by mal v každom roku štúdia získať 60 kreditov,
- ak študent získa za prvý rok štúdia menej ako 40 kreditov, musí zanechať štúdium pre neprospech,
- na pokračovanie v každom ďalšom roku štúdia musí študent získať minimálne 35 kreditov.

Budúcnosť Fakulty zdravotníctva KU v Ružomberku

Pripraviť na akreditáciu bakalársky študijný program urgentná zdravotná starostlivosť a doktorandský študijný program ošetrovateľstvo (PhD.)

Záver

Neustály pokrok zdravotníckej praxe a zvyšovanie kvality poskytovaných služieb podmieňujú transformáciu vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, ktoré je založené na výsledkoch vedy a výskumu, orientovaného na zdravie ako i na chorobu jednotlivcov, rodín a celej spoločnosti. V tomto procese má sestra a pôrodná asistentka nezastupiteľné miesto a úlohy, ktoré môže zvládnuť len po absolvovaní kvalitnej profesionálnej prípravy, ktorú môže získať i na FZ KU v Ružomberku.

Zoznam bibliografických odkazov

1. akreditačný spis - podklady pre akreditáciu študijných programov FZ KU v Ružomberku 2005
2. Smernica 89/595/EHS - mení a doplňuje smernice EU 77/452/ EHS a 77/453 /EHS
3. Smernice EU 77/452/ EHS a 77/453 /EHS a 80/154 EEC a 80/155/EEC
4. STRATEGICKÉ DOKUMENTY (2) pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Praha: MZ ČR, 2002. 271 s. ISBN 80-85047-20-9
5. Súbor dokumentov svetovej zdravotníckej organizácie pre sestry a pôrodné asistentky 2. Bratislava: SKSaPA, 2003 456 s. ISBN 80-967818-5-5
6. Zbierka zákonov č. 131/2002 Zákon o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov
7. Zbierka zákonov č. 578/2004 Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkov, stavovských organizáciách v zdravotníctve
8. Zbierka zákonov č.324/2006 Nariadenie vlády SR, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády SR č.742/2004 Z.z. o odbornej spôsobilosti zdravotníckych pracovníkov

Zbierka zákonov č.614/2002 Vyhláška MŠ SR o kreditovom systéme štúdia

Obsah

<i>Predslov</i>	4
Súčasný stav a perspektívy vedecko-výskumnej činnosti FZ KU	6
Prínos nukleárnej kardiológie pre klinickú prax	8
Naše skúsenosti s rádionuklidovou diagnostikou cievnych ochorení mozgu	14
Endoskopická ultrasonografia – miesto diagnostike chronickej pankreatitídy.....	21
Peroperačná lokalizácia prištítnych teliesok detekčnou gama sondou a ultrasonografiou – naše skúsenosti.....	25
Mobilná komunikácia, aktuálny problém súčasnosti.....	29
Možnosti výchovy vysokoškolsky vzdelanej sestry na fakulte zdravotníctva	35
Úloha mentora v ošetrovateľskej praxi.....	38
Internet ako súčasť ošetrovateľstva	45
Možnosti alternatívneho vyučovania v ošetrovateľstve	52
Odbor pôrodná asistencia v systéme zdravotnej starostlivosti	55
Vybrané etické aspekty uplatňované v perioperačnej ošetrovateľskej starostlivosti	58
Vybrané oblasti manažovania práce sestry na operačnej sále.....	67
Má ateroskleróza a rakovina „spoločného menovateľa“ ?	78
Možností transkatétrovej liečby choroby hlavného kmeňa ľavej koronárnej artérie.	80
Hodnocení výskytu anteverzního postavení pánve u adolescentů a doporučené kompenzační cvičení	85
Tuberkulóza - stále aktuálny problém	94
Medicína v podmienkach tretieho sveta	99
Liptovská kotlina ako prírodné ohnisko Lymfatickej boreliózy	103
Karotická endarterektómia v liečbe cerebrovaskulárnej insuficiencie	109
Nastupuje éra probiotík?.....	121
Súčasný stav verejného zdravotníctva na Slovensku.....	124
Vplyv pracovného zaťaženia tehotných na pôrodnú hmotnosť a dĺžku novorodencov	130
Vplyv parity matky na niektoré antropometrické parametre novorodencov narodených v termíne	134

Spektrálna analýza variability RR intervalov v diagnostike a stratifikácii dilatačnej kardiomyopatie a chronického srdcového zlyhania	139
Možnosti včasnej diagnostiky kardiálnej autonómnej dysregulácie a závažných stresoidných faktorov na zdravotný stav gerontov	150
Ošetrovateľská starostlivosť o deti s poruchami výživy	160
Je ošetrovateľský proces brzdou v práci pôrodnej asistentky?.....	170
Stresoidné faktory u sestry manažérky	175
Faktory ovplyvňujúce kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti v nemocniciach	180
Efektívna komunikácia v ošetrovateľstve	185
Stresové situácie v povolani operáčnej sestry	190
Sestra – efektívna edukátorka dojčenia	199
K ošetrovateľskej problematike seniorov so zameraním na funkčný stav.....	201
Model Peplau v geriatrickom ošetrovateľstve.....	211
Farmakoterapia geriatrického pacienta z pohľadu sestry	216
Edukácia pacienta s diabetes mellitus	227
Leukémie a ošetrovateľská starostlivosť o onkologického pacienta	232
Darci krvi – laboratórne vyšetrenia.....	236
Zvláštnosti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti novým rizikovým skupinám pri tuberkulóze	241
Zdravotná výchova u chorých s TBC	244
Nebezpečenstvo postmoderného morálneho relativizmu	249
Etické problémy v ošetrovateľstve	256
Sebakoncepcia a sebaúcta v ošetrovateľskom procese.....	262
Edukácia pacienta s prevodovou poruchou sluchu	264
Vplyv mýtov o rakovine na preventívne správanie sa ľudí.....	273
Potreba edukácie rodičov atopických detí.....	278
Vybrané etické aspekty odberu orgánov	286
Eticko-psychologické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti o ženu s neúspešným tehotenstvom	290
Umelé ukončenie tehotenstva z pohľadu študenta fakulty zdravotníctva vykonávajúceho prax v ÚVN Ružomberok	300

Z výskumu rómskej problematiky v Spoločenskovednom ústave SAV	312
Vzdelávanie a rekvalifikácia nezamestnaných žien s prednostným zameraním na ženy z rómskeho etnika na získanie vedomostí a zručností v oblasti zdravotníctva	318
Vzdelávanie žien k ochrane života.....	330
Bioetické a etické problémy spojené s liečením rómskeho etnika na Slovensku	341
Špecifikum prístupu k reprodukčnému zdraviu u rómskeho etnika.....	353
Vybrané etické aspekty v situácii „ mors in tabula “.....	356
Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o zomierajúcich	362
Možnosti vzdelávania na Fakulte zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku	371
Obsah.....	376

Názov : Zborník z konferencie Ružomberské zdravotnícke dni
**NOVÉ POZNATKY V OBLASTI MEDICÍNSKYCH VIED
A OŠETROVATEĽSTVA**

Recenzenti : doc. MUDr. Květenský Josef, CSc.
doc. MUDr. Lacko Anton, CSc.
h. doc. MUDr. Bestvina Dušan
h. doc. MUDr. Osina Otto, PhD.
PhDr. Kadučáková Helena, PhD.
PhDr. Kuberová Helena, PhD.

Redakcia: Ing. Svorad Ján

Vydala : Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Počet strán : 379

Náklad : 100 výtlačkov

Vydanie : prvé

Formát : A 4

Vydané : 2007

Uverejnené články neprešli jazykovou korektúrou. Za jazykovú stránku zodpovedajú v plnom rozsahu autori článkov.

ISBN 978-80-8084-126-3