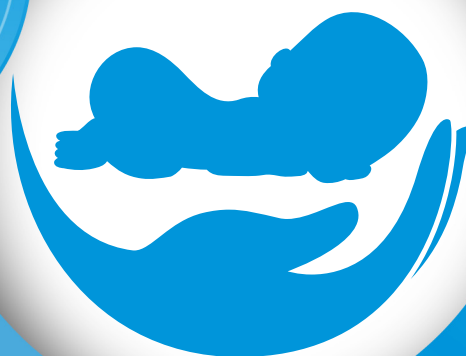


OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA

ČASOPIS SLOVENSKEJ KOMORY SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK
PROFESSIONAL JOURNAL OF NURSING AND MIDWIFERY

01
2016

ISSN 1339-5920



**Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek**

e-časopis Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia

Predseda redakčnej rady / Editor-in-Chief

PhDr. Lukáš Kober, PhD.
casopis.sksapa@gmail.com

Redakčná rada / Editorial Board

PhDr. Andrea Bratová, PhD.
PhDr. Helena Gondárová - Vyhničková, dipl. s.
Mgr. Ivana Harvanová, PhD.
Mgr. Jana Lacenová
Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.
PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.
PhDr. Libuša Repiská, PhD., MHA
Mgr. Jana Slováková, PhD.
PhDr. Dana Zrubcová, PhD.

Medzinárodná redakčná rada / International Editorial Advisory Board

Prof. dr sci. med. Vida Živanović
Medical College of Professional Studies Belgrade, Serbia
Assoc. Prof. Natalia Shygonska, PhD., RN
Zhytomyr Nursing Institute, Ukrainian scientific and practical journal Master of Nursing, Ukraine
dr n. med. Ewa Molka, RN
Journal of modern nurses and midwives, Poland
MA. Renata Mroczkowska, RN
Journal of modern nurses and midwives, Silesian Center for Heart Diseases in Zabrze, Department of Cardiology, Congenital Heart Diseases and Electrophysiology with the Division of Pediatric Cardiology, Medical University of Silesia in Katowice, Poland
mgr Wojciech Nyklewicz
Journal of modern nurses and midwives, Poland
PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA
Department of Nursing, 2nd Medical Faculty of Charles University, Faculty Hospital Motol, Prague, Czech Republic
PhDr. Renáta Zoubková, RN
University of Ostrava, Department of Intensive Medicine and Forensic Studies, Czech Republic
Andy Gibbs, BSc (Hons), MSc, PGCert, RN
Glasgow Caledonian University, Scotland UK
Dr. Alice Coffey, PhD, M.Ed, BA, RGN, RM, RNT.
Director of Globalisation and Internationalisation / College Lecturer, Leader of Healthy Ageing Research Theme, Catherine McAuley School of Nursing and Midwifery, Brookfield Health Sciences Complex, University College Cork, Cork, Ireland
Josip Božić, MSN, RN, specialists in anesthesia activities
President of the Expert Society for the Suppression of pain (Croatian Nurses Pain Society).
School for Nurses, Zagreb, Croatia
Prof. Oleh Lyubinets, M.D., Ph.D.
Head of Department of Public Health Management, Faculty of Postgraduate Education Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Vydáva / Published by

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Amurská 71
821 06 Bratislava

Dátum prvého vydania: 28. február 2014
IČO vydavateľa: 37 999 991
Tel. 02/4020 2066, fax. 02/4020 2064
sksapa@sksapa.sk
www.sksapa.sk

Kontrola textu / Text checking

Mgr. Jana Lacenová
PhDr. Katarína Kovalčíková

Grafická úprava / Graphics

Ing. Peter Grejták

Informácie / Informations

Periodicita 6 x ročne
Predplatné na rok 2015 je 6 EUR.
Bezplatný pre členov SKSaPA.
Dostupný na web stránke:
<http://www.sksapa.sk/>

Indexácia / Indexation

Bibliographia medica Slovaca

Citačná databáza / Citation database

CiBaMed

Pokyny pre autorov / Instructions for authors

<http://www.sksapa.sk/obsah/ostatne-podsekcie/o-casopise.html>

Redakcia si vyhradzuje právo na formálnu úpravu príspevkov a ich prípadné skrátenie.
Uzavierka čísla: 01. 02. 2016
Dátum vydania: 29. 02. 2016

Tie, ktoré nám ukázali cestu, sestry a pôrodné asistentky - hrdinky a bojovníčky	08
SK SaPA chce preveriť odbornosť sestier v Prešove, Trnave a Žiline	09 - 10
Podporte sestry vo voľbách	11 - 12
Európska Federácia Sestier podporuje slovenské sestry	13
Sestry: hybná sila zmien - zlepšovanie životaschopnosti systémov zdravotnej starostlivosti	14
Globálna stratégia WHO o ľudských zdrojoch v zdravotníctve: Pracovná sila 2030 - februárové komuniké	15
Odišiel vzácny človek, jeho odkaz žije v nás.....	15
Osobité riziká práce sestier v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti	16 - 17
Využití chlorhexidinu v prevencii infekcie miesta inzerce centrálného žilného katétru	18 - 20
Psychodiagnostika v ošetrovatelstve pri edukačnom procese	21 - 24
Colours Of Sepsis 2016	25 - 27
Plánované významné konferencie organizované odbornými sekciami SK SaPA	28

Supplementum Vedecká recenzovaná časť

Pociťované príznaky ovplyvňujúci kvalitu života pri stabilní Angině Pectoris: kvalitatívni studie	29 - 34
Výskyt únavy u pacientok s onko-gynekologickým ochorením	35 - 38
Nové prístupy v liečbe obezity v dospelom veku	39 - 45
Opodstatnenosť komunitnej geriatrickej sestry v systéme poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti	46 - 53

PARTNERI



**O krok ďalej
pre zdravie**

PIELĘGNIARSTWO SPECJALISTYCZNE

Pismo nowoczesnej pielęgniarki i położnej

Doprajte pocit zdravej pokožky svojim pacientom

Kozmetika **Menalind® professional**
pre zrelú a citlivú pokožku.



- **Nutriskin Komplex**
Prispieva k lepšej elasticite kože
a podporuje jej regeneráciu.
- **Emulzia voda v oleji**
Zaisťuje dlhodobú a hĺbkovú
hydratáciu pokožky.
- **Vyvážené pH 5,5**
Nedráždi pokožku a udržiava ju zdravú.



 **Inkontinencia**

Pre viac informácií volajte na bezplatnú
linku **0800 100 150** alebo navštívte **www.hartmann.sk**



**O krok ďalej
pre zdravie**

Príhovor prezidentky

Vážené kolegyně,
Vážení kolegovia,

Som hrdá na tie sestry v Prešove, v Žiline a v Trnave, ktoré podali hromadné výpovede v novembri minulého roku, následne k 1. februáru tohto roku opustili svoje zamestnania, a teraz stále bojujú napriek tomu, že sú bez práce a bez príjmu. Tieto kolegyně sú skutočné bojovníčky, sebavedomé sestry. Ponúkali im všetko, čo by si len želali, aby sa vrátili, ale oni bojujú za celé Slovensko. Niektoré sú osamotené, o to viac si ich treba vážiť.

Nedá mi nepovedať, že keby ste sa pridali aj ostatné, už dávno sme mohli mať vyriešené všetky naše požiadavky. Uvedomte si prosím, že stovky sestier nevybojuje lepšie podmienky za všetky sestry na Slovensku. Stovky sestier nedokážu vybojovať zákon. Bola by iná vyjednávacía pozícia predstaviteľov komory, ale aj odborov, kde by ste sa pridali viacerí a boli by tisíce sestier v hromadných výpovediach. Preto sa pýtam, kde je Bratislava, Bardejov, Banská Bystrica, Komárno, Michalovce, Nitra, Ružomberok, Rožňava, Spišská Nová Ves??? Nečakajte prosím na to, že to boj za Vás spraví niekto iný ...

Všetci rozumieme tomu, že tu nejde iba o platy, ale o našu stavovskú hrdosť, česť, postavenie, ako aj budúcnosť povolania sestry. Teraz je príležitosť, sme na vlne, pôda je pripravená, stačí sa iba pridať. Alea lacta est - kocky sú hodené.

Iba vďaka Vašej ľahostajnosti náš boj trvá dlhšie, než by bolo potrebné. Alebo Vám je jedno, aké máte podmienky v zdravotníckych zariadení? Je Vám úplne jedno, ako sa budete mať v budúcnosti? Ešte je stále čas nato, aby sme spoločnými silami zmenili súčasný stav a dokázali to, čo pred rokmi lekári. Stačí sa iba pridať k sestrám vo výpovediach. Podporuje nás verejnosť, pacienti, organizácie, celé Slovensko čaká, ako to všetko dopadne, neprajníci sa tešia, politici nás ignorujú, urážajú v médiách a napriek tomu samé sestry nevedia podporiť svoje kolegyně, nevážime si samé seba, (česť výnimkám) ako chceme, aby si nás vážil niekto iný!!! Ešte sa čudujeme, že nás ignorujú, prehliadajú?

Teraz je čas ukázať konečne svoju silu ktorú máme, ak by sa ešte len polovica sestier prebrala zo sna, tak ako som Vás vyzvala pred pár dňami k zmobilizovaniu, tak by sme už zakrátko nemali čo riešiť. Ak tento boj teraz nevyhráme, budeme sa hanbiť ešte X generácií. Nenechajte sa zastrašovať a vydierať, učičkať sľubmi. Zmobilizujte sa a zmobilizujte svoje kolegyně. Sme veľmi blízko od cieľa.

Záverom by som Vás chcela požiadať, aby ste podporili sestry vo výpovediach, a pomohli dobrej veci. Je nesmierne dôležité, aby sestry, ktoré obetovali svoju existenciu za lepšie zdravotníctvo, našli u nás podporu a pomoc preklenúť ťažké obdobie sklamaní a neistoty.

Prispejte na transparentný účet: <https://www.pomoz.sk/chcem-pomoc-sestram>.

Ďakujeme.



Mgr. Iveta LAZOROVÁ, dipl. p.a.
prezidentka SK SaPA

Editoriál

Vážené čitateľky, Vážení čitatelia.

Február je už tradične mesiacom uverejnenia prvého čísla časopisu Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia, ktorý je vydávaný Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) od roku 2003 (v elektronickej podobe od roku 2014). Časopis so svojou 13 ročnou históriou prešiel mnohými zmenami po grafickej, obsahovej a v neposlednom rade aj po formálnej stránke a dnes je prístupný každej členke a každému členovi Komory bezplatne a z pohodlia domova. Veríme, že rok 2016 bude po obsahovej stránke minimálne tak bohatým ako ten predošlý. Redakčná rada bude robiť všetko pre to, aby si nachádzal stále viac čitateľov z radov sestier a pôrodných asistentiek, iných zdravotníckych pracovníkov a študentov. V tomto roku je naším cieľom poskytnúť viac priestoru na vyjadrenie predsedom odborných Sekcií pri SKSaPA, ktorí pre nás rok čo rok pripravujú kvalitné odborné podujatia, ktoré sú pre mnohé sestry a pôrodné asistentky zdrojom tých najnovších informácií z nášho odboru, nových kontaktov a priateľstiev, ale aj zdrojom kreditov potrebných pre splnenie podmienok sústavného vzdelávania. Bez ich práce a nežistného nadšenia pri prírave a organizácii tak zložitého vzdelávacieho podujatia, ktoré zasahuje častokrát aj za hranice nášho štátu, by bol rozvoj ošetrovatelstva a pôrodnej asistentie len frárou. Takto je k dispozícii všetkým sestrám a pôrodným asistentkám, ktoré svoj profesionálny rozvoj neohraničili len ukončením štúdia. Sústavné vzdelávanie je dôležitým aspektom rozvoja profesie, ktorý musíme podporiť našim vlastným úsilím a chuťou pracovať nie len v prospech seba samých, ale najmä v prospech celku. Prvé číslo časopisu v roku 2016 sa venuje základným okruhom tém spadajúcim do odbornosti Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek, Sekcie sestier pracujúcich v ADOS. Nechýba Supplementum – recenzovaná časť, ktorá je priestorom pre príspevky vedeckého charakteru. Ambulatóne ošetrovatelstvo, komunitná prax pôrodnej asistentky, komunitná sestra, starostlivosť v prirodzenom prostredí, prevencia, edukácia a podpora zdravia, rodinné ošetrovatelstvo, sestra s pokročilou praxou – toto nie je budúcnosť, ide o fungujúcu prítomnosť, prirodzený vývoj, ktorý len naráža na bariéru nepochopenia, ignorácie a neochoty prijať koncepčné a rozumné zmeny v systéme slovenského zdravotníctva. Zaspali sme dobu a je našou povinnosťou kompetentných zobudiť. Budičiek však potrebujeme aj my, v prvom rade my sestry a pôrodné asistentky. Cestu nám ukázali hrdinky z **Prešova, Žiliny a Trnavy**, ale aj z Martina, Bojníc, Dolného Kubína, Košíc, Popradu, Trenčína, Považskej Bystrice a Trstenej. **Nezabúdajme, pamätajme!**



*PhDr. Lukáš KOBĚR, PhD.
predseda redakčnej rady*

Úvodník

Drahé kolegyně, drahí kolegovia.

Témou prvého čísla časopisu v tomto roku je ambulantné ošetrovatelstvo. V očiach mnohých našich kolegýň je ambulantné ošetrovatelstvo menej cenné ako práca pri lôžku. My, ambulantné sestry, však veľmi dobre vieme, že aj naša práca je náročná a často nedocenená. Keď sa nám dennodenne premelie v ambulancii množstvo ľudí s rôznymi problémami a rôznymi náladami. Nespočetnekrát odchádza pacient s úsmevom na tvári a so slovami: „Ďakujem sestrička a prajem pekný deň.“ Ale nie je výnimkou ani krik, nadávky či arogantné až agresívne správanie voči nám, sestrám. My však veľmi dobre vieme, že aj napriek týmto občasným negatívnym skúsenostiam robíme svoju prácu srdcom. Naša práca už dávno nie je práca „sestry sekretárky“, ktorá lekárovi uvarí kávu, zavolá pacienta z čakárne slovami „ďalší prosím“, vypýta si preukaz poistenca a vyberie zdravotnú dokumentáciu pacienta. Aj ambulantné ošetrovatelstvo už postúpilo a sestra v ambulancii zastáva hneď niekoľko rolí. Rolu manažérky, rolu obhajkyne pacientových a svojich práv... Zároveň musí vedieť posúdiť stav pacienta už v čakárni, a často vykonať u pacienta vyšetrovacie postupy ešte predtým, než otvorí dvere k lekárovi, aby zabezpečila rýchlú diagnostiku, prípadne transport do nemocnice a skrátila dobu čakania pacientov na vyšetrenie. Musíme byť profesionálky s veľkým srdcom, len tak k nám budú chodiť pacienti s radosťou a nebude výnimkou, ak k nám príde pacient so slovami: „Sestrička, ja nepotrebujem ani lekára, keď Vás tu mám. Len Vás vidím a už sa cítim lepšie.“ Aj pre takéto slová, a mnohé iné, ma moja práca baví a nemenila by som prácu ambulantnej sestry za prácu pri lôžku.

Na základe skúsenosti z našej náročnej praxe sme spolu s kolegýňami vytvorili logo Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek, v ktorom vyjadruje zelená farba pokoj v duši, ktorý sestra najviac potrebuje, červená znázorňuje emócie, vášeň, ktoré máme pri našej dennodennej praxi, pripomína tiež farbu krvi. Napokon biela – biele srdce uprostred znamená čistotu nášho srdca, a zároveň lásku, s ktorou by sme mali poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť. Verím, že logo nebude len obrázok, ale jeho význam sa preniesie do našej denno-dennej praxe.

V závere Vám chcem popriať úspešný štart do Nového roka, ktorý sa nám prednedávnom začal a mnoho pozitívne naladených pacientov, ktorí budú z Vašej ambulancie odchádzať s úsmevom.



Mgr. Jana FRANCÚZOVÁ
predsedníčka Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek



Zlomok z činnosti SK SaPA

TIE, KTORÉ NÁM UKÁZALI CESTU, SESTRY A PÔRODNÉ ASISTENTKY HRDINKY A BOJOVNÍČKY

Náš odbor peživa významné udalosti vďaka sestram a pôrodným asistentkám, ktoré sa nebáli prejaviť svoju nespokojnosť a pristúpili k závažnému osobnému, ale aj profesionálnemu kroku, ktorý vyústil do hromadných výpovedí stoviek sestier z niekoľkých krajských, ale aj regionálnych nemocníc po celom Slovensku. Aj napriek tomu, že sme odborným časopisom, pokladáme za veľmi dôležité informovať našich čitateľov, členov Komory a všetkých tých, ktorí sa zaujímajú, lebo záujem nám často chýba. Keďže je náš časopis vydávaný 1 x za dva mesiace, nedokážeme vždy aktuálne reflektovať na udalosti tak, ako by sme chceli, ale v tomto nás plne zastúpi mesačník pod názvom Informačný Bulletin SKSaPA, ktorý je voľne prístupný pre všetkých členov SKSaPA protrednívom portálu (portal.sksapa.sk). Odporúčame ho pozorne sledovať vrátane web stránky Komory www.sksapa.sk. Byť informovaný/á znamená mať prehľad. Mať prehľad je veľkou motiváciou k činom a k chuti byť v dejisku zmien.

SK SaPA



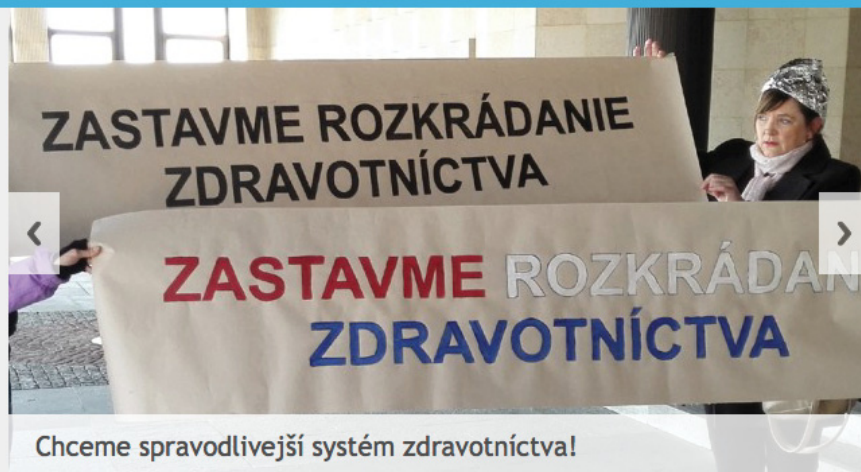
INFORMAČNÝ BULLETIN



Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek



SK SaPA Registrácia / Licencie Členstvo Vzdelávanie Biele srdce Zahraničná spolupráca Dokumenty Média





300
prírastok
sestier  

1 200
úbytok
sestier  

900 SESTIER ROČNE
odíde, kvôli nespravodlivému ohodnoteniu.

Bojujeme za viac sestier pri pacientoch!



SK SAPA CHCE PREVERIŤ ODBORNOSŤ SESTIER V PREŠOVE, TRNAVE A ŽILINE

15.02.2016

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek sa dnešným dňom obrátila na riaditeľov nemocníc v Prešove, Trnave a v Žiline so žiadosťou o poskytnutie informácií o počte zamestnaných sestier a pôrodných asistentiek v poslednom období. A to pre dôvodné podozrenia, že na viacerých oddeleniach nepracuje dostatok špecializovaných sestier a pôrodných asistentiek.

Viac na <http://www.sksapa.sk/aktuality-a-oznamy/sk-sapa-chce-preverit-odbornosť-sestier-v-presove-trnave-a-ziline.html>

Sestry, ktoré sú na úradoch práce, sa vrátia buď všetky, alebo žiadne. Konštatovala to v Trenčíne 10. februára 2016 prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorá prišla podporiť na protestné zhromaždenia sestry v hromadných výpovediach z Fakultnej nemocnice Trenčín.



Sestry vo výpovediach, vrátane prezidentky SK SaPA Mgr. Ivety Lazorovej, dipl. p. a. a predsedníčky OZ SaPA, v pondelok 1. februára 2016 osobne podporili podujatie Živá reťaz, ktorú v Bratislave organizovala Iniciatíva slovenských učiteľov. Živá reťaz nespokojných učiteľov, rodičov, študentov, ale aj širokej verejnosti sa tiahla okolo Prezidentského paláca smerom na Štefánikovu ulicu a potom na Leškovu ulicu späť k úradu vlády.



V slovenských nemocniciach po odchode stoviek sestier a pôrodných asistentiek nastala krízová situácia. Riaditelia nemocníc nenašli adekvátnu náhradu za chýbajúce sestry, a ktoré sa snažia nahrádzať sestrami z okolitých nemocníc, čím sa z problémov prešovskej a žilinskej nemocnice stáva celoslovenský problém. Na novinárskom brífingu to v pondelok 1. februára 2016 povedala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorá vyzvala sestry, zdravotníckych pracovníkov a pacientov, aby sa nenechali umlčať a podávali svedectvá o tom, ako je zabezpečená zdravotná starostlivosť. Na novinárskom brífingu sa tiež zúčastnila predsedníčka Odborového združenia sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Monika Kavecká, MHA, MPH, bývalá sestra z Fakultnej nemocnice s poliklinikou v Prešove PhDr. Gabriela Nováková, či bývalá sestra z Fakultnej nemocnice s poliklinikou v Žiline Bc. Miroslav Vlček, dipl. s.



Foto: archív autora



Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek



OZ SaPA
Odborové združenie sestier a pôrodných asistentiek

6

**NEVOLÍM POLITIKOV,
VOLÍM
BORISA!**



**HELENA
UFNÁROVÁ**
PÔRODNÁ ASISTENTKA

125




Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek podporuje každú sestru a pôrodnú asistentku, ktorá kandiduje v parlamentných voľbách 2016, a to z dôvodu, že sestry by sa mali podieľať na zdravotnej politike štátu. Predstavujeme Vám aktívne členky komory, ktoré kandidujú do parlamentu naprieč politickým spektrom. Rozhodnutie je na Vašej slobodnej voľbe. Držme im palce.



VOLTE 20
#siet'




**Renáta
Popundová**

Zdravotná sestra
Krúžkujte **30**

*aby sa doma
oplatilo pracovať,
podnikať a žiť!*


23



PhDr. Iveta Pospíšilová, kandidátka strany 34

Som vyštudovaná doktorka ošetrovateľstva na Fakulte ošetrovateľstva v Trnave a dlhoročne pôsobím v zdravotníctve. V súčasnosti pracujem ako vedúca sestry v NsP Považská Bystrica na Oddelení paliatívnej starostlivosti. Svoj osobný potenciál venujem komunálnej politike ako poslankyňa mestského zastupiteľstva a sociálne – spoločenskému statusu povolania sestry ako členka orgánov Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. Som externou lektorkou Slovenského Červeného kríža pre odbornú prípravu opatrovateliek do praxe u nás i v zahraničí. Zaujímam sa o kultúrno – spoločenské dianie, lyžovanie a chalupárčenie. Som vydatá, mám 28-ročnú dcéru. Kandidujem, lebo chcem rozvíjať odbor ošetrovateľstva a všeobecný rast úrovne zdravotníctva.

www.strana-sas.sk





11.



31.



Kurz německého jazyka v Drážďanech pro zdravotní sestry / zdravotní pečovatele

Máte diplom v oboru všeobecná sestra, ale neumíte německy? – Žádný problém!

Podle úrovně znalosti německého jazyka se budete účastnit jazykového kurzu.

V průběhu bezplatného kurzu německého jazyka A2 od nás dostanete finanční podporu 300 € měsíčně. Poplatky spojené s příjezdem do Drážďan Vám uhradíme také.

Po ukončení kurzu A2 s Vámi uzavřeme pracovní smlouvu s 20 hodinovou týdenní pracovní dobou jako ošetrovatelka. Vyděláte si cca 650 € čistého.

Třikrát týdně se budete nadále zdarma účastnit německého kurzu na úrovni B2. Kurz bude zakončen jazykovou zkouškou, která je nutná k uznání Vašeho diplomu v Německu.

Po uznání diplomu všeobecné zdravotní sestry s Vámi uzavřeme pracovní smlouvu na plný úvazek (cca 35 hodin týdně), vyděláte si cca 1250€ čistého.



Ozvěte se nám – tohle je Vaše šance!

Kontaktujte nás od pondělí do pátku od 09:00 do 17:00 hodin. Účast na kurzu je omezená. Začátek kurzu bude stanoven po předešlé domluvě a dle potřeb účastníků.

Vyžadujeme:

- **Diplom: Bakalář (Bc.):** studijní program ošetrovatelství, obor všeobecná sestra nebo **Diplomovaný specialista (DiS.):** obor diplomovaná všeobecná sestra

Nabízíme Vám

- Ubytování zdarma
- Měsíční jízdenku po Drážďanech
- Bezplatný kurz německého jazyka
- Příplatky za: noční, víkendy, svátky a přesčasy
- Osobní zákaznickou podporu v rodném jazyce
- Cestovní přípojištění/ později zdravotní pojištění v Německu

Naše kontakty jsou Vaší šancí!

[BAAndruskivova@personalservice-alpha.cz](mailto:BAndruskivova@personalservice-alpha.cz)

Tel.: +49 351 64 75 65 14

www.personalservice-alpha.cz



Altplauen 1 · 01187 Dresden

EURÓPSKA FEDERÁCIA SESTIER PODPORUJE SLOVENSKÉ SESTRY

09.02.2016

Vážená pani, pán,

Európska federácia sestier (EFN) bola informovaná Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek (člen EFN), že napriek hromadným výpovediam a následným opatreniam, ktoré boli prijaté v roku 2015 sestrami, sa na Slovensku nič nezmenilo. Namiesto toho sa situácia ešte zhoršila! Viac ako 600 sestier odišlo z 10 nemocníc k 1. februáru a ďalšie sa k nim pridajú od 1. marca 2016.

Ako môžeme v roku 2016 nechať sestry opustiť svoju prácu a svoje povolanie s vedomím, keď vieme, že majú kľúčové postavenie v procese starostlivosti a v riadení systému zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti? Nárast nedostatku sestier prináša viac a viac práce pre iných v systéme. Čoraz menšie ohodnotenie za to, čo sestry robia, neberúc do úvahy žiadne rokovania o platoch na podporu žien v spoločnosti, neohodnotenie všetkých nadčasových hodín, to všetko pod zámienkou hospodárskej krízy vedúcej ku škrtom v zdravotníctve, čo vedie k tomu, že pracovné podmienky sa stávajú pre sestry neznesiteľné.

Je nevyhnutné, aby vláda reagovala a zabezpečila, aby zariadenia poskytujúce zdravotnú a sociálnu starostlivosť mali optimálny pomer sestra/pacient, na základe čoho sa zabezpečí poskytovanie bezpečných a vysoko kvalitných zdravotných služieb. Platové ohodnotenie sestier, z ktorých väčšinu tvoria ženy, je potrebné lepšie oceniť a brať do úvahy odpracované nadčasové hodiny, tak ako Európska únia predpisuje. Zamestnávateľia nemôžu využívať svoje sestry pre prácu zdarma. Okrem toho, kľúčom je zabezpečiť primerané vzdelanie a kvalifikáciu (Smernica 2013/55/EÚ) a poskytnúť príležitosti pre pokročilé role, tak ako je tomu v mnohých iných členských štátoch. Vláda musí podporovať kontinuálny profesijný rozvoj u sestier a zapojiť sestry do poskytovania starostlivosti späť do komunity (v rámci primárnej starostlivosti), aby bola zaistená udržateľnosť zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Nenechajte ale záťaž na sestrách, namiesto toho sa uistite, že mladí ľudia sú a budú motivovaní vybrať si ošetrovateľskú profesiu a zostanú ju vykonávať.

Je nevyhnutné, aby politickí činitelia na Slovensku, ktoré je podporované mechanizmami EÚ, našli lepšie riešenie pre sestry. Sestry sú základným stavebným kameňom reformy systému zdravotníctva, ako pri lôžku pacienta tak aj pri občanoch, a to 24 hodín/denne, 7 dní/týždni! Toto je veľmi dôležité, pretože bezpečnosť a kvalita starostlivosti o pacientov je ohrozená!!

Originálny zdroj:

http://dh006000.useron12.hostmaster.sk/files/oznamy/EFN_Support_Letter_to_the_Slovakia_Nurses_-sk_-_kopia.pdf

S pozdravom
Paul De Raeve
EFN Secretary General

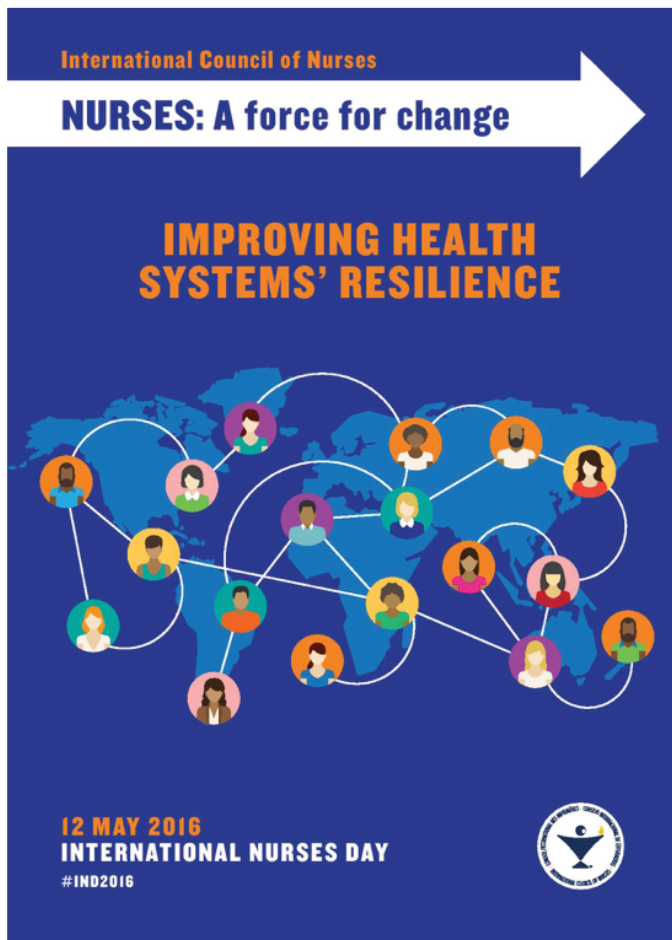
Preklad textu: Jana Slováková

EUROPEAN FEDERATION OF NURSES ASSOCIATIONS



EFN Brussels Office
Clos du Parnasse 11a
B-1050 Brussels
Tel. +32 2 512 74 19
Fax +32 2 512 35 50
E-mail efn@efn.be
Web www.efnweb.org
Registration Number
NG00476.356.013

SESTRY: HYBNÁ SILA ZMIEN ZLEPŠOVANIE ŽIVOTASCHOPNOSTI SYSTÉMOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI



Sestry: hybná sila zmien – zlepšovanie životaschopnosti systémov zdravotnej starostlivosti. To je motto Medzinárodného dňa sestier, ktorý zverejnila Medzinárodná rada sestier pre rok 2016. Medzinárodný deň sestier je oslavovaný po celom svete každého 12. mája, pri príležitosti narodenia Florencie Nightinglovej.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek aj v tomto roku pripravuje slávnostný seminár pri príležitosti Medzinárodného dňa ošetrovateľstva. Radi by sme pri tejto príležitosti ocenili sestry a pôrodné asistentky, ktoré sú vo svojom ľudskom i profesionálnom rozmere výnimočné, a ktoré si nielen svojou vysokou profesionalitou, ale aj osobnostnými vlastnosťami zaslúžia našu úctu a vďaku. Očakávame Vaše návrhy do kategórií: sestra/PA-prax, sestra/PA-manažér, sestra/PA-pedagóg). Aj v tomto roku bude SK SaPA oceňovať cenu za celoživotné dielo na základe návrhov členov. Návrhy na ocenenie Bielym srdcom v roku 2016 prosím posielajte do kancelárie komory, resp. na e-mail adresu: safarikova@sksapa.sk do 15. 03. 2016.

Ocenenie Biele srdce na republikovej úrovni sa bude udeľovať dňa 22. 5. 2016 v Bratislave. Bližšie informácie k programu uverejníme v najbližších číslach.



Foto: archív autora

*Ocenenie, ktoré udeľuje SKSaPA pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier „Biele srdce“.
Prichádza čas sestier. Prichádza čas, kedy sestry ocenia sestry.*



International Council of Nurses
Consejo Internacional de Enfermeras
Conseil International des Infirmières



NO HEALTH
without a workforce.
NO WORKFORCE
without nurses and midwives!
Global Strategy on Human Resources for Health

GLOBÁLNA STRATÉGIA WHO O ĽUDSKÝCH ZDROJOCH V ZDRAVOTNÍCTVE: PRACOVNÁ SILA 2030 - FEBRUÁROVÉ KOMUNIKÉ

V nadväznosti na pripomienky z decembra 2015 a januára 2016, ktoré boli distribuované členským národným asociáciám združeným v ICN pokračujeme v úsilí zapojiť našich členov do dôležitého procesu s dopadom na globálnu stratégiu WHO o ľudských zdrojoch v zdravotníctve (Human Resources for Health, HRT): pracovná sila 2030, prioritou ICN je oblasť ošetrovateľstva.

Kľúčové aktivity:

- 25. – 30. 1. 2016: WHO predložila globálnu stratégiu HRT uznesením Výkonnej rady WHO (EB) č. 138.
- ICN vykonala intervenciu potvrdzujúcu dôležitosť ľudských zdrojov v zdravotníctve a zásadnú úlohu ošetrovateľstva v dosiahnutí cieľov globálnej stratégie.
- Vlády Nového Zélandu a USA, rovnako ako Medzinárodná organizácia práce špecificky spomínajú dôležitú rolu, ktorú v systéme zdravotníckej starostlivosti zohrávajú sestry.

Ďalšie kroky:

- Odporúčame všetkým členským asociáciám dôrane presadzovať/ obhajovať účasť ošetrovateľstva v delegáciách zastupujúcich ich krajiny na 69. Svetovom zdravotníckom zhromaždení (WHA) 18. – 26. 5. 2016
- ICN bude členským asociáciám zasielať podporné informácie, kľúčové posolstvá a ďalšie materiály pre ich použitie v rámci rokovaní s vládami svojich krajín.

Ďakujeme Vám za Vašu pomoc a podporu v tejto dôležitej otázke.

Viac informácií nájdete na stránke ICN

<http://www.icn.ch/what-we-do/the-global-strategy-on-human-resources-for-health-workforce-2030/>

Adresované prezidentke SKSaPA od Dr. Frances A. Hughes, Výkonnej riaditeľky ICN

Preklad textu: Lukáš Kober

ODIŠIEL VZÁCNY ČLOVEK, JEHO ODKAZ ŽIJE V NÁS.....

Dňa 4. 2. 2016 po ťažkej chorobe opustila geriatrickú odbornú obec jej významná osobnosť, pán prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc. Osobnosť, ktorá svoj profesionálny život venovala geriatrickej na Slovensku a prispela k jej celkovému rozvoju. Pán prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc. bol v 90-tých rokoch riaditeľom Výskumného ústavu gerontológie v Malackách a neskôr riaditeľom Geriatrického centra a primárom geriatrického oddelenia. Po jeho zrušení pôsobil v Škole verejného zdravotníctva Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny v Bratislave (neskôr Fakulta Verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity), kde sa stal vedúcim Katedry výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky. Stál pri zrode Slovenskej gerontologickej a geriatrickej spoločnosti a do konca svojho života bol jej čestným prezidentom. Venoval sa presadzovaniu záujmov seniorov ako člen Rady vlády pre seniorov. Publikačná činnosť profesora MUDr. L. Hegieho, DrSc. je bohatá. Najznámejšia je jeho monografia **Geriatría**, ktorej je editorom a **Geriatría pre praktického lekára**, na ktorej sa podieľal ako spoluautor. Významný podiel má aj pri vydávaní časopisu **Geriatría**. Jeho celoživotný profesionálny záujem smeroval k starému človeku, s filozofiou zachovania kontinuity starostlivosti. Svoj celkový holistický pohľad na seniora potvrdil tým, že okrem medicínskej dimenzie sa venoval sociálnej gerontológii. Poukazoval na význam domáceho prostredia, prevencie, diagnostiky a rehabilitácie s dôrazom na koordináciu zdravotno-sociálnych služieb. V tejto súvislosti upriamil pozornosť na absenciu zložky geriatrického ošetrovateľstva vo forme zdravotných sestier pre návštevную službu (komunitných sestier), ktoré tu pôsobili už v 80. – 90. rokoch 20. storočia. Dôkazom dôležitosti a kompetentnosti geriatrických sestier pracujúcich v systéme starostlivosti je nadviazanie spolupráce Slovenskej gerontologickej a geriatrickej spoločnosti ešte počas jeho prezidentovania, so sekciou sestier pracujúcich v geriatrickej SK SaPA v rámci ošetrovateľského bloku každoročného lekárskeho gerontologickeho kongresu pod názvom „Gressnerove dni“. Prínos prof. MUDr. Ladislava Hegieho, DrSc. pre oblasť geriatrickej je neoceniteľný. Bude chýbať pacientom, lekárom a sestrám, svojim študentom a napokon širokej laickej i odbornej verejnosti. Jeho geriatrická filozofia sa úzko prelína s filozofiou našej ošetrovateľskej starostlivosti a zároveň nás jeho život, činnosť a tvorba výrazne ovplyvňuje a motivuje pre naše ďalšie geriatricke – ošetrovateľské pôsobenie. Za to Vám, pán profesor, patrí srdečná vďaka a posledné slovo: “Odišiel vzácny človek, ale jeho odkaz žije v nás.”

Češť jeho pamiatke.

Mgr. Denisa Šarkoziová
predsedníčka sekcie sestier pracujúcich v geriatrickej

OSOBITÉ RIZIKÁ PRÁCE SESTIER V AGENTÚRACH DOMÁCEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

SELECTED OCCUPATIONAL RISKS AMONG NURSES IN HOME CARE

LUCIA DIMUNOVÁ

UPJŠ, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľom príspevku je poskytnutie nových informácií, ktoré zverejnila Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci ohľadom rizík z hľadiska bezpečnosti sestier poskytujúcich starostlivosť v domácom prostredí. Približuje ergonomické, fyzikálne, bezpečnostné, biologické, chemické, psychosociálne riziká a poukazuje na možné využitie týchto poznatkov v oblasti domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová

Sestry. Bezpečnosť. Rizikové faktory. Domáca starostlivosť.

Abstract

The paper provided new information published by the European Agency for Safety and Health at Work about the risks to the safety of nurses home care. The paper presents an ergonomic, physical, biological, chemical, psychological and social risks and points to the possible use of this knowledge in home care.

Key words

Nurses. Safety. Risk factors. Home care.

V závislosti od profesie sú zdravotnícki pracovníci vystavovaní rôznym druhom rizikových faktorov, ktoré súvisia s ich prácou a majú vplyv na ich zdravie. Najčastejšie sú uvádzané: fyzikálne faktory, napr. ionizujúce žiarenie, chemické faktory, napr. prá-

ca s cytostatikami, s dezinfekčnými prostriedkami, biologické faktory, napr. infekcie v dôsledku poranenia sa ostrými predmetmi, ergonomické riziká, napr. manipulácia s pacientom, psychické a sociálne faktory pracovného prostredia (1). Tieto rizikové faktory sú popisované najmä pre zdravotníckych pracovníkov v nemocničných zariadeniach. Ťažšie dostupné a v našej legislatíve nepodložené sú osobitné rizikové faktory pôsobiace na sestry pracujúce v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci EU-OSHA v roku 2014 vydala dokument „Súčasný a vznikajúce problémy v sektore zdravotnej starostlivosti vrátane domácej a komunitnej starostlivosti“ (2). V uvedenom dokumente špecifikuje osobitné riziká v oblasti bezpečnosti pre pracovníkov poskytujúcich zdravotnú starostlivosť v domácom prostredí. Ako hlavné uvádza ergonomické, fyzikálne, bezpečnostné, biologické, chemické psychologické a sociálne riziká.

Ergonomické riziká

V rámci ergonomických požiadaviek na prácu je dôležité správne pracovné prostredie a pracovná poloha. Rizikom je stavebné usporiadanie bytu alebo domu, kde sestra realizuje ošetrovateľské intervencie. Miestnosti v domácom prostredí nemusia spĺňať podmienky vhodného stavebného usporiadania, čo môže viesť k tomu, že sestra je v nesprávnych kombiná-

ciách polôh vrátane nakláňania sa dopredu a vytáčania sa, ktoré vedú k postihnutiu pľiec, krku a chrbtice. Najzávažnejším problémom sú nepohohovateľné postele. Medzi fyzicky najnáročnejšie úkony sestry zaraďujeme manipuláciu s pacientom ako je dvíhanie, prenášanie, polohovanie (3). Práve dvíhanie pacientov v nevhodných polohách a dvíhanie bez pomoci sú významnými prediktormi trvalej pracovnej neschopnosti. Okrem spomínaných činností môže sestra vykonávať vertikalizáciu pacienta (antigravitačné aktivity: posadzovanie, vstávanie, stoj, dvíhanie a premiestňovanie z lôžka na vozík alebo do kresla) a zúčastňovať sa pasívnej rehabilitácie imobilného pacienta (4). Sestry, ktoré pri svojej práci pracujú s imobilnými pacientmi, patria do rizikovej skupiny so zvýšenou záťažou chrbta a v porovnaní s inými profesiami majú 6-krát vyššiu prevalenciu bolesti chrbta (5). Pri nadmernej fyzickej záťaži dochádza k poškodeniu pohybového aparátu a u žien aj ku gynekologickým poruchám, ktoré vznikajú v dôsledku namáhania závesného aparátu maternice (3). V porovnaní s inými pracovníkmi sú sestry v ADOS častejšie práceneschopné na základe symptómov poškodenia podporno-pohybovej sústavy súvisiacej s prácou (2).

Fyzikálne a bezpečnostné riziká

Fyzické prostredie v domácnosti súvisí najmä so správnym osvetlením. Sestry potrebujú na výkon bezpečnej

ošetrovateľskej starostlivosti primerané osvetlenie, čo v domácnostiach nie je vždy zabezpečené. Dôvodom môže byť štetenie zo strany pacienta. Ďalším nebezpečenstvom je kyslík, ktorý predstavuje riziko požiaru. Z ďalších fyzikálnych rizík pôsobiacich v domácom prostredí je chlad, popálenie, napr. horúcou vodou alebo elektrickými spotrebičmi. Tieto riziká sú spoločné pre sestry aj pacientov. Špecifickým rizikom pre sestry pracujúce v ADOS je vedenie motorového vozidla, ktorým sa dopravuje sestra k pacientom.

Biologické a chemické riziká

Vykonávanie rôznych procedúr v rámci domácej ošetrovateľskej starostlivosti môže predstavovať riziko infekcie. Sestry môžu byť vystavené riziku v dôsledku krížovej kontaminácie, napr. pri prenose patogénov priamym a nepriamym kontaktom s kontaminovanými neživými objektmi, v nehygienických domácnostiach sa môžu vyskytovať aj škodcovia vrátane hlodavcov, vši a pod. Samostatným problémom je taktiež bielizeň pacienta. Biologickým rizikom pre sestru je aj zdravotný stav pacienta. Zdrojom patogénnych mikroorganizmov môže byť aj nesprávne zaobchádzanie s biologickým odpadom. Sestry sú zodpovedné za bezpečné používanie a likvidáciu ostrých predmetov (napr. injekčné ihly), problémom však je, že pacienti a ich rodiny často ostré predmety nelikvidujú primeraným spôsobom. Použité ostré predmety môžu nechať položené v domácnosti alebo v košoch na odpadky, čo býva pre sestry hlavným rizikovým faktorom.

Psychologické a sociálne rizikové faktory

Za najčastejší a závažný faktor v rámci pracovného prostredia sa popisuje psychická záťaž (1). Môže dochádzať k nezhodám medzi sestrou a pacientom v súvislosti s pomocou požadovanou zo strany pacienta a možnosťami zo strany sestry. V dôsledku dlhotrvajúcej psychickej záťaže pre-

biehajú v organizme zmeny, ktoré sa prejavujú v somatickej, behaviorálnej a emocionálnej oblasti (6). Nadmerná psychická záťaž zvyšuje riziko chýb pri výkonoch a rozhodnutiach, ktoré sestra musí realizovať počas starostlivosti o pacienta. Okrem toho na pracovný výkon negatívne vplyva zdravotný stav sestier pracujúcich v ADOS, ale tiež nepriaznivo pôsobí aj na ich rodinu, či vzťahy s najbližšími ľuďmi (4). Rizikovo môže pôsobiť aj skutočnosť, že sestry pracujú osamote, sú vystavované možnému násiliu zo strany pacientov aj rodinných príslušníkov.

Jednou z kľúčových úloh pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti je poskytovanie kvalitných zdravotných služieb (7). Vzrastajúci dopyt po poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí je jedným zo spoločenských faktorov ovplyvňujúcich rozvoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku (8). Tento vývoj prináša potrebu hovoriť o súčasných a vznikajúcich rizikách a problémoch v oblasti domácej a komunitnej starostlivosti. Je nevyhnutné si uvedomiť, že sestry v ADOS realizujú ošetrovateľskú starostlivosť v špecifických podmienkach domáceho prostredia, ktoré je náročné z hľadiska bezpečnosti a zdravia sestier.

Zdroje

1. KILÍKOVÁ, M., DIMUNOVÁ, L., KALÁTOVÁ, D., PALKOVÁ, L. *Zdravie pri práci v klinickej praxi sestry*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2013, s. 135. ISBN 978-80-8132-082-8.
2. EU-OSHA. Súčasné vznikajúce problémy v sektore zdravotnej starostlivosti vrátane domácej a komunitnej starostlivosti. Európske observatórium rizík. Zhrnutie. [online] 2014. [cit. 2015-11-2]. Dostupné na internete: https://osha.europa.eu/sk/tools-and_publications/publications/reports/executive-summary-current-and-emerging-occupational-safety-and-health-osh-issues-in-the-healthcare-sector-including-home-and-community-care.

3. GILBERTOVÁ, S., MATOUŠEK, O. *Ergonomie : Optimalizace lidské činnosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 240 s. ISBN 80-247-0226-6.
4. BUBENÍKOVÁ, M. Záťaž sestier pracujúcich v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In KOŽUCHOVÁ, M. a kol. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin : Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-414-8, s. 196–215.
5. BEDNÁR, R. Záťaž sestry ako hlavný prediktor bolesti chrbta. In *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2010, roč. 17, č.4, s. 194-201.
6. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha : Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
7. RAKOVÁ, J., JABALLAH, Z. Moderná rola sestry výskumníčky v aktuálnych klinických podmienkach. In Pribišová, E., Beňo, P., Šramka, M. (eds.) *Civilizačné ochorenia a ich vplyv na kvalitu života, zdravia a sociálno-ekonomickú oblasť*. Prešov: ÚSVaZ bl. P.P. Gojdiča, 2014. s. 9-15, ISBN 978-80-89464-27-2.
8. KOŽUCHOVÁ, M. a kol. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin : Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-414-8, s. 19-55.

Kontakt na autora

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
UPJŠ, Lekárska fakulta,
Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP č.1 040 01 Košice
e-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

VYUŽITÍ CHLORHEXIDINU V PREVENCI INFEKCE MÍSTA INZERCE CENTRÁLNÍHO ŽILNÍHO KATÉTRU

THE USE OF CHLORHEXIDINE IN THE PREVENTIV INFECTION AROUND THE INSERTION SITE OF THE CENTRAL VENOUS CATHETER

TOMÁŠ GLAC¹, DANA STREITOVÁ^{2,3}, KLÁRA RUSKOVÁ¹, MILAN MAJEK⁴

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava, 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava Poruba, Česká republika

² Katedra intenzivní medicíny, urgentní medicíny a forenzních oborů, Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, Dvořákova 7, 701 03 Ostrava, Česká republika

³ Centrální operační sály Fakultní nemocnice Ostrava, 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava Poruba, Česká republika

⁴ Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckých a odborných študií, SZU Bratislava, Limbová 12, 833 03 Bratislava, Slovenská republika

Abstrakt

Péče a manipulace s centrálními žilními katétry u pacientů na jednotce intenzivní péče tvoří významný díl ošetrovatelské péči. Péče o tyto katétry je specializovaná a technicky náročná oblast. Ošetřující personál musí mít dostatečnou erudici, znalosti, ale i praktické dovednosti, aby mohl provádět bezchybnou péči na podkladě evidence based medicine. Mezi nejčastější komplikace centrálních žilních katétrů patří infekce, ať už místa vstupu nebo samotná katérová sepse. Mezi hlavní doporučená preventivní opatření se řadí nejen dodržování maximální sterilní bariéry při zavádění, ale i využívání moderních antiseptických krycích materiálů např. s účinnou látkou chlorhexidin a hlavně standardizovaný aseptický postup.

Klíčová slova

Centrální žilní katétr. Chlorhexidin. Katétry. Prevence sepse. Katérová sepse.

Abstract

Care and handling with central venous catheters in patients in intensive care constitute an important part of nursing care. Caring for these catheters is a specialized and technically demanding area. The nursing staff must have sufficient erudition,

knowledge as well as technical skills to perform flawless care based on records of discussions medicine. The most common complication of central venous catheters include infection, whether the entry point it self or catheter sepsis. The main recommended preventive measures include not only compliance with the maximum sterile barrier in the implementation, but also the use of modern antiseptik dressings eg. With the aktive ingredient chlorhexidine and most standardized aseptic technique.

Keywords

Central venous catheter. Chlorhexidine. Catheters. Prevention of sepsis. Catheters sepsis.

Podle amerického Centra pro kontrolu nemocí (CDC), Světové zdravotnické organizace (WHO) a dle meta-analýz epidemiologických studií se prevalence infekcí krevního řečiště v Severní Americe a Evropě pohybuje kolem pěti případů na 1000 katérových dnů (1). Infekce krevního řečiště je definována jako výskyt infekčního původce v krevním řečišti provázený patofyziologickou reakcí organismu. Až v 87 % případů vzniká infekce krevního řečiště v souvislosti s jeho katetrizací. Incidence se pohybuje v pásmu 3 – 12 % a morta-

lita je 32 % u pacientů na jednotkách intenzivní péče (2).

Nejčastější příčinou katérové infekce je tzv. extraluminální šíření, tedy migrace mikroorganismů z kůže v okolí místa inzerce katétru. Kontaminace z kůže bývá prokázána až v 60 % případů. Zdrojem tedy může být nejen samotná kůže z okolí inzerce katétru, ale také kontaminované krytí nebo ruce personálu. Další cestou šíření katérových sepsí je tzv. intraluminální šíření. To může být způsobeno kontaminací aplikovaného infuzátu, léku, spojek infuzní soupravy, kontaminovaného bezjehlového konektoru apod. Poslední možností je hematogenní šíření. Mezi klinické projevy lokální infekce spojené s katetrizací se nejčastěji projevují zarudnutím v místě inzerce katétru, místní citlivostí a bolestivostí, zatvrdnutím podél průběhu katétru delší než 2 cm od vstupu, pocitem napětí, infiltrací, hnisavou sekrecí v místě inzerce. Klinicky je manifestace zvýšené tělesné teploty, vzestupu leukocytů, zvýšení C reaktivního proteinu a prokalcitoninu. Výsledek kultivace odebrané z místa inzerce katétru je pozitivní. Také může být přítomen pozitivní výsledek z hemokultury a kultivace špičky katétru (3).

Jedním z řešení může být využití chlorhexidinu v prevenci infekce místa inserce invazivních vstupů.

Chlorhexidin (angl. chlorhexidine) je chemická sloučenina se systematickým názvem *N,N-bis(4-chlorfenyl)-3,12-diimin-2,4,11,13-tetraazatetradekandiimidamid*. Jedná se o chemické antiseptikum s antibakteriálním a antifunginálním účinkem. Působí jednak bakteriostaticky (inhibuje růst bakterii), ale i bakteriocidně (zabíjí bakterie). Jeho dominantní účinnost je prokázána proti gram-pozitivním i gram-negativním bakteriím a plísním.

Chlorhexidin byl objeven v roce 1946 britskou chemickou společností ImperialChemicalIndustries, která mimo jiné poprvé na světě syntetizovala Halotan. V roce 1954 byl chlorhexidindiglukonát poprvé představen v Anglii jako komerčně vyráběný desinfekční prostředek a antiseptikum. V pozdějších letech se stal chlorhexidin součástí velkého množství výrobků a zdravotnických prostředků, jako jsou krytí napuštěná chlorhexidinem, desinfekční ubrousky a žínky napuštěné chlorhexidinem, katétrů s povrchovou úpravou s chlorhexidinem apod (3).

Chlorhexidin je silná báze s kationickými vlastnostmi. Jedná se o pozitivně nabitou molekulu, která se váže k záporně nabitým místům na buněčné membráně, kterou tímto rozrušuje. V momentě, kdy je buněčná stěna mikroorganismu poškozena, prochází chlorhexidin dále do buňky a působí přímo na její cytoplasmatickou membránu, kterou rozptýlí, a tím mikrob zahyne. Chlorhexidin působí také na biofilm, jež je komplexní agregace mikroorganismů rostoucí na organickém nebo anorganickém povrchu. Působení chlorhexidinu na biofilm je proká-

záno v inhibici adherence mikroorganismů na daný povrch, a tím je bráněno vývoji a růstu biofilmu.

Chlorhexidin má vysokou afinitu ke kůži i sliznicím. Účinnost antimikrobiální aktivity není ovlivněna přítomností biologického materiálu, např. krví, proto je tato účinná látka obsažena v antiseptících na kůži, k hygienické desinfekci rukou, v ústních vodách, oplachových prostředcích na rány, v rámci obvazového krytí, povrchových úpravách katétrů apod.

Na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava byl vytvořen koncept preventivních opatření s využitím zdravotnických prostředků s obsahem chlorhexidinu. Většina kroků vychází z mezinárodně uznávaných doporučení vydaných v roce 2011 americkým Centrem pro kontrolu nemocí (CDC – CentersforDiseaseControl) - Guidelinesforthe preventiv ofintravascularcatheter-relatedinfections. Pro desinfekci operačního pole - místa punkce, je doporučeno použití alkoholového roztoku s minimálně 0,5% chlorhexidinem. V případě, že je chlorhexidin kontraindikován jako alternativa je doporučována jodová tinktura, jodoform nebo 70% roztok alkoholu (4). Jako antiseptiku lze použít tedy všechny výše jmenované látky. Rozhodnutí pro jeden přípravek není CDC vydáno. Snad než druh použitého antiseptika je důležitější dodržení jeho expozice po nanesení na kůži. Na našem pracovišti jsme zavedli do rutinního používání desinfekční prostředek 2% chlorhexidin v 70% alkoholu. Tímto postupem můžeme snížit kolonizaci a katérové infekce. Bylo zjištěno, že chlorhexidin je lepší než PVP jód. V randomizované kontrolované studii bylo sledováno 631 zavedených katétrů, u nichž byl výskyt kolonizace významně niž-

ší po ošetření 2% chlorhexidinem v 70% alkoholu, než vodným roztokem PVP-jódu. Dále je uvedeno, že antiseptice má být použita s dostatečným třením, které zajistí, aby se roztok dostal i do neviditelných prasklin a trhlin v kůži (5).

Práce uveřejněná v časopise Critical Care udává, že použití chlorhexidinu, jako přípravy operačního pole před zavedením centrálního žilního katétru (CŽK) významně snižuje infekce související s katétretem přibližně o 50 % ve srovnání s vodným roztokem PVP-jódu (6). Další práce (7) popisuje srovnání použitého antiseptika, kdy je uvedena nejnižší četnost infekcí krevního řečiště při použití 2% chlorhexidinu ve vodném roztoku. 0,5% chlorhexidin v roztoku alkoholu má srovnatelný efekt jako 10% PVP-jód (7). Autoři článku uvádí, že se na jejich pracovišti osvědčil způsob ošetření CŽK s použitím peroxidu vodíku, ihned po zavedení, k odstranění krevních nečistot a sraženin. Teprve poté je místo inserce katétru desinfikováno příslušným desinfekčním roztokem na kůži např. iodopovidonem a dále asepticky překryto sterilním krytím (1).

Otázkou zůstává v literatuře uváděná alergická reakce na chlorhexidin. Na našem pracovišti jsme se s touto komplikací doposud výrazně nesešli. Časté diskuze jsou zmiňovány i v otázkách rezistence na chlorhexidin. I po padesáti letech užívání chlorhexidinu, nebyl shledán žádný vývoj bakteriální rezistence na tuto látku. Snížená účinnost je pravděpodobná při používání roztoků s nižšími koncentracemi chlorhexidinu, než je 0,5% roztok (5).

Krytí s obsahem chlorhexidinu

V rámci nastavení pravidel pro ošetřování invazivních vstupů na naší klinice, jsme vycházeli z doporuče-

ní, využívat speciální krycí materiály – semipermeabilní krycí folie. Nejen, že na místo inserce je po celou dobu ponechání folie vidět, lze přes krytí provádět citlivé palpační vyšetření místa zavedení, ale eliminuje možné riziko navlhčení krytí. Ošetření invazivních vstupů je tedy prováděno za použití tylu impregnovaného parafinem s účinnou širokospektrální antimikrobiální látkou – 0,5% chlorhexidin acetát (Bactigras) a přiložení semipermeabilní krycí folie (např. Tegaderm). Dle doporučení výrobce, lze toto krytí ponechat in situ po dobu 72 hodin. Další a preferovanější možností ošetření invazivních vstupů, je přiložení speciální krycí folie s gelovým čtverečkem obsahujícím a uvolňujícím 2% chlorhexidylglukonát (Tegaderm CHG) viz obrázek 1. Toto krytí může být ponecháno in situ 7 – 10 dní. Výhodou těchto speciálních krytí je možnost je ponechat na invazivním vstupu po několik dní a tím přispět ke snížení incidence zarudnutí místa inserce. Bylo prokázáno, že časté převazování a vstupování pod krytí invazivního vstupu je spojeno s vyšší incidencí infekčních komplikací, což se potvrzuje i na našem pracovišti a dále to dokládají i níže uvedené studie (3).

Použití obvazů s chlorhexidinem pomáhá udržovat snížený počet bakterií na pokožce. Průběžně uvolňující se chlorhexidin-glukonát z gelového polštářku udržuje snížený počet bakterií na pokožce v místě ošetření, než při použití polyuretanové houby impregnované chlorhexidinem (8).

Použití transparentní semipermeabilní krycí folie je spojeno se srovnatelným výskytem infekcí krevního řečiště jako při použití klasického gázového krytí, avšak okluzivní krytí má mnohé výhody, které jeho použití vyzdvihují. Prokázaný účinek ve

snížení kolonizace ČŽK je uváděn při použití okluzivního krytí impregnovaného chlorhexidinem (7).

Obdobné výsledky uvádí Stokowski (5), který odpovídá na otázku, zda jsou průhledné obvazy efektivní pro snížení infekce místa inserce ČŽK. Uvádí, že i po použití antiseptiky dochází k nárůstu kožní mikroflóry o cca 20 % již do 24 hodin, a proto je diskutováno o zavedení obvazu s postupným uvolňováním účinné látky chlorhexidin. Pokyny CDC, které byly v listopadu 2009 vydány, se zmiňují, že tento produkt nebude zatím doporučován, pro použití v prevenci infekce, protože nebylo shledáno dostatečné množství důkazů potvrzující jejich účinnost (5). Naopak guidelines z roku 2011 doporučují v kategorii IB užití krytí s chlorhexidinem pro krátkodobé katétry u pacientů starších dvou měsíců, pokud i přes zavedené ošetření a správné použití bariérových technik neklesá četnost CRBSi (7).

Můžeme tedy konstatovat, že použitím speciálních druhů krytí lze dosáhnout celkově snížením počtu převazů, a tím snížit riziko vzniku lokálního zarudnutí.

Zdroje

1. CHRDLA, A. et al. Katérové infekce krevního řečiště - prevalence a intervence. *Časopis lékařů českých*. 2012, roč. 151 (1), s. 13-16.
2. STREITOVÁ, Dana. *Specifika ošetrovatelské péče u pacienta se sepsí*. Ružomberok, 2010. Rigorózní práce. Katolícká univerzita.
3. GLAC, Tomáš. *Využití chlorhexidinu v prevenci infekce v okolí místa zavedení ČŽK*. Ostrava, 2013. Diplomová práce. Ostravská univerzita v Ostravě. Vedoucí práce PhDr. Renáta Zoubková.

4. O'GRADY, N. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011. *CentersforDiseaseControl and Prevention* [online]. 2011 [cit. 2013-05-02]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
5. STOKOWSKI, L. Chlorhexidine in Healthcare: YourQuestionsAnswered. *New York, NY: MedscapeNurses*, 2010.
6. FRASCA, Denis, et al. Prevention of central venous catheter-related infection in the intensive care unit. *Crit Care*, 2010, 14.2: 212.
7. JIROUŠ, J. Prevence infekcí cévního řečiště spojených s intravaskulární katetrizací. In: *Společnost nemocniční epidemiologie a hygieny SNEH* [online]. 2012 [cit. 2013-04-13]. Dostupné z: <http://www.sneh.cz/soubory/clanky/31.pdf>
8. BASHIR, M. et al. Suppression of normal skin flora under chlorhexidine gluconate dressings applied to chlorhexidine gluconate-prepped skin. *American Journal of Infection Control*. 2012, vol. 40, issue 4, s. 344-348. DOI: 10.1016/j.ajic.2011.03.030. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196655311003191>

Kontakt na autora

Mgr. Tomáš Glac

e-mail: tomas.glac@fno.cz

ZUZANA GAVALIEROVA^{1,2}, AHMADULLAH FATHI^{1,2}

¹ PULSE medicine, s.r.o. Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Mierová 1 Svit

² PULSE medicine, s.r.o. Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Trojičné námestie ZS Šuňava

Abstrakt

Dennodenná klinická prax ukazuje, že edukácia ako proces v ošetrovateľstve, je sestrami minimálne využívaný. Edukačný proces v ošetrovateľstve má nezastupiteľné miesto pri zmene vnímania a správania sa u pacienta. V tomto článku sa autori zaoberajú úskaliami edukácie sestrou a navrhujú pre klinickú prax jednoduchý, štruktúrovaný edukačný model za využitia Transteoretického modelu (TTM), kde sa sestra v problematike rýchlo zorientuje. Autori dúfajú, že článok uľahčí edukačný proces sestram v ich ambulantnej praxi.

Kľúčové slová

Edukácia. Úskalia edukácie. Edukačný proces. TTM.

Abstract

Daily clinical practice shows, that education as a process in nursing is used by nurses minimally. Educational process in nursing has an irreplaceable position at changes of perception and behaviour of a patient. In this Article, authors deal with the pitfalls of nurse education and suggest a simple and arranged educational model by using a Transtheoretical model (TTM), where a nurse can quickly orientate in this issue. Authors hope, that this article will simplify educational process for nurses in their ambulant practice.

Key words

Education. The pitfalls of education. Educational process. TTM.

Úvod

Edukácia má rozhodujúce postavenie pri dosahovaní kvalitatívnych zmien vo vedomostiach a v poznaní jednotlivca, rodiny a komunit. Edukácii v zdravotníctve sa v posledných rokoch prikladá veľký význam, moderná éra ošetrovateľstva taktiež poukazuje na jej dôležitosť. Veľkým prínosom pre prácu sestry pri edukácii je legislatívna podpora. Vestník MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s arteriálnou hypertenziou historicky po prvýkrát aktívne zapája sestru do tohto procesu (1). Vo Vestníku MZ SR je uvedené, že sestra pracujúca v ambulancii všeobecného lekára, vnútorného lekárstva a kardiológie, je kompetentná osoba pri edukácii dospelého pacienta s arteriálnou hypertenziou (1). Z praxe môžeme ale konštatovať, že edukácia ako proces ošetrovateľstva, je sestrami využívaná minimálne. Pri súčasnom edukačnom procese sa predpokladá, že pacient je pre liečbu motivovaný. Každodenná prax je dôkazom toho, že tomu tak nie je. Aby sestra mohla správne edukovať, potrebuje zvládať komunikáciu, adekvátne viesť rozhovor a zdokonaľovať sa v pozorovacích schopnostiach.

V ambulancii sa edukácia uskutočňuje individuálnou formou odovzdávania konkrétnych informácií a je prispôbená aktuálnemu psychickému, emocionálnemu a motivačnému stavu pacienta. Pre pochopenie pacienta musíme poznať, akými zmenami myslenia prechádza. Za najuznávanejší model procesu zmeny je považovaný Transteoretický model (TTM) profe-

sorov psychológie Carlo di Clemente a James Prochaska (2). Tento model sa venuje psychologickému prístupu k pacientovi. Jeho zásadou je prispôbiť edukačný proces primerane motivačnému štádiu pacienta. Aplikovať tento model do edukačnej praxe nám umožní poznať postoj pacienta k diagnóze a k danému stavu, a tiež určiť štádium, v ktorom sa nachádza. Na základe týchto zistení môže sestra naplánovať a realizovať edukačné intervencie šité na mieru jednotlivca.

Transteoretický model

Transteoretický model profesorov psychológie Carlo di Clemente a James Prochaska sa považuje za najuznávanejší model procesu zmeny (2). TTM sa využíva pri liečbe rôznych závislostí a pôvodne bol navrhnutý pre psycho-terapeutické účely. Autori tohto modelu využili poznatky z psychoterapie, ktoré spojili so zmenami správania sa u človeka. Venuje sa psychologickému prístupu k pacientovi.

Prochaska a kolektív autorov (3) navrhujú vývinové sekvencie motivačnej pohotovosti, kde ide o plynulý sled niekoľkých fáz:

1. pred - uvažovanie (popretie)
2. premýšľanie
3. príprava
4. činnosť
5. udržanie a uchovanie.

V modifikovanej podobe tento model môže sestra využiť pri edukačnom procese pacienta, pričom zisťuje, v ktorom štádiu sa pacient nachádza a zvoliť individuálny edukačný prístup.

Štádium zmien správania sa	Charakteristika	Úloha sestry
1. štádium- prekontemplačné	nie je motivovaný, nepomýšľa na zmenu, neznalosť= blaženosť	povzbudiť pacienta, rozprávať o tom, čo je to za ochorenie, možné riziká
2. štádium- kontemplačné	zvažuje klady a zápory, pomýšľa na zmenu, ešte má ale neurčitý postoj	edukácia o potrebe zmeny- životný štýl, kontroly TK, následky neliečenej AH
3. štádium- prípravné	zamýšľa zmenu, hľadá informácie, zvažuje čo môže urobiť a zmeniť	edukovať o konkrétnych postupoch - znížiť príjem soli, prestať fajčiť, -OH, redukcia hmotnosti, tekutiny, primeraná pohybová aktivita
4. štádium- akčné	dochádza k zmene, dodržiava rady, liečbu	neustála podpora, povzbudzovanie
5. štádium- udržiavacie	pravidelne užíva lieky, dodržiava zásady nefarmakologickej liečby, predchádzanie relapsu	pripomínať benefity, monitoring FF, povzbudenie, podpora

Relaps- prechod naspäť do predchádzajúcich štádií, najkritickejšie obdobie je 4. štádium, relaps môže nastať v ktoromkoľvek štádiu

Tabuľka 1 Modifikované štádia TTM podľa Carlo DiClemente a James Prochaska

Celý tento proces nie je jednoduchý, je časovo náročný, mnohokrát sprevádzaný neprijemným správaním zo strany pacienta. Ostáva nám len vytrvať a efekt sa dostaví. Je len nízke percento pacientov, ktorí nereagujú vôbec, aj keď nakoniec ich komplikácie ochorenia dostihnú. Pre sestru je náročné práve to, že je to proces neustáleho opakovania. Pri súčasnom edukačnom procese sa predpokladá, že pacient je pre liečbu motivovaný, opak je však pravdou.

Podľa mnohých výskumov (Prochaska, Prochaska, Johnson, 2006) sa väčšina pacientov nachádza vo fáze prekontemplára (pred – uvažovanie) a kontemplára (uvažovanie). A k tomu, aby zmenili svoje správanie, či životný štýl, nie sú zatiaľ pripravení. Práve TTM upozorňuje na to, že ak pacienti na-

vrhujeme zmeny správania sa (napr. životný štýl) bez toho, aby sme posúdili jeho terajšie štádium resp. fázu, mýlime sa so základnou potrebou a tou je zmena z prekontemplára na kontemplára. Hrozí riziko, že stratíme pacienta k spolupráci a nedosiahneme žiaducu zmenu správania sa.

Model pozostáva z piatich štádií, ktoré nazývame „pred -uvažovanie“ (popretie), kedy človek vôbec neuvažuje o zmene, až po štádium „udržovania“, kedy človek už úspešne urobil vo svojom živote zmenu (4). V každom jednom štádiu pacient prechádza fázami s určitou mierou motivácie. Zasadou TTM je primeranosť motivačného štádia pacienta a individuálny prístup, aby sme dosiahli žiaduce správanie (5).

Klinická prax nám dokazuje, že pacient, ktorý sa dozvie diagnózu, sa tomu zo začiatku bráni, popiera to. Ochorenie si neprípúšťa a nachádza sa v štádiu prekontemplára, ktoré jednoducho môžeme charakterizovať ako: neznalosť je blaženosť. DiClemente v roku 1991 povedal: „Nemôžeme zmeniť človeka v štádiu prekontemplácie, ale môžeme mu pomôcť, aby sa motivoval a posunul do štádia kontemplácie“. A to je našou úlohou za pomoci využitia TTM ako psychodiagnostickej metódy, pretože TTM je zameraný práve na proces rozhodnutia zmenu vykonať. Pacienti, s ktorými sa stretávame, sú rozdielni v tom, ako sú pripravení na zmenu. V správnom čase podať relevantné informácie, v správnu dobu pacienta motivovať, to je ten rozdiel pri využití TTM v edukačnom procese

prechádza postupne všetkými štádiami

prechádza niekoľkokrát opakovane určitými štádiami

uviazne v niektorom štádiu a nepokročí ďalej

dosiahne cieľ, trvalé zlepšenie

nastane relaps do nižšieho štádia a pokračuje od daného štádia znova

Tabuľka 2 Možnosti prechodu TTM podľa Carlo DiClemente a James Prochaska

v ošetrovatelstve. Aplikovať tento model do edukačnej praxe nám umožní poznať jeho postoj k diagnóze a k danému stavu, a tiež štádium, v ktorom sa pacient nachádza.

Autori TTM popisujú, že prechod cez štádia zmeny môže byť priamočiary (postupne z jedného štádia do druhého podľa poradia), ale aj nepriamy (preskakovanie zo štádia do štádia), ktorý je častejší (4). Cieľom edukačného procesu za využitia tohto modelu je nielen dostatok vedomostí a zručností u edukovaného pacienta, ale najmä konečná zmena správania sa a tým aj konania.

Úskalia pri edukácii sestrou

Medzi najčastejšie prekážky edukácie zaraďujeme stav, kedy sestra nepozná postoje pacienta k diagnóze a k danému stavu, čo znamená potrebu TTM. Nezhodnotí úroveň jeho vedomostí a doterajšie skúsenosti s diagnózou a daným stavom. Nedostatkom je nesprávne zvolená metodika a tempo edukácie. Netreba zabudnúť na duplicitnú edukáciu. Ak nepoznáme postoj pacienta k danému stavu, sestra stále edukuje dookola (napr. pri artériovej hypertenzii stále dookola hovorí o tom, že má obmedziť slané, korenené, redukovať hmotnosť), pacient stráca záujem, nepostupuje ďalej a edukácia pre neho môže spôsobiť stresový zážitok, čím sa demotivuje. Pri edukačnom procese je dôležité, aby si sestra svojimi argumentmi získala pacienta pre spoluprácu.

Základné úskalia edukácie sestrou:

1. Vedomosti z oblasti ošetrovateľskej starostlivosti, ktorej sa týka
2. Legislatívna podpora
3. Vlastná edukácia
4. Edukačný materiál
5. Dokumentácia
6. Koordinácia edukačného procesu

1. Vedomosti z oblasti ošetrovateľskej starostlivosti ktorej sa týka – sestra musí mať v úlohe edukátora najprv dostatočné vedomosti o klinických stavoch (jednotkách, diagnózach). Ako príklad uveďme pacienta s artériovou

hypertenziou. Sestra pracujúca s dospelým pacientom s artériovou hypertenziou (AH) musí mať príslušné vedomosti a zručnosti, ktoré zahŕňajú:

- patofyziológiu AH
- možnosti detekcie AH
- ovládanie diagnostických možností
- schopnosť monitorovať a posudzovať pacientov s AH
- vhodný spôsob edukácie pacienta a jeho rodiny
- podporovanie zmeny v životnom štýle pacienta
- posilňovanie a pomoc v snahe pacienta
- vedenie dokumentácie
- komunikáciu s podpornými osobami a inými zdravotníckymi pracovníkmi

Sestra, ktorá nemá dostatočné vedomosti, by sa mala edukácii vyhnúť. Neodbornými radami by mohla pacientovi poškodiť. Ak sa do procesu edukácie zapojí neerudovaná sestra, pacienta môže demotivovať a tým zhoršiť pozíciu erudovanej sestry pri získaní si pacienta k spolupráci. V ambulantnej praxi sa ako najefektívnejšia forma edukácie osvedčuje individuálna forma, pri ktorej sa zohľadňujú rizikové faktory, či pridružené ochorenia pacienta. Ako príklad uveďme opäť pacienta s artériovou hypertenziou.

Vestník MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou - súčasťou tohto Odborného usmernenia je správne meranie tlaku krvi (TK) -Príloha č. 5 (1). Ak sestra neovláda štandardné postupy pri meraní TK, alebo používa zastarané postupy, dopúšťa sa profesionálnej chyby, pretože meranie tlaku krvi je jedným zo základných diagnostických parametrov. Z praxe vieme, že sestry častokrát neovládajú techniku merania TK - manžeta je nesprávne naložená, zabúdajú na meranie srdcovej frekvencie, pred meraním pacient nesesí aspoň 5 minút a pod. Je veľa ambulancií, kde nemajú k dispozícii širšiu aj úzku manžetu podľa obvodu ramena (*zistené počas osobných stretnutí s kolegyňami, prí-*

padne formou dotazníkov -poznámka autorov). Meranie TK je pritom dominantou prácou sestry na ambulancii, kde sa lekár mnohokrát spolieha na jej namerané hodnoty.

2. Legislatívna podpora - v minulosti poprední odborníci prezentovali, že edukácia je doménou lekárov. Vo svete prevláda názor, že sestra je tá osoba, ktorá by mala pri edukácii zohrávať dôležitú úlohu, a to hlavne v ambulantnej sfére. Posledné legislatívne zmeny ukazujú, že situácia sa začína meniť a edukácia sestrou sa stáva dôležitou súčasťou edukačného procesu. Právnu oporou v legislatíve si je sestra pri svojej práci istejšia. Príkladom je Vestník MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou.

3. Vlastná edukácia - chýbajú štandardy edukačného procesu. Dostupná literatúra ponúka spôsoby, ako edukovať pacienta z rôznych hľadísk, ale obsah edukácie k daným diagnózam a stavom chýba. Aby sestra mohla na seba vziať bremeno zodpovednosti a mohla si byť istá správnosťou postupu, musí mať podklady k edukácii. Hodnota práce sestry pri edukácii vôbec nie je zohľadnená v cenníku (pozn. autorov). Sestry si častokrát zamieňajú edukačný proces s ošetrovateľským procesom. Dôkazom je voľne dostupná literatúra na internete v podaní niektorých sestier, ich záverečných prác, návodov a pod. Mýlia si pojem diagnostika a diagnóza. Mnoho sestier v časti diagnostika uvádza ošetrovateľské diagnózy, prípadne píše, že všetky diagnózy sú: nevedomosť, neznalosť, nedostatok. Na čo potom vôbec udávať diagnózu? Ako uvádzajú Payer a Jakuliak: „Diagnostický záver je konečný výsledok diagnostického postupu. Predstavuje zhrnutie poznatkov, ktoré podmieňujú určenie ochorenia.“ Pojem „diagnostika“ znamená proces, ako aj súbor činností zameraný na zistenie stavu pacienta (6). Jeho cieľom je nadobudnúť o pacientovi všetky podstatné informácie, ktoré nám pomôžu de-

terminovať závery. Diagnostika nie je a neznamena diagnostiku. Štatistiky posledných desaťročí jasne ukazujú, že rizikové správanie sa ako napr. fajčenie, nedostatok fyzickej aktivity, nezdravé stravovacie návyky a pod., stoja v pozadí prinajmenšom 50% predčasných úmrtí v populácii. (Velicer, 2002). Túto myšlienku ukončuje tým, že hlavnou výzvou verejného zdravia je správanie sa (7). Tu vidíme význam edukácie, pretože eliminovať riziká bez edukácie, je priam nemožné.

4. Edukačný materiál – chyba, prípadne rozsah nezodpovedá edukačnému procesu. Na ich tvorbe by sa mali súčinne podieľať odborné spoločnosti v spolupráci so sesterskou komorou, aby boli nápomocné pri edukácii v písomnej forme edukačných kariet alebo edukačných listov. Sestra ich využíva ako argumentáciu pre pacienta. Vezmime si napríklad pacienta s AH. Ak ho sestra informuje, že neliečená AH zvyšuje riziko CMP, pacient tento argument nemusí prijať. Ale ak sestra svoj výrok alebo argument podloží faktom ako je štatistický údaj, že neliečená AH zvyšuje riziko CMP podľa najnovších štúdií až 4- násobne, bude pôsobiť dôveryhodnejšie.

5. Dokumentácia – vedenie zdravotnej dokumentácie je dôležitým medicínskym právnym aktom. Je daná platnou legislatívou, ktorej cieľom je právna ochrana samotného lekára, jeho zamestnancov, klienta a majetku. Exaktné vedenie záznamov je požiadavkou doby a nástrojom objektívneho pohľadu do minulosti a prítomnosti. Napomáha plánovaniu do budúcnosti, čím zvyšuje kvalitu práce (8). Sestra vedie ošetrovateľskú dokumentáciu vo forme zápisov, čím potvrdzuje účasť na jej vedení a plne preberá zodpovednosť za svoje zápisy. Správnym vedením dokumentácie je možné predísť možnosti vzniku právnych komplikácií alebo sporov.

Význam vedenia dokumentácie:

1. doklad o činnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (PZS)
2. zabezpečuje bezpečnosť a ochra-

nu ošetrojúceho zdravotníckeho personálu

3. zabezpečuje bezpečnosť a ochranu klientov
4. zefektívňuje a zjednodušuje výkon prác (štandardné postupy)
5. zabezpečuje kvalitu práce
6. zvyšuje zodpovednosť jednotlivých pracovníkov
7. zabezpečuje kontinuitu praxe (8).

6. Koordinácia edukačného procesu - súčasťou prepúšťacích správ po hospitalizácii pacienta je ošetrovateľská správa, ktorá je postúpená na ambulanciu. Žiaľ, realita je taká, že prepúšťacie správy z nemocníc prichádzajú prázdne. Dôkazom sú samotné prepúšťacie správy, zákonná povinnosť je síce splnená, ale bez účelu. Pri realizácii štandardu v edukácii, bude mať sestra k dispozícii TTM, kde vyznačí štádium, v ktorom sa pacient svojím postojom k diagnóze a stavu nachádza pri prepustení zo zdravotníckeho zariadenia a o čom už bol edukovaný. Napr., či zvláda pri diabete podanie inzulínu, alebo, či si vie aplikovať nízko-molekulárny heparín. Týmto spôsobom sa koordinuje súčinnosť ústavnej a ambulantnej edukácie.

Záver

Kľúčovou požiadavkou ošetrovateľstva je aktívna účasť jednotlivca na kontrole jeho zdravia či choroby. Veríme, že používanie TTM v štruktúrovanej edukácii bude prinášať v edukačnom procese, manažovaní pacienta a pri jeho compliance benefity tak sestry, ako aj samotnému pacientovi. Slovom Helen Kellerovej (1880 – 1968): „*Túžim vykonať veľkú a dôstojnú úlohu, ale mojou základnou povinnosťou je splniť malé úlohy, aby boli veľké a dôstojné*“, by sme mohli začať.

Zdroje

1. Odborné usmernenie MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou zo dňa 1. 12. 2014, Číslo: Z52182-2014-IZP, čiastka 45-60

2. DiCLEMENTE, C.C., PROCHASKA, J.O. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change. 1983. In: Miller WR, Heather N (eds). Treating addictive behaviours. Second edition. New York: Plenum Press; 1998.
3. PROCHASKA, J. O., REDDING, C. A., HARLOW, L. L., ROSSI, J. S., & VELICER, W. F. 1994. The Transtheoretical Model of CHange and HIV Prevention: A Review. Health Education Quarterly, 21 (4), p.471-486 PMID:7843978
4. PROCHASKA, J.O., VELICER, W.F. The transtheoretical model of health behaviour change. Am J Health Promot 1997 Sep–Oct;12(1):38–48. Accessed 2009 Mar 18
5. PROCHASKA, J.O, DiCLEMENTE, C.C, NORCROSS, J.C.: In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47, 1992, s.1102–1114.
6. https://zona.fmed.uniba.sk/uploads/media/Diagnostika_a_odber_anamnezy.pdf , Výučbový materiál V. internej kliniky LFUK a UN Bratislava © Juraj Payer, Peter Jackuliak, Bratislava, 2010
7. VELICER, W. F., PROCHASKA, J. O., FAVA, J. L., ROSSI, J. S., REDDING, C. A., LAFORGE, R. G., et al. (2000). Using the transtheoretical model for population – based approaches to health promotion and disease prevention. Homeostasis in health and disease, 40, 174 – 195
8. FATHI, A., GAVALIEROVÁ, Z. Systém manažmentu dokumentácie všeobecného lekára. In: Via practica. 2010, roč. 7 (2), s.84-88. ISSN: 1336-4790
9. <http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>

Kontakt na autorov

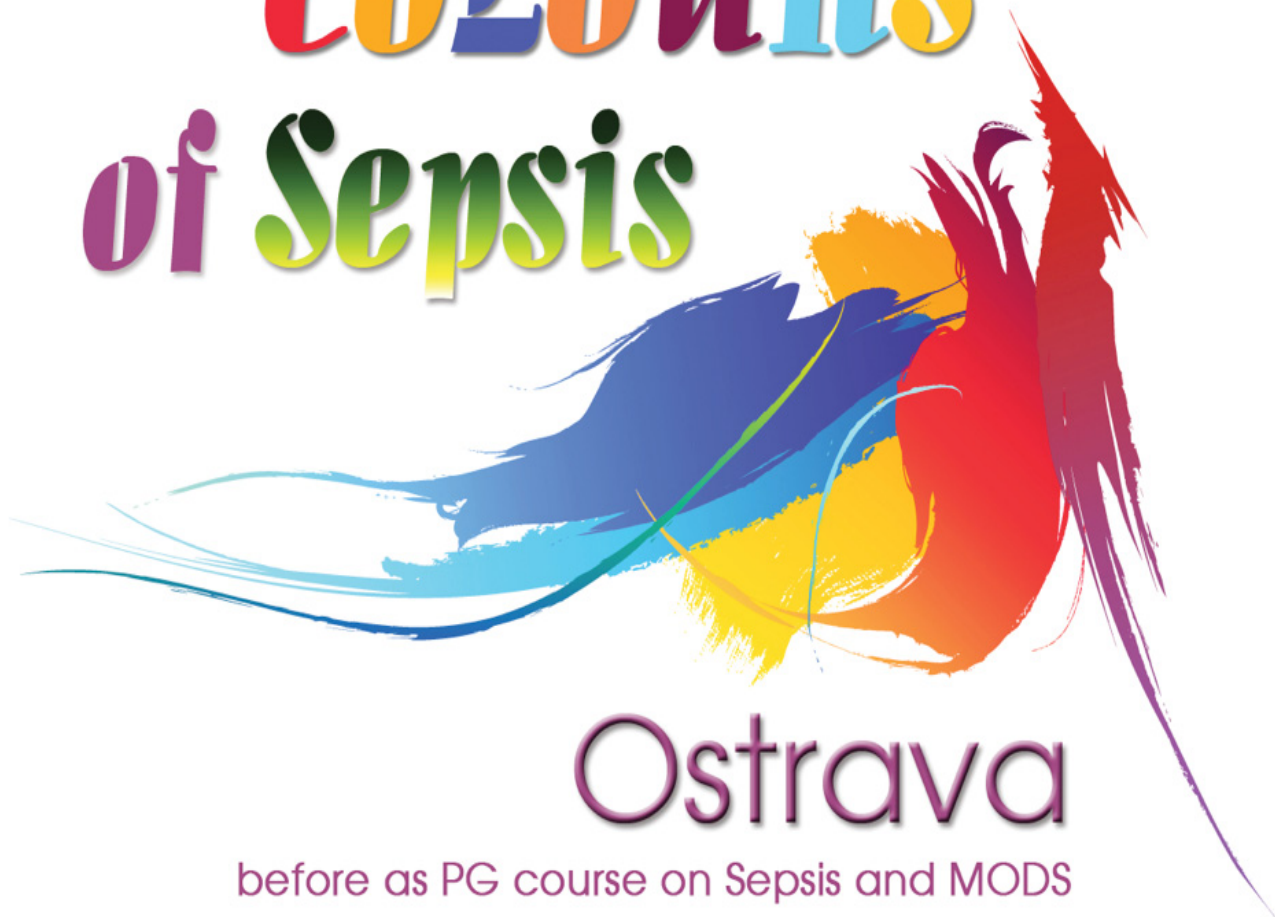
PhDr. Zuzana Gavalierová

e-mail: gavalierova.z@gmail.com

MUDr. Ahmadullah Fathi

e-mail: mudrfathi@gmail.com

COLOURS of Sepsis



Ostrava

before as PG course on Sepsis and MODS

Ve dňoch 26.-29.1.2016 proběhl již 18. ročník akce, která se původně jmenovala Postgraduální kurz Sepse a MODS v Ostravě, který od počátku organizuje ve spolupráci KARIM FNO jmenovitě Dr. Roman Kula. V posledních třech letech byl mezinárodní kongres přejmenován na Colours of Sepsis Ostrava. Letos jako součást kongresu proběhl 3. postgraduální kurz sester v intenzivní péči, který se připojil k této mimořádné akci s cílem zvýšit možnosti implementace preventivních opatření pro vznik sepse na pracovištích intenzivní péče do klinické praxe. V tomto roce byla sesterská část kongresu koordinována

ve spolupráci s Oddělením pediatrické resuscitační a intenzivní péče FN Ostrava a tento záměr se potkal s velmi dobrým ohlasem.

Na letošní ročník se přihlásilo na 1400 účastníků, z toho více než 320 sester. Pozvání přijali také zahraniční účastníci, kromě našich kolegů ze Slovenska se zástupcem Slovenské komory sester a porodních asistentek PhDr. M. Laurincem, PhD. to byli zástupci z Belgie Barbara Van Royen z Antverp a Adriana Borodzicz - Cedro z Polska.

V sesterské sekci zanělo 30 aktivních příspěvků, v posterové sekci jich bylo 13.

Slyšeli jsme přednášky na téma balíčků pro prevenci sepse a jejich možnosti uplatnění v praxi, postupů prevence ventilátorové pneumonie, uplatnění extrakorporálních eliminačních technik jako rescue therapy a úloha sestry při péči o dospělé i dětské pacienty v rámci těchto intervencí. V rámci pediatrické sekce zazněly velmi zajímavé kazistiky pacientů v septickém stavu, které dokreslily aplikaci možnosti prevence v klinické praxi. Zazněly informace,

zda a jak řešit febrilní stavy u kriticky nemocných pacientů, jak postupovat v případě septických pacientů na operačním sále, jaké jsou možnosti prevence katérových infekcí, efektivita využití monitorace hemoglobinu v rámci bezprostřední pooperační péče.

S velkým ohlasem byly na sesterské sekci přijaty workshopy, které byly věnovány problematice neinvazivní a nekonvenční ventilace a novým doporučením ERC pro kardiopulmonální resuscitaci. Při této příležitosti je potřeba vyzdvihnout spolupráci s Katedrou intenzivní medicíny a forenzních oborů, Lékařské fakulty Ostravské univerzity v Ostravě. Studenti oboru Zdravotnický záchranář předvedli v modelové situaci kardiopulmonální resuscitaci v podmínkách přednemocniční péče, která navazovala na laickou první pomoc vedenou prostřednictvím telefonicky asistované neodkladné resuscitace dispečery Zdravotnické záchranné služby MSK. S výraznou pomocí zástupců firem byly na prvním workshopu předvedeny postupy péče o pacienta na tryskové ventilaci, oscilační ventilaci, technikách neinvazivní ventilace včetně postupů fyzioterapie plic. Tato forma se ukazuje být optimální pro vzájemnou komunikaci a možnost získat zkušenosti z jiných pracovišť. Budeme se snažit v následujících ročnících tento trend dále rozvíjet. Věříme, že nám zúčastnění zachovají přízeň, abychom společně mohli optimalizovat péči o naše pacienty.

PhDr. Renáta Zoubková
Vrchní sestra
KARIM FN Ostrava
tel: 597372705, 731443037
email: renata.zoubkova@fno.cz

Katedra intenzivní medicíny
a forenzních oborů
email: renata.zoubkova@osu.cz



Foto: archiv autora

... Z pohľadu účastníkov zo Slovenska

V rámci uvedenej vzdelávacej aktivity slovenské sestry vo svojich prednáškach prezentovali špecifickú ošetrovateľskú starostlivosť pri ECMO, ako súčasť liečby dieťaťa so syndrómom aspirácie mekónia (Bratislava), problematiku toalety dýchacích ciest vysokofrekvenčnou dýzovou ventiláciou (Ružomberok), úlohu sestry pri liečbe urosepsy (Martin). Niektoré prednášky boli v „medzinárodnom“ spoluautorstve. Tak boli spracované témy záchranných intervencií u pacientov s ARDS a septického pacienta na operačnej sále (Bratislava, Ostrava). Tiež prednáška s výstižným názvom: „Člověk zasažen pobytom na JIP“ (Valaské Mediřiči, Bratislava).

Slovenské sestry svoje príspevky prezentovali aj formou posterov. Tri postery boli s transplantačnou problematikou (Ostrava, Bratislava), ďalší s pohľadom sestry na sepsu (Trnava, Ružomberok), dva z Banskej Bystrice prezentovali starostlivosť u pacienta na JIS po Duhamelovej operácii a tému hrozby pertusis.

Opatreniami znižujúcimi výskyt „ventilátorovej pneumonie“ (Ventilator associated pneumonie – skratka VAP) sa v príspevkoch zaoberali sestry - autorky z Belgicka, Poľska a Slovenska. Ako autorky uvádzali, k štyrom prioritným opatreniam na prevenciu VAP patrí: elevácia hrudníka o 30 – 45%, dôkladná starostlivosť o dutinu ústnu (preferované boli prípravky s chlorhexidínom), zhodnotenie hĺbky a nutnosti sedácie, optimálny tlak v tesniacej manžete tracheálnej kanyly. Aj tu zohrávajú dôležitú úlohu sesterské intervencie a pozorovania. Tieto pneumónie, ako uviedla autorka PhDr. Polievková (Banská Bystrica), totiž postihujú 10 – 15 % pacientov na umelej pľúcnej ventilácii na jednotkách intenzívnej starostlivosti (OAIM, JIS).

Dotkneme sa aj niektorých aspektov prednesených v príspevku českej kolegyne. „Proč nedat možnost sestřám pohybovat se v rámci protokolů po zvážení zdravotního stavu nemocného?“ To boli slová Mgr. Ivy Kupečkovéj, MBA, predsedníčky Sekcie sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti (ARIP) pri Českej asociácii sestier (ČAS). Autorka uviedla, že protokoly zvyšujú transparentnosť práce, zlepšujú multidisciplinárnu spoluprácu, zvyšujú zodpovednosť sestier ale sestry nekonajú nad rámec svojich kompetencií. V diskusii Kupečková uviedla: „Jaká je současná praxe? Všichni víme, že vlastní praxe v oblasti podávání léků není vždy v souladu s platnou legislativou. Sestry na pracovištích intenzivní medicíny často řeší nad rámec svých kompetencí situace u lůžka nemocného. Lékař z různých důvodů potvrzuje podání léčiva bez přímé písemné ordinace, často až po podání. Pokud by však sestra pochybila, nemůže očekávat, že bude v této situaci chráněna. Přesto víme, že tato praxe je na našich pracovištích naprosto reálna a v různých situacích i očekávaná.“ Uviedla, že vidí možnosť uplatnenia spomínaných protokolov napr. pri riešení bolesti pacientov, v rámci pain servisu, kde by išlo o zhodnotenie stavu pacienta sestrou (VŠ II. stupeň), pričom ordinácie liekov by ostali v kompetencii lekára. Autorka v tom vidí, ako uviedla: „cestu k legálnemu prosazení již ilegalne vykonávaných činností“. Rôzne „šedé zóny“ by podľa Kupečkovéj vyriešili protokoly s legislatívnou úpravou.

Počas kongresu bol krst knihy *Septické stavy v intenzívnej péči* (Streitová Dana, Zoubková Renáta a kolektív). Celému autorskému kolektívu gratulujeme k vydaniu prínosnej publikácie.

Účasť na podujatí hodnotíme ako prínosnú aj z dôvodu reprezentovania slovenských sestier v zahraničí.

Mgr. Monika Matejová, dipl. s.

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.

Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

PLÁNOVANÉ VÝZNAMNÉ KONFERENCIE ORGANIZOVANÉ ODBORNÝMI SEKCIAMI SKSaPA SRDEČNE POZÝVAME...

Podrobnejšie informácie o všetkých plánovaných aktivitách sústavného vzdelávania nájdete na stránkach:
www.sksapa.sk a <https://portal.sksapa.sk>

Kedy	Kde	O čo ide...
11. - 12. 03. 2016	Košice	XI. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva
01. - 02. 04. 2016	Nový Smokovec, Vysoké Tatry	X. Celoslovenskú konferenciu sestier pracujúcich v zubnom lekárstve
05. - 06. 05. 2016	Sliač	XXV. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich na operačných sálach s medzinárodnou účasťou
27. 05. 2016	Predná Hora	XVIII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v psychiatrii
02. - 03. 06. 2016	Tatranská Lomnica, Vysoké Tatry	IX. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou
03. - 04. 06. 2016	Košice	VII. Celoslovenská konferencia sekcie ambulatných sestier a pôrodných asistentiek, VI. ročník dňa ambulatných sestier
10. - 11. 06. 2016	Martin	XV. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v endoskopii s medzinárodnou účasťou
23. - 24. 09. 2016	Nový Smokovec, Vysoké Tatry	Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia v procese zmien Celoslovenská konferencia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek s medzinárodnou účasťou

POPREDNÉ NEMECKÉ A RAKÚSKE KLINIKY NAVŠTÍVIA BRATISLAVU!
„Spolupracovníci sú naším najväčším kapitálom“
HĽADÁME PRAVE VÁS! PONÚKAME PRVOTRIEDNE PLATY!



250 voľných pracovných miest

**5. MEDZINÁRODNÉ
JOB DAYS**

LEKÁRSTVO A ZDRAVIE
Pre lekárov a zdravotné sestry

11.–12. marca 2016

Austria Trend Hotel Bratislava
Vysoká 2A, Staré Mesto, 811 06 Bratislava, Slovensko

Piatok 10:00 – 18:00, sobota 10:00 – 16:00 hod.

- 250 voľných pracovných miest v popredných nemocniciach v Nemecku a Rakúsku pre lekárov a zdravotnícky personál
- Okamžité a priame rokovanie so zodpovednými zástupcami kliník
- Účasť českých a slovenských lekárov a zdravotných sestier, ktorí v Nemecku a Rakúsku už pracujú

VSTUP ZDARMA A BEZ REGISTRÁCIE
Denne losovanie o atraktívne ceny!

POCÍTOVANÉ PŘÍZNAKY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA PŘI STABILNÍ ANGINĚ PECTORIS: KVALITATIVNÍ STUDIE

EXPERIENCED SYMPTOMS AFFECTING QUALITY OF LIFE IN ANGINA PATIENTS: A QUALITATIVE STUDY

JAN POSPÍCHAL¹, KRISTÝNA POSPÍCHALOVÁ², PETR VOJTÍŠEK^{1,2}

¹ Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Pardubice

² Nemocnice Pardubického kraje a.s., Interní klinika - kardiologické oddělení, Pardubická nemocnice

Abstrakt

Úvod: Angina pectoris je chronické onemocnění snižující kvalitu života. Pro zvolení správného specifického nástroje, je důležité znát symptomy onemocnění, které ovlivňují kvalitu života. **Cíl:** Zjistit ke zdraví vztažené domény pro hodnocení kvality života u pacientů s anginou pectoris a identifikovat možné překážky pro specifické, self-administred, nástroje měřící kvalitu života u pacientů s anginou pectoris. **Metody:** Deset polo-strukturovaných rozhovorů bylo zaměřeno na obtíže vnímané pacienty. Šest pacientů mělo anginu pectoris, čtyři kontrolní pacienti měli jiné kardiální onemocnění. Pro pacienty dostupný edukační materiál o angině pectoris byl také zpracován s rozhovory. Data byla kódována a graficky zobrazena v programu Atlas.ti. **Výsledky:** Všichni cíloví respondenti udávali stenokardie, obdobné vyvolávající příčiny a vyšší četnost stenokardií. Udávaná dušnost, úzkost a strach nebyla specifická pouze pro pacienty s anginou pectoris. **Závěr a doporučení pro praxi:** Self-administred nástroje pro hodnocení kvality života v konceptu vztaženém na zdraví by měl zahrnovat domény: stenokardie, vyvolávající obtíže, frekvence bolestí a obtěžování nutností nosit u sebe léky na stenokardie. Značnou limitaci QoL udávali respondenti také v oblastech pro anginu pectoris nespecifických (dušnost, úzkost, informovanost, spokojenost). Nástroj má vhodně vysvětlovat termín anginózní bolesti a vhodně stratifikovat frekvenci stenokardií.

Klíčová slova

Kvalita života. Stabilní angina pectoris. Symptomy. Kvalitativní výzkum. Ischemická choroba srdeční.

Abstract

Introduction: Angina pectoris is chronic disease decreasing health-related quality of life. We have to know angina symptoms for evaluation of health related quality of life with right instrument. **Aim:** Find domains for disease specific instrument to evaluate quality of life and to find possible challenges for self-administered instruments of patients with angina. **Methods:** Ten semi-structured interviews were focused on symptoms felt by patients. Six of them suffered with angina and four patients, as control group, had another cardiac disease. Available educational brochure was proceed too. Data were coded in Atlas.ti software. **Results:** All target respondents declared chest pain, similar triggering difficulties and higher frequency of chest pain. Declared dyspnoea, anxiety and fear was not specific only for angina patients. **Result and implication for practice:** Self-administered instruments for health-related quality of life measuring should include chest pain, triggering difficulties, frequency of pain and bothering of medication for angina. Certain decrease of quality of life reported patients in non-specific areas (dyspnoea, anxiety, lack of information, treatment satisfaction). Instrument should clearly explain meaning of chest pain and It should well stratify frequency of chest pain.

Key words

Quality of life. Stable angina pectoris. Symptoms. Qualitative study. Ischemic heart disease.

Úvod

Evropská kardiologická společnost uvádí v roce 2012 přes 4 miliony úmrtí na kardiovaskulární choroby v Evropě za rok, což odpovídá 47% mortalitě na tato onemocnění (1). Světová zdravotnická organizace v tomtéž roce hovoří o 17,5 milionů úmrtí na kardiovaskulární choroby na světě (31% mortalita). Z toho 7,4 miliony byly následkem ischemické choroby srdeční (ICHS) a 6,7milionů následkem cévní mozkové příhody (2). Odhadovaná roční mortalita pro stabilní ICHS se pohybuje mezi 1,2-2,4 % (3).

Prevalence anginy pectoris (AP) narůstá s věkem u obou pohlaví. Klinický průběh u těchto pacientů může být dlouho stabilní nebo může být komplikován např. srdečním selháním či akutním koronárním syndromem. Podle toho se odvíjí i péče, která je zaměřena na zmírnění obtíží, zlepšení prognózy a kvality života pacientů (3). Příznakem ICHS je anginózní bolest, tj. bolest na hrudi nebo nepříjemný pocit způsoben nerovnováhou mezi poptávkou myokardu po kyslíku a jeho nabídkou spojený s ischemií nebo hypoxií (3, 4). Řada předchozích studií potvrzuje, že lidé s anginózními bolestmi mají sníženou kvalitu života (Quality of Life, QoL) a to v několika oblastech včetně emocionální, sociální, fyzické

a pracovní produktivity (4). Přestože bolest na hrudi je jedním z konkrétních a častých symptomů, nevyskytuje se izolovaně, nýbrž ji doprovází i další příznaky, jako je třeba dušnost a únava (5-7). Systematické zkoumání dopadu souboru příznaků na kvalitu života u pacientů s chronickou stabilní anginou pectoris je velice přínosné. Příznaky, které ICHS doprovází, mohou mít aditivní a interaktivní vliv na klinické výsledky a kvalitu života (8). Výzkum, který byl zaměřen na pacienty se srdečním selháním (9), ukázal, že pokud pacient trpí více druhy symptomů, je dopad na kvalitu života větší, než s jednotlivými příznaky. Výsledky studie (4) zaměřující se na příznaky pacientů se stabilní anginou pectoris ukazují, že únava, je významným symptomem, který předpovídá zhoršení kvality života v mnoha oblastech. Triáda symptomů: bolest na hrudi, únava a dušnost, které se vyskytují společně, statisticky významně zhoršuje kvalitu života dle jejího konceptu ovlivněného zdravotním stavem (Health-Related Quality of Life, HRQoL). Česká kardiologická společnost ve svých doporučeních pro stabilní anginu pectoris uvádí potřebu měření kvality života. Není ale specifikován nástroj pro její měření (10). Výběr nástroje je velmi náročný a vybraný nástroj má vycházet z teoretického rámce ověřeného klinickou praxí (11). Vlastní vnímání symptomů a ovlivnění kvality života je do jisté míry individuální a záleží i na kulturním kontextu (12). Pro její správné hodnocení musíme znát důležité domény a omezení HRQoL, které ovlivňují kvalitu života konkrétně (specificky) pro pacienty s anginou pectoris. Evropská kardiologická společnost doporučuje nástroj Seattle angina questionnaire (3). Doporučený nástroj konstruovaný pro americkou populaci by nemusel odpovídat pocíťovaným a udávaným obtížím našich pacientů.

Cíl

Hlavním cílem práce bylo zjistit domény specifické pro hodnocení kvality života u pacientů s anginou pectoris v českých podmínkách. Druhým cílem bylo identifikovat možné překážky pro

specifické, self-administered, nástroje měřící kvalitu života u pacientů s anginou pectoris.

Metodika

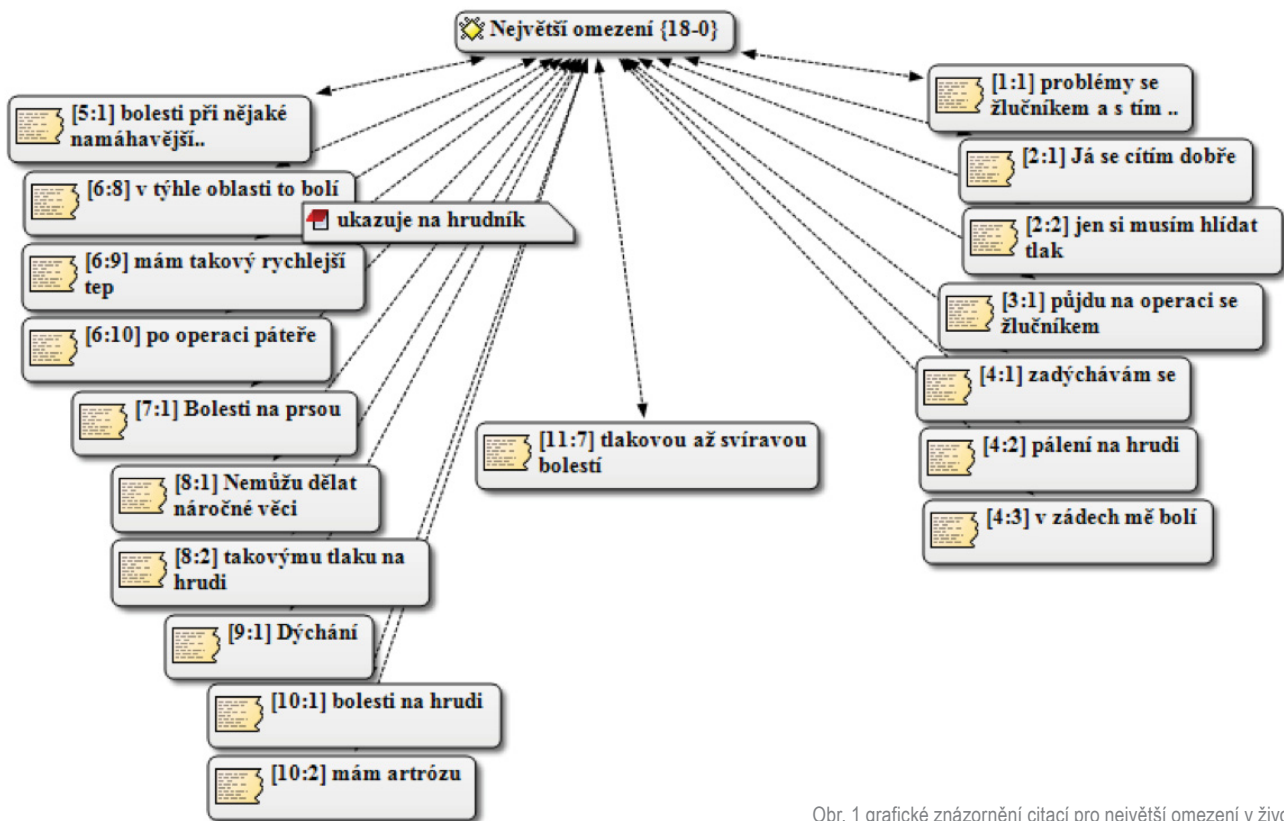
Byl zvolen kvalitativní, prospektivní design. Deset polo-strukturovaných rozhovorů bylo zaměřeno na vnímané obtíže pacienty. Polo-strukturované rozhovory jsou nejhodnější nástroj pro zjištění hledaných oblastí. Umožňují odpovědi na předem definované oblasti a zároveň může respondent odpovědi ukázat i na další důležité oblasti (13). Otázky byly zvoleny na základě rozboru používaných nástrojů Angina pectoris quality of life questionnaire a Seattle angina questionnaire. Šest rozhovorů (pět mužů, jedna žena) bylo provedeno s pacienty před elektivní koronarografií pro AP. Často docházelo k opakování odpovědí, a proto nebyl soubor respondentů pro rozhovory rozšířen. Čtyři kontrolní rozhovory (tři muži, jedna žena) byly provedené u pacientů podstupujících elektivní koronarografii z jiné lékařské indikace, než je AP. Tyto kontrolní rozhovory měli poukázat na specifické obtíže udávané pouze pacienty s AP. Všichni pacienti byli starší 18 let, mluvili česky, byli indikováni k elektivní koronarografii z lékařské indikace, souhlasili s účastí na výzkumu, byli ochotní spolupracovat a podepsali informovaný souhlas. Pacienti s diagnostikovaným kognitivním deficitem nebyli zařazeni. Rozhovory byly prováděny během hospitalizace na lůžkovém oddělení jednoho zdravotnického zařízení. Výzkum byl schválen etickou komisí daného zdravotnického zařízení. Edukační materiál vytvořený Institutem klinické a experimentální medicíny v Praze o angině pectoris byl také kódován s rozhovory. Data byla kódována a grafické zobrazení bylo provedeno v programu Atlas ti. Pro přípravu publikace byla použita doporučení pro standardizaci kvalitativních studií (Standards for Reporting Qualitative Research) SRQR (14). Výzkumník provádějící rozhovory a primární kódování je všeobecná sestra se 7 lety praxe na interním a kardiologickém oddělení, student doktorského

studijního programu ošetřovatelství, bez specifického vztahu k respondencím.

Dále použité grafické zobrazení je jednotné. První číslo v úryvku identifikuje pacienta (1-4 kontrolní skupina, 5-10 cílová skupina, 11 edukační materiál) a druhé číslo určuje pořadí ilustrativní části úryvku ve vztahu ke všem kódům pacienta. Vlevo jsou pacienti z cílové skupiny a vpravo jsou zobrazení pacienti z kontrolní skupiny. Uprostřed poté relevantní pasáže z tištěného edukačního materiálu.

Výsledky

Obr. 1 zobrazuje hlavní kód „největší omezení“, který se týkal subjektivního vnímání oblasti, která limituje kvalitu života respondenta nejvíce. Všichni cíloví respondenti udávali nějakou formu stenokardií. Vyjádření bolestí na hrudi bylo ale velmi rozdílné. V cílové skupině byla značná polymorbidita a mezi hlavní faktory, velmi limitující kvalitu života, uváděli respondenti i obtíže nesouvisející s AP. Kontrolní skupina pacientů udávala nekardiální omezení, netypické pro AP. Ačkoliv jeden respondent z kontrolní skupiny uváděl pálení na hrudi, bylo ve spojitosti s bolestmi zad. Při konkrétní otázce na bolesti na hrudi (stenokardie) mluvili respondenti velmi široce o tomto příznaku. Někteří stenokardie popisovali, jako tlak na hrudi, svírání na hrudi, pálení a tupou bolest. Nejexpresivnější popis byl „jako by mi někdo šlapal po hrudníku“ (pacient č. 9). Tento pacient také jako jediný uvedl *největší omezení* potíže s dechem. Ty přímo spojoval právě s uvedeným tlakem na hrudi, který mu nedovoloval nadechnout se. Kódovaný edukační materiál informuje pacienty o anginózních bolestech, jako o tlakové či svíravé bolesti. Zajímavá je shoda dvou kontrolních respondentů na největším omezení onemocněním žlučníku. Respondent č. 1 prodělal akutní infarkt myokardu během operace žlučníku a respondent č. 3 byl na ověření stavu koronárního řečiště před operací žlučníku. Oba případy spolu nijak nesouvisely.



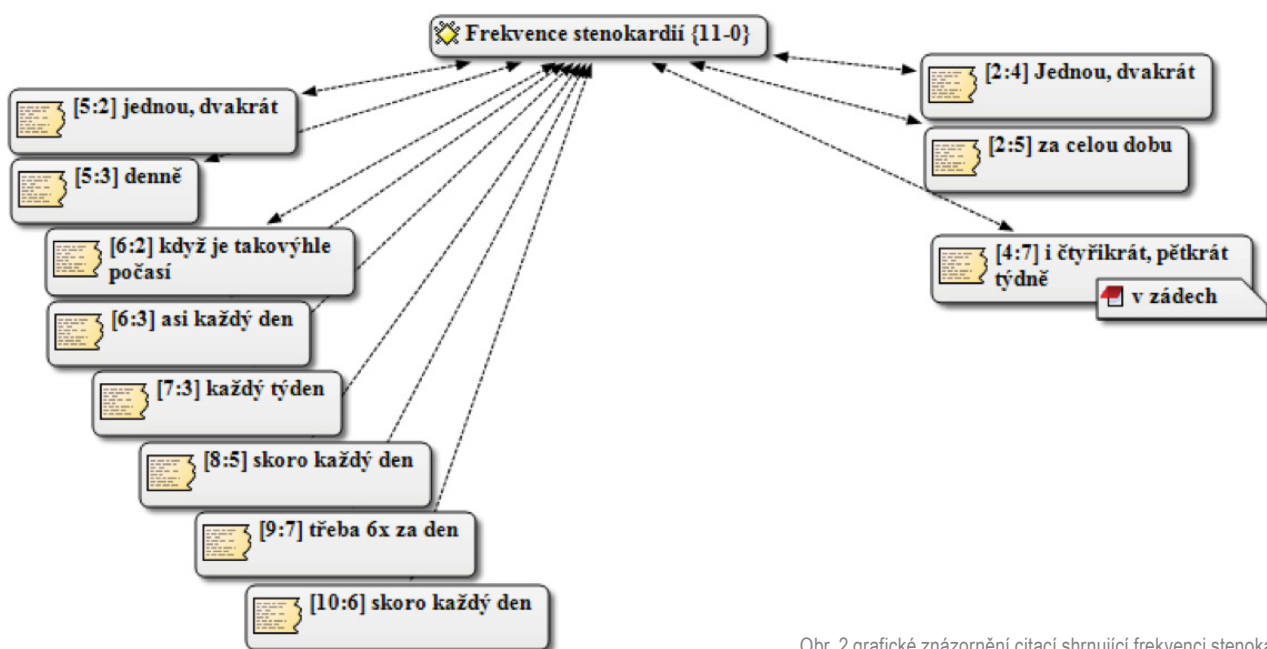
Obr. 1 grafické znázornění citací pro největší omezení v životě

Frekvence stenokardií je typická pouze pro respondenty s AP a velmi ovlivňuje jejich HRQoL. Četnost, s jakou se anginózní bolesti dostávají, a omezují pacienty v plnění svých sociálních rolí, je velmi variabilní (Obr. 2). V udávaných odpovědích na frekvenci stenokardií uváděli respondenti frekvenci téměř denně, vázané na počasí a prováděné aktivity během dne. „Doted jsem je měl

skoro každý den. Vždy, když jsem dělal něco namáhavějšího nebo se měnilo počasí“ (pacient č. 8).

Činnosti vyvolávající stenokardie, které respondenti udávali, byly velmi variabilní. Jednalo se o fyzické aktivity s různým stupněm zátěže od: „No při chůzi nebo i když sedím, tak mě to někdy tady začne bolet“ (pacient č.

6) až po „vím, že mi dělalo velký problém vést něco na kolečku, mít tam nějakou zátěž“ (pacient č. 5). Literatura a respondenti se také shodli na vlivu počasí, zejména chladu pro vyvolávání anginózních bolestí. Respondenti v kontrolní skupině nepopisovali bolesti vázané na fyzickou aktivitu. Všichni respondenti udávali dobrou compliance při užívání perorálních



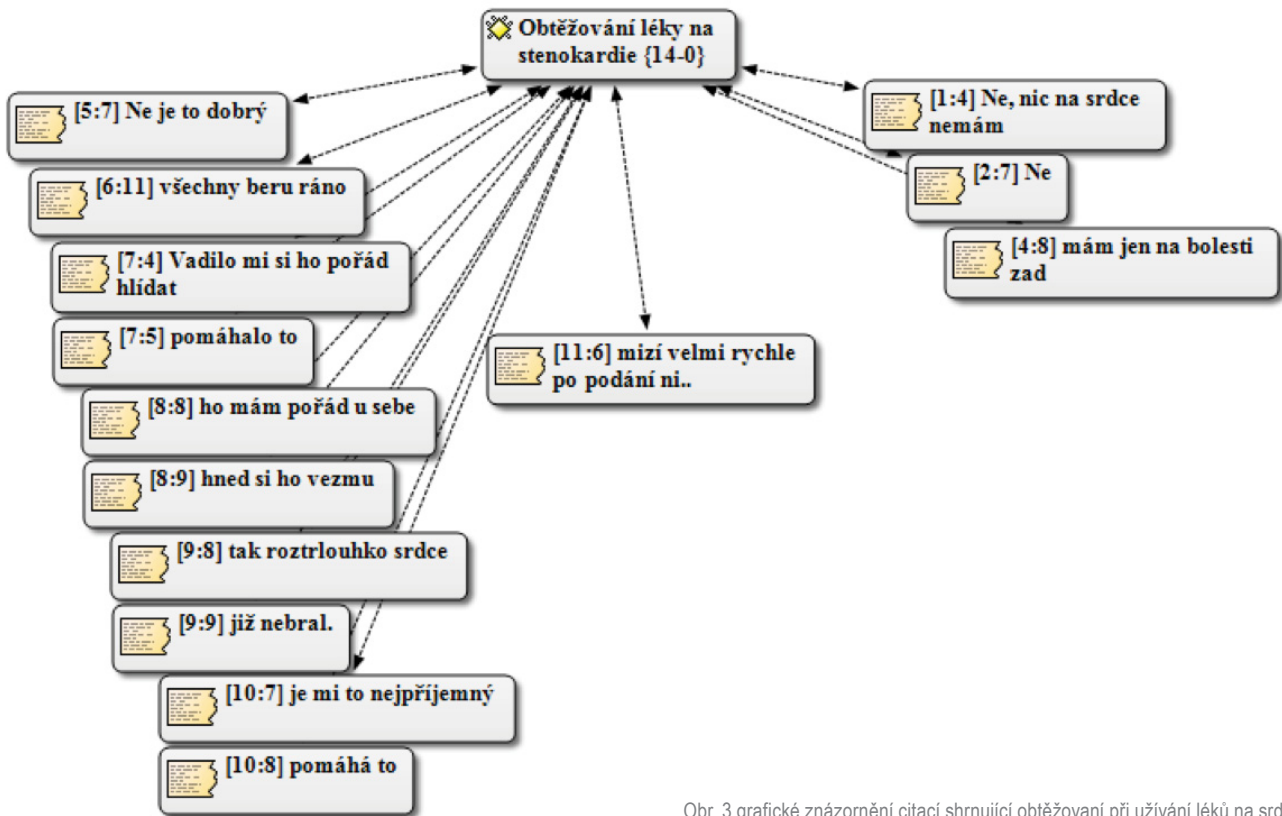
Obr. 2 grafické znázornění citací shrnující frekvenci stenokardií

léků. Pouze respondenti z cílové skupiny měli specifickou medikaci na stenokardie ve formě spreje. Na Obr. 3 jsou znázorněny úryvky citací vztahované ke vnímání těchto léků. Kontrolovat, nosit neustále při sobě a aplikovat si sprej omezovalo pacienty při jejich

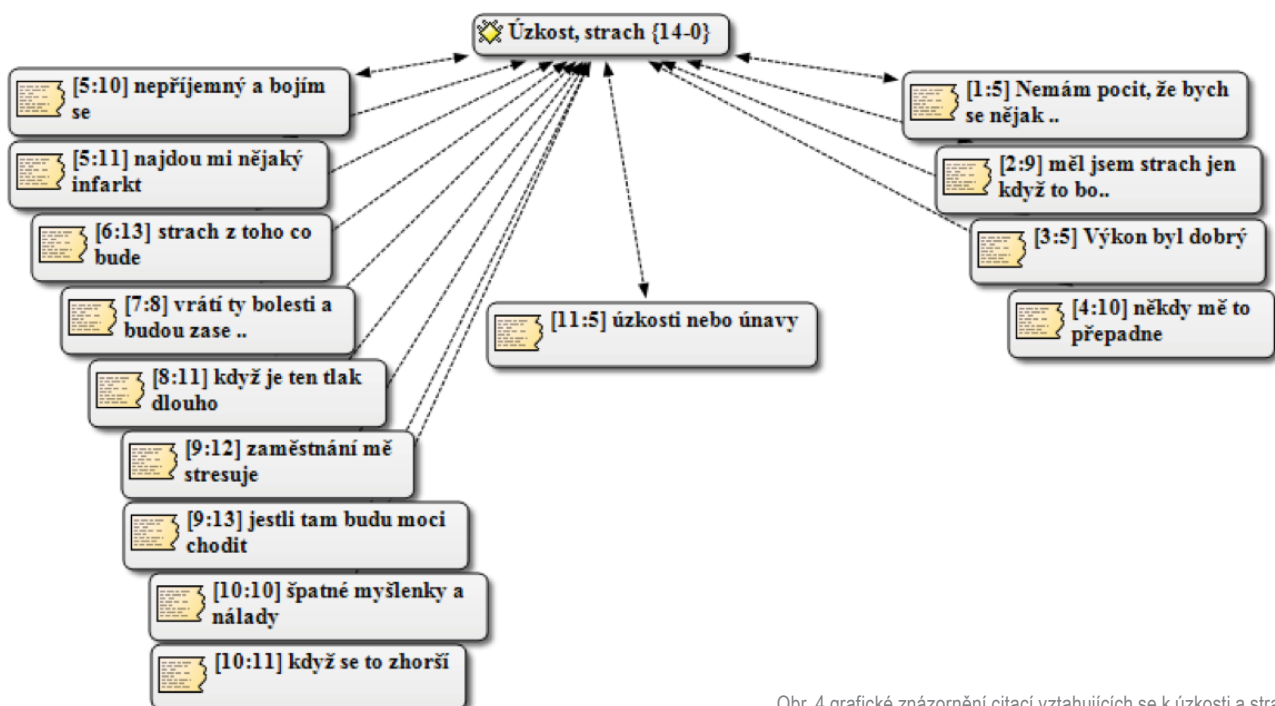
běžném životě. Zároveň ale dodávali, že jim lék pomáhá. Tím spíše jsou pacienti fixováni na dostupnost pohotovostního léku. Jeden z respondentů (pacient č. 9) lék pro vedlejší účinky odmítal používat: „Vzal jsem si ho jednou, ale pak se mi tak roztlouklo srdce,

že jsem ho již nebral.“

Dušnost a pocit dechové tísně byl některými pacienty udáván, ale spíše byl spojován s bolestí. Větší význam má dušnost u nemocných se srdečním selháním. Nejedná se o příznak typický a stratifikující pacienty s AP. Vnímání



Obr. 3 grafické znázornění citací shrnující obtěžování při užívání léků na srdce



Obr. 4 grafické znázornění citací vztahujících se k úzkosti a strachu

onemocnění, úzkost a strach z progresu či bolestí jsou u pacientů s AP časté. Všichni respondenti z cílové skupiny vyjádřili nějakou formu strachu či úzkosti. Krátké úryvky k tomuto kódu jsou zobrazeny na obrázku 4. Nejedná se o specifický limitující faktor kvality života pouze u pacientů s AP. I pacienti z kontrolní skupiny udávali pocity strachu.

Diskuze

Ve studii Kimble (4) se zaměřili na posouzení příznaků bolesti na hrudi, únavy a dušnosti ve vztahu ke kvalitě života, kterou měřili u 134 subjektů s chronickou ischemickou chorobou srdeční. Soubor symptomů ukázal pokles v kvalitě života v oblastech fyzického omezení, vnímání nemoci, fyzickém a mentálním zdraví. Únava, spíše než bolest na hrudi, měla významnější, negativní prediktivní hodnotu v kvalitě života a byla subjekty hodnocena jako závažnější (průměr 2,27) než dušnost (průměr 1,91) na hodnotící škále 0 – 4. V naší studii jsme zjišťovali symptomy a faktory, jež pacienti vnímají, že jim omezují kvalitu života. Nebyl kladen přímý dotaz na pociťovanou únavu, ale ani ji nikdo ze subjektů neuvedl. Pacienti však označovali bolest, dušnost a úzkost jako limitující symptomy a velmi omezující pro ně bylo hlídat a nosit při sobě pohotovostní léky. Únava může být jistě způsobena tíží kardiálního onemocnění. Naši respondenti vnímali především to, že je vyčerpává bolest, což by mohl být důvod, proč primárně neudávali únavu.

Bolest na hrudi byla v naší studii vedoucím příznakem. Respondenti ji popisovali, jako velmi intenzivní, vedoucí až k přerušení prováděné činnosti. Udávaná frekvence anginózních bolestí byla častá. Naši respondenti udávali obtíže téměř denně. Ve studii (4), byl medián bolestivých epizod 2 v posledních 7 dnech. Hraje zde jistě velkou roli kompenzace a přizpůsobení se onemocnění. Jako kompenzační mechanismus pacienti cíleně nevykonávali činnosti, které by jim způsobily obtíže. To je také častý nesoulad mezi hodno-

cením pacienty a zdravotníky (15). Tento obranný mechanismus chronických onemocnění nejvíce omezuje pacienty v životě a sociálních rolích. V porovnání s akutními stavy jako nestabilní angina pectoris a infarkt myokardu je intenzita bolesti srovnatelná. Jak uvádí studie (16), pacienti hodnotili bolest na hrudi na škále 0 – 10, průměrná hodnota u pacientů s nestabilní anginou pectoris byla 7,69 a u pacientů s infarktem myokardu 8,41.

Naši respondenti, stejně jako respondenti v jiných studiích, popisují variabilně, narativně anginózní příznaky (17, 18). S unikátním popisem příznaků se můžeme setkat i u pacientů, kteří byli hospitalizováni a jsou seznámeni s terminologií. Tato skutečnost unikátního popisu symptomů poukazuje, jak je náročné pro nástroj měření kvality života, aby správně zachytil respondentovi limitace, pokud je vyplňován samotným respondentem (self-administered). Klasifikace Anginy pectoris podle Canadian Cardiovascular Society (19) hodnotí stupeň závažnosti AP na základě výskytu anginózní bolesti při různém stupni fyzické námahy. Jak jsme ale v tomto šetření zjistili a jak ukazují i jiné studie (4, 17) jsou tu i další symptomy, které nemalou měrou limitují pacienta. Jedná se především o úzkost, dušnost či únavu.

Z pohledu holistického pojetí pacienta v ošetrovatelství je kvalita života vnímána jako multidimenzionální hodnocení životních podmínek v kontextu kultury. Je třeba hodnotit mimo fyzické funkční kapacity organismu a psychického zdraví také sociální vztahy a duchovní rozměr (20). Při jednotlivých rozhovorech, bez konkrétního dotázaní, udával jen jeden respondent konkrétní limitaci v sociálních vazbách a to strach o pracovní místo (úzce spojené s ekonomickým dopadem).

Limitace výzkumu

Zkreslení výsledků výběrem respondentů bylo možné. Respondenti byli vybíráni na základě dobrovolného souhlasu se zařazením do studie. In-

terpretace rozhovorů by také mohla být zkreslena profesionální identitou výzkumníka, avšak literatura podporuje širší relevanci zjištěných informací. Následné kvantitativní ověření předpokladů je nezbytné.

Střet zájmů

Autoři nejsou v žádném střetu zájmů. Výzkum nebyl financován žádným grantem.

Závěr

Během rozhovorů udávali pacienti s anginou pectoris specifické oblasti, které vnímali jako omezení jejich kvality života. Stenokardie, frekvence bolesti a obtěžování léky na stenokardie jsou pro tyto pacienty typické. Značnou limitaci QoL udávali respondenti také v oblastech pro AP nespecifických (dušnost, úzkost, informovanost, spokojenost). Je důležité se nesoustředit jen na pacientovu bolest, ale zaujmout komplexní přístup v hodnocení QoL v ošetrovatelské péči. Jako nejvíce náročné pro self-administered nástroje hodnotící QoL vidíme dostatečně široký a vysvětlující popis termínu anginózní bolesti a vhodnou stratifikaci frekvencí bolestí na hrudi.

Doporučení pro praxi

Pro klinické hodnocení intervencí (ošetrovatelských i lékařských) zaměřených na pacienty s AP je důležité zahrnout a vnímat specifické obtíže těchto pacientů a hodnotit jejich kvalitu života. Hodnotící nástroj kvality života těchto pacientů by měl zahrnovat frekvenci stenokardií, limitaci ve fyzických aktivitách, včetně aktivit, které pacient nevykonává pro obavy z bolesti. Neměla by v hodnotícím nástroji chybět důležitá položka subjektivní vnímání zátěže léčbou či intervencí a spokojenost s dosavadním průběhem péče a informovaností. V případě nástroje vyplňovaného samotným pacientem (self-administered) je důležité jasné vysvětlení pojmu anginózní bolesti.

Zdroje

1. NICHOLS, M., TOWNSEND, N., LUENGO-FERNANDEZ, R., LEAL, J., GRAY, A., SCARBOROUGH, P., RAYNER, M. European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology : 2012. ISBN 978-2-9537898-1-2.
2. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva : WHO press, 2014. ISBN: 978-92-4-156485-4.
3. MONTALESCOT G., SECHTEM U., ACHENBACH S. et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. *European Heart Journal*. 2013, vol. 34, no. 38. ISSN 2949-3003.
4. KIMBLE L. P., DUNBAR S. B., WEINTRAUB W.S., McGUIRE D.B., MANZO S.F., STRICKLAND O.L. Symptom clusters and health-related quality of life in people with chronic stable angina. *J Adv Nurs*. 2010, vol. 67, no. 5, p. 1000-1011. ISSN: 1365-2648.
5. BERRA K., FLETCHER B., MILLER N. H. Chronic stable angina: Addressing the needs of patients through risk reduction, education and support. *Clinical & Investigative Medicine*. 2008, vol. 31, no. 6, p. 391-399.
6. HERLITZ J., BRANDRUP-WOGNSEN G., EVANDER M. H., CAIDAHHL K., HARTFORD M., KARLSON B. W., et al. Symptoms of chest pain and dyspnoea during a period of 15 years after coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2010, vol. 37, no. 1, p. 112-118. ISSN: 1010-7940.
7. HAGMAN M., WILHELMSSEN L. Relationship between dyspnea and chest pain ischemic heart disease. *Journal of Internal Medicine*. 1981. p. 16-18. ISSN: 1365-2796.
8. KIM H., McGUIRE D. B., TULMAN L., BARSEVICK A. M. Symptom clusters: concept analysis and clinical implications for cancer nursing. *Cancer Nurs*. 2005, vol. 28, no. 4, p. 270-284. ISSN: 1538-9804.
9. JURGENS C. Y., MOSER D. K., ARMOLA R., CARLSON B., SE-THARES K., RIEGEL B. Symptom clusters of heart failure. *Res Nurs Health*. 2009, vol. 32, no. 5, p. 551-560. ISSN: 1098-240X.
10. ŽELÍZKO M. Summary of the 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. Prepared by the Czech Society of Cardiology. *Cor et Vasa*. 2014, vol. 56, no. 3, p. 313-328. ISSN: 0010-8650.
11. GURKOVÁ E. Konceptuálne modely v ošetrovatelstve – význam ich využitia pri meraní kvality života. *Kontakt*. 2010, roč. 12, č. 3, s. 255-263. ISSN: 1212-4117.
12. GURKOVÁ E. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
13. CROUCH M., MCKENZIE H. The logic of small samples in interview based qualitative research. *Social Science Information*. 2006, vol. 45, no. 4, p. 483-499. ISSN: 0539-0184.
14. O'BRIEN B. C., HARRIS I. B., BECKMAN T. J., REED D. A., COOK D. A. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*. 2014, vol. 89, no. 9. ISSN: 1040-2446.
15. EKMAN I., EHRENBORG A. Fatigued elderly patients with chronic heart failure: do patient reports and nurse recordings correspond? *Int J Nurs Terminol Classif*. 2002. Vol. 13, no. 4, p. 127-136. ISSN: 1046-7459.
16. DeVON H. A., ZERWIC J. J. Differences in the symptoms associated with unstable angina and myocardial infarction. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2004, Vol. 19, no. 1, p. 6-11. ISSN: 0889-7204.
17. JONES M. M., SOMERVILLE C., FEDER G., FOSTER G. Patients' descriptions of angina symptoms: a qualitative study of primary care patients. *Br J Gen Pract*. 2010, vol. 60, no. 579, p. 735-741. ISSN: 0960-1643.
18. EASTWOOD J., JOHNSON B. D., RUTLEDGE T., BITTNER V., WHITTAKER K. S., KRANTZ D. S., et al. Anginal Symptoms, Coronary Artery Disease, and Adverse Outcomes in Black and White Women: The NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. *J Womens Health*. 2013, vol. 22, no. 9, p. 724-732. ISSN: 1540-9996.
19. COX J., NAYLOR C. D. The Canadian Cardiovascular Society Grading Scale for Angina Pectoris: Is It Time for Refinements? *Ann Intern Med*. 1992, vol. 117, no. 8, p. 677. ISSN: 0003-4819.
20. OLÍŠAROVÁ V., DOLÁK F., TÓTHOVÁ V. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt*. 2013, roč. 15, č. 1, s. 14-21. ISSN: 1212-4117.

Financování

Výzkum nebyl finančně podpořen žádným grantem.

Kontakt na autorov

Mgr. Jan Pospíchal
e-mail: jan.pospichal@upce.cz
tel.: +420 607 088 356
Fakulta zdravotnických studií,
Univerzita Pardubice
Studentská 95
Pardubice

Mgr. Kristýna Pospíchalová
e-mail: pospichalova.k@gmail.com
Interní klinika - kardiologické oddělení
Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Kyjevská 44
53203 Pardubice

MUDr. Petr Vojtíšek, CSc.
e-mail: petr.vojtisek@nemocnice-pardubice.cz
Interní klinika - kardiologické oddělení
Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Kyjevská 44
53203 Pardubice

VÝSKYT ÚNAVY U PACIENTOK S ONKO-GYNEKOLOGICKÝM OCHORENÍM

THE OCCURRENCE OF FATIGUE IN PATIENTS WITH ONCO-GYNECOLOGICAL DISEASE

ĽUBICA BÁNOVČINOVÁ¹, MÁRIA LÚČANOVÁ²

¹Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav pôrodnej asistencie

²Univerzitná nemocnica Martin, Gynekologicko-pôrodná klinika

Abstrakt

Únava je veľmi častým a často liečiteľným problémom u pacientov s onkologickým ochorením, ktorý silne ovplyvňuje všetky aspekty kvality ich života. Cieľom našej štúdie bolo zistiť subjektívne hodnotenie únavy v skupine 107 pacientok s diagnostikovaným onkologicko-gynekologickým ochorením a jej vplyv na kvalitu života. Na zisťovanie úrovne únavy a kvality života sme využili dotazník EORTC QoL C30 a Multidimenzionálnu škálu únavy. Pri analýze dát sme zistili relatívne vysokú úroveň celkovej a fyzickej únavy v našom súbore, pričom významne ju ovplyvňovali vek, zamestnanie a prítomnosť partnera v spoločnej domácnosti. Pri sledovaní vzťahu medzi únavou a kvalitou života pacientok sme zistili veľmi významný negatívny vplyv únavy na celkovú kvalitu života i jej jednotlivé dimenzie. Najmenej významný vplyv mala v našom súbore psychická únava respondentiek. Únava u pacientov s onkologickým ochorením je závažný problém, ktorý si zasluhuje viac pozornosti od zdravotníkov. Predpokladáme, že kvalita života u onkologických pacientov sa môže výrazne zlepšiť prostredníctvom zásahov, ktoré únavu účinne znižujú.

Kľúčové slová

Onkologické pacientky. Únava. Kvalita života.

Abstract

Fatigue is a very common and often treatable problem in patients with cancer that deeply affects all aspects of their quality of life. The aim of our study was to investigate subjective evaluation of fatigue in a group of 107 patients diagnosed with an oncology-gynecological disease and its impact on quality of life. For detecting the level of fatigue and

quality of life we used EORTC QoL C30 questionnaire and Multidimensional fatigue inventory. When analyzing the data, we found relatively high levels of total and physical fatigue in our group, significantly influenced by age, occupation and the presence of a partner in a joint household. While watching the relationship between fatigue and quality of life of patients, we found a very significant negative impact of fatigue on the overall quality of life and its various dimensions. The least significant impact had a mental fatigue. Fatigue in cancer patients is a serious problem that deserves more attention from health professionals. We presume that the quality of life of cancer patients can be significantly improved by means of interventions that effectively reduce fatigue.

Key words

Cancer patients. Fatigue. Quality of life

Úvod

Únava je subjektívny pocit a je preto ťažké stanoviť jej presnú definíciu. Najčastejšie býva popisovaná ako komplexný stav, ktorý pôsobí na fyzickú, mentálnu, emocionálnu a sociálnu stránku pacientky (1). Únava súvisiaca s onkologickým ochorením je definovaná ako trvalý subjektívny pocit fyzickej, emocionálnej, a / alebo kognitívnej únavy alebo vyčerpania v súvislosti s onko ochorením alebo jeho liečbou, ktorá nie je úmerná aktuálnej činnosti a ktorá výrazne narušuje obvyklé fungovanie človeka. Takáto únava pritom môže pretrvávať mesiace či dokonca roky po liečbe, resp. odstránení ochorenia (2). Doterajšie výskumy v danej oblasti potvrdili zvýšený výskyt únavy u pacientov s onkologickým ochorením (3). Únava je veľmi častým a často lieči-

teľným problémom u pacientov s onkologickým ochorením, ktorý hlboko ovplyvňuje všetky aspekty kvality ich života. Pacienti uvádzajú únavu ako jednu z najdôležitejších a najstresujúcejších príznakov spojených s týmto typom ochorenia a jeho liečbou, a je tiež silným a nezávislým prediktorom zníženej celkovej spokojnosti pacientov a ich kvality života vo vzťahu k zdraviu (2). Únava spojená s onko ochorením sa často vyskytuje spolu s inými obmedzujúcimi príznakmi, ako je bolesť, poruchy spánku a depresia (3; 4). Z toho dôvodu môže byť jej dopad na kvalitu života veľmi výrazný, prejavujúci sa najmä znížením zapojenia sa pacienta do práce a osobných či sociálnych aktivít (5). Bardwell a Ancoli-Israel (6) dokonca predpokladajú, že únava u onkologických pacientov má negatívnejší dopad na kvalitu života, než všetky ďalšie príznaky, vrátane nevoľnosti, bolesti a depresie.

Syndróm únavy má veľký vplyv na kvalitu a pohodu života pacientok, najviac ovplyvňuje každodenné činnosti, pocit pohody, náladu, vzťahy s rodinou a priateľmi a dodržiavanie liečebného režimu. Fyzické symptómy únavy zahŕňajú slabosť, nedostatok energie, letargiu, ospalosť, vyčerpanie a celkovú ochabnutosť (celého tela). Medzi psychické a afektívne prejavy patrí znudenosť, nedostatok motivácie a depresia. Kognitívnym symptómom je neschopnosť koncentrácie, alebo jej zníženie, problémy s pamäťou a rozhodovaním (1).

Aj napriek tomu, že únava je jedným z najčastejšie sa vyskytujúcim symptómom u onkologických pacientov, intervencie zamerané na jej zvládanie sú obmedzené čo do počtu aj dôkazov podporujúcich ich účinnosť (3).

	N	\bar{X}	SD	min	max
Celková únava	105	12,91	5,05	4	20
Fyzická únava	106	11,71	4,67	4	20
Psychická únava	106	9,17	3,64	4	20
Znížená aktivita	103	9,41	4,2	4	20
Znížená motivácia	107	8,19	3,76	4	20

Tab. 1 Hodnotenie výskytu a miery únavy

		N	Celková únava	Fyzická únava	Mentálna únava	Znížená aktivita	Znížená motivácia
Vek		107	0,439	0,470	-0,067	0,284	0,238
	p		0,000	0,000	NS	0,004	0,014
Vzdelanie	F	107	3,152	3,762	0,626	1,626	1,302
	p		0,047	0,027	NS	NS	NS
Rodinný stav	Z	107	2,55	2,96	0,34	2,51	1,79
	p		0,011	0,003	NS	0,012	NS
Zamestnanie	F	107	7,893	13,00	0,813	2,053	5,058
	p		0,001	0,000	NS	NS	0,008

Tab. 2 Vplyv socio-demografických a iných premenných na únavu

Cieľom našej štúdie bolo zistiť subjektívne hodnotenie únavy v skupine pacientok s diagnostikovaným onkologicko-gynekologickým ochorením; zistiť ako vplyvajú socio-demografické charakteristiky na únavu respondentiek a zistiť vplyv subjektívne hodnotenej únavy na kvalitu života pacientok.

Metodika

Výskumný nástroj pozostával z troch dotazníkov. Na získanie základných socio-demografických údajov o pacientkach (vek, vzdelanie, rodinný stav, zamestnanecký status) a informácií o ochorení (liečba, čas od diagnostikovania) sme využili dotazník vlastnej konštrukcie.

Na hodnotenie únavy sme využili Multidimenzionálnu škálu únavy – 20. MFI 20 je nástroj, ktorý má 20 položiek a zahŕňa päť subškál: celkovú únavu, fyzickú únavu, duševnú únavu, zníženú aktivitu a zníženú motiváciu. Dotazník bol vytvorený najmä pre pacientov s onkologickým ochorením, ktorí často

trpia únavou. Pri každom výroku mali pacientky vyznačiť na stupnici od 1 – 5 či sa na nich vzťahuje úplne, čiastočne alebo vôbec nie (odpovede smerovali buď k vyjadreniu *áno, je to pravda*, alebo *nie, nie je to pravda*). Na základe získaného skóre sa vyhodnocuje aký stav má pacientka v jednotlivých dimenziách únavy (vyššie dosiahnuté skóre predstavuje vyšší výskyt daného príznaku). Nami vypočítaná hodnota vnútornej konzistencie bola Cronbach $\alpha = 0,921$. EORTC QLQ-C30 tvoria tri časti pre hodnotenie celkovej kvality života, funkčného stavu a posúdenie symptómov. Pre účely našej štúdie sme využili subškály dotazníka hodnotiace päť funkčných domén (telesný stav, zvládanie životných rolí, emocionálna, kognitívna a sociálna funkčnosť) a otázku hodnotiacu celkovú kvalitu života pacientok. Vyššie dosiahnuté skóre predstavuje lepšie subjektívne hodnotenie danej dimenzie. Koeficient Cronbach alfa bol v našom výskume vypočítaný $\alpha = 0,917$.

Výskumný súbor tvorilo 107 žien s diagnostikovaným zhubným ochorením prsníka (33=30,8%), vaječníka (32=29,9%), krčka alebo tela maternice (42=39,3%). Priemerný vek respondentiek bol 51,78 rokov (v rozpätí od 26 do 86 rokov). Pacientky v súbore boli v rôznom štádiu malígneho gynekologického ochorenia, po chirurgickom zákroku, rôzneho veku a vzdelania. Pri výbere respondentov boli stanovené nasledujúce kritériá: diagnostikovaný karcinóm prsníka, ovária, cervixu alebo endometria; súhlas pacientky a jej spolupráca pri vypĺňaní dotazníkov; kognitívne schopnosti pacientky na primeranej úrovni; psychosomatický stav pacientky dovoľujúci vyplniť dotazník. Z výskumu boli vyradené pacientky: u ktorých nebola potvrdená onko - gynekologická diagnóza; neboli ochotné vyplniť dotazník; pacientky s kognitívnymi poruchami a závažnou somatickou alebo psychickou komorbiditou; pacientky, ktorým fyzický stav znemožnil vyplniť dotazník. Súhlas s realizáciou štúdie bol získaný od Etickej komisie Univerzitnej nemoc-

nice v Martine, ako aj od všetkých oslovených pacientok.

Výsledky

Multidimenzijnálna škála únavy, prostredníctvom ktorej sme hodnotili mieru únavy, zahŕňa subškály na hodnotenie viacerých oblastí – fyzickú/ telesnú únavu, psychickú únavu, prejavy zníženej aktivity a zníženej motivácie (Tabuľka 1).

Hodnota celkovej únavy bola 12,91. Najnižšiu hodnotu skóre dosiahli respondentky v otázkach poukazujúcich na zníženie motivácie (8,19±3,76), zatiaľ čo najhoršie bola hodnotená fyzická únava (11,71±4,67).

V súlade s našim cieľom sme sa zamerali na zisťovanie vplyvu sociodemografických charakteristík (vek, vzdelanie, rodinný stav, zamestnanecký status) na subjektívne hodnotenie únavy (Tabuľka 2).

Okrem mentálnej únavy sme zaznamenali vo všetkých subškálach únavy významný vplyv veku. Vplyv vzdelania sa potvrdil v našom súbore v sub-

škále celkovej a fyzickej únavy, kde pacientky s vysokoškolským vzdelaním dosiahli nižšie skóre (10,42±4,76; resp. 9,11±4,58). Naopak stredoškolsky vzdelané respondentky dosiahli najvyššie hodnoty v celkovej únave (13,24±4,93) a respondentky so základným vzdelaním v skóre fyzickej únavy (12,89±3,33). Pri overovaní vplyvu rodinného stavu sme zistili, že respondentky žijúce bez manžela/partnera (n=69) dosiahli vyššie skóre v subjektívnom hodnotení celkovej (14,67±4,34) a fyzickej únavy (13,49±4,41), ako aj zníženej aktivity (8,84±3,39) oproti respondentkám vydatým, resp. žijúcim s partnerom (n=38). Pri skúmaní vplyvu zamestnaneckého statusu pacientok boli zistené významné rozdiely v celkovej a fyzickej únave, kde pacientky poberajúce dôchodok (starobný a invalidný n=35) dosahovali vyššie skóre (15,51±4,3; resp. 14,66±3,89) oproti zamestnaným respondentkám (n=62; 11,56±5,05; resp. 10,13±4,36). Významný rozdiel sme zaznamenali tiež v položke zníženej motivácie, kde vyššie hodnoty dosiahli poberateľky dôchodku (9,74±3,30) oproti nezamestnaným respondentkám (n=10;

6,60±2,95). V subškálach mentálnej únavy a zníženej aktivity neboli zistené žiadne významné rozdiely medzi skupinami v závislosti od zamestnania.

Tabuľka 3 prezentuje vplyv jednotlivých typov únavy podľa Multidimenzijnálnej škály únavy na jednotlivé dimenzie kvality života.

Pri sledovaní vzťahu medzi únavou a kvalitou života pacientok sme zistili veľmi významný negatívny vplyv únavy na celkovú kvalitu života i jej jednotlivé dimenzie. Najmenej významný vplyv mala v našom súbore psychická únava respondentiek.

Diskusia

Prostredníctvom Multidimenzijnálnej škály únavy sme sa v našej štúdií zamerali na subjektívne hodnotenie únavy v skupine pacientok s diagnostikovaným onkologicko-gynekologickým ochorením a tiež vplyvu socio-demografických charakteristík na únavu respondentiek. Pri analýze dát sme zistili relatívne vysokú úroveň celkovej a fyzickej únavy v našom súbore, pričom významne ju ovplyvňovali vek, zamest-

		Celková únava	Fyzická únava	Psychická únava	Znížená aktivita	Znížená motivácia
Kvalita života	Korel.koef.	-,630 **	-,592 **	-,204 *	-,545 **	-,511 **
	p	0,000	0,000	0,036	0,000	0,000
Emocionálne funkcie	Korel.koef.	-,514 **	-,501 **	-,163	-,461 **	-,388 **
	p	0,000	0,000	NS	0,000	0,000
Telesný stav	Z	107	2,55	2,96	0,34	2,51
	Korel.koef.	-,669 **	-,618 **	-,270 **	-,607 **	-,426 **
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Rolové funkcie	Korel.koef.	-,595 **	-,512 **	-,125	-,542 **	-,410 **
	p	0,000	0,000	NS	0,000	0,000
Kognitívne funkcie	Korel.koef.	-,392 **	-,398 **	-,476 **	-,404 **	-,422 **
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Sociálne funkcie	Korel.koef.	-,540 **	-,481 **	-,210 *	-,594 **	-,393 **
	p	0,000	0,000	0,030	0,000	0,000
	N	105	106	106	103	107

**Korelácia je významná pre $p < 0,001$ * Korelácia je významná pre $p < 0,05$
Tab. 3 Vzťah medzi únavou a kvalitou života

nanie a prítomnosť partnera v spoločnej domácnosti.

Všeobecná únava zahŕňa celkový aspekt vnímanej únavy, t.j. celkové vnímanie toho, že sme unavení. Fyzická únava odkazuje na fyzický pocit vzťahujúce sa k pocitu únavy a vyčerpanosti. Možné somatické symptómy únavy, ako sú závraty alebo bolesť svalov, nie sú zahrnuté v tejto škále, aby sa minimalizovala kontaminácia príznakmi somatických ochorení nezávislých na únave. Škála zníženej aktivity zahŕňa redukciu aktivít súvisiacu s pacientovou kapacitou fyzicky niečo urobiť, resp. neurobiť. Dimenzia zníženej motivácie je spojená so zníženou schopnosťou predstaviť si užívanie si príjemných činností. Kognitívne symptómy, ako napríklad ťažkosti pri sústredení sa, sú zahrnuté do škály mentálnej únavy. Dimenzie zníženej motivácie a psychickej únavy sa navzájom z psychologického hľadiska dopĺňajú, avšak motivačný aspekt pravdepodobne viac svedčí o stave hlbokšej únavy alebo depresívnom stave (7). Mock (3) predpokladá, že samotná zvýšená únava môže zapríčiniť emocionálny distress najmä vtedy, keď ovplyvňuje funkčný status človeka a jeho schopnosť vykonávať tie aktivity, ktoré si cení. Takéto obmedzenie môže následne negatívne vplývať na pacientkine hodnotenie kvality života. Rozdiely vo všetkých dimenziách únavy mohol byť v našom súbore spôsobený vyšším vekom respondentiek, ktorý so sebou prináša prirodzený pokles fyzickej aktivity človeka. Taktiež Bower et al. (8) nezistili významný rozdiel v úrovni únavy medzi skupinou žien s rakovinou prsníka a skupinou zdravých žien s približne rovnakým vekom. Po vyrovnaní oboch skupín na základe demografických charakteristík však zaznamenali, že približne tretina žien s onkologickým ochorením uvádzala závažné problémy spojené s únavou, pričom vysoká úroveň únavy bola spojená s vysokou úrovňou depresie, bolesti a poruchami spánku.

Pri sledovaní vzťahu medzi únavou a kvalitou života pacientok sme zistili štatisticky veľmi významný negatívny vplyv únavy na celkovú kvalitu života

i jej jednotlivé dimenzie (Tab. 3). Najmenej významný vplyv mala v našom súbore psychická únava respondentiek. Podobne aj Servaes et al. (9) pri porovnávaní skupín onkologických pacientok preukázali, že skupina respondentiek vykazujúcich nižší stupeň únavy hodnotila pozitívnejšie všetky funkčné dimenzie kvality života: telesný stav, emocionálne, kognitívne, sociálne a rolové fungovanie v porovnaní s pacientkami vykazujúcimi vyšší stupeň únavy. Tiež Dagnelie et al. (10) zastávajú názor, že únava u onkologických pacientov je závažný problém, ktorý si zaslúži ešte viac pozornosti od zdravotníkov, a že kvalita života u týchto pacientov sa môže výrazne zlepšiť prostredníctvom zásahov, ktoré únavu účinne znižujú.

Záver

Symptómy únavy negatívne ovplyvňuje kvalitu života pacientov vo všetkých jej dimenziách. Intervencie ošetrovateľskej starostlivosti, by sa preto mali zameriavať na zabezpečenie opatrení, ktoré by pomohli pacientkam prekonať ťažkosti spojené s únavou a znížili ich dopad na fungovanie v každodennom živote. Psychosociálne intervencie môžu zahŕňať podporné skupiny, individuálne poradenstvo, komplexné stratégie zvládania či tréning zvládanie stresu.

Zdroje

1. O'CONNOR, M., ARANDA, S. a kol. *Paliatívni péče pro sestry všech oborů*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
2. CAMPOS, M.P.O., HASSAN, B.J., RIECHELMANN, R., DEL GIGLIO, A. Cancer-related fatigue: a practical review. *Annals of Oncology*. 2011, vol. 22, p. 1273-1279
3. MOCK, V. Evidence-based treatment of cancer-related fatigue. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 2004, no. 32, p. 112-118
4. BARTON-BURKE, M. Cancer-related fatigue and sleep disturbances. Further research on the prevalence of these two symptoms in long-term cancer survivors can inform education, policy, and clinical practice.

American Journal of Nursing. 2006, vol. 106, p.72–77.

5. CURT GA, BREITBART W, CELLA D, et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist*. 2000, vol. 5, p. 353–360.
6. BARDWELL, WA., ANCOLI-ISRAEL, S. Breast Cancer and Fatigue. *Sleep Medicine Clinics*. 2008, vol. 3, no. 1, p. 61–71.
7. HAVLÍKOVÁ, E. Multidimensional Fatigue Inventory-20 (MFI-20). In: Nagyova I (ed.) *Measuring health and quality of life in the chronically ill*. Kosice: EQUILIBRIA Ltd, 2009, s.200-206.
8. BOWER JE, GANZ PA, DESMOND KA, ROWLAND JH, MEYEROWITZ BE, BELIN TR. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2000, vol. 18, no. 4, p. 743-753.
9. SERVAES, P., VERHAGEN, S., BLEIJENBERG, G. Determinants of chronic fatigue in disease-free breast cancer patients: a cross-sectional study. *Annals of Oncology*. 2002, no. 13, p.589-598.
10. DAGNELIE, P. C., PIJLS-JOHANNESMA, M. C. G., LAMBIN, P., et al. Impact of fatigue on overall quality of life in lung and breast cancer patients selected for high-dose radiotherapy. *Annals of Oncology*. 2007 vol. 18, p. 940–944.

Kontakt na autora

Mgr. Ľubica Bánovčinová, PhD.
Jesseniova lekárska fakulta UK
v Martine

Ústav pôrodnej asistencie
Malá Hora 5, 036 01 Martin
Slovensko

phone: +421 43 26334 29

e-mail: banovcinova@jfmed.uniba.sk

JANA FRANCÚZOVÁ¹, SLÁVKA MROSKOVÁ²

¹Palmed, s.r.o., Sv. Anny 13, 065 03 Podolíneč, t.č. Medichem, s.r.o., Ružinovská 10, 820 07 Bratislava

²Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Vplyvom súčasného životného štýlu väčšiny jedincov výskyt obezity stúpa. Podľa posledných údajov sa odhaduje prevalencia obezity na Slovensku na približne 27% u oboch pohlaví (1). Obezita nie je len estetickým problémom, ale ide o multifaktoriálne podmienené ochorenie s výskytom mnohých kardiovaskulárnych a psychosociálnych komplikácií (2; 3). Jednou z účinných metód liečby obezity je kognitívno-behaviorálna terapia (4). V Českej republike a na Slovensku je KBT v liečbe obezity realizovaná prostredníctvom individuálnych a skupinových kurzov STOB. So súhlasom riaditeľa STOB-u MUDr. Ivana Majerčáka sme počas 12-týždňového kurzu STOB realizovali prieskum u troch účastníčok uvedeného kurzu. Klientky boli podrobené pravidelným antropometrickým meraniam, kognitívno-behaviorálne zmeny sme sledovali pomocou štandardizovaných dotazníkov a stravovacieho denníka. Pôsobením KBT boli zaznamenané rôzne zmeny v životospráve klientiek, vrátane zmien antropometrických parametrov. Cieľom tohto prieskumu je zistiť klinický efekt kognitívno-behaviorálnej terapie (KBT) v liečbe obezity. Prieskumný súbor tvorili účastníčky kurzu STOB realizovaného v marci – júni 2014 v telocvični fyziatrcko-balneologickej ambulancie v Kežmarku.

Kľúčové slová

Kognitívno-behaviorálna terapia. Metodika STOB. Nadváha. Obezita.

Abstract

Due to the current lifestyle of most individuals obesity is rising. According to recent data, the estimated prevalence of obesity in Slovakia at around 27% in both sexes (1). Obesity is not only an

aesthetic problem, but it is a multifactorial conditional disease with the incidence of many cardiovascular and psychosocial complications (2, 3). One of the effective methods of obesity treatment is cognitive-behavioral therapy (4). In the Czech Republic and Slovakia, the CBT in the treatment of obesity realized through individual and group classes Stob. With the consent of the Director of Stob-in MD. Ivana Majerčák us during the 12-week course Stob conducted a survey among the three participants of that course. Clients have undergone regular anthropometric measurements, cognitive behavioral changes were observed using a standardized questionnaire and food diary. Treatment with CBT were recorded various changes in the lifestyle of clients, including changes in anthropometric parameters. The aim of this survey is to determine the clinical efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT) in the treatment of obesity. A research sample consisted of participants of the course Stob carried out in March-June 2014 gym physiatric-balneology clinic in Kežmarok.

Key words

Cognitive-behavioural therapy. STOB methodology. Overweight. Obesity.

Úvod

Obezita je multifaktoriálne podmienené ochorenie, ktoré sa prejavuje nadmerným ukladaním tuku. Patrí medzi najstaršie metabolické ochorenia, o čom svedčí aj socha Venuše, ktorej vek sa odhaduje na cca 25 000 rokov (5). V roku 2008 odkedy máme posledné údaje z WHO bolo na Slovensku 25,4% populácie s BMI vyšším ako 30 kg/m² (2). Krahulec (2) definuje obezitu ako „chronický patologický stav, ktorý je charakterizovaný zvýšením zásob

telesného tuku a jeho nedostatočnou mobilizáciou z tkanív, v ktorých sa ukladá aj za fyziologických podmienok. Obezitu charakterizuje zvýšenie podielu telesného tuku nad 25% telesnej hmotnosti u mužov a nad 30% telesnej hmotnosti u žien. V klinickej praxi sa množstvo telesného tuku v tele jedinca určuje podľa indexu telesnej hmotnosti (body mass index – BMI) “ (2 s. 89). Keďže sa nejedná len o estetický problém, ale hlavne o ochorenie, ktoré postihuje obézneho jedinca vznikom mnohých zdravotných komplikácií a zvyšuje mortalitu, je potrebné sa tejto problematike bližšie venovať. Jim Ryun tvrdí: „Motivácia je to, kvôli čomu začnete. Návyk je to, kvôli čomu dokážete pokračovať.“ Práve motivácia je tá hnacia sila, ktorá nám pomáha začať robiť zázraky. Zafra Cooper (2010) vo svojej randomizovanej štúdií poukazuje na identický účinok KBT a behaviorálnej terapie, pri ktorých obézny jedinec zredukuje hmotnosť približne o 10%, ale v dlhodobom horizonte si túto hmotnosť neudrží. Tieto prístupy v liečbe obezity však dosahujú lepšie výsledky ako redukcia hmotnosti prostredníctvom svojpomocných skupín (7). V štúdiách, ktoré sledujú účinok KBT s použitím sibutramínu a s použitím placebo dochádza k signifikantnejšiemu poklesu hmotnosti u skupiny, ktorá užíva sibutramín, ale po vysadení sibutramínu dochádza k relapsu záchvatovitého jedenia vo väčšej miere ako v skupine, ktorá sibutramín neužíva (4; 7). Ricca (2010) uvádza, že klienti, ktorí absolvovali individuálnu KBT dosahujú identické výsledky aj v dlhodobom horizonte po intervencii s absolventmi skupinovej KBT (9). Výsledky viacerých štúdií poukazujú na pozitívny efekt KBT na zníženie záchvatovitého jedenia a úpravu stravovacích návykov a tiež na nižší nárast hmotnosti ako

pri iných terapeutických prístupoch. KBT analyzuje a hľadá optimálny spôsob ako zmeniť patologické vzorce správania vedúce k rozvoju obezity. Poskytuje psychologickú podporu proti opakovanému zvýšeniu telesnej hmotnosti, ktoré sa u obéznych jedincov vyskytuje dosť často. KBT sa snaží o dosiahnutie trvalej zmeny životného štýlu, a tým aj zvýšenie kvality života, aby zmena stravovacích návykov a pohybovej aktivity obéznym jedincom prinášali radosť a prospech z dosiahnutia výrazného zlepšenia kvality života. Prvým krokom k úspešnej liečbe je stanovenie si reálneho cieľa, úbytok hmotnosti o 5 – 10% a zníženie množstva tukového tkaniva (2). KBT v liečbe obezity sa na Slovensku a v Čechách vykonáva prostredníctvom certifikovaných lektorov spoločnosti STOB (STop OBezite), v skupinových a individuálnych kurzoch. Skupinové kurzy sú nielen ekonomicky výhodnejšie, ale sústredenie pacientov s rovnakým problémom zvyšuje motiváciu jednotlivých členov skupiny. Klient rieši svoje problémy nielen s lektorom, ale aj s členmi skupiny. V liečbe obezity sú účinné všetky faktory skupinovej terapie: členstvo v skupine, skúsenosti a nácvik nového správania, získanie nových informácií a sociálnych zručností, emočná podpora, pomoc iným, spätná väzba. Veľkou motiváciou pre nových členov je stretnutie sa s úspešnými absolventmi kurzu. Kurzy majú štruktúrovaný program, trvajú 12 týždňov a vedie ich certifikovaný lektor. Klienti sa stretávajú 1x týždenne na 3 hodiny. 1 hodina je venovaná pohybovej aktivite s prihliadnutím na zdravotný stav klientov a 2 hodiny sú venované psychoterapeutickému pôsobeniu, ktoré je zamerané na zmapovanie a postupné odstraňovanie chýb. Metodika nie je zameraná len na to, čo jesť, ale predovšetkým na to, ako dosiahnuť vytýčený cieľ. Snaží sa o zmeny, ktoré by mali priniesť trvalé hmotnostné úbytky a zvýšenie kvality života klienta. Nové správanie, ktoré klient v danej lekcii vedome trénuje, by sa malo v priebehu ďalších lekcii zafixovať. Zmeny sú uskutočňované pomaly, postupne, spočiatku sú pozitívne posilňované tak, aby sa udržali s cieľom, že po nejakej dobe

sa zautomatizujú a v závere sa zvýši klientova kvalita života. Ku každej lekcii dostávajú klienti brožúry, s ktorými pracujú (10).

Metódy

Cieľom kvalitatívneho prieskumu realizovaného počas skupinového kurzu STOB, ktorý sa uskutočnil v mesiacoch marec – jún 2014 v priestoroch telocvične fyziatricko-balneologickej ambulancie v Kežmarku je zistiť klinický efekt KBT v liečbe obezity. Na základe podania písomnej žiadosti sme mali povolenie vykonávať prieskum s použitím metodiky STOB od riaditeľa MUDr. Ivana Majerčáka. Tohto kurzu sa zúčastnilo 6 žien, ktoré boli poučené a dali súhlas so zaradením do prieskumu. Po zozbieraní všetkých údajov sme vzhľadom na zahrňujúce a vylučujúce kritéria vybrali do prieskumu 3 účastníčky kurzu.

Na zber empirických dát sme použili:

- Antropometrické merania s použitím bioimpepačnej analýzy 1., 4., 8., 12. týždeň kurzu
- Anamnestický dotazník (položky vlastnej konštrukcie) bol vyplňaný v úvode 12 týždňového kurzu KBT
- Škálu subjektívneho hodnotenia motivácie k zmene stravovacích návykov a pohybovej aktivity vyplňali 1x týždenne
- Záznamník stravovacích návykov respondentky vypisovali denne po celú dobu trvania 12 týždňového kurzu KBT
- 3-faktorový dotazník vyplnili v úvode a na konci 12 týždňového kurzu
- Dotazník intuitívneho jedenia vyplnili v úvode a na konci 12 týždňového kurzu
- Weight Efficacy Life-Style Questionnaire vyplnili v úvode a na konci 12 týždňového kurzu
- The Body Image Stages Scale (BISS) vyplnili v úvode a na konci 12 týždňového kurzu
- Frekvenčný dotazník vyplnili v úvode a na konci 12 týždňového kurzu KBT

Výsledky

Pôsobením KBT sme zaznamenali rôzne zmeny v životospráve klientiek, vrátane zmien antropometrických pa-

rametrov. Klientka č. 1 redukovala priemerne 0,42 kg týždenne. Redukcia telesnej hmotnosti je 5 kg, redukcia svalovej hmoty 2 kg, celkového telesného tuku 1,6 kg a viscerálneho tuku 4 cm² (tabuľka 1). Záznamy v záznamníku stravovacích návykov sú neúplné a niektoré dni úplne chýbajú. Vplyvom KBT dochádza k obmedzenej konzumácii sladkostí, zvýšenej konzumácii ovocia a zeleniny a eliminácii večerného jedenia pri televízore. Klientka si dokáže zložiť a dodržať jedálniček so správnou energetickou bilanciou. Hoci konzumuje stravu nepravidelne, pozitívne hodnotíme pomalšiu konzumáciu jedla. Jej energetický výdaj tvoria okrem domácich prác a prác v záhrade aj chôdza, chôdza po schodoch, beh, cvičenie na fitlopte či bicyklovanie. K redukcii hmotnosti pozitívne prispelo zvýšenie miery kontrolovaného, obmedzujúceho a intuitívneho jedenia a zároveň zníženie miery nekontrolovaného a emocionálneho jedenia, najmä pri negatívnych emóciách (graf 1). U klientky došlo k výraznému zlepšeniu vnímania vlastného telesného vzhľadu (BISS z M: 3,33 na M: 7,83, rozmedzie 1 – 9). Klientka č. 2 redukovala priemerne 0,19 kg týždenne. Celková redukcia telesnej hmotnosti je 2,3 kg, redukcia svalovej hmoty 0,2 kg, celkového tuku 1,4 kg a viscerálneho tuku 18,1 cm² (tabuľka 2). V úvode kurzu uvádza vyššiu motiváciu k zmene stravovacích návykov aj pohybovej aktivity čo sa odzrkadilo aj na vedení záznamov v záznamníku stravovacích návykov len prvé 4 týždne a následne opäť pri vzostupe motivácie 10. týždeň. V úvode vykonávala vyššiu pohybovú aktivitu (chôdza, cvičenie vo fitnescentre), ktorá pretrváva aj v priebehu kurzu s nižšou intenzitou, čoho výsledkom je nižšia redukcia svalovej hmoty. Výraznou životnou zmenou a nedostatkom času sledujeme mierny pokles motivácie, chýbanie záznamov v záznamníku stravovacích návykov a mierny vzostup hmotnosti. Vplyvom KBT klientka obmedzila príjem sladkostí, zvýšila príjem ovocia a zeleniny a v jej jedálnom lístku sa objavujú aj proteínové tyčinky a nápoje. Pozitívne hodnotíme pomalšiu a pravidelnú konzumáciu stravy a nedojedanie nedojedeného jedla

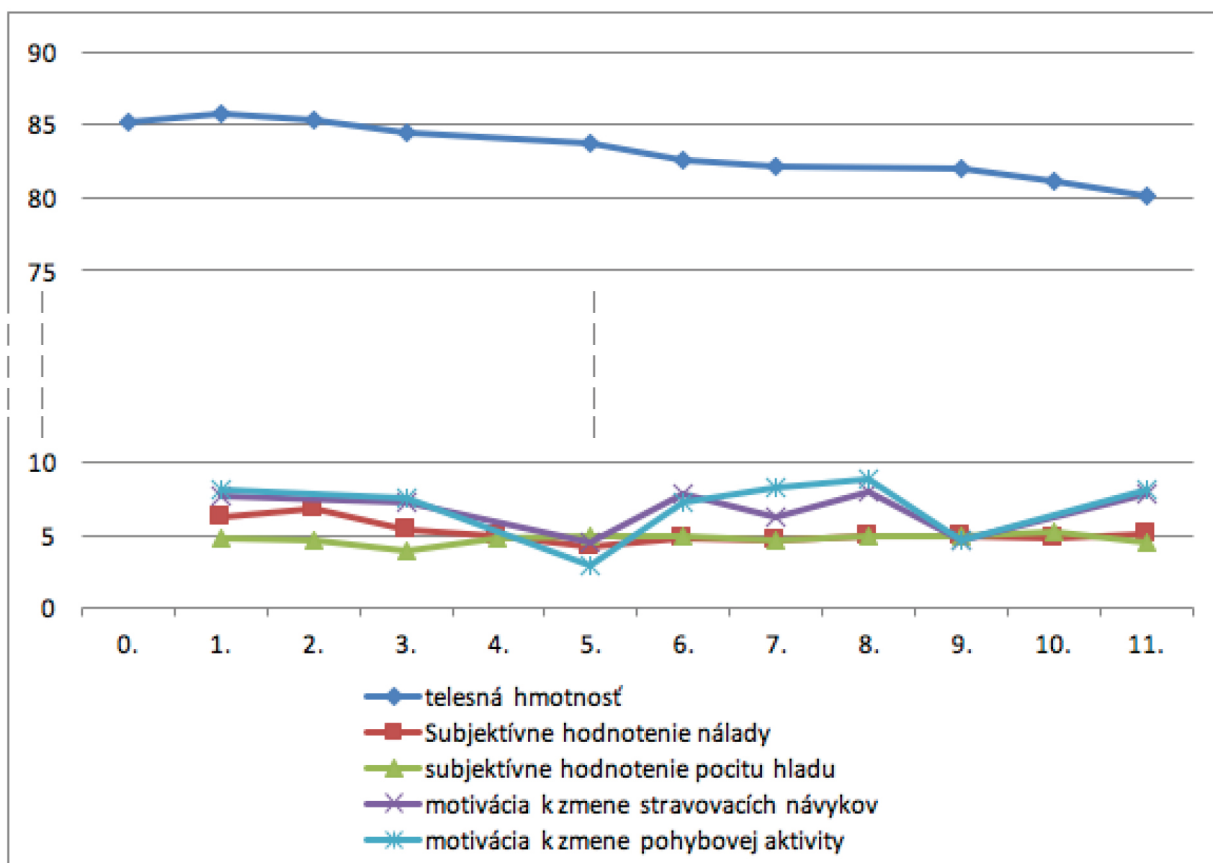
	Lekcia											
	0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
Telesná hmotnosť	85,2	85,7	85,3	84,4	n	83,8	82,6	82,2	n	82	81,1	80,2
BMI	35,93	36,14	35,97	35,59	n	35,33	34,83	34,66	n	34,58	34,2	33,82
Svalová hmota	26,2			24,5				24,4				24,2
Celkový telesný tuk	38,4			40,5				38,6				36,8
Viscerálny tuk	163,1			175,2				171,8				159,1
Krk	38			38,5				37				37
Paža	34			34				34				33
Prsia	113			113				112				109
Pás	107			102				104				98,5
Boky	119			116				116				113
Stehno	62			63				62				63
Lýtka	39			39				38				38

Tabuľka 1 Antropometrické merania v jednotlivých úsekoch kurzu – klientka č. 1

Zdroj: vlastné spracovanie

Pozn.: n – nezúčastnila sa lekcie

BMI – body mass index



Graf 1 Korelácia medzi telesnou hmotnosťou, subjektívnym hodnotením pocitu hladu a nálady,

motiváciou k zmene stravovacích návykov a pohybovej aktivity – klientka č. 1

(Zdroj: vlastné spracovanie)

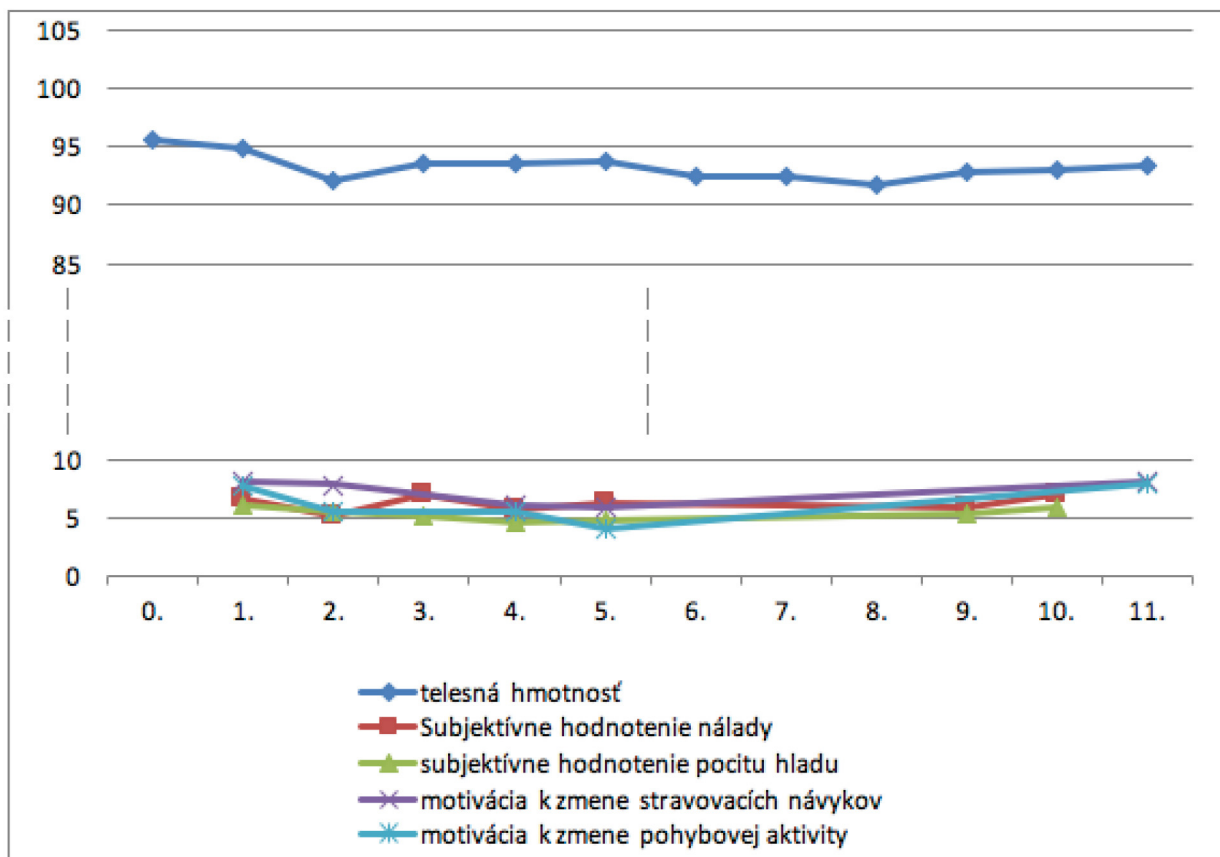
	Lekcia											
	0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
Telesná hmotnosť	95,6	94,8	92	93,5	93,5	93,7	92,4	92,4	91,8	92,9	93	93,3
BMI	32,69	32,42	31,46	31,98	31,98	32,04	31,6	31,6	31,39	31,77	31,8	31,91
Svalová hmota	31,8			31,3				31,6				31,6
Celkový telesný tuk	38,7			37,5				35,8				37,3
Viscerálny tuk	148,4			138,9				136,3				130
Krk	37			36				35				34,5
Paža	31,5			33				33				33
Prsia	110			109				107				108
Pás	112			109				106				105
Boky	121			119,5				118,5				117
Stehno	65			67				67				65
Lýtka	47			45				46				46

Tabuľka 2 Antropometrické merania v jednotlivých úsekoch kurzu – klientka č. 2

Zdroj: vlastné spracovanie

Pozn.: n – nezúčastnila sa lekcie

BMI – body mass index



Graf 2 Korelácia medzi telesnou hmotnosťou, subjektívnym hodnotením pocitu hladu a nálady, motiváciou k zmene stravovacích návykov a pohybovej aktivity – klientka č. 2 (Zdroj: vlastné spracovanie)

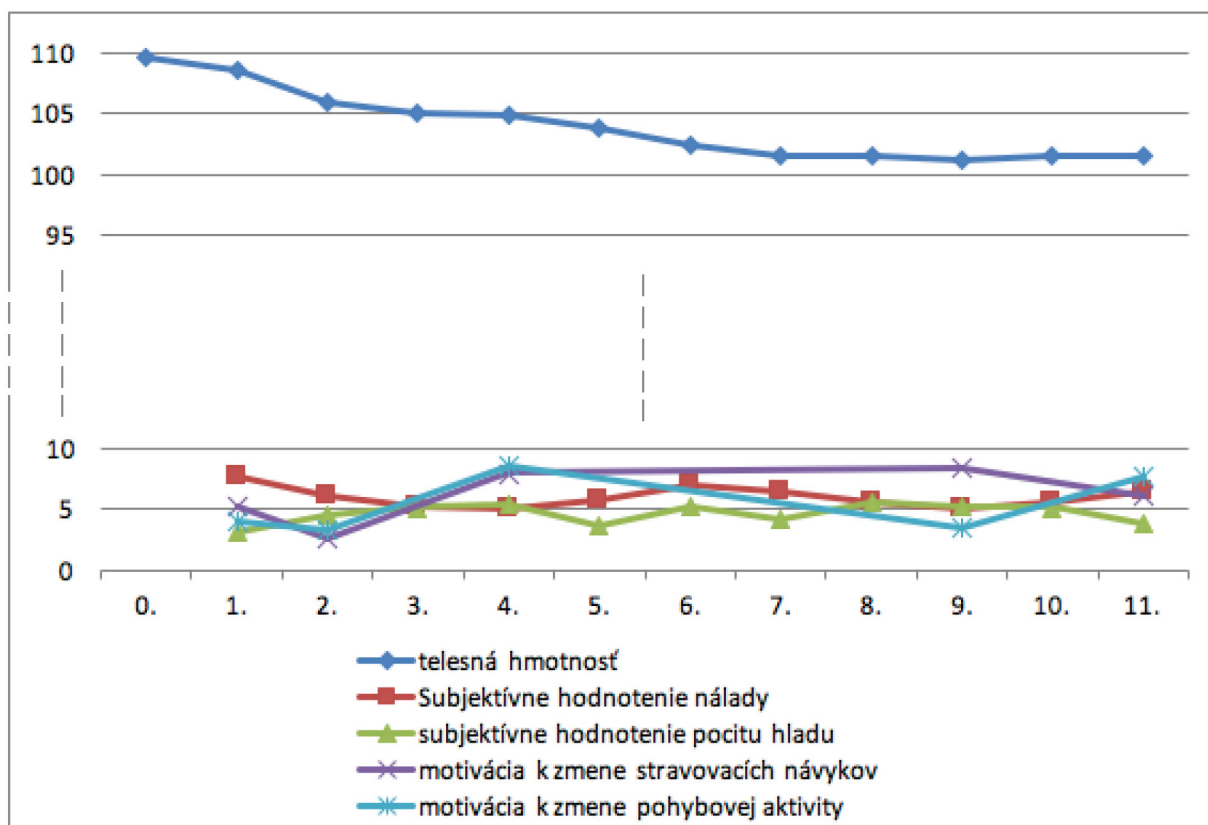
	Lekcia											
	0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
Telesná hmotnosť	109,7	108,6	106	105	104,8	103,8	102,4	101,5	101,5	101,2	101,6	101,5
BMI	34,62	34,28	33,46	33,14	33,08	32,76	32,32	32,04	32,04	31,94	32,07	32,04
Svalová hmota	35,2			34,1				32,7				33,6
Celkový telesný tuk	47			44,8				42,8				41,3
Viscerálny tuk	170,3			154,4				155,3				143,9
Krk	39			39				37,5				37
Paža	34,5			35,5				35,5				35
Prsia	112			114				112,5				113
Pás	113			113				101				103
Boky	127			125				120				121
Stehno	68			68,5				68,5				69
Lýtka	45			45				44,5				44,5

Tabuľka 3 Antropometrické merania v jednotlivých úsekoch kurzu – klientka č. 3

Zdroj: vlastné spracovanie

Pozn.: n – nezúčastnila sa lekcie

BMI – body mass index



Grat 3 Korelácia medzi telesnou hmotnosťou, subjektívnym hodnotením pocitu hladu a nálady, motiváciou k zmene stravovacích návykov a pohybovej aktivity – klientka č. 3

(Zdroj: vlastné spracovanie autora)

za deťmi. Naučila sa zložiť a dodržať jedálny lístok so správnou energetickou bilanciou (graf 2). Negatívne hodnotíme príležitostnú konzumáciu alkoholu, ktorý spomaľuje redukciu hmotnosti. Zaznamenali sme mierne zlepšenie v oblasti kontrolovaného, obmedzujúceho a intuitívneho jedenia, a zároveň zníženie miery jedenia pri pozitívnych emóciách. U tejto klientky došlo k miernemu vzostupu spokojnosti s vlastným telesným vzhľadom (BISS z M: 4,33 na M: 4,66). Klientka č. 3 priemerne redukovala 0,68 kg týždenne. Celková redukcia telesnej hmotnosti je 8,2 kg, redukcia svalovej hmoty 1,6 kg, celkového tuku 5,7 kg a viscerálneho tuku 26,4 cm² (tabuľka 3). Klientka precízne viedla záznamy v záznamníku stravovacích návykov v priebehu celého kurzu. Zredukovala konzumáciu sladkostí a zvýšila príjem ovocia a zeleniny. Pozitívne hodnotíme naučené pomalé a pravidelné jedenie vďaka čomu redukuje výrazné množstvo viscerálneho tuku. Vplyvom KBT dochádza k zvýšeniu miery kontrolovaného a intuitívneho jedenia a zníženiu miery nekontrolovaného a emocionálneho jedenia pri pozitívnych aj negatívnych emóciách, čo pozitívne vplyva na redukciu hmotnosti (graf 3). K zvýšeniu spokojnosti s vlastným telesným vzhľadom dochádza aj u tejto klientky (BISS z M: 4,6 na M: 5,83).

Odporúčania pre prax

KBT vychádza z výsledkov viacerých zahraničných výskumov ako jedna z najefektívnejších terapií obezity. Na Slovensku sa vykonáva KBT v liečbe obezity metodikou STOB, ktorú sme využili aj v našej práci. Vplyvom 12-týždňového kurzu STOB došlo u zúčastnených respondentiek k väčším alebo menším zmenám v životospráve, stravovacích návykoch a pohybovej aktivite. Na základe výsledkov kvalitatívnej analýzy respondentiek si dovoľujeme navrhnúť nasledujúce odporúčania pre prax:

Odporúčania pre záujemcov o kurz STOB pre lektorov

- zvýšiť povedomie o existencii kurzov STOB pre lektorov

- zvýšiť povedomie o výsledkoch a efektívite kognitívno-behaviorálnej terapie v liečbe obezity

Odporúčania pre lektorov STOB-u

- pri realizácii KBT venovať väčšiu pozornosť kontrole Záznamníkov stravovacích návykov
- zabezpečiť longitudinálne sledovanie účastníkov kurzu v určených intervaloch po ukončení kurzu formou jednotných dotazníkov pre všetkých lektorov STOB-u a antropometrických meraní
- vypracovať výskumný projekt a zrealizovať kvantitatívny výskum v oblasti efektivity kognitívno-behaviorálnej terapie v liečbe obezity
- rokovať so zdravotnými poisťovňami o čiastočnej alebo úplnej úhrade liečby obezity kognitívno-behaviorálnou terapiou z účtu verejného zdravotného poistenia
- vypracovať a zrealizovať grantový projekt na získanie nenávratného finančného príspevku, ktorý by sa využil na pokrytie nákladov potrebných k realizácii kurzu STOB pre obéznych jedincov z nižších sociálnych vrstiev
- pravidelné stretávanie lektorov STOB-u za účelom zvyšovania kvality realizovaných kurzov STOB pre verejnosť

Odporúčania pre odbornú verejnosť

- zvýšiť povedomie o výsledkoch a efektívite kognitívno-behaviorálnej terapie v liečbe obezity
- zvýšiť povedomie o existujúcich lektoroch STOB-u
- rozšíriť sieť lektorov STOB-u a tým zlepšiť dostupnosť liečby obezity kognitívno-behaviorálnou terapiou

Odporúčania pre cieľovú skupinu obyvateľstva (jedinci s nadváhou a obezitou)

- zvýšiť povedomie o možnostiach liečby obezity kognitívno-behaviorálnou terapiou
- zvýšiť povedomie o existujúcich lektoroch STOB-u
- zlepšiť dostupnosť liečby obezity kognitívno-behaviorálnou terapiou rozšírením siete lektorov STOB-u
- zvýšiť dostupnosť liečby obezity

kognitívno-behaviorálnou terapiou čiastočnou úhradou z účtu verejného zdravotného poistenia

- zvýšiť dostupnosť liečby obezity kognitívno-behaviorálnou terapiou získaním nenávratnej finančnej podpory vypracovaním grantového projektu

Záver

Prihliadajúc na získané prieskumné údaje konštatujeme, že KBT má v liečbe obezity význam, pretože jej pôsobením dochádza k zmene zaužívaného životného štýlu, ktorý obsahuje často mnohé negatívne prvky. Už mierou zmenou zaužívaných jedálnych zvyklostí a zaradením pohybovej aktivity, klientky redukovujú svoju hmotnosť, čím si zároveň zvyšujú sebavedomie a majú pozitívnejší pohľad na svoj telesný vzhľad.

Zdroje

1. AVDIČOVÁ, M., FRANCISCIOVÁ, K., ĎATEĽOVÁ, M.: Monitorovanie rizikových faktorov chronických chorôb v SR. - Banská Bystrica : Regionálny úrad verejného zdravotníctva, 2012. - 134 s. - ISBN 978-80-971096-0-8. [Totožné s dokumentom Avdičová, M. a kol.: Monitorovanie rizikových faktorov chronických chorôb v SR. - 1. vyd. - Bardejov: Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie, 2013. - 176 s. - ISBN 978-80-971460-0-9.]
2. KRAHULEC, B. a kol. *Klinická obezitológia*. Brno : Facta medica, 2013. s. 336. ISBN 978-80-904731-7-1.
3. HAINER, V. A KOL. *Základy klinické obezitologie*. 2. prepracované a doplnené vydanie . Praha : Grada Publishing, 2011. s. 448. ISBN 978-80-247-3252-7.
4. GRILO, C.M., MASHEB, R.M., WHITE, M.A., GUEORQUIEVA, R., BARNES, R.D., WALSH, B.T., MCKENZIE, K.C., GENAO, I., GARCIA, R. Treatment of binge eating disorder in racially and ethnically diverse obese patients in primary care: Randomized placebo-controlled clinical trial of self-help and medication.

- [Online] 2014. Dostupné z: . <http://www.pulib.sk:2177/ehost/detail?vid=6&sid=a4fbc43e-895e-406f-b6f5-f8c9ba2bd069%-40sessionmgr4005&hid=4209&bdata=JmxhbmMc9Y3Mmc210Z-T11aG9zdC1saXZl#db=mn-h&AN=24857821>.
5. MAJERČÁK, I. Stop obezite už aj na Slovensku. [online]. 2010, [vid. 2010-10-11]. Dostupné z: http://www.istob.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=46:uvodne-slovo-lekara&catid=34:kurzy&Itemid=29
 6. World Health Organization . [Online] 2014. <http://www.who.int/en/>.
 7. COOPER, Z., DOLL, H.A., HAWKER, D.M., BYRNE, S., BONNER, G., EELEY, E., O'CONNOR, M.E., FAIRBURN, CH.G. Testing a nex cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled with three-year follow-up. *Behavior research and therapy*. 2010, 8, s. s. 706-713. [online]. 2010, [cit. 23.02.2016]. Dostupné z: <http://www.pulib.sk:2077/science/article/pii/S0005796710000422?np=y>.
 8. BAUER, C., FISCHER, A., KELLER, U. Effect of sibutramine and cognitive-behavioural weight loss therapy in obesity and subclinical binge eating disorder. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2006, 3, s. s. 289-265.
 9. RICCA, V., CASTELLINI, G., MANNUCCI, E., LO SAURO, C., RAVALDI, C., ROTELLA, C.M., FARAVELLI, C. Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study [electronic resource]. *Appetite*. 2010, 3, s. s. 655-665.
 10. MÁLKOVÁ, I. *Hubneme s rozumem, zdravě a natrvalo*. Druhé vydanie . Praha : Smart Press, 2007. s. 224. ISBN 978-80-87049-06-8.
 11. TYLKA, L. TRACY. Development and Psychometric Evaluation of a Measure. *Journal of Counseling Psychology*. 2006, Zv. [online]. 2010, [cit. 23.02.2016]. Dostupné z: https://www.intuitiveeating.com/~ieating/cmsms/uploads/documents/IES_tYLKER_2006.pdf

Kontakt na autora

Mgr. Jana Francúzová

e-mail: jana.francuzova@gmail.com



Tu môže byť Vaša
reklama
viac na
www.sksapa.sk

OPODSTATNENOSŤ KOMUNITNEJ GERIATRICKEJ SESTRY V SYSTÉME POSKYTOVANIA OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

THE MERITS OF COMMUNITY-BASED GERIATRIC NURSE IN SYSTEM OF NURSING CARE

DENISA ŠARKOZIOVÁ¹, ZUZANA BUKOVCOVÁ²

¹Hospic Dom Božieho milosrdenstva Banská Bystrica

²Nemocnica Zvolen, člen skupiny Agel a.s.

Abstrakt

Komunitné ošetrovatel'stvo je charakterizované ako aplikovaný odbor ošetrovatel'stva, ktorý sa zaoberá primárnou, sekundárnou a následnou formou starostlivosti o jedincov, rodinu, či sociálnu skupinu, ktorá túto komunitu tvorí. Vzhľadom na komunitu seniorov je jej cieľom čo najvyššia udržateľnosť seniora v jeho domácom prirodzenom prostredí, v rámci ktorého nedochádza k narušeniu adaptačných bariér, napomáha k zachovaniu sebestačnosti, zmierňovaniu utrpenia a tým zachovania kvality života do najvyššej možnej miery. Napriek týmto poznatkom, demografickému vývoju i ministerským konferenciám (Viedeň, 1988; Mníchov, 2000), ktoré sa zaoberali rozvojom komunitného ošetrovatel'stva a úlohou sestier pri aktívnom presadzovaní zásad verejného zdravia, nedochádza v tejto oblasti k významnému posunu (1). U jediného zástupcu komunitnej ošetrovatel'skej starostlivosti akými Agentúry domácej ošetrovatel'skej starostlivosti (ADOS) sú, chýba zásadná kompetencia – kompetencia aktívneho monitoringu a prevencie. V tejto práci sme poukázali na potrebu aktívnej terénnej práce v komunite seniorov. Metódou retrospektívnej analýzy, porovnávali a štatisticky vyhodnotili osem faktorov determinujúcich zdravotný stav seniorov: vek, preventívne prehliadky, dostupnosť k primárnej starostlivosti, stav kontinencie, úroveň sebestačnosti, sociálne zázemie, úroveň mobility a predpisovanie liekov. Analyzované údaje sme spracovali do tabuliek a grafov, a na štatistické vyhodnotenie sme použili CHI - kvadrátový test a Pearsonov korelačný koeficient. Definovaním a štatistickým vyhodnotením faktorov, ktoré sa vo významnej miere

podieľajú na potrebe hospitalizácie nepriamo identifikovali rizikovú skupinu pacientov – seniorov ako predmet záujmu komunitnej geriatrickej sestry. To znamená, že vymedzením rizik determinujúcich hospitalizačný tlak, faktorov, ktoré vo významnej miere ovplyvňujú zdravotný stav pacienta, poukázali na potrebu terénnej práce.

Kľúčové slová

Komunita. Staroba. Senior. Sestra. Systém zdravotnej starostlivosti.

Abstract

Community nursing care is characterised as an applied branch of nursing care, which is concerned with the primary, secondary and the subsequent form of care of individuals, family or social group, which forms the community. Considering the community of seniors, its aim is to keep the senior in his home environment as long as possible. There the disruption of adaptation barriers does not occur, it helps to preserve his self-sufficiency, reduce the suffering and therefore to preserve the quality of life on the highest possible level. Despite these findings, the demographical development and ministerial conferences (Vienna 1988, Munich 2000), which dealt with the development of community nursing care and the role of the nurse in active promoting of the principles of public health, there was not a significant shift in this field. The only representative of the community nursing care is ADOS. They have a lack of fundamental competence – competence of active monitoring and prevention. In this work we pointed out the need of active field work in the senior community. Using the method of retrospective analysis

and by comparing, we statistically evaluated eight factors determining the state of health of the seniors: age, check-ups, the accessibility to primary care, the state of continence, the level of self-sufficiency, social background, the level of mobility and the prescription of medicaments. The analysed facts were processed into tables and diagrams. For the statistical evaluation we used the CHI- quadrate test and the Pearson correlation coefficient. Defining and statistically evaluating the factors, which are, to a large degree, involved in the need of hospitalisation, they indirectly identified the high-risk group of patients – seniors, as an object of interest of the community geriatric nurse. This means that through defining the risks determining the hospitalisation pressure, the factors which to a large degree influence the health state of the patient, they pointed out the need of field work.

Key words

Community. Old age. Senior. Nurse. The system of health care.

Úvod

Staroba je posledná etapa ontogenetického vývoja človeka a jeho neodmysliteľnou súčasťou. Toto nezvratné obdobie sa však so sebou prináša zmeny, predovšetkým v oblastiach telesnej, psychickej, či sociálnej. Zároveň aj mnoho ochorení, komplikácií, syndrémov, psychických problémov, naruša sociálny status seniora a výrazným spôsobom zasahuje a determinuje kvalitu života nielen samotným seniorom, ale aj jeho najbližším. Starostlivosť o seniorov sa v našich podmienkach SR stále rozdeľuje na sociálnu a zdravotnú. Zdravotná

starostlivosť poskytovaná seniorom je realizovaná v zmysle **Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore geriatra z roku 2006 (2)** a zahŕňa ambulatnú, ústavnú, paliatívnu a hospicovú starostlivosť. Ambulantná forma zdravotnej starostlivosti predstavuje primárnu starostlivosť prostredníctvom praktických lekárov pre dospelých, špecializovaných ambulancií a Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti je realizované na geriatrických, geronto – psychiatrických, oddeleniach dlhodobo chorých a doliečovacích oddeleniach. Paliatívnu zložku predstavuje ambulatná sféra prostredníctvom hospicov. Ústavnú časť starostlivosti v odbore paliatívnej starostlivosti tvoria hospice, oddelenia paliatívnej medicíny a jednotky paliatívnej medicíny. **Zákon č. 448/2008 Z. z. „O sociálnych službách (3)**„ vymedzuje sociálnu oblasť starostlivosti, a to na základe sociálneho poradenstva, sociálnoprávnej ochrany, sociálnych služieb (opatrovateľská, požičiavanie pomôcok, organizovanie spoločného stravovania, starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb, atď.) a peňažných príspevkov na kompenzáciu. Fragmentované zdravotné aj sociálne služby spôsobujú, že geriatrický pacient je v systéme často stratený a prípadná závislosť je nedostatočne kompenzovaná, čo následne vedie k potrebe hospitalizácie a rehospitalizácie (4). V rámci primárnej starostlivosti a prevencie možno poukázať na kuratívny charakter zdravotnej starostlivosti a zásadný deficit prevencie. Prínosom pre túto oblasť starostlivosti v domácom prostredí seniorov je pripravovaná modernizácia infraštruktúry zdravotníctva MZ SR vo forme integrovanej starostlivosti s názvom **“Implementačná stratégia“** z augusta 2014. Uvedená stratégia potvrdila v súčasnosti vysoký tlak na nemocničný a inštitucionálny sektor, deklaruje potrebu inovácií v primárnej sfére a posilnenie kompetencií v tejto oblasti (5). Napriek alarmujúcemu demografickému vývoju a mnohým výzvam sesterských organizá-

cií, a ministerským konferenciám(1), o nevyhnutnosti zaradenia **rodinnej komunitnej sestry** (obdoba geriatrickej sestry) do systému starostlivosti, vývoj v súčasnosti zatiaľ nepredpovedá posun v tejto oblasti. Možno konštatovať všeobecný deficit komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti s negatívnym celospoločenským zdravotno-ekonomickým dopadom. Práca v teréne a komunita sa v súčasnosti stáva prioritnou aj vzhľadom na prijatý **Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015 (6)** a **Národný program aktívneho starnutia na roky 2014 – 2020 (7)**. Skúsenosti z praxe však potvrdzujú, že realizácia aktívnej terénnej sociálnej práce ostáva doteraz na úrovni dokumentov. Sestra pracujúca v systéme zdravotnej starostlivosti na geriatrickom oddelení vo vzťahu k hospitalizovaným pacientom mnohokrát vysloví polemiku o tom, či by hospitalizácia bola vôbec potrebná, pokiaľ by starý človek mal v blízkosti niekoho kompetentného. Niekoľko, kto by preveril, do akej miery je on sám, či jeho rodina schopná sa o pacienta postarať a či intervencie v zmysle dostatočnej hydratácie, pravidelného užívania liekov, dobrého sociálneho zázemia, eliminácie rizika pádov, imobility, nesebestačnosti, či len odberu krvi v pravidelných intervaloch pri užívaní antikoagulancií, nedokázali hospitalizácii predísť. Preto, pri zohľadnení všetkých činiteľov hlavným cieľom tejto práce pre nás bolo zdôvodniť terénne ošetrovateľské pôsobenie, aktívno -preventívny monitoring seniorov v domácom prostredí, geriatrických pacientov v rámci primárnej zdravotnej starostlivosti.

Materiál a metodika

V rámci výskumu sme si vybrali metódu obsahovej analýzy a to **retrospektívnej analýzy zdravotnej dokumentácie**. Výskumná časť štúdie sa realizovala v dvoch ambulanciách praktických lekárov vo Zvolene a z údajov dokumentačného oddelenia nemocnice vo Zvolene z nemocničnej

databázy hospitalizácií geriatrického oddelenia. Výskumnú vzorku tvorilo 357 zdravotných záznamov pacientov. Ústredným záujmom obsahovej analýzy bola skupina pacientov – seniorov nad 65 rokov. Celkovo sme v súbore pacientov od 1.1.2014 do 31.12.2014 zaznamenali 145 hospitalizovaných seniorov, ktorí počas sledovaného obdobia absolvovali 224 hospitalizácií. Z uvedených dostupných zdrojov sme čerpali a následne štatisticky spracovali tieto demografické údaje: počet pacientov nad 65 rokov evidovaných v ambulanciách praktických lekárov počas roka 2014, počet pacientov, ktorí sú evidovaní v uvedených ambulanciách praktických lekárov a boli aspoň raz počas roka 2014 hospitalizovaní, počet absolvovaných hospitalizácií, vek, pohlavie pacienta, trvalý pobyt pacientov (posúdenia dostupnosti pacienta – seniora k primárnej starostlivosti). Ďalej sme identifikovali faktory determinujúce zdravotný stav a prognózu seniorov (2). Zo zdravotnej dokumentácie sme čerpali nasledujúce údaje: pravidelnosť v predpisovaní a užívaní liekov, absolvovanie preventívnej prehliadky v stanovenom intervale, stav kontinencie, stav mobility, stav sebestačnosti, sociálne zázemie, poskytovaná starostlivosť formou ADOS. Okrem obsahovej analýzy sme v menšej miere využili metódu **rozhovoru** so zdravotným personálom ambulancií, v rámci ktorého sme získali údaje o sociálnom zázemí respondentov. Všetky údaje sme spracovali do tabuliek a grafov.

Výsledky

V sledovanom súbore bolo 212 seniorov, ktorí neboli hospitalizovaní, t.j. 59% a 145 (41%) hospitalizovaných pacientov počas roka 2014 u ktorých sme mohli monitorovať až 224 hospitalizácií. Celkový vekový priemer v skúmanom súbore bolo 75,1 roka. Skúmané faktory sme rozdelili na základe ich úrovni na podskupiny, pritom sme vychádzali z koncepcií, vyhlášok a záväzných noriem. Vplyv jednotlivých úrovni analyzovaných faktorov

PP	N1	%	N2	%	N3	AP
A Absolvované	68	32	27	19	35	1,2
B Neabsolvované	144	68	118	81	189	1,6
Spolu	212	100	145	100	224	1,5
CHI-TEST	A/B p = 0,0046					

Tabuľka 1 Porovnanie počtu PP pacientov vo vzťahu k hospitalizovaným a hospitalizáciám

Vysvetlivky: PP = preventívne prehliadky; % = percentuálne vyjadrenie; N = počet; N1 = pacienti bez hospitalizácie; N2 = hospitalizovaní; N3 = hospitalizácií; AP = aritmetický priemer počtu hospitalizácií na jedného hospitalizovaného pacienta; p = hladina štatistickej významnosti, CHI-TEST = test štatistickej významnosti

Úroveň mobility	N1	%	N2	%	N3	AP
A Plná	155	73	63	43	64	1,0
B Mierne obmedzená	54	25	58	40	92	1,5
C Veľmi obmedzená	3	2	14	10	43	3,0
D Imobilita	0	0	10	7	25	2,5
Spolu	212	100	145	100	224	1,5
CHI-TEST	A/B,C,D p = 9,52159E-05					

Tabuľka 2 Analýza počtu hospitalizovaných a hospitalizácií vo vzťahu k mobilite

Vysvetlivky: % = percentuálne vyjadrenie; N1 = počet pacientov bez hospitalizácie; N2 = počet pacientov hospitalizovaných; N3 = počet hospitalizácií; AP = aritmetický priemer počtu hospitalizácií na jedného hospitalizovaného pacienta; p = hladina štatistickej významnosti, CHI-TEST = test štatistickej významnosti

na výskyt, či na kvantitu hospitalizácií sme získali porovnaním dvoch základných skupín, a to skupiny pacientov, ktorí neboli hospitalizovaní a skupiny hospitalizovaných pacientov. Predpokladali sme, že čím vyššia miera deficitu v úrovniach faktorov determinujúcich zdravotný stav, tým vyšší výskyt a nárast hospitalizácií. Každý analyzovaný faktor sme štatisticky vyhodnotili.

Preventívna prehliadka je podľa zákona o zdravotnej starostlivosti hrazená jedenkrát za dva roky, preto sme počet absolvovaných/neabsolvovaných preventívnych prehliadok čerpali za obdobie od 1.1.2013 do 31.12.2014. Súhrnne z uvedených údajov vyplýva, že kým v skupine seniorov bez hospitalizácie pozorujeme 68% podiel neabsolvovaných PP, v skupine hospitalizovaných seniorov, ktorí PP neabsolvovali až 81% a takmer každý druhý pacient

bez absolvovanej PP bol hospitalizovaný, pričom na jedného hospitalizovaného pacienta pripadá priemerne 1,6 hospitalizácie.

Pri hodnotení úrovni mobility sme vychádzali z posudzovacej škály, ktorú v rámci odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR, používajú Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (8). Posudzovaním zisťujeme, že ak v súbore pacientov

Vekové kategórie	N1	%	N2	%	N3	AP	Pearsonov KK
65-75	141	67	68	47	92	1,3	p = - 0,1223
76-85	52	25	41	28	56	1,4	p = 0,34426
86 a viac	19	8	36	25	76	2,1	
Spolu	212	100	145	100	224	1,5	

Tabuľka 3 Počet hospitalizovaných vo vekových kategóriách a počet hospitalizácií

Vysvetlivky: % = percentuálne vyjadrenie; N1 = počet pacientov bez hospitalizácie; N2 = počet pacientov hospitalizovaných; N3 = počet hospitalizácií; AP = aritmetický priemer počtu hospitalizácií na jedného hospitalizovaného pacienta; Pearsonov KK = vyhodnotenie korelácie počtu hospitalizovaných pacientov s vekom.

bez hospitalizácie bolo 73% pacientov s plnou mobilitou, s mierne obmedzenou 25%, s veľmi obmedzenou 2%, imobilných sme nezaznamenali, tak v súbore hospitalizovaných pacientov je 43% pacientov s plnou mobilitou, 40% s mierne obmedzenou mobilitou, 10% s veľmi obmedzenou a 7% plne imobilných. Pri porovnávaní oboch súborov sme zaznamenali tendenciu nárastu počtov v súbore hospitalizovaných pacientov ako aj hospitalizácií (v úrovni veľmi obmedzenej mobility až 3 hospitalizácie na 1 hospitalizovaného) a to v závislosti od stupňa narušenia mobility.

Na základe analýzy údajov v tabuľke môžeme konštatovať, že počet hospitalizovaných pacientov ako aj hospitalizácií je priamo úmerný zvyšujúcemu sa veku, a to konkrétne v analyzovaných vekových kategóriách 76-85; 86 a viac. Ak pozorujeme vo vekovej kategórii 76-85 mierny nárast (28%)

oproti nehospitalizovaným pacientom (25%), výrazný nárast hospitalizovaných a hospitalizácií (až 2,1 hospitalizácie na 1 hospitalizovaného), je však u pacientov 86 a viac ročných. Tento záver dokazuje aj tabuľka 3, v ktorej sme vyvodili jednoznačný výsledok, $p = 0,34426$, ktorý hovorí o korelácii medzi vekom pacienta a nárastom hospitalizácií a to práve vo vekovej kategórii 76 a vyššie.

Pri vytváraní kritérií pre posudzovanie úrovne sebačinnosti sme vychádzali z Bartelovho testu aktivít denného života ADL (Aktivity Daily Living). Porovnávaním počtov v oboch súboroch (vyjadrených v %), konštatujeme, že spolu s deficitom sebaopatery narastá počet hospitalizovaných pacientov a hospitalizácií. To znamená, že vidíme v úrovni plnej sebačinnosti 76%-né väčšinové zastúpenie nehospitalizovaných pacientov oproti 44% tej istej úrovne sebačinnosti, ktorí hospitalizovaní boli.

Naproti sledujeme opačnú situáciu, kedy v úrovni sebačinnosti s pomocou je mierny nárast v súbore hospitalizovaných, t.j. 26%, ku 23% tej istej úrovne u pacientov bez hospitalizácie. U pacientov s neschopnosťou sebaopatery dochádza k rapidnému nárastu hospitalizovaných t.j. 10%, oproti 1% pacientov bez hospitalizácie a nárastu hospitalizácií (tabuľka 4).

Podľa údajov z tabuľky zisťujeme, že v súbore pacientov bez hospitalizácie sú diskrétno zvýšené počty pacientov, ktorí bývajú s rodinou, t. j. 33%, a ktorí bývajú s partnerom 54%, a v súbore hospitalizovaných pacientov však možno pozorovať výrazný nárast v skupine, ktorí bývajú sami, t.j.23%. I keď v súbore pacientov, ktorí hospitalizovaní boli, konštatujeme znížené hodnoty počtov pacientov, ktorí bývajú s rodinou, t.j.26%; či partnerom, t. j. 51%, tieto skupiny ovplyvňujú kvantitu hospitalizácií (1,8;1,5 hospitalizácie

Úroveň sebačinnosti	N1	%	N 2	%	N3	AP
A Plná	162	76	64	44	72	1,1
B S pomocou	48	23	66	26	123	1,8
C Neschopnosť sebaopatery	2	1	15	10	29	1,9
Spolu	212	100	145	100	224	1,5
CHI-TEST	A/B,C p = 4,14286E-05					

Tabuľka 4 Úroveň sebačinnosti pacientov vo vzťahu k hospitalizovaným a hospitalizáciám

Vysvetlivky: % = percentuálne vyjadrenie; N1 = počet pacientov bez hospitalizácie; N2 = počet pacientov hospitalizovaných; N3 = počet hospitalizácií; AP = aritmetický priemer počtu hospitalizácií na jedného hospitalizovaného pacienta; p = hladina štatistickej významnosti, CHI-TEST= test štatistickej významnosti

Sociálne zázemie	N1	%	N2	%	N3	AP
A Býva s rodinou	71	33	38	26	69	1,8
B Býva s partnerom	112	54	74	51	109	1,5
C Býva sám	25	13	33	23	46	1,4
Spolu	208	100	145	100	224	1,5
CHI-TEST	A/C p = 0,008037		B/C p = 0,023948			

Tabuľka 5 Sociálne zázemie pacientov vo vzťahu k hospitalizáciám

Vysvetlivky k tabuľke: % = percentuálne vyjadrenie; N1 = počet pacientov bez hospitalizácie; N2 = počet pacientov hospitalizovaných; N3 = počet hospitalizácií; AP = aritmetický priemer počtu hospitalizácií na jedného hospitalizovaného pacienta; p= hladina štatistickej významnosti, CHI-TEST = test štatistickej významnosti

Stav kontinencie	N1	%	N2	%	N3	AP
A Kontinentný	184	87	75	52	76	1,0
B Inkontinencia moču	23	11	42	29	78	1,2
C Inkontinencia moču a stolice	5	2	28	19	70	1,8
Spolu	212	100	145	100	224	1,5
CHI-TEST	A/B p = 9,18195E-08 A/C p = 2,176E-10					

Tabuľka 6 Analýza stavu kontinencie výskumného súboru seniorov

Vysvetlivky k tabuľke : % = percentuálne vyjadrenie; N1 = počet pacientov bez hospitalizácie; N2 = počet pacientov hospitalizovaných; N3 = počet hospitalizácií; AP = aritmetický priemer počtu hospitalizácií na jedného hospitalizovaného pacienta; p= hladina štatistickej významnosti, CHI-TEST = test štatistickej významnosti

Dostupnosť primárnej starostlivosti	N1	%	N2	%	N3	AP
A v mieste bydliska	133	63	119	82	179	1,5
B mimo miesta bydliska	79	37	26	18	45	1,7
Spolu	212	100	145	100	224	1,5
CHI-TEST	A/B p = 8,61835E-05					

Tabuľka 7 Dostupnosť primárnej starostlivosti pacientov vo vzťahu k hospitalizovaným a hospitalizáciám

Vysvetlivky k tabuľke: % = percentuálne vyjadrenie; N = počet pacientov bez hospitalizácie; N2 = počet pacientov hospitalizovaných; N3 = počet hospitalizácií; AP = aritmetický priemer počtu hospitalizácií na jedného hospitalizovaného pacienta; p= hladina štatistickej významnosti, CHI-TEST = test štatistickej významnosti

nab1 hospitalizovaného) Pri porovnávaní oboch súborov možno konštatovať, že stav kontinencie a jej úrovne sa odrážajú v narastajúcich počtoch u hospitalizovaných pacientov a hospitalizáciách (1,2; 1,8 hospitalizácie na 1 hospitalizovaného vid. tabuľka 6). V súbore nehospitalizovaných pacientov sa nachádza početná 87%-ná skupina plne kontinentných pacientov, pričom hospitalizovaných tej istej úrovne bolo 52%. Inkontinencia moču u pacientov sa prejavuje zvýšeným

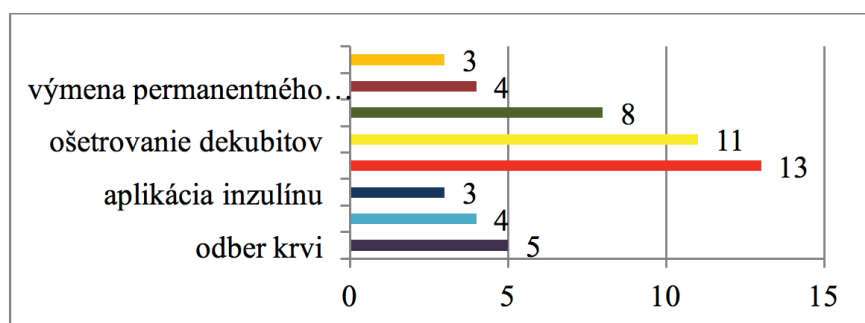
počtom hospitalizovaných, t. j. 29%, oproti 11% pacientom bez hospitalizácie a v prípade úrovne inkontinencie moču a stolice ide opäť o stúpajúcu tendenciu vyjadrenú 19% v súbore hospitalizovaných pacientov v porovnaní s 2% pacientov, ktorí hospitalizovaní neboli.

Na základe výsledkov analýzy môžeme konštatovať, že v súbore pacientov, ktorí nemuseli absolvovať počas roka hospitalizáciu má lekára priamo

vo svojom bydlisku 63% a 37% mimo miesta bydliska. V súbore hospitalizovaných pacientov sme identifikovali 82% s dostupnosťou primárnej zdravotnej starostlivosti v mieste a 18% mimo bydliska.

Porovnanie predpisovania liekov vo vzťahu k hospitalizovaným a hospitalizáciám

Pri analýze pravidelného predpisovania liekov sme zistili, že v súbore pacientov bez hospitalizácie si chodí predpisovať 72% pravidelne, 12% nepravidelne, vôbec si nechodí predpisovať 12% pacientov, napriek tomu, že majú ordinovanú trvalú chronickú liečbu. V súbore respondentov, ktorí hospitalizáciu absolvovali, bolo 77% s pravidelným predpisovaním liekov, pričom títo pacienti absolvovali 183 hospitalizácií. U 10% pacientov s nepravidelným predpisovaním liekov sme zaznamenali celkovo 20 hospitalizá-



Graf 1 Vyhodnotenie poskytnutých ošetrovateľských výkonov poskytnutých ADOS

cií, pričom v súbore pacientov, ktorí si nechodia lieky predpisovať vôbec a pritom trpia chronickým ochorením bol výsledok porovnateľný. Podľa výsledku CHI - testu sa nám nepotvrdila štatistická významnosť závislosti pravidelné/hepravidelné predpisovanie liekov k počtu hospitalizácií.

Vyhodnotenie poskytnutých ošetrovateľských výkonov poskytnutých ADOS

Z výskumného súboru pacientov bola ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná 51 pacientom, čo predstavuje 14% z celkového počtu 357. Zistili sme, že väčšina výkonov bola doporučená zo strany ošetrojúceho lekára po ukončení pobytu v nemocnici. Výnimkou bola len aplikácia intramuskulárnych injekcií, ktoré boli indikované lekármi špecialistami z odborných ambulancií.

Diskusia

Našou hlavnou úlohou bolo teda definovať a štatisticky vyhodnotiť faktory, ktoré sa vo významnej miere podieľajú na potrebe hospitalizácie, čím sme nepriamo identifikovali rizikovú skupinu pacientov – seniorov, ktorá by mala byť predmetom záujmu sestry v komunite. Jedným z dôvodov na napísanie tejto práce bolo pôsobenie 945 geriatrických terénnych sestier v rokoch 1970 až 1993, pričom 700 z nich získalo certifikát z geriatrickej starostlivosti (ADOS), chýba im však kompetencia aktívneho monitoringu, či prevencie a starostlivosti poskytujú na základe odporúčania lekára, najčastejšie po predchádzajúcej hospitalizácii, čo môžeme vidieť aj v našom grafe 1. I keď môžeme konštatovať, že pre ADOS v súčasnej dobe nie sú dostatočné podmienky na výkon praxe sestry v komunite v súvislosti s limitmi a preplácaním výkonov zo strany poisťovní, ktoré však na druhej strane svoj záujem o prevenciu deklarujú. V súvislosti s prevenciou môžeme hodnotiť zarážajúcu analýzu preventívnych pre-

hliadok (PP), ktoré v rámci nášho súboru boli vykonané len u 27% seniorov, viď tabuľka 1. Na jednej strane je údaj porovnateľný s údajmi Všeobecnej zdravotnej poisťovne (10) avšak ak zvažíme, že práve naša analýza potvrdila 60% -ný nárast hospitalizácií a každý druhý senior bez PP bol hospitalizovaný, vytvára sa tu priestor pre monitoring situácie („prečo neprišiel?“) a edukácie v rodine starého človeka. Okrem ADOS môžeme konštatovať návštevnu službu praktických lekárov, ako aj sociálnych terénnych pracovníkov, ktorá je však zriedkavá a má často kuratívny charakter. Medzi najprioritnejšie dôvody ďalej určite patria **epidemiologické ukazovatele vývoja** obyvateľstva. Prognóza vývoja obyvateľstva do roku 2050 predpokladá v prvej polovici 21. storočia, že podiel starých ľudí vzrastie z 10 na 20%, pričom najrýchlejšie rastúcou skupinou v rámci populácie sú seniori nad 80 rokov, ktorých počet počas nasledujúcich rokov vzrastie 5 krát, čo má významný celospoločenský dopad (11). V súvislosti s vekom možno v tabuľke 3 pozorovať, že práve vek seniorov 86 a viac koreluje so zvyšovaním nárokov na starostlivosť a teda aj záujem sestry v komunite. Uvedené potvrdzuje Hegyi (12), ktorý však dodáva, že k rizikovej a veľmi zraniteľnej časti populácie patria okrem veľmi starých osôb aj osoby žijúce samostatne, osamelé a ovdovelé ženy, čo v našej práci dokazuje výsledok štatistickej významnosti v tabuľke 5. Pri analyzovaní sociálneho zázemia sme prišli k zaujímavému výsledku, ktorý predstavoval až 1,8 hospitalizácie na jedného hospitalizovaného práve starých ľudí žijúcich s rodinou, čo vyplýva z potreby starostlivosti zo strany rodinných príslušníkov, ktorí akékoľvek zhoršenie zdravotného stavu riešia privolaním Rýchlej zdravotnej či lekárskej pomoci s následnou hospitalizáciou. Preto problematika sociálneho zázemia by mala byť výsledkom zdravotno – sociálnej spolupráce a vytvára opäť priestor pre posúdenie situácie v teréne sestrou a edukáciu príbuzných. Mô-

žeme teda konštatovať, že edukácia v komunite zameraná na prevenciu má význam nielen z dôvodu identifikácie rizík samotného seniora, ale aj vo vzťahu k rodinným príslušníkom vo všeobecnosti. Je na škodu, že výkon edukácie - hoci Vyhláška MZ 364/2005 (13) v bode a) hovorí, že *sestra samostatne identifikuje potreby ošetrovateľskej starostlivosti osoby, rodiny alebo komunity a zabezpečuje alebo vykonáva uspokojovanie potrieb súvisiacich so zdravím, chorobou alebo umieraním* a v bode m) *edukuje osobu, rodinu alebo komunitu o ošetrovateľskej starostlivosti s dôrazom na sebestačnosť*, tieto výkony, tak ako sme už uviedli, hradené zo strany poisťovne nie sú. Štatistickú významnosť vo vzťahu k hospitalizáciám potvrdil aj faktor mobility. Z výsledkov (tabuľka 2) vidíme, že práve najviac hospitalizovaných je na úrovni mierne obmedzenej mobility a na gerontov s veľmi obmedzenou mobilitou pripadajú až 3 hospitalizácie na jedného. Môžeme to odôvodniť tým, že práve na úrovni deficitu mobility začínajú prvé problémy, či už u samotného seniora ako aj pre rodinu, ktorá to často rieši hospitalizáciou. Tatranská (14) zároveň uvádza, že priamo úmerne stúpajú s vekom a závislosť sa zvyšuje z 5 % u osôb vo veku 65 – 74 rokov na 30 % u osôb nad 85 rokov, pričom sú častejšie u žien ako u mužov. Logickým spôsobom mobilita ovplyvňuje aj dostupnosť k zdravotnej starostlivosti (ZS) a tabuľka 7 poukazuje na to že pacienti s dostupnosťou ZS v mieste bydliska absolvujú štatisticky častejšie hospitalizáciu, avšak v počte hospitalizácií, sú na tom horšie pacienti s dostupnosťou mimo miesta bydliska. Odpoveďou je názor Svetovej zdravotníckej organizácie (15), ktorá považuje verejnú minimálnu sieť poskytovateľov ambulantnej starostlivosti za rovnomernú, avšak vzápätí udáva, že fyzická dostupnosť pre zdravotne ťažko postihnutých využívajúcich invalidný vozík je komplikovaná. Zo skúseností vieme, že v odľahlých miestach s komplikovanou dopravou často absentejú odborné

a adekvátne zhodnotenie zdravotného stavu, či už z pohľadu formálnych i neformálnych opatrovateľov a pacienti, žijúci osamotene, prípadne vo dvojici, navštívia lekára často až v kritickom stave vyžadujúcou hospitalizáciu. Podľa Hegyiho (9) je priamy vzťah medzi imobilitou, inkontinenciou a včasnou mortalitou, pričom mortalita stúpa so stupňom inkontinencie. Rizikovosť stupňov inkontinencie determinujúcich hospitalizačnosť potvrdil i štatistický test a na základe výsledkov dokonca musíme konštatovať, že na jedného pacienta s inkontinenciou moču pripadá 1,8 hospitalizácie a s kombinovaným postihom (inkontinencia moču a stolice) až 1,9 hospitalizácie. Podľa vyjadrenia prof. MUDr. Štefana Krajčíka, CSc. (16), podpredsedu odborného výboru InkoFóra, má inkontinencia dopad na reťazenie komplikácií, má dopad na sociálnu oblasť v zmysle odkázanosti a sociálnej izolácie. Problematika je často sprevádzaná nedostatočnou informovanosťou pacienta a jeho príbuzných predovšetkým o možnostiach zadováženi pomôcok. Toto vyjadrenie vyznieva v prospech existencie sestry v teréne a zároveň potreby a nevyhnutnosti novej kompetencie nielen doporučenia, ale aj predpisovania pomôcok života. V súbore našich pacientov sme identifikovali 61% pacientov plne sebestačných, a 39% pacientov s rôznou úrovňou narušenej sebestačnosti, pričom počet hospitalizácií stúpa s jej narastajúcim deficitom, čo pre seniorov neschopných sebaopatery predstavuje až 1,9 hospitalizácie na jedného hospitalizovaného (tabuľka 4). Na možnosť pozitívne ovplyvniť sebestačnosť u starého človeka poukazuje výskumná práca 50 respondentov realizovaná vo Fakultnej nemocnici v Nitre s názvom SESTRA A SENIOR PRI STRATE SEBAOPATERY, kde počas 20-dňovej hospitalizácie monitorovali vplyv vypracovaných postupov na úroveň sebestačnosti. Z ich záverov vyplynulo, že pomer pacientov s vysokou mierou nesebestačnosti sa znížil zo 70% na 48%. Stredný stupeň závis-

losti dosiahli 20% a ľahký stupeň 32%, pričom najlepšie výsledky dosiahli respondenti medzi 71. - 80. rokom. Hegyi (9) zároveň jednoznačne presadzuje prirodzené domáce prostredie s efektívnou opatrovateľskou službou a rehabilitáciou, pričom rehabilitáciu považuje za finančne efektívnejšiu ako hospitalizáciu, doslova hovorí: „*Kvalita života starších ľudí a ich rodín sa môže zlepšiť, napriek dramatickej redukcii starostlivosti o túto populačnú skupinu, ak sa zabezpečí individuálna starostlivosť, najmä prostredníctvom obce, napr. zdravotnou sestrou pre návštevnu službu*“ (9, str.42). Pri hodnotení posledného faktora, t. j. pravidelného, či nepravidelného predpisovania liekov, ktorý by mal mať vplyv na výskyt, či kvantitu hospitalizácií sa štatistická významnosť nepotvrdila. Napriek významu, ktorý tento faktor v sebe nesie, nebol adekvátnym validným ukazovateľom s dostatočnou výpovednou hodnotou. V rámci vyhodnotenia výsledkov analýzy zdravotnej dokumentácie pacientov sme registrovali, že záznamy predpisov liekov často zneli „prišla opatrovateľka predpísať lieky“, resp. „prišla manželka/manžel“, čo trvalo aj niekoľko mesiacov bez priamej kontroly zdravotného stavu pacienta, takže lekár vlastne posudzoval účinnosť a adekvátnosť liečby sprostredkované. V súvislosti s predpisovaním a užívaním liekov v starobe Dúbrava (17) poukazuje na pomerne častý fenomén nevyzdvihnutia predpísaných liekov, čo môže mať ekonomický dôvod, o ktorom seniori často nepovedia. K ďalšiemu fenoménu predpisovania a užívania liekov je tzv. hromadenie liekov do zásoby, kde stúpa riziko (hlavne v letných mesiacoch) nesprávneho skladovania a rozpadu účinnej látky. V konečnom dôsledku poukazuje na to, že vek 65 rokov je obdobím nadpriemernej spotreby liekov a uvádza, že seniori užívajú v priemere 3,5 - 8 liekov denne. V súvislosti s užívaním liekov sa vyjadruje Holmerová (18), ktorá tvrdí, že vyšší vek súvisí s vyšším výskytom nežiadúcich účinkov liekov, ktoré

môžu zapríčiniť časté hospitalizácie. Z uvedeného vyplýva, že v súvislosti s liečbou, či už užívaním a predpisovaním liekov, je potrebné venovať pozornosť nielen edukácii o pravidelnom užívaní liekov, ich účinkom a vzájomným interakciám, ale nezanedbateľná je aj sociálna otázka, či reálna otázka ekonomickej kompetencie seniora, čo môže monitorovať len sestra v teréne.

Záver

Starnutie populácie je v súčasnosti vysoko aktuálnou témou, pretože predlžovanie ľudského života prináša so sebou celý rad zdravotníckych a sociálnych problémov. Na základe realizovanej analýzy a identifikáciou faktorov determinujúcich zdravotný stav sme prišli k záveru, že tieto rizikové faktory sú determinované chorobnosťou, sociálnym zázemím a v nemalej miere aj deficitom v systéme starostlivosti, čo má v konečnom dôsledku výrazný dopad na zdravotný stav seniora, ovplyvňovanie kvality jeho života, zvyšovanie tlaku na hospitalizačné lôžka a ekonomickú náročnosť zdravotnej starostlivosti. Slovensko prijalo v roku 2014 plán modernizácie zdravotníckej infraštruktúry zameraný na zlepšenie dostupnosti služieb v primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorý predpokladá nielen tvorbu nových postupov v oblasti liečby, nových modelov starostlivosti a prevencie, ale aj nové možnosti pre sestry a uplatnia vzdelanostný potenciál v novom systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti. V zmysle stanoveného cieľa odporúčame uviesť do systému poskytovania zdravotnej starostlivosti o seniorskú časť populácie do praxe tieto odporúčania:

Z hľadiska zmien v systéme:

1. Implementovať do systému poskytovania zdravotnej starostlivosti komunitnú geriatrickú sestru v zmysle odbornej a právnej spôsobilosti, etickej vybavenosti, pripravenú na samostatné rozhodovanie a prácu v komunite seniorov,

ktorá bude intenzívne spolupracovať s primárnou sférou

V rámci pôsobenia geriatrickej sestry v komunite vykonávať tieto

kompetencie:

- a) aktívne vyhľadávať rizikových seniorov, eliminovať faktory negatívne determinujúce zdravotný stav a prognózu seniora, riešiť vzniknuté situácie s využitím nástrojov na podporu adaptačných mechanizmov a udržanie funkčných rezerv,
- b) aktívne sa podieľať na manažmente chronických ochorení a stavov, zabezpečovať predpis potrebných liekov, absorpčných pomôcok, materiálu na ošetrovanie rán, dekubitov, či predpis rôznych zdravotných pomôcok,
- c) iniciovať a realizovať aktivity na zabezpečenie oprávnených nárokov pacienta v zmysle zdravotných pomôcok a sociálnej pomoci, obhajovať práva pacienta,
- d) aktívne sa podieľať na implementovaní preventívnych programov do života komunity,
- e) rozvíjať intenzívnu a koordinovanú spoluprácu s Úradom práce sociálnych vecí a rodiny, využívať sociálne služby v zmysle subsidiarity a čo najdlhšieho udržania pacienta v domácom prostredí,
- f) spolupracovať a koordinovať služby fyzioterapeutov a rehabilitačných pracovníkov, Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, občianskych a seniorských združení a organizácií,

Z hľadiska čiastkových zmien v systéme:

1. iniciovať zmeny vo financovaní preventívnej činnosti ADOS.

Zdroje

1. Súbor dokumentov svetovej zdravotníckej organizácie. 2003. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek 2003..202s. ISBN 80-967818-5-5.
2. Koncepcia zdravotnej starostlivosti

- v odbore geriatra z roku 2006
3. Zákon č. 448/2008 Z. z. - o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona o živnostenskom podnikaní
4. REPKOVÁ, K. a kol. 2011. Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (2) Prevencia a rehabilitácia. Rámec pre dlhodobú starostlivosť. Bratislava : Inštitút pre výskum práce a rodiny.2011.152 s. ISBN: 978-80-7138-131
5. Implementačná stratégia, 2014[online].[cit.2015-02-27]. Dostupné na internete: <https://www.google.sk/search?biw=1137&bih=741&noj=1&site=webhp&source=hp&q=Implementačná+stratégia+MZ+SR&oq=Implementačná>
6. Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 –2020
7. Národný program aktívneho starnutia na roky 2014-2020. Bratislava : MPSVR SR, 2014. 84 s. ISBN 978-80-89125-18-0.
8. Odborné usmernenie MZ o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti z 26.februára 2007
9. HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatra*. 1.vyd. Bratislava: Herba, spol. s.r.o., 2010. 596 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
10. Všeobecná zdravotná poisťovňa, 2015. *Preventívne prehliadky*. [online]. 2015[cit.2015-03-06]. Dostupné na internete: <https://www.vszp.sk/poistenci/zdravotna-starostlivost/preventivne-prehliadky.html>
11. HOOZOVÁ, J. - KRAJČÍK, Š. 2014. Zvláštnosti ochorení v starobe a geriatrická starostlivosť. In: *Interna medicína*. ISSN 1335–8359, 2014, roč. 14, č.3, s. 119-123.
12. HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2006. *Geriatra pre praktického lekára*. 2.vyd. : Herba, spol. s.r.o., 2006. 364 s. ISBN 80-89171-36-2.
13. Vyhláška 364/2005 Z.z ministerstva zdravotníctva slovenskej republiky z 2. júna 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.

14. TATRANSKÁ, T.- KRAJČÍK, Š. 2014. Najčastejšie komplikácie ochorení v geriatrickej - 1.časť. In: *Interna medicína* , ISSN 1335-8359, 2014, roč.14, č.7.-8/, s. 297-302.
15. WHO , 2012. *Evaluation of the structure and provision of primary care in Slovakia: A survey-based project*; World Health Organization (WHO); April 2012. [online].2012[-cit. 2015-03-06]. Dostupné na internete: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/175242/Evaluation-of-the-structure-and-provision-of-primary-care-in-Slovakia.pdf.
16. KRAJČÍK, Š., 2010. *Samovolným únikom moču trpí najmä staršia populácia* [online].2010 [cit. 2015-03-04]. Dostupné na internete: <http://www.zdravie.sk/clanok/42726/samovolnym-unikom-mocu-trpi-najma-starsia-populacia>
17. DÚBRAVA, M. 2006. Účinná a bezpečná farmakoterapia seniorov. In *Via Practika*, ISSN 1336-4790,2006, roč.3, č. 7-8 , s. 327–332.
18. HOLMEROVÁ, I. - JURAŠKOVÁ, B. - VAŇKOVÁ, H. - VELETA, P. 2007. *Kŕehkosť vyššieho veku a sarkopenie jako její důležitá komponenta*. [online]. 2007 [cit.2015-03-03]. Dostupné na internete: <http://www.cello-ilk.cz/wp-content/uploads/2013/03/k%C5%99ehkost-a-sarkopenie.pdf>

Kontakt na autora

Mgr.Denisa Šarkoziová

e-mail: denisasarkoziova5@gmail.com

