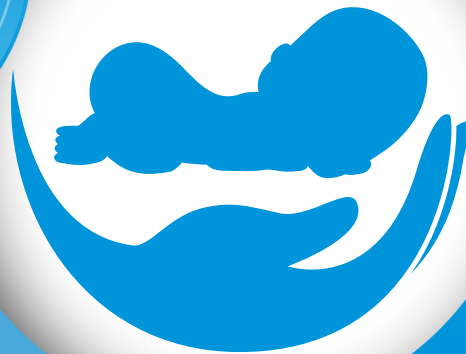


OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA

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

02
2016

ISSN 1339-5920



**Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek**

e-časopis Ošetrovatel'stvo 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 2016 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. 04. 2016
Dátum vydania: 30. 04. 2016

Sestry: hybná sila zmien - zlepšovanie životaschopnosti systémov zdravotnej starostlivosti	07
V Poprade sa konal 16. snem SK SaPA	08 - 09
Európska Federácia Sestier	10
Pre teroristické útoky museli zrušiť zasadnutie generálneho zhromaždenia EFN v Bruseli	11
Keď ľudia utekali, aby si zachránili svoj život, vojaci, policajti, hasiči, ženy, zdravotnícki pracovníci naopak bežali do zóny katastrofy	11 - 13
Sestry – zavedenie Európskeho profesijného preukazu	13
Má sa vzdelávanie sestier vrátiť na stredné školy? My hovoríme jasné NIE! Pohľady na aktuálnu tému	14 - 20
Ošetrovateľská starostlivosť o migrantov v utečeneckom tábore Dobová (Slovinsko)	21 - 25
Utrpenie žien pri zločinných experimentoch väzenských lekárov v koncentračnom tábore Ravensbrück	26 - 28
Transplantačný program Českej republiky	29 - 32
Plánované významné konferencie organizované odbornými sekciami SKSaPA	33

Suplementum Vedecká recenzovaná časť

Kvalita života pacienta s artériovou hypertenziou	34 - 37
Individuálne faktory ovplyvňujúce kvalitu života pacientov so sklerózou multiplex	38 - 42
Vertebrogénne ochorenia u sestier v klinickej praxi	43 - 45

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,

V dňoch 22.- 23. apríla 2016 sa v Mestskom úrade v Poprade konal 16. Snem Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, ktorý určil ďalšie smerovanie komory na najbližšie obdobie.

Delegáti Snemu SK SaPA sa veľmi zodpovedne zaoberali akciou boja za lepšie zdravotníctvo a konštatovali, že je potrebné naplniť požiadavky, na ktoré sestry upozorňovali. Snem sestier a pôrodných asistentiek zhodnotil túto akciu ako veľmi potrebnú, a zaviazal Radu komory a ostatné orgány komory, aby naďalej presadzovali požiadavky, na ktoré sestry poukazovali podaním hromadných výpovedí.

Sestry v prvom rade požadujú riešiť nedostatok pracovníkov, teda predovšetkým sestier. Zatiaľ, čo v Rakúsku má totiž jedna sestra na starosti sedem pacientov, na Slovensku by sa mala starať o trinástich, ale reálne sa často venuje tridsiatim. Žiaľ, najhoršia je situácia v zariadeniach sociálnych služieb, kde sa jedna sestra nezriedka stará aj o sto ľudí, pričom okrem ošetrovania dekubitov často stíha podať len lieky či pripraviť lieky na druhý deň.

Druhou požiadavkou je spravodlivo a motivačne oceniť prácu sestier, aby sa do systému dostalo viac nových kolegyň.

Tretou požiadavkou je zabezpečiť, aby sa v štruktúre Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky znovu vytvorila pozícia ministerskej sestry s patričnými kompetenciami. Pozícia ministerskej sestry nie je ničím novým, lebo už jeden z prvých ministrov zdravotníctva Tiboš Šagát sa na konferencii ministrov zdravotníctva Európy v Mníchove v roku 2000 zaviazal, že sestry budú mať pozíciu ministerskej sestry a mali by sa podieľať na zdravotnej politike štátu na všetkých úrovniach. Hlavnou úlohou tejto pozície by mala byť koordinácia metodických riadení a ošetrovateľských postupov, pretože sestry sa v legislatíve, ako aj v ošetrovatelstve samotnom od roku 2004 prakticky nikam neposunuli.

Snemu Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek sa zúčastnili aj pozvaní hostia, vrátane štátneho tajomníka Ministerstva zdravotníctva SR prof. MUDr. Stanislava Špánika, CSc., s ktorým sestry aktívne diskutovali. Veľmi si vážime, že pán štátny tajomník nepovedal len sľuby, ale prehlásil, že sa musí detailnejšie oboznámiť s našimi problémami, takže pevne veríme, že sa s ním a s pánom ministrom zdravotníctva čoskoro stretne a rozoberieme naše ťažkosti.

Záverom mi dovoľte Vám zaželať príjemné čítanie a veľa podnetných informácií, ktoré využijete pri práci, respektíve štúdiu.



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

Editoriál

Vážené čitateľky, Vážení čitatelia.

Opäť je tu čas, aby sme Vám priniesli nové číslo e-časopisu Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia, ktoré vďaka Vám, čitateľom a zostavovateľom, prezetuje aktuálne informácie z odborného prostredia, ale aj z aktuálneho diania v našom odbore.

Naším cieľom je poskytovať čitateľom aktuálne informácie z činnosti našej stavovskej organizácie, ktoré však detailnejšie nájde každý člen SKSaPA v Informačnom Bulletine. Vydávaný je každý mesiac, a môže tak promptnejšie reagovať na všetky novinky týkajúce sa aktivít SKSaPA. Súčasťou aktuálneho čísla sú aj informácie z Európskej federácie sesterských asociácií (EFN), ktorej je SKSaPA členom. Naši partneri v EFN sa veľmi intenzívne zaujímajú o situáciu sestier v SR a poskytujú nám pomocnú ruku aj v rámci blížiaceho sa predsedníctva SR v EÚ. Snahou Redakčnej rady je poskytnúť priestor aj týmto informáciám, keďže sme časťou väčšieho celku a významných medzinárodných partnerstiev. Aktuálne číslo sa venuje aj ďalším zaujímavým témam odborného a vedeckého charakteru, či pohľadom z praxe. V súčasnosti sa však začalo diskutovať o ďalšom zásahu do integrity a autonómie sesterského povolania. Vyjadrenia týkajúce sa návratu vzdelávania sestier na SZŠ vyvolávajú v mnohých sestrách a pôrodných asistentkách zmiešané pocity. Vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek prešlo mnohými zmenami, ktoré nás stáli nemalo úsilia, financií a času. Je našou povinnosťou a našim právom vyjadriť sa a brániť sa. Nie je v 21. storočí akceptovateľné, aby smerovanie nášho odboru riadili tí, ktorí nie sú odborníkmi v ošetrovatelstve, alebo v pôrodnej asistencii.

Verím, že sa Vám bude aktuálne číslo páčiť a tešíme sa na návrhy, podnety a príspevky od Vás, našich čitateľov. Už teraz pripravujeme nové číslo časopisu s plánovaným vydaním 30.6.2016. Venované bude proritne téme Medzinárodného dňa sestier a odborným príspevkom v oblasti špecifik ošetrovateľskej starostlivosti v otorinolaringológii a audiometrii.



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

Informačný Bulletin SKSaPA

Všetky aktuálne informácie o činnosti SKSaPA nájde každý člen vo svojej osobnej e-mailovej schránke na stránke portal.sksapa.sk

SK SaPA



INFORMAČNÝ BULLETIN

občianske združenie

pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek

Prispejte 2% z dane

Občianske združenie pre podporu vzdelávania SaPA

Čítať viac...

Čítaj viac na <http://www.sksapa.sk/obsah/obcianske-zdruzenie/postup-pri-poukazani-2-z-dani.html>

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 každoročne 12. mája, pri príležitosti narodenia Florencie Nightingelovej.

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. 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 (Zdroj: SKSaPA).

V POPRADE SA KONAL 16. SNEM SK SAPA

Poprad 23. 4. 2016 – Zlepšeniu pracovných podmienok sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku by mohlo pomôcť zriadenie Odboru ošetrovateľstva s príslušnými kompetenciami na Ministerstve zdravotníctva SR na čele s ministerskou sestrou. Vyplynulo to z diskusie hostí a delegátov na 16. Sneme Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, ktorý sa konal v dňoch 22. – 23. apríla 2016 na Mestskom úrade v Poprade.

Delegáti Snemu Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek sa veľmi zodpovedne zaoberali akciou boja za lepšie zdravotníctvo a konštatovali, že je potrebné naplniť požiadavky, na ktoré sestry upozorňovali. „Snem sestier a pôrodných asistentiek zhodnotil túto akciu ako veľmi potrebnú, a zaviazal Radu komory a ostatné orgány komory, aby naďalej presadzovali požiadavky, na ktoré sestry poukazovali podaním hromadných výpovedí,“ konštatovala na tlačovej konferencii po Sneme prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., s tým, že sestry budú naďalej požadovať tri základné požiadavky.

Sestry v prvom rade požadujú riešiť nedostatok pracovníkov, teda predovšetkým sestier. Zatiaľ, čo v Rakúsku má totiž jedna sestra na starosti 7 pacientov, na Slovensku by sa mala starať o trinásť, ale reálne sa často venuje tridsiatim. Ako povedala viceprezidentka SK SaPA pre sestry pracujúce v nezdravotníckych zariadeniach PhDr. Margita Kosturiková, najhoršia je situácia v zariadeniach sociálnych služieb, kde sa jedna sestra nezriedka stará aj o sto ľudí, pričom okrem ošetrovania dekubitov často stíha podať len lieky, či pripraviť lieky na druhý deň.

Druhou požiadavkou je spravodlivo a motivačne oceniť prácu sestier, aby sa do systému dostalo viac nových kolegyň. Treťou požiadavkou je zabezpečiť, aby sa v štruktúre ministerstva zdravotníctva vytvorila pozícia ministerskej sestry s patričnými kompetenciami. Ako povedal člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, dipl. s., pozícia ministerskej sestry nie je ničím novým, lebo už bývalý minister zdravotníctva Tibor Šagát sa na Konferencii ministrov zdravotníctva v Mníchove zaviazal, že sestry by mali mať pozíciu ministerskej sestry a mali by sa podieľať na politike štátu a ošetrovateľstva zdravotnej starostlivosti. Hlavnou úlohou tejto pozície by mala byť koordinácia metodických riadení a ošetrovateľských postupov, pretože sestry sa v legislatíve od roku 2004 prakticky nikam neposunuli.



Delegáti Snemu SKSaPA (Zdroj: SKSaPA)



Pracovné predsedníctvo Snemu SKSaPA. Zľava prezidentka SKSaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl.p.a., prof. MUDr. Stanislav Špánik, CSc. – štátny tajomník MZ SR (pozvaný hosť), členovia prezídia SKSaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., PhDr. Iveta Drahoňová a PhDr. Margita Kosturiková (Zdroj: SKSaPA).

Snemu SK SaPA sa zúčastnili aj pozvaní hostia, vrátane štátneho tajomníka MZ SR prof. MUDr. Stanislava Špánika, CSc., s ktorým sestry aktívne diskutovali. "Veľmi si vážime, že pán štátny tajomník nepovedal len sľuby, ale prehlásil, že sa musí detailnejšie oboznámiť s našimi problémami, takže pevne veríme, že sa s ním a s pánom ministrom zdravotníctva čoskoro stretieme a rozeberieme naše ťažkosti," dodala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

Delegáti snemu požadujú zlepšiť pracovné podmienky sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku



Tlačová konferencia prezidentky a členov prezídia po Sneme SKSaPA (Zdroj: SKSaPA).

EURÓPSKA FEDERÁCIA SESTIER

Vážení členovia EFN, kolegovia.

Ako všetci dobre viete, Európa sa potýka s mnohými kľúčovými problémami, ako sú: starnúca populácia, stále viac a viac ľudí žije v nevyhovujúcich sociálnych podmienkach, postihnutia a chronické ochorenia, znižujúci sa počet pracovnej sily v oblasti zdravotníckej a sociálnej starostlivosti. Zdravotnícke a sociálne systémy EÚ, trh práce a mechanizmy hospodárskeho rastu sú spochybňované. V tomto kontexte musíme viac ako inokedy predtým zabezpečiť dôraz kladený na vizualizáciu pacientov, potreby a problémy tých, čo sa o nich starajú. Investovať do osvojenia si nových zručností, analyzovať pracovnú silu, podporovať sestry, aby zotrvali vo svojej profesii, a tým udržať kvalitu a bezpečnosť služieb. Avšak rastúci dopyt po zdravotníckych službách poskytovaných verejným sektorom v mnohých členských štátoch vytvára bezprecedentný tlak na systémy zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Vyrovnať sa s takýmito tlakmi sa sektor dokáže vďaka pracovnej sile a schopnostiam dodať služby zdravotnej starostlivosti. Primerane podporované riešenia na báze infomačno – komunikačných technológií (IKT) dodávajú efektívnejší a inovatívny spôsob zdravotnej a sociálnej starostlivosti.



Prvým, hlavným záujmom pre sestry a ošetrovateľskú profesiu, bolo predloženie dvoch návrhov zo strany EFN a Európskeho výskumného fondu ošetrovateľstva (ENRF), ktoré sa zaoberajú tzv- e-zručnosťami (zručnosti využívajú IKT) a schopnosťami v rámci Európskej komisie pod názvom H2020. Cieľom je zabezpečiť, aby zdravotnícki a sociálni pracovníci a neformálni opatrovatelia disponovali správnymi e-zručnosťami pri vysoko kvalitnej, bezpečnej a udržateľnej starostlivosti, kde je centrom záujmu človek, podporovanými prostredníctvom IKT, inovatívnych systémoch v prístupe poskytovanej starostlivosti pre občanov. Erasmus + sa snaží identifikovať zručnosti potrebné pre sestry a fyzioterapeutov, riešiť priamo s pacientom poradenstvo, liečbu a starostlivosť v správny čas vrátane využívania elektronického zdravotníctva (e-Health).

S týmito dvoma projektami chceme identifikovať existujúce medzery medzi požadovaným a aktuálnym výkonom, skúmať kompetencie, vedomosti a zručnosti (e-zručnosti) všetkých zdravotníckych pracovníkov – lekárov, sestry, fyzioterapeutov, sociálnych pracovníkov, lekárnikov. Cieľom je zaceliť medzery v zručnostiach, ktoré sú potrebné pre zlepšenie kapacít v rámci komunitnej/ primárnej starostlivosti so zvýšeným využívaním IKT. Teraz čakáme na oba návrhy, ktoré majú byť vyhodnocované, preto si držíme palce. Rada by som však využila túto príležitosť, aby som sa poďakovala všetkým našim členom federácie za podporu v tomto úsilí. Rada by som poďakovala riaditeľovi EFNRH za zhromaždenie dôkazov pre vytváranie politického rozhodnutia. V medziobdobí bude EFN pokračovať v lobovaní v inštitúciách EÚ, ktoré sa týkajú kľúčových tém EFN. Pokračujeme v organizácii 104. Valného zhromaždenia v Bruseli, ktoré sa uskutoční v apríli 2016, kde budú prerokované kľúčové výzvy ošetrovateľstva. Tešíme sa na stretnutie so všetkými členmi EFN.

Marianne Sipilä
EFN President

Sestry a sociálni pracovníci sú jedinečnými pri používaní nástrojov elektronického zdravotníctva. Inovovať prax a čeliť tak dnešným výzvam. Hovorí koordinátor projektu Paul De Raeva. So správnymi znalosťami a zručnosťami môžu pomôcť pri prevencii ochorení tým, že sestry budú schopné vykonávať diaľkové monitorovanie, poskytnúť rady prostredníctvom telehealth, predpísať lieky prostredníctvom elektronického predpisu.

<https://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/new-ehealth-guidelines-nurses-and-social-workers>

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

PRE TERORISTICKÉ ÚTOKY MUSELI ZRUŠIŤ ZASADNUTIE GENERÁLNEHO ZHROMAŽDENIA EFN V BRUSELI

Bratislava, 25. marca 2015 - Výkonný výbor Európskej federácie sestier vzhľadom k situácii v belgickom Bruseli po teroristických útokoch na letisku Zaventem, ako aj v stanici metra Maelbeek, zrušil generálne zhromaždenie EFN, ktoré sa malo konať v dňoch 14. – 15. apríla v Bruseli.

„Aj keď sa zhodneme, že sa musíme postaviť proti terorizmu a musíme pokračovať v našom každodennom živote, bomba môže vybuchnúť kedykoľvek a kdekoľvek. Sme presvedčení, že nepotrebujeme vystaviť 70 vodcov v ošetrovatelstve v Európe do nebezpečenstva, nakoľko v Bruseli podľa údajov polície žije viac ako 500 džihádistov,“ uviedol v liste generálny sekretár EFN Paul De Raeve s tým, že hotel, v ktorom mali zasadať účastníci generálneho zhromaždenia, sa premenil na dispečing nemocnice v blízkosti útokov v stanici metra. EFN podľa jeho slov oceňuje solidaritu všetkých členov, ktorí zasielali sústrastné listy prostredníctvom e-mailov, respektíve sms. Sústrastný list taktiež zaslala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a, ktorá sa chcela ubezpečiť, že všetci zamestnanci EFN sú v poriadku.

Najbližšie sa členovia EFN stretnú v októbri tohto roka v Madride, kde budú diskutovať o aktuálnych otázkach a problémoch.

KEĎ ĽUDIA UTEKALI, ABY SI ZACHRÁNILI SVOJ ŽIVOT, VOJACI, POLICAJTI, HASIČI, ŽENY, ZDRAVOTNÍCKI PRACOVNÍCI NAOPAK BEŽALI DO ZÓNY KATASTROFY

Príbeh dvoch sestier opisuje povinnosť sestier, profesia robí rozdiely

Dňa 22. marca sme vstávali veľmi skoro na vlak smerujúci do vlakovej a železničnej stanice Schuman. Kolegyňa Kosta vždy chodievala do kancelárie EFN neďaleko stanice metra Maelbeek. Ďalšia kolegyňa Fatima zase cestuje električkou zo stanice Midi a potom metrom do stanice Troon v blízkosti kancelárie EFN. Ale 22. marec bol v niečom odlišný. Môj vlak zastavil v stanici Schuman. Metro Fatimy zase zastavilo ďaleko od stanice Troon, a tak išla pešo smerom ku kancelárii EFN. Kosta videla na Maelbeek, nebolo to ako vždy. Poslala som správu sms „kde si, choď na bezpečné miesto!“. Fatima mi za krátky čas odpovedala, že Gaetan (jej manžel) je na ceste do Maelbeek z dôvodu vyhlásenia pohotovosti/ núdzového stavu. Thon Hotel EU sa totiž zmenil na miesto pre triedenie ranených. Heidi mi volal, keď videl na obrazovkách CNN, že som vo veľkom nebezpečenstve. Bol vydesený, že ma stratí! Po dlhom období sme sa všetci dostali bezpečne domov k našim počítačom. Áno! K počítačom! Vedeli sme veľmi dobre, že sa nemôžeme vrátiť do Bruselu v nasledujúcich dňoch. Všetci sme boli v bezpečí, a to bolo najdôležitejšie.



Foto: archív autora

V tej dobe naši kolegovia ostali na tomto horúcom mieste. Tu je príbeh dvoch odvážnych sestier Gaetan a Maty, verím, že si ich príbeh prečítate.

Maty pracuje v St. Pierre Hospital na jednotke intenzívnej starostlivosti: *Mali sme včera príšerný deň... Zdolali sme ho profesionálne a efektívne! Všetko bolo pripravené na príjem obetí s veľmi ťažkými zraneniami, vracajúcimi sa z operačných sál. Všetci sme zostali až do konca, museli sme zostať s kolegami, s našou profesionálnou rodinou. Podporovali sme sa navzájom, pretože sme sa nemohli vrátiť k našim rodinám. Vysúšali sme naše slzy a pracovali, pracovali a pracovali... V ten deň som myslela na tých, čo sa nevedia spojiť s členmi svojej rodiny, priateľmi a kolegami! Povedať im, ako ich milujú, každý deň ...“*

Gaetan, sestra intenzívnej starostlivosti z urgentného príjmu.: *„V ten utorok 22. marca 2016, keď som mal ísť do práce, som bol z rádia informovaný o explóziách na Bruselskom letisku. Boli to rýchle a znepokojujúce správy. Povesti o teroristických útokoch a klíma teroru sa dotkli celého mesta. Upokojovala ma myšlienka o pripravenosti pomoci a zdravotníckeho zabezpečenia po útokoch v Paríži. O necelú hodinu prišla ďalšia dramatická informácia o novom výbuchu v metre priamo v centre Bruselu, len krôčik od Európskej komisie. Vzhľadom na rozsah katastrofy idem autom do mesta veľkou rýchlosťou. Keď som dorazil na miesto, len pár metrov chôdze od katastrofy, videl som chaos... Rozhodol som sa vytvoriť predsunutú zdravotnícku jednotku s lekárom, ktorý koordinuje činnosti na mieste. Narýchlo, zo stolov a stoličiek za pomoci hotelového personálu. Prvé obete boli hasiči, ktorí utrpeli vážne popáleniny, zlomeniny, šok, atď... Nemáme ešte žiadne zariadenie, pomôcky, obeť ležia na zemi, ranených preto zaraďujeme podľa závažnosti poranenia, U1, U2, U3... Keď dorazia zdravotnícke pomôcky,*



Foto: archív autora



Foto: archív autora

sme na mieste 4 sestry a čakáme na príchod posil. Neustále podávame infúzie, zmiernujeme bolesť Morfiom... striedame sa u obetí. Aplikujeme kyslík cez kyslíkové masky, chránime popálené miesta, ruky, tváre. Sme odrezaní od okolitého sveta... obklopení policajnými koridormi, autami so zapnutými sirénami. Pracujeme neúnavne. Pomáhajú nám študenti ošetrovateľstva, pracovníci Červeného kríža. Všetci sa navzájom pozorujeme, usmievame sa a bez mihnutia oka sa navzájom podporujeme, až kým sa to neskončí. Obete priebežne pribúdajú. Robíme maximum, aby sme svoju činnosť koordinovali, uľahčili obetiam, zabezpečili im komfort. Osobne som si nemyslel, že budem potrebovať pomoc... pomoc! Rozsah katastrofy sme si uvedomili až po tom, čo sme všetky informácie strávili doma pred televíziou. Bavíme sa o tom medzi sebou a prepadáva nás pocit zlosti a nepochopenia. A ja budem opäť tam, ak sa to stane znova. Je to časť môjho presvedčenia. Môj tréning, moje skúsenosti mi pomohli zodpovedajúcim spôsobom aktívne reagovať...“

Deň po tom, už nechceme počúvať akékoľvek správy, už nie. Je to pre nás veľmi veľa informácií. Ale oveľa dôležitejšie sú správy členov EFN, neveriteľné! Vieme, čo znamená solidarita. Vieme pochopiť priority. Neveriteľné! My vyjadrujeme naše úprimné poďakovanie a vďačnosť všetkým za podporu a solidaritu. V tejto chvíli jednoducho cítime silu sestier! Veselú Veľkú noc a veľké objatie! Vďaka za všetky správy o solidarite!

Fatima, Kostas, Paul
EFN

SESTRY – ZAVEDENIE EURÓPSKEHO PROFESIJNÉHO PREUKAZU

TLAČOVÁ SPRÁVA EFN 18.3.2016

Novelizovaná Medzinárodná smernica o odborných kvalifikáciách (2005/36/ES) predstavila Európsky profesijný preukaz (EPC), plne elektronický postup uznávania kvalifikácií, ktorý pomáha odborníkom pohybovať sa v celej EÚ. Je založený na IMI – systéme, čo je elektronický systém, ktorý umožňuje orgánom verejnej správy v rôznych členských štátoch vzájomnú komunikáciu. Prostredníctvom EPC môže individuálne sestra komunikovať priamo s týmito verejnými orgánmi v elektronickej podobe, čo celý proces viac stransparentní, zefektívni a zrýchli. K dnešnému dňu smú EPC používať odborníci, akými sú sestry, zodpovedné za všeobecnú starostlivosť, lekárnici, fyzioterapeuti, realitní makléry, horskí vodcovia. V súčasnej dobe, 2 mesiace po spustení EPC, zúčastnené strany zdieľajú skúsenosti a názory na túto novinku. V deň, keď sa prvá sestra prihlásila na EPC, Paul De Raeve, generálny tajomník EFN Európskej komisie, vysvetľoval dôvody, prečo sa sestry rozhodli pripojiť k riadeniu EPC. Zdôraznil výhody tohto elektronického riadenia, zvýšenie efektívnosti a rýchlosti postupu, možnosti získavania spoľahlivých a porovnateľných údajov o mobilite, bezpečnostných prvkoch a záruk výstražných mechanizmov. EFN sa už rok zasadzuje o získavanie dát a toto je šanca, ako zjednotiť vzdelávací a informačný systém.

Generálny tajomník EFN taktiež trval na dôležitosti správneho uplatňovania modernizovanej smernice. EPC je veľmi inovatívny postup, ale základným stavebným kameňom jeho fungovania je dôvera. Príslušné orgány si musia vzájomne dôverovať. Nejde o slepú dôveru, ale o dôveru pochádzajúcu zo súladu s právnymi predpismi EÚ. Toto nie je zodpovednosťou jednej vlády, alebo jedného regulátora, ale kolektívna zodpovednosť škôl, úradov, profesijných združení, príslušných orgánov a v neposlednom rade aj jednotlivcov, ktorí požiadajú o uznanie kvalifikácie. Pán De Raeve preto trval na tom, že delegovaný akt by výrazne ovplyvnil túto dôveru. Vo vzdelávacích osnovách všetkých krajín musí byť dodržaný vysoký štandard vzdelávania, ktorý je stanovený v tejto smernici.

Paul De Raeve
EFN Secretary General

Preklad textov: Lukáš Kober

MÁ SA VZDELÁVANIE SESTIER VRÁTIŤ NA STREDNÉ ŠKOLY? MY HOVORÍME JASNÉ NIE! POHĽADY NA AKTUÁLNU TÉMU

Vrátiť vzdelávanie slovenských sestier na stredné školy, by bol veľký krok späť

Bratislava, 5. 4. 2016 – Návrat sestier a pôrodných asistentiek z vysokých škôl na stredné školy, ako to zamýšľajú niektorí poslanci, odporuje európskej legislatíve. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek avizuje, že zamýšľané znižovanie úrovne vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek nové sestry a pôrodné asistentky do systému nepriláka, naopak zníži úroveň zdravotnej starostlivosti.

V prístupovom konaní do EÚ prijalo Slovensko požiadavky na vzdelávanie sestier ako regulovanej profesie, a práve splnenie týchto minimálnych požiadaviek, ktoré sú nevyhnutným predpokladom pre voľný pohyb sestier na trhu práce v rámci Európskej únie, majú študenti po absolvovaní štúdia zabezpečené automatické uznanie získanej kvalifikácie kdekoľvek v Európe. „Zásadne odmietame tvrdenia niektorých politikov o tom, že vysokoškolské vzdelávanie sestier je neefektívne a zbytočné, a to nielen preto, že tento názor odporuje európskej legislatíve, ale aj preto, že sa vzdáva vzdelávaniu sestier a pôrodných asistentiek vo vyspelých krajinách. Navyše viaceré zahraničné výskumy dokazujú, že zvyšujúcou sa vzdelanosťou úroveň sestier dochádza k znižovaniu úmrtnosti pacientov,“ konštatuje prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

SK SaPA ďalej upozorňuje na to, že názory niektorých politikov pramenia možno z neznalosti problematiky, nakoľko Európa a svet kráča iným smerom. Starnutie populácie, ako aj pribúdajúce chronické ochorenia zakladajú náročnosť zdravotnej starostlivosti, ktorú nebudeme schopní poskytovať našim zaužívaným medicínskym modelom a pri existujúcich finančných zdrojoch. Krajiny sa snažia hľadať možnosti, ako sa postarať o svojich občanov kvalitne, ale lacnejšie. Z týchto dôvodov ide do popredia ošetrovateľská starostlivosť a starostlivosť v pôrodnej asistencii, posilnenie kompetencií sestier a pôrodných asistentiek. Preto je najskôr potrebné urobiť dôkladné analýzy, či by sa návratom vzdelávania sestier na stredné školy reálne zvýšil záujem o toto povolanie. Ako ďalej povedala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., na Slovensku v súčasnosti nie je problém vo vzdelávaní sestier a pôrodných asistentiek, ale v prvom rade je problémom samotný výkon oboch týchto povolání. Komora má vlastnými aj akademickými výskumami potvrdené, že nie vzdelávanie, ale zlé pracovné podmienky, vysoké pracovné nasadenie, fyzická náročnosť, vysoká miera psychického vypätia a slabé ohodnotenie práce je hlavným dôvodom, prečo mladí ľudia nemajú záujem o povolanie sestry a pôrodnej asistentky, resp. prečo odchádzajú sestry a PA z tohto povolania, či za prácou do zahraničia. Preto je potrebné zatriktívniť povolanie a vrátiť mu prestíž, aby viac ľudí malo záujem vykonávať tieto náročné činnosti. Návrat vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek na stredné školy viac mladých ľudí do profesie nepriláka. Profesia sestry si vyžaduje nielen kritické myslenie, odborné znalosti na vysokej úrovni, ale aj praktické vedomosti. Pri častých vypätých situáciách je nevyhnutná nielen zručnosť, ale aj pohotovosť a dokonalé sebaovládanie. Zdravotná starostlivosť je predovšetkým tímová práca, kde úroveň vzájomných vzťahov spolupracovníkov je veľmi dôležitá, pretože ovplyvňuje jej kvalitu. Sestra spolupracuje s lekármi a inými zdravotníckymi pracovníkmi, usmerňuje prácu zdravotníckych asistentov, sanitárov, opatrovateľov a ostatného personálu. Ako povedal člen Prezídia a člena Rady SK SaPA, ako aj predseda Sekcie pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., na Slovensku máme všetky 3 stupne vysokoškolského vzdelania pre sestry - Bc., Mgr., PhD., pričom ošetrovateľstvo je, tak ako medicína, samostatný vedný odbor a teória a prax vychádza z výskumu a aplikácie ošetrovateľstva založeného na dôkazoch.

Je nesmierne dôležité, aby nový minister zdravotníctva Tomáš Drucker zriadil pozíciu zastúpenia ministerskej sestry, ktorá by mala v kompetencii riadenie, rozhodovanie a strategické plánovanie v odbore ošetrovateľstva a v pôrodnej asistencii na Slovensku, ktorá tu dlhodobo chýba, a k čomu sa Slovenská republika zaviazala v rámci medzinárodných dohôd – Mníchovská deklarácia,“ dodal člen Prezídia a člena Rady SK SaPA, ako aj predseda Sekcie pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s tým, že odborná diskusia by mala smerovať skôr, ako využiť vzdelanie sestier, úpravu kompetencií a k efektívnemu využívaniu finančných zdrojov v zdravotníctve.

Súčasný systém vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku

Bratislava, 5. 4. 2016 – V súčasnosti na Slovensku máme nastavený vzdelávací systém v ošetrovatelstve a v pôrodnej asistencii tak, že sestra môže nastúpiť do vzdelávacieho procesu až po absolvovaní stredoškolského vzdelania, a to štúdiom na strednej zdravotníckej škole v rozsahu 3 rokov v odbore diplomovaná všeobecná sestra, alebo štúdiom na univerzite v rozsahu 3 rokov v odbore ošetrovatelstvo.

V prístupovom konaní do EÚ prijalo Slovensko požiadavky na vzdelávanie sestier ako regulovanej profesie a práve splnenie týchto minimálnych požiadaviek, ktoré sú nevyhnutným predpokladom pre voľný pohyb sestier na trhu práce v rámci Európskej únie, majú študenti po absolvovaní štúdia zabezpečené automatické uznanie získanej kvalifikácie kdekoľvek v Európe.

Kvalifikačná príprava sestier a pôrodných asistentiek v Slovenskej republike sa s ohľadom na odporúčania dokumentov vydaných Radou Európy - Európska dohoda o vzdelaní sestier č. 54, Rola a vzdelávanie sestier, Program stratégie NUR/WHO EURO 2000, 80/155/EHS, ktoré vymedzujú základné princípy kvalifikácie sestry a pôrodnej asistentky vrátane charakteristiky škôl, ktoré toto vzdelanie zabezpečujú, u nás postupne transformovala do súčasnej podoby vzdelávacích programov. Direktíva 80/154/EHS popisuje názov/kvalifikácie v rôznych krajinách, ktoré by sa mali harmonizovať s minimálnymi štandardami EÚ a smernica 80 /155 /EHS popisuje podstatu a obsah minimálne požadovaného vzdelávacieho programu. Absolvent je všeobecne vzdelaný a odborne pripravený tak, aby chápal súvislosti medzi ošetrovateľskou vedou, biomedicínskymi vedami, spoločenskými vedami a vedami o človeku, a toto poznanie dokáže transformovať do celostného prístupu v praxi, má teoretické vedomosti z odborov, ktoré opisujú orgány a systémy zdravého a chorého človeka, a ktoré sa zaoberajú jeho psychickými procesmi a vlastnosťami, ako aj sociálnym prostredím, kultúrnymi vplyvmi, spiritualitou, vierou a svetonázorom, aby bol schopný podporovať a ochraňovať zdravie, predchádzať vzniku chorôb, vzdelávať a motivovať k zdravému spôsobu života jednotlivcov, či komunit. Absolvent je schopný na základe svojich vedomostí, zručností a sociálnej zrelosti prispievať k profesionalizácii ošetrovatelstva a zvyšovaniu prestíže a postavenia sestry v spoločnosti. Absolvent bude schopný samostatne a kvalifikovane rozhodovať v poskytovaní starostlivosti. Absolvent má teoretické a praktické schopnosti vhodne voliť ošetrovateľský model a používať ošetrovateľský proces. Je potrebné si uvedomiť, že predovšetkým vzdelané sestry a pôrodné asistentky môžu pozdvihnúť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. MZ SR stránka uvádza, že všetci zdravotnícki pracovníci každej profesie z každého členského štátu podliehajú regulácii v oblasti získaného vzdelania, čo znamená, že ich vzdelanie musí spĺňať isté požiadavky, ktoré sú kladené na obsah a rozsah získaného vzdelania, odbornú prípravu, ale i vykonávanú odbornú prax. O vzájomnom uznávaní odborných kvalifikácií sa hovorí vtedy, keď vzdelanie získané na území jedného členského štátu sa považuje za rovnocenné vzdelaniu získanému na území iného členského štátu. Profesia sestry si vyžaduje nielen kritické myslenie, odborné znalosti na vysokej úrovni, ale aj praktické vedomosti. Pri častých vypätých situáciách je nevyhnutná nielen zručnosť a pohotovosť a dokonalé sebaovládanie. Zdravotná starostlivosť je predovšetkým tímová práca, kde úroveň vzájomných vzťahov spolupracovníkov je veľmi dôležitá, pretože ovplyvňuje jej kvalitu. Sestra spolupracuje s lekármi a inými zdravotníckymi pracovníkmi, usmerňuje prácu zdravotníckych asistentov, sanitárov, opatrovateľov a ostatného personálu. Pre výkon povolania sestry v EÚ je implementácia smernice Európskeho parlamentu a Rady 2013/55/EÚ z 20. novembra 2013, ktorá je do vzdelávacieho procesu v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii na Slovensku zakomponovaná. V súčasnosti potrebný obsah a rozsah štúdia ošetrovatelstva a pôrodnej asistencie je nastavený jednotne pre všetky krajiny EÚ. Rozsah 4 600 hodín výučby, z toho aspoň polovica teoretickej prípravy.

Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.
prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek

POHLAD KOLEGU Z ČESKEJ REPUBLIKY, KDE TÉMA NÁVRATU VZDELÁVANIA SESTIER NA SZŠ PREBIEHA UŽ DLHŠIU DOBU

Klíčem k zlepšení současného nedostatku sester není změna systému vzdělávání!

Kromě toho, že jsem sestra s praxí u lůžka a v praxi se stále pohybuji, jsem i jeden z mnohých čtenářů vašeho webu, věnovanému ošetřovatelství. Nikdy jsem nějak neměl ambice se více angažovat. Nemohla mi ale uniknout bouřlivá diskuze, týkající se novely zákona 96/2004 a hlavně směru, kam se to celé naše sestevství ubírá, a tak jsem musel překonat svou lenost a reagovat, píše nám Jaroslav Žďára.

S informacemi o novele zákona 96/2004 Sb., a s tím spojenými plánovanými změnami (nejen v systému vzdělávání), se na internetových fórech a sociálních sítích rozhořela někdy odborná a fundovaná, někdy silně emočně zbarvená diskuze o tom, kam se vlastně ubírá české ošetřovatelství a jaká budoucnost se rýsuje pro nelékařský personál.

Upřímně řečeno, většinou se jedná o bouři ve sklenici vody. Svět se točí a změny přicházejí, ať chceme, nebo ne. Je úsměvné se domnívat, že tolik opěvovaná kvalita českých sester, která je častým argumentem, bude zachována tím, že budeme lpět na systému profesní přípravy, poplatnému minulé době. Dále je až nepochopitelné, jak se skutečné problémy dokážou schovat za neustále omílanou mantru o tom, že sestra (a nejen ona) nepotřebuje pro kvalitní výkon své profese vysokoškolské vzdělání. Celá diskuze připomíná zákopovou válku, kdy obě strany konfliktu zaujaly pozice a neuhnou z nich ani o píď. Bohužel celý tento konflikt je pouze špičkou ledovce a ve velké míře se na něm podepisuje několik faktorů, které ovlivňují celkovou úroveň stavu „středního“ personálu v prostředí

českého zdravotnictví, a na které se snad podaří ukázat v dalších řádcích tohoto skromného pojednání.

Jako první argument je oběma táboři používán stále snižující se počet těch, kteří se chtějí vydat na dráhu sestry. Systém vzdělávání je považován za jednu ze zásadních okolností, které vedou k snížení uchazečů o tuto profesi. Nicméně je potřeba si uvědomit jedno – již nežijeme v době bipolárního světa a nejsme ani čerstvě postrevoluční stát, jsme již více jak 25 let demokratickou zemí. Jsou otevřené hranice, je množství škol a příležitostí, takže mladí lidé mají mnohem širší paletu uplatnění. V kombinaci se snižujícím se počtem mladé populace je jasné, že sestupný trend množství sester (a znovu opakuji nejen jich, ale i ostatních zdravotnických profesí) bude pokračovat. V podmínkách ČR pouze přišel o několik let později, než v západní Evropě. Proto je poměrně tristní sledovat snahy o to, aby se vzdělání vrátilo zpět o úroveň níže, mimo akademickou půdu. Naopak, snižuje to konkurenceschopnost mladých v globálním měřítku a ještě více je to bude pobízet k tomu, vybrat si obor, kde tyto limitující faktory nejsou.

S časovým vývojem souvisí i kvalitativní stránka vzdělání. Již bylo několikrát zmíněno v různých člancích, že práce sestry prodělala za poslední léta překotný vývoj. Je jasné, že to není možno objektivně posoudit z pozice řadové sestry na standardním oddělení, která nemá ani čas a ani sílu se těmito věcmi zabývat, ale je neoddiskutovatelný fakt, že spektrum práce i této standardní všeobecné sestry se změnilo.

Jestli k lepšímu či k horšímu, je jiná otázka, rovněž často řešená. Lze ale říci, že to už není pouze jakýsi support pro lékaře, ale jejich autonomie se stále zvyšuje (sice mravenčími krůčky, ale stále). V prostředí specializovaných oddělení, jako jsou ARO, JIP, operační sály, ale i laboratoře a další specifická pracoviště, je to ještě markantnější. S tím je ovšem spojena i stále vyšší míra odpovědnosti, a to je problém, se kterým se budou české sestry vyrovnávat ještě dlouho. Pro přirovnání – francouzská anesteziologická sestra fyzicky vede celý proces anestezie, lékař je pouze supervizor a odpovídá za farmaka. Sestra intubuje, odpovídá za chod a nastavení ventilátorů apod. V českém prostředí, pokud si odmyslíme stávající legislativní stránku věci, je toto vnímáno jako problém, a to ne pro odbornou složitost, ale pro odpovědnost, kterou sestry z velké části nejsou ochotny nést. Pochopitelně nelze paušalizovat, ale pro dokreslení situace je tento příklad dostatečný. Jistě, na mnoha odděleních sestry „neoficiálně“ provádějí činnosti, které jim kompetenčně nenáleží a upřímně, není nic lepšího pro zvednutí ega, než vědomí toho, že něco takového dokážu, ale faktem zůstává, že pokud by se kompetence sester rozšířily tímto směrem, je nutné adekvátně reagovat i obsahovou stránkou vzdělání. Poslední věcí, kterou je nutno si v této oblasti uvědomit je to, že s pravomocemi přichází i možnost pochybení a tedy i trestu, což se mnohým nemusí líbit.

Pokud se tedy na popsanou problematiku podíváme touto optikou, je jasné, že i z tohoto důvodu je vysokoškolské vzdělání nutnost. Nepodléhejme iluzi, že výše popsané odborné činnosti se v ČR do kompetenčního portfolia sestry nedostanou – problém odlivu personálu zaznamenávají i lékaři a jejich práce bude stále dražší, proto jediným logickým krokem v budoucnu bude delegace těchto úkonů na kvalitně vzdělané sestry. A kvalitně opravdu neznamená na střední škole.

Velice oblíbenou frází, týkající se vzdělávání, se stalo „nám to stačilo, mladým to tak bude stačit taky, protože jsme uměli vše, co bylo potřeba“. Pokud se pokusíme nezaujatě začíst do diskuzí, zjistíme, že velice často je ovlivněna jakýmsi komplexem méněcennosti, či pocitu toho, že mladá generace nedosahuje těch kvalit, které by měla. Je to vysoce subjektivní a těžko hodnotitelný faktor, ale z diskuzí mezi sestrami je poměrně výrazně cítit. Tímto nechci obhajovat nastupující generaci, kdy je jasné, že stav není dokonalý a množství výtek vůči nim je oprávněných. Nicméně toto nepramení ani tak ze systému vzdělávání, ale z toho, že na něj nasedá systém výkonu profese, jenž spolu v mnoha ohledech nekoresponduje. Laicky řečeno, lze konstatovat, že školní příprava budoucích zdravotníků je nastavena dobře, jen ne pro praxi, která je vlastní českému zdravotnictví. Změnit se musí ne systém přípravy, který je dostatečný, ale to, kam po absolvování školy jednotliví absolventi nastoupí. Je jasné dána diferenciaci jednotlivých druhů nelékařského personálu, nicméně v běžném provozu je různě upravována, porušována či zaměňována. Pak je jasné, že roste jak frustrace nově příchozích, tak i stávajícího personálu. Je potřeba jasně říci, k čemu na daném pracovišti je sestra, jakou má pracovní náplň, a za to musí být

i patřičně oceněna. Sestra je v tuto chvíli vysokoškolsky vzdělaný pracovník, a pokud je za stejnou úroveň vzdělání lépe ohodnocena u telekomunikační firmy, je jasné, kam budou směřovat její kroky. Díky společenským změnám nastalo na trhu práce konkurenční prostředí, a to je to, co české zdravotnictví stále nepochopilo. Není o to míře vzdělání, ale o financích, které jsou vyčleněny na následný pracovní výkon zdravotnického profesionála. Bohužel je v mnohých zakořeněna představa, že služba ve zdravotnictví je vskutku službou a posláním, což už dávno není pravda. S rostoucí mírou dalších možností se poslání v očích mladé generace změnilo jen v práci, a tím se bohužel uzavírá kruh.

Tím, že mladí lidé mají možnost volby, se stávají určitým druhem rukojmích systému ti, kteří v něm již nějakou dobu jsou. Pak se stává běžnou normou, že sestra přijde v době volna na provozní schůzi či nějaké školení, že pokud nemá po ruce sanitáře, dělá jeho práci, že chodí do služeb často o desítky minut dříve a ze služeb později, protože musí stihnout i veškerou dokumentaci a neoficiálně tak porušuje zákoník práce (oficiálně v práci není, protože na výplatní pásce tento čas nikdo zaplacený nemá). Je pak jasné, že frustrace těchto pracovníků směřuje na všechno, co se výkonu jejich práce týká, tj. kreditní systém, potřeba specializace, nová kolegyně s čerstvým magisterským titulem... Hořký úsměv poté však vyvolá poměrně častý názor, že si za tento stav mohou vlastně sestry samy, protože nejsou schopny si vymoci lepší podmínky. Je častým dotazem v obdobích lékařských stávek, zda se sestry přidají, či ne. Nelze se divit těm, které odmítají. Sestra je v podmínkách českého zdravotnictví sice početně na výši, nicméně stále je vnímána jako snadno nahraditelná (na rozdíl od lékaře). Sestry, a hlav-

ně ty zkušenější, s dvaceti lety praxe a třemi dětmi, si mohou těžko dovořit stávkovat, protože v „potravním řetězci“ jsou tak nízko, že možné budoucí blaho sesterského stavu je mnohem vzdálenější, než potřeba pravidelného platu. A opět se ukazuje to, že pokud bude sestra pouze se středním vzděláním, nikdy se na vyšší pozici v potravním řetězci nedostane. Pořád bude vnímána jako něco, co lze snadno nahradit (ačkoliv události posledních dní ukazují, že obsadit tabulku sestry je stále větší problém). Na tento faktor velice úzce navazuje další problém, a to je chybně silné profesní organizace, která by dokázala pro sestry vyjednat kvalitní podmínky pro výkon jejich práce.

Ano, dá se namítnout, že zde figuruje Česká asociace sester. Nicméně tato organizace své opodstatnění pozbyla v okamžiku uzákonění povinné registrace sester a svou novou úlohu stále teprve hledá. Organizace, která by zde fungovala jako profesní sdružovatel a hlavně politický činitel, hájící zájmy svých členů, obdobně jako např. komora lékařská, zde není. Dopadem této situace je to, že pokud se jedná o zásadní nověle zákona, jako je výše zmiňovaná novela zákona 96/2004 Sb., většina sester neví, co se plánuje a jak se plánuje, a hlavně se nemohou k dané problematice vyjádřit. Jistě, je stvořena pracovní skupina a jistě se v ní najde několik odborníků, ale systémové řešení to není. Na tomto příkladu lze demonstrovat to, proč se z povolání sestry stává mezi veřejností zaměstnání oceňované, ale nevyhledávané. Pokud totiž nebude existovat politický rámec, který bude spoluvytvářen i sestrami, kterých se silně dotýká, dokud v odborných skupinách nebude hlas sester slyšet, situace se nemá moc šancí změnit.

Klíčem k zlepšení současného neuctěšeného stavu není změna systému vzdělávání, ale zatraktivnění práce sestry tak, aby byla konkurenceschopná na trhu práce s ostatními profesemi. Vždycky se najdou nadšenci, kteří budou tuto profesi chtít dělat, i za podmínek řekněme pro ně nepříznivých, ale nelze s nimi neustále počítat a hlavně není to systémový přístup. Byl jasně nastaven systém poskytování ošetrovatelské péče, byl definován zdravotnický tým a jeho skladba. S prosazením systému vzdělávání „4+1“ se vracíme do prvopočátku, a všechny sestry,

kteří díky své snaze a díky potřebě systému studovaly vysoké školy, to zcela oprávněně vnímají jako podvod na své osobě. Další diferenciací sesterského personálu povede mimo jiné k řadě konfliktních situací na řadě odděleních. A zda se zastaví personální propad, je ve hvězdách.

Nezbývá nic jiného, než doufat v lepší budoucnost a v to, že jednou nastane doba, kdy i odborníci, rekrutovaní z řad vzdělaných sester (a sester s praxí), budou mít chuť, možnost a právo se vyjádřit ke změnám, které

celý sesterský stav mohou ovlivnit. Protože změny budou přicházet neustále. Svět se pořád bude točit...

kpt. PhDr. Jaroslav Žďára

Katedra organizace vojenského zdravotnictví a managementu, Univerzita Obrany v Brně, Fakulta Vojenského zdravotnictví v Hradci Králové

Stanoviská k téme návratu vzdelávania sestier na SZŠ

V nadväznosti na medializované vyjadrenia dvoch lekárov, a to pána Zelníka a pána Suchánka, si Vám dovoľujem zaslať svoje stanovisko, ako člena Národnej komisie pre vzdelávanie a prax pri SKSaPA, prezidenta RKSaPA Vysoké Tatry a zároveň sestry – špecialistu. Svoje stanovisko predkladám na základe praktických skúseností, keďže pracujem v klinickej ošetrovateľskej praxi ako sestra – špecialista, som absolventom Strednej zdravotnickej školy v odbore všeobecná sestra, taktiež aj troch stupňov vysokoškolského vzdelania v odbore ošetrovatelstvo. Zároveň som mal tú možnosť aktívne zasiahnuť do vzdelávania budúcich sestier počas doktorandského štúdia.

Je prinajmenšom diskutabilné, či majú kolegovia lekári právo a kompetencie zasahovať do formy vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek. Podotýkam jednu zásadnú vec. Lekár je odborníkom v autonómnom vednom odbore medicína, sestra je odborníkom v autonómnom vednom odbore ošetrovatelstvo. Osobne som sa nestretol so situáciou, kedy by sestry hodnotili kvalitu a úroveň vzdelávania budúcich lekárov na fakultách všeobecného lekárstva, čo je prirodzená a pochopiteľná vec. Ses-

tra tento odbor neštudovala, prácu lekárov dokáže objektívne na základe svojich praktických a teoretických vedomostí hodnotiť v rámci skúseností z klinickej praxe. Toto právo má aj lekár, keďže práve tieto dve sice autonómne povolania sú si v praxi veľmi blízke a vzájomne prepojené a nenahraditeľné. V tomto prípade však ide o pracovné skúsenosti, nie o hodnotenie vzdelania. Kritický pohľad na vzdelanie v tak špecifickom odbore ako je ošetrovatelstvo, alebo pôrodná asistancia, môžu mať len odborníci z týchto odborov, nie však lekári. Preto snahu o vyvolanie diskusie v zmysle prinávratu vzdelávania sestier na SZŠ pokladám za účelovú, nekompetentnú a neriešiacu systém a nedostatok sestier v systéme. V EÚ chýba v súčasnosti viac ako 500 tisíc sestier, tento nedostatok nebol v žiadnej krajine spôsobený zmenami vo vzdelávaní, keďže tieto zmeny v západných krajinách nastali desiatky rokov pred nami.

Systém vysokoškolského vzdelávania sestier a samotný prechod na túto formu vzdelávania nie je žiadnou anomáliou, alebo výnimkou v porovnaní s inými odbornými v rámci zdravotníctva. Vysokoškolsky sa začali vzdelávať nielen sestry, ale aj pôrod-

né asistentky, zdravotnícki záchranári, laboranti vyšetrovacích metód, rádiologickí asistenti a iní. Nemôžeme si zatvárať oči pred rozvojom jednotlivých odborov v zdravotníctve. To, čo stačilo pred rokom 1989 neznamená, že postačuje dnes. Nedovolil by som si podceňovať, zatracovať, či znevažovať stredoškolské vzdelávanie sestier, ktoré bolo oficiálne ukončené posledným ročníkom odboru všeobecná sestra v roku 2004. Kvalita nášho školstva v minulosti je nepopierateľná, väčšina z nás sú absolventami SZŠ, ale množstvo z nás pokračovalo v štúdiu ošetrovatelstva na ďalších stupňoch vzdelania, ktoré otvorili sestrám možnosť posunúť vlastné vzdelávanie do ďalších možností profesijného a vedeckého rozvoja.

Stali sme sa členským štátom EÚ, prijali sme Európske smernice, ktoré výrazným spôsobom posunuli vzdelávanie sestier vpred. Úroveň vzdelania sme predbehli aj okolité krajiny, ošetrovatelstvo sa stalo vedným odborom s vlastnými akademickými a vedeckými kapacitami. Sestry ukončujú svoje štúdium vedeckými prácami, ktoré by mohli byť objektívnym a validným podkladom na zlepšenie systému zdravotníctva na Slovensku.

Prečo náš systém, ktorý vytvoril sestry bakalárky, magisterky, doktorky, nedokáže tento potenciál využiť? Prečo nedáme sestram možnosť rozhodovať a spolupodieľať sa na tvorbe zdravotnej politiky štátu? Kto viac sa rozumie problémom a potrebám pacientov, ak nie sestra?

Nie všetko, čo my Slováci tak radi kopírujeme od našich západných českých susedov je aj dobré. Prestaňme kopírovať, začnime tvoriť samostatne, alebo to nevieme? Návrat vzdelávania na SZŠ v Českej republike neprebíha tak jednoducho a hladko, ako by sa niekomu zdalo. Zmena nie je systémovým krokom, ktorý by zmenil počty chýbajúcich sestier v praxi, ani žiadnym spôsobom nemôže ovplyvniť kvalitu budúcich stredoškolských sestier. Úroveň študentov a ich kvality sa nezmenia. Vidina stať sa sestrou po ukončení SZŠ, mať obmedzené kompetencie, minimálnu mzdu a minimálnu možnosť zamestnať sa v zahraničí nie je pre dnešných mladých ľudí motiváciou. Motiváciou dnes nie je ani vidina sesterského povolania ako poslania, prosím, otvorme si oči a vnímajme dnešné nálady, pocity a predstavy mladých ľudí. Sú iní ako pred rokom 1989! Prečo sú naše sestry, aj absolventi vysokých škôl tak žiadané v zahraničí? Určite nie preto, že sú pre západné systémy zdravotníctva lacnou pracovnou silou. Žiadaní sú pre svoje kvality, sú jazykovo zdatnejší a hlavne vzdelaní. Práve vzdelanie je podmienkou, ktorú musí spĺňať každá sestra, ktorá sa zaujíma o prácu v iných Európskych krajinách. Čo je teda motiváciou a ako môžeme stabilizovať súčasný alarmujúci nedostatok sestier v systéme? Či je to niekomu po vôli, alebo nie, sú to financie a sestry nie sú žiadnou výnimkou. Táto profesia musí byť dobre zaplatená, lebo ochota pomáhať chorým mladým sestram vyprchá veľmi rýchlo. Z osobných skúseností viem, aký šok zažívali a predpokladám, že aj zažívajú študentky a študenti ošetrovateľstva pri svojom prvom kontakte so zdravotníckym systémom. Nabudení a prekypujúci množstvom informácií, teórií a predstáv narážajú na realitu a strácajú ideály svojho poslania. Vhodíme ich do systému plného nedostatkov, zastaranej techniky, arogancie a primitívneho kastovného systému, kde lekár častokrát nevie a hlavne nechce pochopiť pozíciu sestry ako nenahraditeľného spolupracovníka, nie podriadeného, nie slúžky, či osobnej asistentky. Ukazujeme im ako reálne vyzerá vyhorenie, profesionálne zlyhanie kolegyň, ktoré podľahli skazenosti systému, ktorý ich celé desaťročia vysával a obral ich o vlastnú hrdosť, využil ich nadšenie a chuť pomáhať chorým, s ktorou každá sestra vstupovala do tejto profesie. Študenti sa potom právom pýtajú, prečo nás vzdelávate takto, keď je prax iná? Náš systém vyháňa z nášho zdravotníctva mladé perspektívne sestry, ktoré ešte netrpia syndrómom vyhorenia, sú plné ideálov, snov o tom, že pomôžu chorým, ale zároveň očakávajú, že si ich bude systém vážiť a ich namáhavú prácu aj náležite oceniť. My si vedome vyháname mladých ľudí, ženieme ich do zahraničia, kde im otvárajú dvere. Chyba nie je v spôsobe vzdelávania. Ak niekto tvrdí opak, zavádza.

Študujem v odbore ošetrovateľstvo spolu 12 rokov. Študujem aj v súčasnosti a neľutujem. Vzdelávanie nás obohacuje, dáva nám nové perspektívy, kvality. Tento štát podporil zmenu vo vzdelávaní sestier, my sestry sme ju prijali. Tisíciky z nás študovali dlhé roky, dali sme do vzdelávania tisíce eur, obetovali sme svoj čas pri rodinách, ale aj pacientoch. Prečo? Aby sme sa posunuli inde. Čo za to chceme? Nie len peniaze. Sestry chcú ukázať ako pracovať efektívne, rozumne a v prospech pacienta. Čoho sa sestry zatiaľ dočkali? Nekompetentných vyjadrení, ktoré pramenia zo strachu, alebo len z bohapustej vidiny vlastného osobného

zisku a prospechu.

Ak si niekto myslí, že sestra na ambulancii podáva karty, nemá predstavu o tom, aké možnosti týmto postojom strácame, čo stráca náš pacient.

Viete si predstaviť sestru s kompetenciami všeobecných lekárov? Sestru, ktorá chronickým pacientom predpíše lieky, zdravotnícke pomôcky, postará sa kvalitne o pacienta doma, či v domoch ošetrovateľskej starostlivosti v čase, keď medicína vyčerpala svoje možnosti a pacient potrebuje kvalitnú, súcitnú a empatickú starostlivosť, či dôstojné umieranie v dôstojných podmienkach, ktoré náš systém nie je schopný zabezpečiť, aj keď to akútne potrebuje. Rodinná sestra a rodinné ošetrovateľstvo je fungujúci systém. Viete si predstaviť sestru na školách, v dobe, keď už deti trpia rôznymi chronickými ochoreniami? Každý rodič by bol rád, ak by na školách pôsobila vzdelaná sestra, ktorá by okrem odborných činností vzdelávala mladých ľudí o zdraví. Možností, perspektív je veľmi veľa. Len sa prestaňme báť a využime vzdelanostný potenciál sestier, ktoré sú ochotné túto možnosť prijať. Počet sestier a ich vzdelanie priamo súvisí s počtami úmrtí pacientov. Toto nie je len fáma, toto je vedecky dokázaný fakt.

Vzdelávanie sestier netreba degradovať, je potrebné ho inovovať, zlepšovať, skvalitňovať, nie však vytváraním nových kategórií sestier. Sestra potrebuje lekára a lekár potrebuje sestru, lebo nás všetkých potrebuje pacient. Práve pre pacienta sme sa všetci rozhodli dlhé roky študovať.

PhDr. Lukáš Kober, PhD.

*Člen Národnej komisie
pre vzdelávanie a prax pri SKSaPA*

Na základe našich dlhoročných skúsenosti prípravy sestier na SZŠ v Nitre a od roku 2002 na UKF v Nitre si dovoľujeme konštatovať: vysokoškolské vzdelávanie sestier je v súlade s európskou legislatívou a tiež ako samostatný vedný odbor ošetrovateľstvo prešlo akreditačným procesom na príslušných VŠ v podmienkach SR. Môžeme konštatovať, že o štúdium ošetrovateľstva na UKF v Nitre má záujem cca 230 uchádzačov, z ktorých vyberáme tých najschopnejších (podľa výsledkov prijímacieho konania) v počte cca 70 študentov. V súčasnosti v EU chýba viac ako 500 tisíc sestier, toto však nespôsobili zmeny vo vzdelávaní. Naši študenti sa zúčastňujú zahraničných stáží v rámci mobilných projektov, hlavne v Nemecku, kde oceňujú kvalitu ich prípravy a vek, v ktorom sú naše sestry vzdelávané, a tým ich zrelosť v komunikácii s pacientmi a zdravotníckymi pracovníkmi. Veľa našich študentov je žiadaných v krajinách EU, v posledných dňoch nábor robia najmä nemocnice ČR. Nesúhlasíme ako sestry a odborníci v ošetrovateľskom vzdelávaní s prezentovanými vyjadreniami dvoch lekárov. Sestra je odborníkom v autonómnom vednom odbore ošetrovateľstvo, ktorý v súčasnej dobe v našich podmienkach plní všetky kritériá kladené na sestru.

doc. PhDr. Gabriela Vörösova, PhD.

vedúca Katedry ošetrovateľstva

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva

V posledných dňoch so znepokojením sledujeme diskusiu zo strany odborníkov i verejnosti o vzdelávaní sestier v Slovenskej republike a v zahraničí. Úsilie pracovníkov našej fakulty vždy smerovalo a smeruje k rozvoju ošetrovateľstva ako vedného odboru a k rozvoju ošetrovateľského vzdelávania v pregraduálnom a v ďalšom vzdelávaní.

Dr. h. c. prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc., v.r.

Dekan Fakulty ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

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 ošetrovateľství, 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!

BAndruskivova@personalservice-alpha.cz

Tel.: +49 351 64 75 65 14

www.personalservice-alpha.cz



Altplauen 1 · 01187 Dresden

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O MIGRANTOV V UTEČENECKOM TÁBORE DOBOVÁ (SLOVINSKO)

NURSING CARE FOR MIGRANTS IN A REFUGEE CAMP DOBOVA (SLOVENIA)

SILVIA PUTEKOVÁ¹, OLGA KABÁTOVÁ¹, VLADIMÍR KRČMÉRY²

¹Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva, Trnava

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Abstrakt

Migrácia rôznej intenzity postihuje všetky krajiny sveta. Spolužitie ľudí z rozličných kultúr spôsobuje intenzívnu výmenu kultúrnych tradícií, vedomostí a zvykov, zároveň však dochádza ku kultúrnym problémom, napätiu a strate pocitu bezpečnosti. V súvislosti s migráciou a s aktuálnou migračnou krízou sa stále viac dostáva do popredia multikultúrne orientovaná ošetrovateľská starostlivosť. Príspevok predkladá vlastnú skúsenosť autorov s ošetrovaním a starostlivosťou o migrantov v utečeneckom tábore Dobová v Slovinsku.

Kľúčové slová

Migrácia. Starostlivosť. Ochorenia. Ošetrovateľstvo.

Abstract

Migration of varying intensity affects all country in the world. Bringing people from different cultures results in a vibrant exchange of cultural traditions, knowledge and practices, but also occurs to cultural problems, tensions and insecurity. In relation to migration and migration to the current crisis is increasingly gaining prominence multicultural oriented nursing care. Article presented personal experience the authors with the treatment and care of migrants in a refugee camp in Dobová (Slovenia).

Key words

Migration. Care. Disease. Nursing.

Úvod

Fenomén migrácie je súčasťou ľudských dejín už od ich počiatku. V posledných desaťročiach, a najmä v súčasnej dobe, ho možno zaradiť medzi vážne globálne problémy. Podľa Medzinárodnej organizácie pre migráciu (IOM) ide o pohyb osoby, resp. skupiny osôb z jednej geografickej jednotky do druhej cez administratívnu, či politickú hranicu s cieľom usadiť sa definitívne alebo prechodne na inom mieste, ako je miesto pôvodu osoby.

Migračné vlny v rôznej intenzite postihujú všetky krajiny sveta a majú dva rozličné dôsledky: na jednej strane spolužitie ľudí z rozličných kultúr spôsobuje intenzívnu výmenu kultúrnych tradícií, vedomostí a zvykov, čo spoločnosť obohacuje, zároveň však dochádza ku kultúrnym problémom, spoločenskému napätiu, fragmentácii, nestabilite a strate pocitu bezpečnosti (1). V súvislosti s migráciou a s aktuálnou migračnou krízou sa stále viac dostáva do popredia multikultúrne orientovaná ošetrovateľská starostlivosť.

Sestra ako dôležitý článok multidisciplinárneho tímu si má ceniť pacienta s jeho náboženským presvedčením, životnou hodno-

tu, zvykmi a pri ošetrovaní sa má usilovať vytvárať podmienky, ktoré vyhovujú jeho individuálnym potrebám. V súčasnosti sa od sestier očakáva, že budú poznať rôzne kultúry, budú pripravené na komunikáciu s príslušníkmi iných kultúr, ako aj hodnotiť aktuálny zdravotný stav pacienta vrátane potrieb súvisiacich s odlišnou kultúrou a poskytnúť kultúrne zhodnú a vhodnú starostlivosť (2).

Utečenecký tábor Dobová

Dobrá sestra je pripravená vykonávať ošetrovateľské poslanie odborné, v teoretický a praktický prospech pri udržiavaní a prinavracaní zdravia. Je schopná hľadať nové tvorivé prístupy pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a získavať nové skúsenosti pri vykonávaní svojej profesie (3). V dňoch 25. – 27.12.2015 a 5.-7.2. 2016 bolo našim poslaním, a zároveň veľkou osobnou výzvou a neopakovateľnou skúsenosťou, postarať o ľudí s ťažkým osudom – migrantov. Utečeneckým táborm na juhu Slovinska v obci Dobová prejdú všetci migranti cestou do Rakúska a Nemecka. Slovinsko je pre nich iba krátkou zastávkou, ktorej by sa možno i radšej vyhli. Hranicu Schengenu tu denne prekročí približne 2500 ľudí. O ich zdravie sa stará slovenská nemocnica.

Okrem polície, armády, Červeného kríža, Úradu vysokého komisára pre utečencov (UHNCR) a UNICEF tu pôsobí aj jediná zahraničná organizácia. Jedná sa o poľnú nemocnicu, ktorú prevádzkuje Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. Dobrovoľníci z radov lekárov, sestier či záchranárov vymenili Slovensko za malý tábor obohnaný ostrnatým drôtom a slovenských pacientov za Sýrčanov, Iračanov, či Afgáncov, a to všetko bez nároku na finančnú odmenu. Dobrovoľníctvo a ošetrovatelstvo sú prepojené už od pradávna. Vznik dobrovoľníctva na Slovensku historicky spadá do obdobia stredoveku, v ktorom na našom území vznikajú prvé sirotince, hospice alebo útulky. Už vtedy sa opusteným, chorým a zomierajúcim venovali rehoľníci nezištné (4). Toto obdobie je definované ako charitatívne ošetrovatelstvo. Dnešné profesionálne ošetrovatelstvo rozširuje a skvalitňuje ošetrovateľský proces, ktorého základom je okrem podrobného posúdenia pacienta i stanovenie vhodných aktuálnych, či potencionálnych sesterských diagnóz. Posúdenie pacienta je základným kameňom ošetrovatelstva, ktorého cieľom je viesť systematické a integrované hodnotenie (5). Samotný príbeh tábora v Dobovej sa začal písať v septembri 2015, keď Maďarsko svoje hranice pre utečencov uzavrelo, a tí sa následne museli presúvať balkánskou cestou zo Srbska do Chorvátska, Slovinska a Rakúska. V Dobovej sa utečenci zdržia približne štyri hodiny, počas ktorých sa o nich starajú i slovenskí zdravotníci. Naša provizórna poľná nemocnica bola nafukovací, vyhrievaný stan s rozmerom 55 metrov štvorcových s piatimi lôžkami. V stane sa nachádzalo základné vybavenie potrebné na zabezpečenie



Foto: archív autora

nie prvotnej lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti ako zásoba liekov, prístroje na meranie základných životných funkcií (tlakomery, teplomery, oxymetre), glukomery, obvazový a injekčný materiál, EKG prístroj, resuscitačná súprava či sonograf. Urgentné prípady (dialyzovaní pacienti, rodiace ženy, pacienti so zlyhávaním životne dôležitých funkcií) boli prevážané do nemocnice vlastnou sanitkou.

Ošetrovanie utečencov

Ako sestry dobrovoľníčky sme pracovali v denných a nočných službách. V jednej službe sme ošetrili približne 130 – 150 pacientov, pričom ženské a mužské pohlavie bolo zastúpené približne rovnomer-

ne. Veľký počet našich pacientov tvorili deti. Stanoviť presné vekové rozmedzie ošetrovaných bolo ťažké, pretože väčšina z nich nepozná svoj presný dátum narodenia. V takomto prípade bol uvádzaný dátum 1.1. a rok. Nie každý z utečencov sa však chcel dať ošetriť. Mnohí o svojom zdravotnom probléme vedeli, báli sa však, že zostanú v miestnej nemocnici a už sa do Európy nedostanú. Migračná kríza so sebou prináša i mnohé mýty v súvislosti so zdravím utečencov. Zdravotné problémy utečencov a migrantov sú podobné problémom zvyšku populácie, aj keď u niektorých skupín môžu mať zdravotné problémy vyšiu prevalenciu. WHO (6) uvádza, že najčastejšie zdravotné problémy



Foto: archív autora



Foto: archív autora

migrantov zahŕňajú náhodné zranenia, podchladenie, popáleniny, kardiovaskulárne príhody, komplikácie súvisiace s tehotenstvom a pôrodom, diabetes a hypertenzia. Kľúčový problém vzhľadom na neinfekčné choroby je prerušenie starostlivosti, buď v dôsledku nedostatku prístupu, alebo decimáciou systémov zdravotnej starostlivosti a poskytovateľov. Vyhnanstvo má za následok prerušenie kontinuálnej liečby, ktorá má zásadný význam pre chronické stavy. Zraniteľné deti sú náchylné k akútnym infekciám, ako sú infekcie dýchacích ciest a hnačky, kvôli zlým životným podmienkam a vyvlastneniu počas migrácie, vyžadujú akútnu starostlivosť. Nedostatok hygieny môže viesť ku kožným infekciám. Napriek zaužívanému vnímaniu spojitosti medzi migráciou a importom infekčných ochorení, podľa WHO medzi nimi nie je systematická súvislosť. Nákazlivé choroby sú spojené predovšetkým s chudobou. Migranti často pochádzajú z komunít postihnutých vojnou, konfliktami alebo hospodárskou krízou a podnikajú dlhé a vyčerpávajúce cesty zvyšujúce riziká chorôb, ktoré zahŕňajú prenosné ochorenia, najmä osýpky a ochorenia prenosné potravinami a vodou. Riziko dovozu exotických a vzácnych infekčných agensov do Európy, ako sú Ebola, Marburg a Lassa vírusy alebo Blízkeho východného respiračného syndrómu (MERS), je veľmi nízke. Skúsenosti ukázali, že pokiaľ dôjde k ich importu, týka sa pravidelných cestujúcich, turistov alebo pracovníkov v zdravotníctve, skôr než utečencov alebo migrantov. Krčméry et al. (7) píše, že k najčastejším lekárske diagnostikovaným utečencov patria zápaly horných dýchacích ciest, zápal pľúc, zápaly kože a mäkkých tkanív vrátane rán a uhryznutí hmyzu. Z neinfekčných

ochorení to bola hypertenzia, nespavosť, diabetes mellitus, celkové vyčerpanie organizmu, depresia a neuropsychiatrické ochorenia, súvisiace s dlhodobým stresom. V našej misii sme sa stretávali najmä s pacientmi so zápalmi horných dýchacích ciest, ktorými trpeli z veľkej časti deti, ďalej to boli pacienti s celkovou vyčerpanosťou a kolapsovými stavmi, pacienti s poruchou vyprázdňovania stolice v zmysle hnačky i zápchy, pacienti s vyvrtnutými členkami, či pacienti s ranami na dolných končatinách spôsobenými omrzlinami či otlakmi. V rámci ošetrovateľskej starostlivosti sme vykonávali meranie základných vitálnych funkcií (krvný tlak, pulz, telesná teplota, saturácia O₂), meranie glykémie, ošetrovanie a preväzovanie rán (rezné, tržné rany, omrzliny, otlaky), hydratáciu pacientov (rehydratačné perorálne roztoky), podávanie liekov per os (analgetiká, antibiotiká, antipyretiká), podávanie subkutánnych (inzulín) a intramuskulárnych injekcií, či podávanie infúznej terapie.

Multikultúrna starostlivosť

Pri samotnom ošetrovaní bolo nutné dodržiavať zásady multikultúrnej starostlivosti, pretože väčšina pacientov bola moslimského vierovyznania. Na základe dostupných odborných zdrojov (8, 9) možno zhrnúť špecifiká v starostlivosti o moslimov do nasledujúcich bodov:

- zabezpečiť pokojné miesto na modlitbu,
- u žien rešpektovať a zabezpečiť možnosť zahaliť sa,
- ženy vyžadujú ženský liečebný tím, v prípade, ak to nie je možné, zabezpečiť mužskému členovi liečebného tímu rukavice,
- rešpektovať rozhodovanie muža za ženu,

- rešpektovať ľavú ruku ako nečistú,
- fúzy u muža moslima sú považované za veľmi dôležitý náboženský symbol, holenie môže byť vykonané iba po súhlase pacienta, musí byť vykonané mužom,
- počas ramadánu rešpektovať pôst,
- moslimovia môžu byť prijímatelia i darcovia krvi a telesných orgánov,
- smrť je vnímaná ako niečo, čo je predurčené Bohom, eutanázia je preto neprípustná. Zosnulý pacient moslimského vierovyznania by mal mať tvár a pravé rameno otočené smerom k Mekke.

Častým problémom pri ošetrovaní bola jazyková bariéra, pretože nie všetci migranti hovorili anglicky, čo spôsobovalo problémy pri diagnostike ich zdravotných ťažkostí. V takýchto prípadoch nám bol zabezpečený tlmočník. Táborom často znelo: „Farsi?“, „Arabic?“, aby bolo jasné, akého tlmočníka je potrebné k danému pacientovi zohnať. V rámci komunikácie nám boli nápomocné i komunikačné karty, na ktorých nám pacient mohol svoj zdravotný problém ukázať.

Záver

Problematika utečencov predstavuje nový fenomén, ktorý si bude vyžadovať čoraz väčšiu pozornosť ako zo strany sociálnych, tak zdravotníckych pracovníkov. Sestra ako dôležitá súčasť multidisciplinárneho tímu má v starostlivosti o tieto osoby významnú úlohu. Hoci je v súčasnosti, najmä v súvislosti s medializáciou a prezentovaním negatívnych skúseností s migrantmi, verejná mienka skôr protiutečenecká, naša skúsenosť je iná. Napriek strachu, beznádeji a bezmocnosti, ktoré veľakrát ute-



Foto: archív autora

čenci prežívali, boli títo ľudia vďační za každú pomoc, za každé vyšetrenie, liek, či obyčajné pohladenie a slovo podpory. Záverom by sme chceli vyjadriť vďaku a uznanie celému kolektívu Tropic teamu VŠ sv. Alžbety a všetkým dobrovoľníkom, ktorí sa na tomto projekte bezzištne podieľali.

Zdroje

1. GOŇCOVÁ, M. Od výchovy k demokratickému občianstvu ku globálnej výchove. In LYSÝ, J. (Ed.) *Globálne rozvojové vzdelávanie* (učebné texty). 1. vyd. Bratislava: Album, 2007.
2. DOBSONYOVÁ, A., JANKECHOVÁ, M., KOLLÁROVÁ, L. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s inou kultúrou. In *Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami*. 2015. s. 54 – 60.
3. WICZMÁNDYOVÁ, D., TKÁČOVÁ, Ľ. Sociálno-ekonomický aspekt migrácie sestier. In *Vzdelávanie v nelekárskych odboroch- zborník príspevkov zo 4.medzinárodnej vedeckej konferencie*. Bratislava: SZU, 2010. ISBN 978-80-89352-47-0, s.62-70.
4. DUDEKOVÁ, G. *Dobrovoľné združovanie na Slovensku v minulosti*. Edícia tretí sektor a dobrovoľníctvo 4/1998, Bratislava: S.P.A.C.E. – Centrum pre analýzu sociálnej politiky.
5. MARTINKOVÁ, J. Fyzikálne posúdenie pacienta vo vyššom veku. In: [X. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva](#). Bratislava : Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2015. ISBN 978-80-89542-47-5. CD-ROM; s. 21.
6. WHO. *Migračná kríza v Európe: odpovede WHO na časté otázky súvisiace so zdravím*. [online]. 2016. [cit. 2016-03-15]. Dostupné na internete: <http://www.who.sk/migracna-kriza-europe/>
7. KRČMERY, V. et al. Respiratory infections after camping in free nature are the current diseases in Migrants to Austria and Germany via Hungary in September 2015: Experience from Röszke and Vámoszabadi. In *Clinical Social Work*. 2015. 2, 5: 39-41.
8. HYDER GULAM, L.F. Care of the Muslim patient. In *ADF Health*. 2003. vol. 4. 81-83p.
9. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovateľství I*. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

Kontakt na autora

PhDr. Silvia Puteková, PhD.
Univerzitné námestie 1,
FZaSP, Katedra ošetrovateľstva,
TU v Trnave

UTRPENIE ŽIEN PRI ZLOČINNÝCH EXPERIMENTOCH VÄZENSKÝCH LEKÁROV V KONCENTRAČNOM TÁBORE RAVENSBRÜCK

SUFFERING OF WOMEN IN CRIMINAL EXPERIMENTS OF PRISON DOCTORS IN RAVENSBRÜCK
CONCENTRATION CAMP

ANDREA ŠEVČOVIČOVÁ

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

Abstrakt

Väzenkyne v ženskom koncentračnom tábore Ravensbrück, okrem pracovného nasadenia, slúžili nacistickým lekárom ako objekty neludských experimentov. Na úplne zdravých poľských politických väzenkyniach prevádzali rôzne kostné a svalové operácie. Výsledky pokusov mali priniesť pokroky v liečbe rán a v oblasti plastickej chirurgie u zranených vojakov. Násilne prevádzané operácie bez súhlasu žien, boli sprevádzané ukrutnými bolesťami s radou ďalších problémov a niektoré vyústili do trvalých deformít. Realizované experimenty si vyžiadali aj ľudské obeť. Zvyšujúce sa počty operovaných čiastočne zmiernil otvorený odpor trpiacich väzenkýň a nepriaznivý vývoj vojnovnej situácie z pohľadu nacistov.

Kľúčové slová

Koncentračný tábor. Väzenská nemocnica. Experimenty na ženách. Kostné a svalové operácie. Ravensbrück.

Abstract

Besides their work, female prisoners in Ravensbrück concentration camp served as the objects of inhuman experiments to Nazi doctors. They performed various skeletal and muscular operations on completely healthy Polish political prisoners. The results of the experiments were to bring progress in treating wounds and in the area of plastic surgery of injured soldiers. Enforced operations without the consent of women were accompanied by severe pains and a range of other problems and some of them resulted in permanent

deformations. The experiments which were performed required some human sacrifices as well. Increasing number of the operated people was partially decreased by open resistance of suffering female prisoners and negative development of the war situation from the viewpoint of Nazis.

Key words

Concentration camp. Prison hospital. Experiments on women. Skeletal and muscular operations. Ravensbrück.

Koncentračný tábor Ravensbrück, nachádzajúci sa asi 90 km severne od Berlína, bol od samého začiatku prevádzky určený výučne pre ženy. Prvých deväťsto väzenkýň sem bolo privezených v máji 1939. V tábore prebiehal počas jeho existencie súbežne výcvik 3500 dozorkýň, ktoré neskôr pôsobili v ďalších koncentračných táborech. Na konci roku 1942 bolo v tábore vyše 11 000 žien, medzi nimi aj ženy z vypálenej českej obce Lidice. V tomto období začali lekári prevádzať na väznených rôzne pokusy a násilné sterilizácie mladých dievčat. Choré a práceneschopné ženy boli ďalej deportované do najväčšieho koncentračného a vyhladzovacieho tábora v poľskom Osvienčime. Do konca februára 1945 prešlo táborom viac ako 130 000 žien 27 národností, z ktorých sa 92 000 nedožilo oslobodenia. Boli zavraždené strelbou do tyla alebo zabíjané fenolovými injekciami. Medzi nimi bolo i 2300 žien, ktoré zahynuli v plynovej komore (1, 2).

Pracovné podmienky v tábore

Väzenkyne museli v tábore tvrdo pracovať. V krajčírskych dielni šili väzenské a vojenské uniformy, rukavice a vyrábali kožuštinové letecké čížmy. V dielni na spracovanie slamy mali od ostrého materiálu dopichané ruky s boľavými vredmi. V podzemnej továrni na jemnú mechaniku vyrábali pri slabom osvetlení v 12-hodinových zmenách súčiastky do lietadiel. Ženy dreli pri stavbe komunikácii, v muničných továrňach, pri sústruhu a vrtačkách i v leteckom priemysle (1). Mimo tábor pracovali cez deň na poliach, pri ošipáných, na farme angorských králikov patriacej táboru, alebo u sedliakov. Špeciálne pracovné skupiny vykladali tovar z vagónov. Za neuposlušnosť rozkazu alebo aj bez zjavnej príčiny ženy podstupovali rôzne tresty. Státie pred kanceláriou hlavnej dozorkyne namiesto obeda, 25 rán bičom alebo presun na trestný blok. Na obávanom bloku boli väzenkyne zaradené minimálne na pol roka na najťažšiu prácu, napríklad na valcovanie ciest ručným ťahaním valca. Na trestnom bloku sa pracovalo aj v nedeľu, vládlo tam šikanovanie, časté boli krádeže. Najhorší trest predstavovala kamenná budova táborového väzenia, kde spali ženy na holej zemi a jedlo dostávali raz za tri dni. Súčasťou trestu bolo aj ďalšie týranie, napríklad státie vo vode (3).

Z táborovej nemocnice rovno do plynu

Ženy, ktoré sa nahlásili ako choré, boli často bité od dozorkýň a museli sa vrátiť neošetrené naspäť do práce. V lepšom prípade ich bez bitky vyhnali pracovať.



Obr.1 Deformity na operovanej končatine [5]

V táborovej ošetrovni sa mohli hlásiť len s teplotou vyššou ako 38,5 °C (3). Od ťažkej práce sa ženám robili vtedy na rôznych častiach tela. Bez akéhokoľvek umŕtvenia im v táborovej nemocnici – revíri narezávali zhnisané rany. S horúčkou a veľkými bolesťami museli nastúpiť naspäť do práce. Na revír sa prijímali iba choré s nákazlivými chorobami alebo totálne vyčerpané, bez schopnosti chôdze. *Bettkarta* – lekárska legitimácia bola vypisovaná len výnimočne (4). S návštevami na revíri sa to nevyplácalo. Choré mohli veľmi rýchlo skončiť v plynovej komore alebo ako objekty pseudolekárskeho pokusu (1).

Deformujúce operácie na poľských ženách

V poľskom bloku bývali mladé študentky z varšavského a lublinského transportu, väčšinou odsúdené na trest smrti. Vykonávali na nich kostné a svalové pokusné operácie nôh, kedy im odobrali časť kosti a nahradili ich cudzím telesom alebo úmyselne infikovali rany. Operáciu sprevádzali veľké horúčky, pri svalových operáciách sa rany zapalovali a kusy cudzieho telesa vychádzali z rany von (3). Experimenty začali v roku 1942 na prvých desiatich ženách. Operované väzenkyne prežívali v hrozných bolestiach niekoľko týždňov na revíri, kde ich sledovali

a zaznamenávali „pokroky“ v hojení. Zapálené rany zapáchali a presakovali hnisom, ktorý dráždil roje múch. Nohy v sadre opúchali a spôsobovali ukrutné bolesti. Okrem bolestí nôh trpeli ženy aj bolesťami hlavy, na ktoré nezaberalo ani morfium. Ostatné ženy zo solidarity k trpiacim „králikom“ (výraz, ktorý sa udomácnil v tábore na pomenovanie operovaných žien) zháňali v tábore bylinky, ovocie a iné potraviny, ktoré pod hrozbou trestu z odhalenia pašovali operovaným na revír, aby im uľahčili rekonvalescenciu. Postupne pribúdala počet operovaných žien. Niektorým vykonávali kostné operácie, ktoré boli nesmierne bolestivé, iné už so zahojenými ranami operovali znova pre vyvolanie infekcie (obr.1 a obr.2). Priebeh operácie bol sprevádzaný ťažkými horúčkami, srdcovou slabosťou a krutými bolesťami (4).

Infikované rany plné črepín a dreva

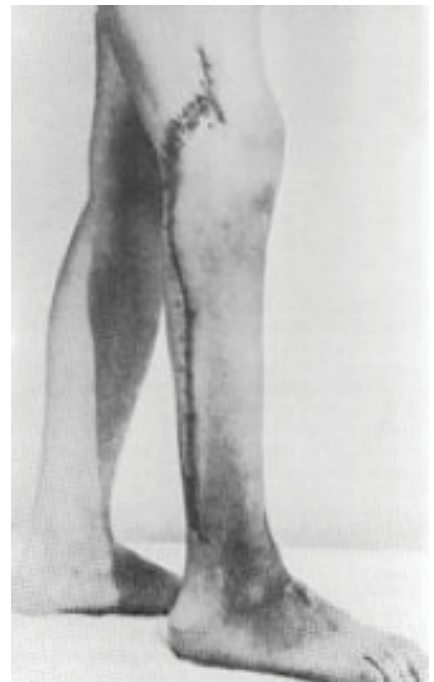
Experimenty vykonávané na poľských politických väzenkyňách boli rozdelené do dvoch skupín. V prvej boli zamerané na testovanie účinku sulfonamidov. Po zavedení bakteriálnej infekcie do rany dostali pacientky jeden z testovaných liekov. Keďže prvá séria experimentov neprinesla požadované výsledky, zaviedli do novej série operovaných zmeny. Za účelom vytvorenia podmienok ako na bojisku boli do umelo vytvorených rán okrem baktérii zavedené aj drevené a sklenené črepiny alebo kombinácie oboch. Ďalším z radov experimentov zameraným na skúmanie infekcie mäkkých tkanív bola podkožná alebo intramuskulárna aplikácia injekcie patogénnych baktérii. Tie vyvolávali lokálne infekcie, zápach, opuch, bolesť, stúpajúce teploty a dokonca halucinácie. Následne dostávali operované intravenózne alebo intramuskulárne injekcie s doposiaľ neoverenými látkami, za účelom zistenia, ako dokážu efektívne bojovať proti umelo vyvolaným infekciám (5).

Na druhej skupine vykonávali lekári experimenty zamerané na štúdium procesov regenerácie kostí, svalov a nervov. Odstraňovanie svalov zo stehna a lýtky, častí nervov, porušovanie kostí,

ich štiepenie, rozdeľovanie a znovu spájanie malo vyriešiť niektoré problémy v plastickej chirurgii. Všetky kostné operácie boli nesmierne bolestivé a spôsobili trvalé deformity (5).

Vzbura proti operáciám bola kruto potrestaná

V roku 1943 bolo operovaných spolu už 71 žien, z ktorých päť zomrelo. Ženy s kostnými operáciami pochybovali o tom, že budú ešte niekedy normálne chodiť. Ženy s infekčnými operáciami tušili, že ich nohy sa už nevrátia do normálu a tie so zacelenými ranami čakali, kedy sa infikované baktérie ozvú znova. Napätá atmosféra na bloku zmrazených žien vyústila do postupného odporu. Zúfalé ženy sa



Obr.2 Jazva po operácii [5]

v marci 1943 prvýkrát vzopreli ďalším operáciám. Pred veliteľom argumentovali v písanej petícii tým, že žiadne medzinárodné právo nedovoľuje vykonávať pokusné operácie s dôsledkami telesného postihnutia a smrti na úplne zdravých ženách bez ich súhlasu. Hoci sa veliteľ odmietol s nimi baviť, na istú dobu prestali ďalšie operácie a ženy poslali do práce. To umožnilo rozširovať propagandu o ich situácii v tábore. V polovici augusta však za prítomnosti táborových policajtiiek so psami nariačili ďalšie operácie. Odmietavý postoj



Obr.3 Budova krematória v Ravensbrücku [1]

žien podporoval celý tábor. Poľské ženy stihol za pokusy vzoprieť sa a zúfalej obrany krutý trest. Nielenže odviekli násilne niekoľko zdravých žien na ďalšiu ťažkú operáciu oboch nôh, ale celý blok zadržali a tri dni nechali bez vzduchu, jedla a vody. Okolie strážili dozorcovia a len na druhý deň dovolili otvoriť okná na desať minút. Napriek tomu sa podarilo ostatným ženám v tábore zmobilizovať a potajme prepašovať cez násilne otvorené okná trochu potravín (4). Správanie poľských žien si vyslúžilo u ostatných väzenkýň veľký obdiv.

Väzenkyne získali podporu celého sveta

Správy o neľudskom zaobchádzaní a pseudopokusoch väzenských lekárov na poľských ženách sa dostali na verejnosť. O situácii informoval londýnsky rozhlas. Vedenie tábora zvýšilo opatrenia, celý blok bol podrobený neustálym prehliadkam a často trestaný. Do tábora začali operovaným prichádzať balíčky z rôznych krajín s potravinami, čo im uľahčilo prežívanie. V doručených listoch sa im dostávalo na diaľku ďalšej morálnej podpory (4).

V roku 1944 sa však začala situácia v tábore príchodom nových transportov dramaticky zhoršovať. Šírili sa epidémie, keďže kanalizácia projektovaná na nižšie počty neplnila svoj účel. Tábor sužoval mučivý hlad, niektoré zúfale ženy sa tak so zaníkaním posledných zvyškov ľudskosti vrhali na kotle s polievkou. Na konci januára 1945 bola situácia v tábore mimoriadne napätá. Velenie sa snažilo sústrediť a zbaviť všetkých operovaných žien, aby nemohli po vojne svedčiť proti zločinom na ľudskosti. Niektorým operovaným sa podarilo vďaka solidarite ostatných väznených z tábora utiecť, ďalšie sa skrývali po iných blokoch. Napriek snahe dozorcov sa vďaka mobilite žien všetkých národností darilo v tábore operovaným skrývať a meniť identitu. Vzhľadom na problémy s chôdzou, prítomnosť deformít a jaziev, si situácia vyžadovala nadmerné úsilie a sústreďenie (4).

Krátka existencia plynovej komory

V tom istom roku bola v tábore narýchlo vybudovaná plynová komora a s ňou prišli hrozné selekcie. Telá obetí spo-

polňovali v krematóriu (obr. 3). Najprv boli vybrané ženy z nemocničných blokov, ktoré mali tuberkulózu alebo týfus, potom všetky nezamestnané ženy nad 50 rokov so známami únavy, kŕčovými žilami a šedivými vlasmi. Zlikvidované mali byť aj ženy, na ktorých sa robili pokusné operácie. Plynovú komoru narýchlo zbúrali pred príchodom Medzinárodného červeného kríža (3).

Medicínske experimenty v Ravensbrücku spôsobili obetiam ťažkú psychickú a fyzickú ujmu. Niektoré väzenkyne zomreli v mučivých bolestiach na následky neľudského zaobchádzania pri lekárskejších pokusoch. Po skončení vojny sa počas Norimberského procesu s lekármi súdili najväčší trýznitelia obetí koncentračných táborov. Vymerané tresty ale nedokázali prinavrátiť zdravie ani životy zmrzačených žien.

Zdroje

1. STEHLÍK, E. 2012. Lidice. Příběh české vsi. 1. vyd. Praha: V RÁJ, 2012. s. 104 – 107. ISBN 80-86758-13-3.
2. FEDOROVÍČ, T. 2011. Ravenbrück. [online]. [cit.2016-03-28]. Dostupné na internete: <http://www.holocaust.cz/dejiny/koncentracni-tabory-a-ghetta/ravensbrueck/>
3. SKLENIČKOVÁ, J. 2012. Jako chlapce by mně zastřelili... Nymburk: VEGA-L, 2012. s. 68 – 103. ISBN 978-80-87275-54-2.
4. PÓŁTAWSKÁ, W. 2012. A bojím se snů. Praha: Paulínky, 2012. 255 s. ISBN 978-80-7450-071-8.
5. LESZCZYŃSKI, K. 1960. Experimental Operations On Prisoners of Ravensbrück Concentration Camp. In Studies and Monographies. [online]. [cit.2016-04-01]. Dostupné na internete: <http://individual.utoronto.ca/jarekg/Ravensbruck/Experiments.html>

Kontakt na autorku

PhDr. Andrea Ševčovičová
Prešovská univerzita v Prešove
Fakulta zdravotníckych odborov
Partizánska 1
08001 Prešov
ada.sevcovicova@gmail.com

PAVOL ŠVEC^{1,2}, TOMÁŠ GLAC^{1,2}, DANA STREITOVÁ^{2,3,4}, MILAN MAJEK⁵

¹ Klinika anestéziológie, resuscitácie a intenzívnej medicíny Fakultnej nemocnice Ostrava, 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava Poruba, Česká republika

² Transplantačné centrum Fakultnej nemocnice Ostrava, 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava Poruba, Česká republika

³ Centrálné operačné sály Fakultnej nemocnice Ostrava, 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava Poruba, Česká republika

⁴ Katedra intenzívnej medicíny, urgentnej medicíny a forenzných odborov, Lekárska fakulta Ostravskej univerzity v Ostrave, Dvořákova 7, 701 03 Ostrava, Česká republika

⁵ Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych a odborných štúdií, SZU Bratislava, Limbová 12, 833 03 Bratislava, Slovenská republika

Abstrakt

Transplantačná medicína v Českej republike je na veľmi vysokej úrovni. Odbery orgánov a ich následná transplantácia prebieha v siedmich republikových centrách. Niektoré z nich majú špeciálny transplantáčny program. Celý proces je riadený a kontrolovaný Koordinačným strediskom transplantácií v Prahe. V ČR sú realizované odbery orgánov od dvoch skupín mŕtvych darcov, a to darcov s preukázanou ireverzibilnou stratou funkcií v celom mozgu, vrátane mozgového kmeňa, a od darcov s preukázaním nezvratnej zástavy krvného obehu. Počty darcov orgánov sú v Českej republike na porovnateľnej úrovni s vyspelými štátmi, i keď počty pacientov na čakacej listine preyšujú počty darcov a orgánov vhodných k transplantácii. Preto sa hľadajú možnosti, ako zvýšiť počty darcov, a tým pádom i zvýšiť počty transplantácií.

Kľúčové slova

Transplantačná medicína. Transplantácia. Darca orgánov. Transplantačné centrum. Smrť mozgu.

Abstract

Transplantation medicine in the Czech republic is very high level. Subscriptions organs and transplantations take place in seven republican centers. Some of them have special transplantation program. The entire process is controlled and supervised by the Coordination Centre in Prague. In the Czech Republic are realized donations of organs from deceased donors two groups and donors with evidence of irreversible loss

of function of the entire brain, including the brainstem and from donors with the evidence of irreversible collateral circulation. The numbers of organ donors in the Czech Republic at a level comparable with developed countries, although the number of patients on the waiting list exceeds the number of donors and organs suitable for transplantation. There are possibilities to increase the number of donors and thus increase the number of transplants.

Keywords

Transplantation medicine. Transplantation. Organ donation. Transplantation centre. Brain death.

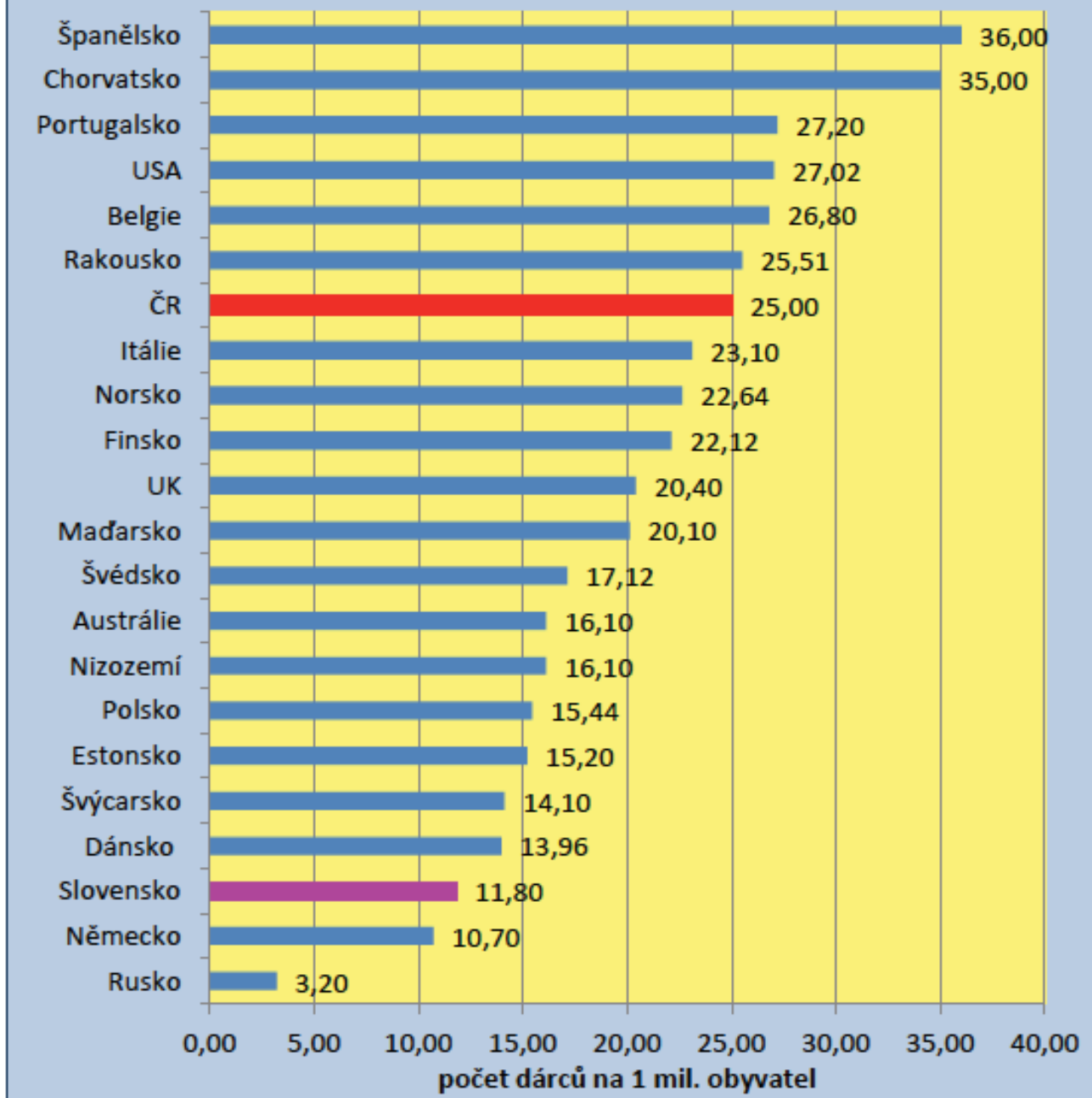
Transplantácia orgánov je moderná liečebná metóda náhrady funkcie poškodených orgánov a dá sa považovať za jeden z najvýznamnejších úspechov medicíny. V Európe je zaradených na čakacej listine viac než 50 000 ľudí. Každým dňom umiera 12 z nich, pretože nie je k dispozícii vhodný orgán. Transplantačná medicína je v ČR na veľmi vysokej úrovni. Je to jednak vďaka hustej sieti transplantáčnych centier, tak i špecializáciou niektorých týchto pracovísk. V súčasnej dobe funguje v ČR 7 transplantáčnych centier (ďalej len TxC), a to Transplantačné centrum FN v Motole, Transplantcentrum IKEM, Centrum kardiovaskulárnej a transplantáčnej chirurgie Brno, Transplantačné centrum FN v Plzni, Transplantačné centrum pri Urologickej klinike FN Hradec Králové, Transplantačné centrum FN Olomouc, Transplantačné centrum FN Ostrava. Každé z týchto centier má

určenú spádovú oblasť tzv. darcovských nemocníc, ktoré majú zo zákona povinnosť informovať príslušné transplantáčné centrum o možnom darcovi orgánov (1). Tieto centrá vykonávajú ako transplantáčnú, tak odberovú aktivitu. V siedmich českých regionálnych transplantáčnych centrách sú vykonávané odbery a transplantácie obličiek od mŕtvych, ale aj od živých darcov. Transplantácie obličiek detských pacientov sú vykonávané iba v TxC FN v Motole. Transplantácie ostatných orgánov sú doménou špecializovaných transplantáčnych centier. Transplantácie pľúc sú vykonávané iba v TxC FN v Motole, srdce a pečeň sú transplantované v TxC IKEM a CKTCH Brno, pankreas a tenké črevo sú transplantované iba v TxC IKEM.

Transplantačný program v ČR je organizovaný Koordinačným strediskom transplantácií (ďalej len KST) v Prahe. Pracovnou náplňou KST je zaistenie a koordinácia transplantácií orgánov, komunikácia medzi transplantáčnymi centrami, starostlivosť o čakaciu listinu, vedenie registra (národný register osôb čakajúcich na transplantáciu, národný register darcov tkanív a orgánov, národný register uskutočnených transplantácií tkanív a orgánov), informačnú činnosť, medzinárodnú spoluprácu. Činnosť KST zaisťujú koordinátorky, ktoré sú dostupné 24 hodín denne. (2)

Celý program sa v Českej republike riadi tzv. Transplantačným zákonom (Z č. 285/2002 Sb., ktorý bol novelizovaný Z č. 44/2013 Sb.). Z neho vychádzajú základné princípy, ako je platnosť predpokladaného súhlasu. Výnimku tvoria

zemrelí dárca orgánů za rok 2014



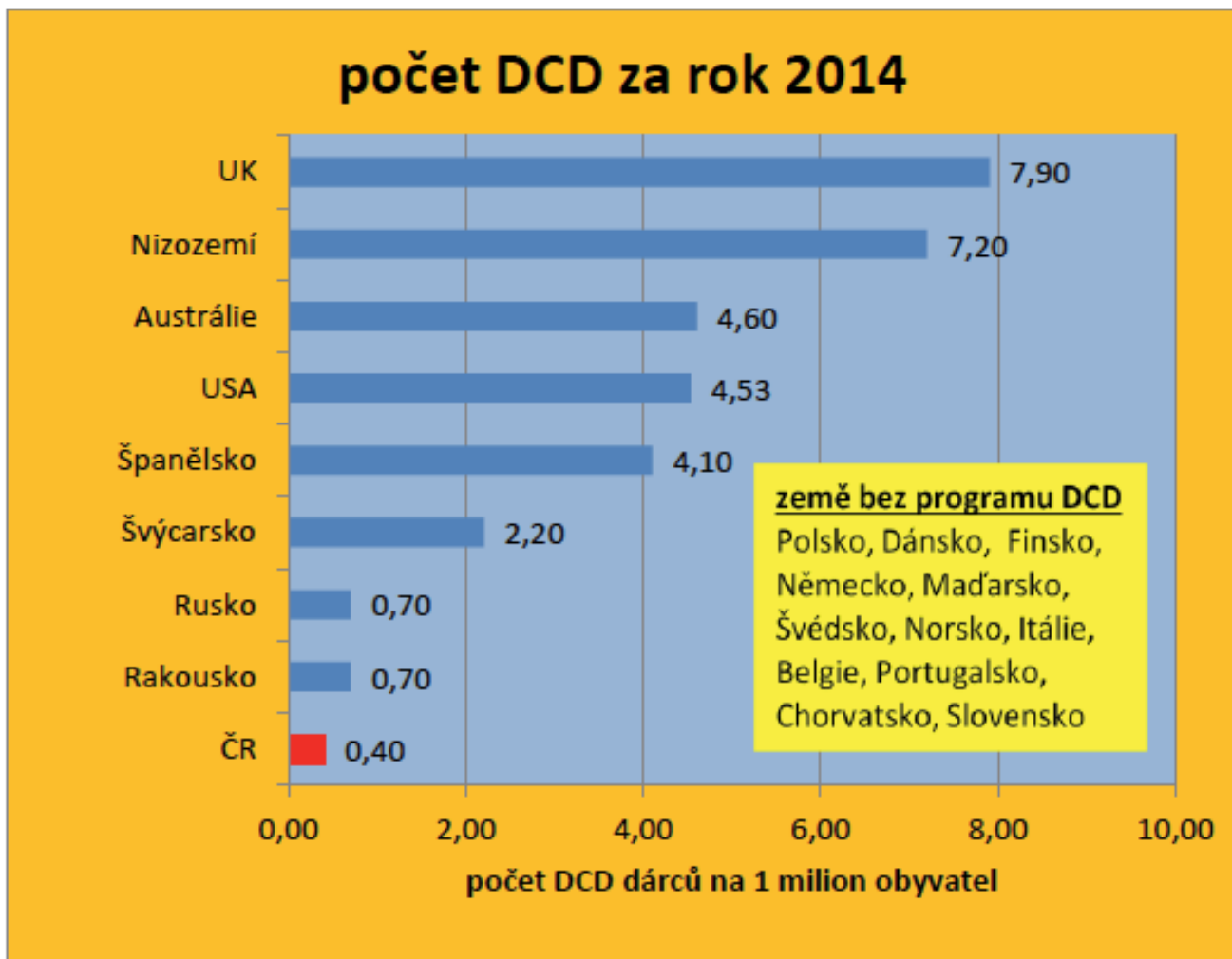
Graf 1 - Počet darcov za rok 2014

iba neplnoleté a nesvojprávne osoby, u ktorých musí vyjadriť súhlas (čiže vzdať sa vyslovenia nesúhlasu) zákonný zástupca. Možnosť vyjadriť nesúhlas s posmrtným odberom orgánov a tkanív majú občania ČR tak, že sa počas svojho života môžu registrovať v Národnom registri osôb odmietajúcich posmrtný odber tkanív a orgánov (ďalej len NROD), alebo tak môžu spraviť v zdravotníckom zariadení, ktoré má povinnosť túto informáciu predať do vyššie uvedeného registra. Protokol o tom, či je potenciálny darca registrovaný v NROD je súčasťou

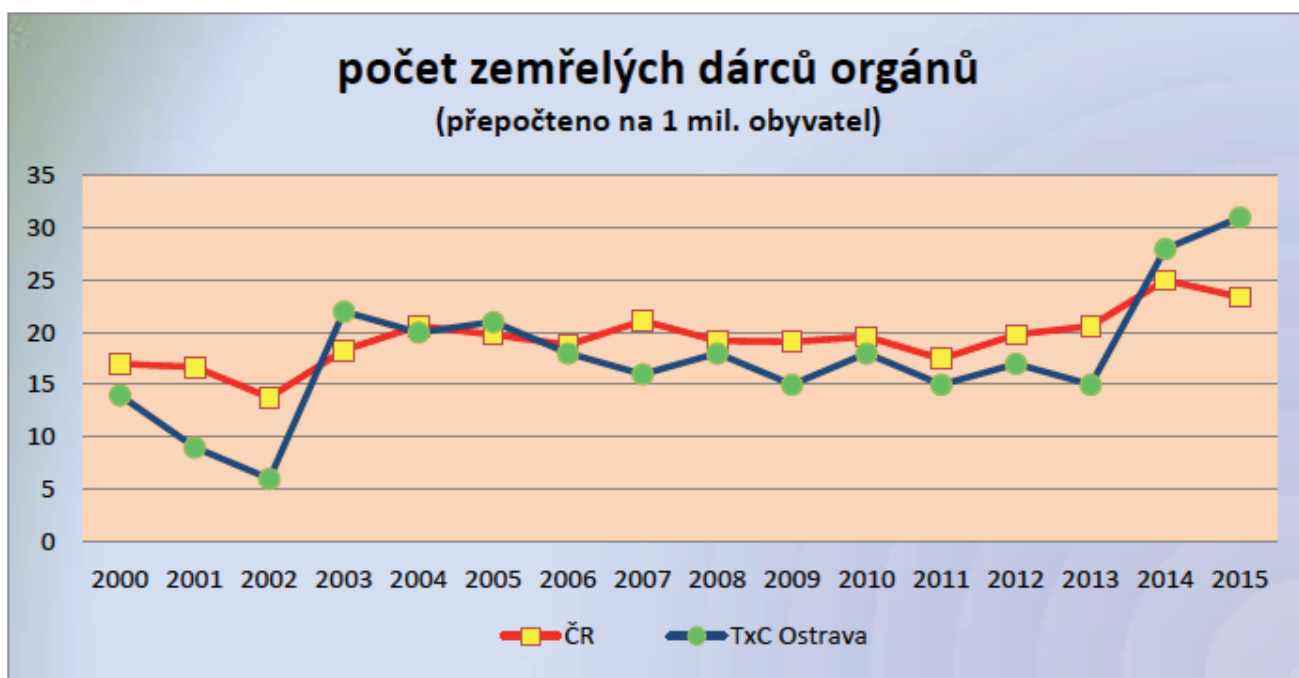
dokumentácie darcu. V prípade darcu príslušníka iného štátu sa postupuje v princípe súhlasu/nesúhlasu daného štátu, odkiaľ darca pochádza. V týchto prípadoch koordinátorka KST zaisťuje komunikáciu s príslušnou ambasádou, či zastupiteľským úradom štátu, ktorého je darca občanom. S touto problematikou sa spája i zákonná povinnosť ošetrojúceho lekára oznámiť vhodným spôsobom osobám blízkym darcovi predpokladanú možnosť odberu orgánov. A to za podmienok, že určená osoba prejavuje záujem o pacienta a pacient za svoj-

ho života preukázateľným spôsobom nevyslovil zákaz podávania informácii o svojom zdravotnom stave. Všetky informácie musia byť podávané tak, aby bola rešpektovaná anonymita medzi darcom a príjemcom tak, aby nemohlo dôjsť k uplatneniu žiadnych nárokov medzi darcom, pozostalými a príjemcami.

Ďalšími zákonnými princípmi sú vylúčenie odberu orgánov od osoby bez známej identifikácie. Ďalej zákon ukladá, aby na tele mŕtveho, u ktorého bol vykonaný odber orgánov, bola vykonaná



Graf 2 - Počet DCD za rok 2014



Graf 3 - Počet dárců v ČR - Ostrava

pitva. Pokiaľ smrť nastala za nejasných okolností alebo násilným spôsobom, vrátane samovraždy alebo vraždy, je možné uskutočniť odber orgánov iba za predpokladu, že nebude zmarený účel a výsledok pitvy. Samozrejmosťou je i zákaz finančného prospechu alebo iných výhod a obchodovanie s tkanivami a orgánmi.

Zákon umožňuje vykonať odber orgánov od darcov s preukázanou stratou funkcie celého mozgu, vrátane mozgového kmeňa, tzv. darcu so smrťou mozgu (DBD – donor after brain death), a od darcov s nevratnou zástavou krvného obehu, tzv. darcu s nebijúcim srdcom (DCD – donor after cardiac death). U oboch skupín darcov musí byť vykonané posúdenie zdravotnej spôsobilosti potenciálneho darcu orgánov, musia byť vykonané predpísané vyšetrenia, ako je napr. biochemické vyšetrenie séra, biochemické vyšetrenie moču, hematologické vyšetrenie krvi, stanovenie krvnej skupiny, virologicko-serologické vyšetrenie krvi (HIV, BWR, HBsAg, HCV, CMV IgG, CMV IgM, antiHbc total). Ďalej sú vykonané niektoré vyšetrenia k posúdeniu prípadnej patológie orgánov, a to EKG, RTG S+P, ECHO vyšetrenie, ultrazvukové vyšetrenie dutiny brušnej, poprípade bronchoskopia, či koronarografia (2).

Samotné zistenie smrti musí byť vždy vykonané najmenej dvoma k tomu odborne spôsobilými lekármi, ktorí darcu vyšetria nezávisle od seba. Toto vyšetrenie je zaznamenané do Protokolu o zistení smrti, ktorý je neoddeliteľnou súčasťou zdravotníckej dokumentácie. U darcu so smrťou mozgu je to klinické vyšetrenie vykonané ošetrojúcim lekárom a neurológom/neurochirurgom s následným vyšetrením vedúcim k potvrdeniu nezvratnosti klinických známkov smrti mozgu. K inštrumentálnemu potvrdeniu môže byť použitá jedna z nasledujúcich metód: angiografia mozgových tepien, mozgová perfúzna scintigrafia, vyšetrenie sluchových kmeňových evokovaných potenciálov, transkraniálna dopplerovská sonografia alebo CT angiografia. Po vykonanom inštrumentálnom vyšetrení sa opäť stretávajú obaja lekári, ktorí potenciálneho darcu klinicky vyšetrujú, a na základe výsledku vyššie uvedeného vyšetrenia stanovujú smrť. V prípade

zistenia smrti na podklade nezvratnej zástavy krvného obehu, je smrť zisťovaná opäť dvoma k tomu odborne spôsobilými lekármi.

Po zistení srdcovej zástavy je dodržaný tzv. non-touch interval 5 minút, ktorým je splnené kritérium nezvratnosti zástavy obehu (pri absencii KPR po 90 sekundách už neboli popísané prípady autoresuscitácie). Po uplynutí non-touch intervalu je verifikovaná nezvratná zástava krvného obehu preukázaním dvoch z troch kritérií, a to preukázané zistenie absencie organizovanej elektrickej aktivity na EKG, preukázané zistenie absencie pulzovej krivky pri invazívnom monitoringu TK, preukázané zistenie absencie mechanickej aktivity pri ultrazvukovom vyšetrení srdca (nálež globálnej akinézie ľavej komory, absencie separácie cípu aortálnej chlopne). Po tejto verifikácii je pacient označený za mŕtveho a je predaný s podpísaným Protokolom o zistení smrti odberovému tímu k vykonaniu odberu orgánov (1). Z pohľadu zákona lekári, ktorí zisťujú smrť, sa nesmú zúčastniť odberu orgánov ani transplantácie a ani byť ošetrojúcimi lekármi uvažovaného príjemcu týchto orgánov.

V ČR žije asi 7.000 ľudí s transplantovaným orgánom. Celosvetovo je vážny nedostatok orgánov vhodných k transplantácii (1). Graf 1 zobrazuje situáciu v počte mŕtvych darcov orgánov prepočítaných na 1 milión obyvateľov v jednotlivých štátoch za rok 2014. V roku 2015 bolo v ČR celkovo 246 mŕtvych darcov, z toho 238 bolo darcov s diagnózou mozgovej smrti, 8 pacientov bolo s diagnózou nezvratnej zástavy krvného obehu, tzv. DCD. Počty darcov DCD sú znázornené na grafe 2. Všetky štáty stále hľadajú možnosti ako zvýšiť počty darcov orgánov, buď aktívnym vyhľadávaním potenciálnych darcov na lôžkach ICU, pozitívnu medializáciou transplantáčného programu, zavedením explantačných poplatkov, medzinárodnou výmenou orgánov, programami dominotransplantácií a pod. (2). Významnou nádejou pre pacientov čakajúcich na waiting liste môžu byť i transplantácie obličiek od žijúcich darcov, programy párových výmien a iné. V roku 2014 bolo v Českej republike 65 žijúcich darcov obličiek a v roku 2015 došlo k poklesu na 53 žijúcich darcov

obličiek. V roku 2013 bol novelizovaný tzv. Transplantačný zákon, vďaka nemu je možné v ČR vykonávať odbery orgánov i od darcov cudzích štátnych príslušností, za rešpektovania prístupu k darcovstvu daného štátu. Ďalej novela zaviedla finančný príspevok pozostalým darcov orgánov a finančnú kompenzáciu ušlého zárobku žijúcim darcom. Zvýšenie počtu potenciálnych darcov môže byť dosiahnuté dôsledným vyžadovaním povinnosti zdravotníckych zariadení (tzv. darcovských nemocníc) – zákonná povinnosť zdravotníckych zariadení bezodkladne informovať príslušné transplantáčné centrum o potenciálnom darcovi orgánov.

Transplantačné centrum Ostrava vzniklo v r. 1992 a je najmladšie zo siedmich republikových centier. Vykonáva sa tu organizácia a realizácia multiorgánových odberov (v spolupráci s externými tímami), tiež i transplantácie obličiek (od mŕtvych i živých darcov). Unikátom pracoviska sú transplantácie detských kadaverózných obličiek en-bloc dospelým príjemcom (2). Od roku 2015, kedy boli zakúpené do TxC Ostrava dva prístroje pre pulzatilnú perfúziu odobraných obličiek (LifePort Kydney Transporter), bola činnosť rozšírená o program odberu obličiek od darcov po preukázaní nezvratnej zástavy krvného obehu. Od zahájenia programu odberu obličiek od DCD v januári roku 2015 boli vykonané celkom 4 odbery od DCD darcov. Činnosť TxC Ostrava je znázornená na grafe 3, kde sú porovnané počty darcov (prepočítané na 1 milión obyvateľov) s celorepublikovým priemerom.

Zdroje

1. KIESLICOVÁ, Eva. *Dárci orgánů*. Praha: Maxdorf, 2015, 334 stran. Jessenius. ISBN 978-80-7345-451-7.
2. GLAC, Tomáš. *Transplantace orgánů - role transplantáčního koordinátora*. Ostrava, 2011. Bakalářská práce. Ostravská univerzita v Ostravě. Vedoucí práce PhDr. Renáta Zoubková.

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...
05. - 06. 05. 2016	Sliach	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
02. – 03. 06. 2016	Zemplínska Šírava	VIII. SYMPÓZIUM NEUROLÓGOV A NEUROCHIRURGOV
03. - 04. 06. 2016	Košice	VII. Celoslovenská konferencia sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek, VI. ročník dňa ambulantných 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
24. 09. 2016	Poprad	Podtatranská konferencia ambulantných lekárov a sestier 2016
07. - 08. 10. 2016	Trnava	XIX. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v ORL s medzinárodnou účasťou



Tu môže byť Vaša
reklama

viac na
www.sksapa.sk

KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S ARTÉRIOVOU HYPERTENZIOU

THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

KATARÍNA ILAVSKÁ¹, SILVIA PUTEKOVÁ², OLGA KABÁTOVÁ², JANA MARTINKOVÁ²

¹Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Fakultná nemocnica Trnava

²Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

Abstrakt

Cieľ: cieľom výskumu bolo zistiť kvalitu života pacientov s artériovou hypertenziou vzhľadom k veku, pohlaviu a hodnotám Body mass indexu.

Metodika: výskumný súbor tvorilo 95 respondentov vo veku od 25 – 78 rokov, z toho 46,32 % žien a 53,68 % mužov. Pacienti boli dispenzarizovaní na internej a kardiologickej ambulancii v Banskej Bystrici. Kvantitatívny výskum bol realizovaný pomocou štandardizovaného dotazníka kvality života SF 36. Kvalita života bola vypočítaná aritmetickým priemerom z jednotlivých dimenzií, ktoré tvorili dotazník SF 36 a vplyv vybraných premenných na kvalitu života pacientov s AH bol overovaný permutačným ANOVA – testom. **Výsledky:** na základe štatistických výpočtov sme zistili, že existuje rozdiel v kvalite života vzhľadom na pohlavie a hodnoty BMI indexu.

Záver: jedným zo spôsobov komplexného posúdenia zdravotného stavu pacienta je hodnotenie kvality života. V rámci hypertenzie hodnotenie kvality života pomáha v individualizácii liečby a zvyšuje jej účinnosť.

Kľúčové slová

Kvalita života. Artériová hypertenzia. Dotazník SF 36. Pacient.

Abstract

Objective: the objective of the research was to determine the quality of life of hypertensive patients with respect to age, sex and body mass index.

Methods: the sample consisted of 95 respondents aged 25-78 years, of which 46.32% women and 53.68%

men. Patients were followed on at the internal and cardiological clinic in Banská Bystrica. Quantitative research was conducted using a standardized quality of life questionnaire SF 36. Quality of life was calculated as average of various dimensions, which formed the SF 36 and the effect of selected variables on the quality of life of patients with AH was verified permutation ANOVA - test. **Results:** based on statistical calculation, we found that there is a difference in quality of life according to gender and BMI index.

Conclusion: one way of comprehensive health assessment of the patient's assessment of the quality of life. Within hypertension evaluation of the quality of life, it helps individualize treatment and enhance its efficiency.

Key words

Quality of life. Arterial hypertension, The SF 36. Patient.

Úvod

Pojem kvalita života je v poslednom desaťročí pomerne často diskutovaný a používa sa ako v laickom, tak aj v politickom a odbornom slovníku. Slovné spojenie kvalita života si osvojili mnohé vedné odbory a je spájané s najrozličnejšími prívlastkami. Zároveň môžeme povedať, že je to pojem, ktorý je veľmi kontroverzný a ťažko uchopiteľný. Prvé výskumy kvality života sa dostali do povedomia verejnosti okolo roku 1960, ale záujem o tento fenomén je možné sledovať už oveľa skôr (1). Bailegová (2) odkazuje, že dôležitým je aj aristotelovské kategoriálne označenie kvalita, ktoré je v európskej filozofii naj-

všeobecnejším pomenovaním pre objektívne existujúcu jednotu podstatných vecí, prejavujúcu sa v zhodách a rozdieloch medzi inými vecami. Chápanie obsahu pojmu kvalita života je nutné chápať aj interdisciplinárne, o čom svedčí fakt, že dnes sa týmto pojmom zaoberajú disciplíny ako psychológia, antropológia, ekonomika, politológia, etika a iné. Diskutovaným pojmom je aj multidimenzionálnosť, to znamená, že je to pojem s veľkým množstvom významových dimenzií. Pod tento pojem je možné zahrnúť okrem materiálneho chápania, psychologického, kultúrne antropologického aj morálne chápanie, sociálne či sociologické. Netreba však vynechať dimenziu medicínskeho chápania (3). Kontroverznosťou fenoménu kvality života tkvie v tom, že neexistuje a je možné, že ani existovať nebude všeobecne prijatá definícia kvality života a neexistuje zatiaľ ani žiadny jednoznačný koncept tohto pojmu. Zdravý človek si neuvedomuje, čo znamená ochorenie artériová hypertenzia (AH) pre pacienta a ako ovplyvňuje jeho kvalitu života. Odporúčania Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) a Medzinárodnej spoločnosti pre hypertenziu z roku 1999 definujú hypertenziu ako hodnotu STK >140 mmHg a hodnotu DTK > 90 mmHg (4). Štatistiky SZO uvádzajú, že len v roku 2003 takmer 17 miliónov ľudí zomrelo na chronické ochorenia srdca. Z toho na ischemické choroby zomrelo 40 %, na choroby podmienené artériovou hypertenziou 20 % a na cievne choroby mozgu 33 % ľudí (5). Slovensko patrí stále medzi krajiny s nelichotivo vysokým výskytom ochorení srdca a ciev,

s úmrtnosťou 2,5-násobne vyššou, ako je vo väčšine krajín vyspelej Európy. Príčina tohto nepriaznivého stavu je pomerne jednoduchá. 9 z 10 občanov na Slovensku má minimálne jeden, pričom väčšina z nich má až 2-3 závažné rizikové faktory. Medzi rizikové faktory, ktoré vieme ovplyvniť, patrí: nadváha a obezita, zvýšený príjem soli, príjem alkoholu, fajčenie, fyzická inaktivita, stres, diabetes mellitus. A medzi faktory, ktoré nevieme ovplyvniť, patrí: rasa, genetická predispozícia a vyšší vek. Dosahovanie priaznivých parametrov pre krvný tlak, cholesterol a hmotnosť je veľmi problematické. Ochorenie AH vážne zasahuje do života pacienta. Napriek prístupnosti k informáciám, veľa pacientov vyhľadá lekársku pomoc veľmi neskoro. Pacienti často podceňujú varovné príznaky a zároveň vedú život plný stresu, nevykonávajú športové aktivity a stravujú sa nezdravo. Situácia na Slovensku poukazuje na dôsledky dopadu chorôb obehovej sústavy, ktoré sú závažné pre zníženú kvalitu života, chronický priebeh a dlhodobé vysoké náklady na liečbu.

Materiál a metodika

Cieľom výskumu bolo porovnať kvalitu života pacientov s AH vzhľadom na vek, pohlavie a hodnoty Body Mass Indexu (BMI). Na základe cieľa boli stanovené 3 hlavné hypotézy: H1: Existuje vzťah medzi pohlavím a kvalitou života; H2: Existuje rozdiel v kvalite života u pacientov s AH vzhľadom na vek a hypotéza H3: Existuje rozdiel v kvalite života u pacientov vzhľadom k BMI. Hypotézy boli doplnené o podhypotézy, ktoré predstavovali subfaktory (fyzické funkcie, emocionálna rola, fyzická rola, telesná bolesť, duševné zdravie, sociálne fungovanie, vitalita, celkový zdravotný stav) ovplyvňujúce kvalitu života. Výber súboru respondentov bol zámerný. Hlavným kritériom pre výber respondentov bola diagnostikovaná AH, liečenie pacientov a ich evidencia v dispenzári ambulancií. Dotazník bol určený pre respondentov oboch pohlaví od 18 rokov. Skúmaní pacienti sa liečili v ambulancii starostlivosti na internej a kardiologickej ambulancii polikliniky Novamed v Banskej Bystrici. Výskumný súbor tvorilo 95 respondentov. Na me-

ranie zdravím ovplyvnenú kvalitu života bol vyvinutý celý rad inštrumentov, väčšinou dotazníkového typu. Za „zlatý štandard“ v tejto oblasti je považovaný dotazník SF 36, ktorý je všeobecne zameraný a je odporúčaný predovšetkým na zisťovanie dopadu farmakoterapie na kvalitu života pacientov (6). Preto sme pre náš výskum zvolili práve dotazník SF 36.

Dotazník SF 36 obsahoval 36 otázok zahŕňujúcich výberovú škálu ôsmich okruhov, tak ako to uvádza Vaňášková (7):

- Obmedzenie fyzických aktivít v dôsledku zdravotných problémov – physical functioning (PH).
- Obmedzenie sociálnych aktivít v dôsledku emocionálnych problémov – role emotional (RE).
- Obmedzenie obvyklých činností v dôsledku fyzických zdravotných problémov – role physical (RP).
- Bolesť – bodily pain (BP).
- Všeobecné mentálne zdravie, psychologické poruchy – mental health (MH).
- Obmedzenie v bežných aktivitách v dôsledku fyzických a emocionálnych problémov – social functioning (SF).
- Vitalitu – vitality (VF).
- Všeobecné hodnotenie zdravotného stavu – general health (GH).
- Reported Health Transition (HT).

Týchto osem kategórií bolo zhrnutých do 2 dimenzií: celkové fyzické zdravie (PCS - physical component summary) a celkové psychické zdravie (MCS - mental component summary). Termín distribúcie dotazníkov v ambulanciách prebiehal v mesiacoch október 2014 až január 2015. Anonymný dotazník bol rozdeľovaný medzi pacientami prostredníctvom sestier pracujúcich v ambulanciách. Odpovede respondentov boli spracované v programe MS Excel 2007. Na spracovanie hypotéz sme použili permutačný ANOVA – test. Kvalitu života sme vypočítali aritmetickým priemerom z jednotlivých dimenzií, ktoré tvorili dotazník SF 36. Nižšie skóre indexu kvality života ako 50 nám signalizuje horšiu kvalitu života a skóre bližšie ku 100 lepšiu kvalitu života (8).

Výsledky

Celkový výskumný súbor tvorilo 95 respondentov vo veku od 25 – 78 rokov, z toho 46,32 % žien a 53,68 % mužov. Na základe veku boli respondenti rozdelení do 6 kategórií, a to v rozmedzí 10 rokov. Najviac respondentov bolo vo veku od 41 do 50 rokov (28,42 %), druhú najväčšiu kategóriu vytvorila veková kategória 51 - 60 rokov, kde bolo 26,32 % respondentov. Najmladší pacient s AH, ktorý sa zúčastnil výskumu, mal 25 rokov a najstarší 78 rokov, priemerný vek respondentov predstavoval 50 rokov. Zo zistených údajov o výške a váhe bol vypočítaný BMI index. Zistili sme, že ani jeden z pacientov netrpel podvýživou, normálnu telesnú hmotnosť malo 21 respondentov, nadhmotnosť 43 respondentov, obezitou 1. stupňa trpelo 23 respondentov, obezita 2. stupňa bola zistená u 6 respondentov a obezita 3. stupňa sa vyskytla u 2 respondentov.

Po vyhodnotení jednotlivých dimenzií bolo vypočítané PCS a MCS, ktorých hodnoty sú uvedené v tabuľke 1. Na základe zistených hodnôt bolo vyvedené celkové zdravie, resp. kvalita života. PCS v priemere dosiahlo hodnoty $69,22 \pm 17,15$ a MCS $69,80 \pm 18,67$. Index celkového zdravia alebo kvality života SF 36 dosiahol hodnoty v priemere $72 \pm 8,55$, čo indikuje kvalitu života ako lepšiu.

V našom výskume boli stanovené hypotézy, ktorými sme chceli overiť, či existuje vzťah medzi kvalitou života a pohlavím, či sú rozdiely v kvalite života vzhľadom na vek a zároveň sme sa pokúšali zistiť rozdiely v kvalite života vzhľadom na hodnoty BMI.

Vzťah medzi kvalitou života a pohlavím

Hypotéza H₁ bola na základe zistených výsledkov prijatá. Rozdiel, ktorý sa štatisticky preukázal, bol rozdiel v subfaktoroch, a to v úrovni bolesti medzi mužmi a ženami, kde sa predpokladalo, že úroveň bolesti je rovnaká u mužov aj u žien. Táto podhypotéza bola zamietnutá. Test preukázal, že úroveň bolesti je väčšia u žien.

Pohlavie	Muži	Ženy
PCS	68	32
MCS	144	68

PCS - celkové fyzické zdravie, MCS - celkové mentálne zdravie.

Tab. 1 Hodnoty PCS a MCS

Vzťah medzi kvalitou života a vekom

Hypotéza H_2 bola zamietnutá. Zároveň sme zamietli aj podhypotézy, ktoré skúmali subfaktory kvality života. Ani v jednej podhypotéze nevyšiel štatisticky významný rozdiel (p -value: 0,36303 – p -value: 0,99865).

Vzťah medzi kvalitou života a hodnotami BMI

V tretej hypotéze H_3 sme overovali, či existuje rozdiel v kvalite života u pacientov, ktorí majú vyššie hodnoty BMI, ako u pacientov, ktorí majú nižšie hodnoty BMI a liečia sa na AH. BMI sme rozdelili na dve skupiny. Prvú skupinu tvorili pacienti s BMI do 25, to znamená s normálnou váhou. Druhú skupinu tvorili pacienti s vyšším BMI ako 30, to znamená obezitu prvého a druhého stupňa. Z 95 respondentov malo 22 normálnu váhu a až 73 pacientov malo obezitu 1. a 2. stupňa. Vyhodnotenie hypotézy potvrdilo, že je významný rozdiel v kvalite života medzi respondentmi s nižším a vyšším BMI. Celkový index kvality zdravia nám vyšiel 69 u žien a 69,9 u mužov, čo nám indikuje lepšiu kvalitu života.

Diskusia

Arteriálna hypertenzia je jedným z najčastejších sa vyskytujúcich chronických ochorení a je jednou z hlavných príčin morbidita a mortality na celom svete. Včasná detekcia AH umožňuje zaviesť vhodnú terapiu, a tým prispieť k redukcii jej komplikácií, k lepšej prognóze, či k zlepšeniu samotnej kvality života pacientov. Vo vekovej skupine 30 – 44 rokov majú ženy typicky nižší systolický tlak krvi (TK) než muži. Systolický TK narastá s vekom prudšie u žien ako u mužov, čo znamená, že vo veku \geq 60 rokov majú ženy vyšší TK a väčšiu prevalenciu hypertenzie.) Nižšia kvalita života u žien, a to nielen s AH,

ale aj s inými srdcovými chorobami, je popisovaná vo viacerých štúdiách (9, 10). Kontinuálny vzťah medzi TK a kardiovaskulárnym ochorením je rovnaký u žien i mužov (11). Podľa štúdie Hochleitnera (12) strach zo smrti uvádza až 71,6 % žien a 55,3 % mužov z 253 pacientov, ktorí sa danej štúdie zúčastnili. Obmedzenie činností v domácnosti uviedlo 87,5 % žien a 30 % mužov, obmedzenie v sexuálnom živote uviedlo 20,3 % žien a 58,7 % mužov. Na základe výsledkov nášho výskumu sme dospeli k záveru, že rozdiel medzi kvalitou života mužov a žien s AH je značný v oblasti pociťovania bolesti. Zaujímavú súvislosť s pociťovaním bolesti zistili Zygmuntowicz et al. (13), ktorí píše, že fyzická bolesť bola horšia u pacientov s nedostatočne kontrolovaným krvným tlakom a s dlhším trvaním liečby hypertenzie. Podľa Jayasingheho (14) s rastúcim vekom klesá skóre PCS pre mužov a ženy. MCS skóre sa však vekom u žien zvyšuje. Celkové PCS skóre pre mužských pacientov bolo v uvedenej štúdiu 43,0 a ženských 42,3, podobné bolo aj MCS skóre: 50 u mužov a 48,3 u žien. Klocek, Kawecka-Jaszcz (15) na základe svojej štúdie tvrdia, že kvalita života u žien je nižšia ako u mužov, a to bez ohľadu na prítomnosť arteriálnej hypertenzie. V našom výskume dosiahli ženy hodnoty pre PCS 68,6 a MCS 69,4. U mužov boli tieto hodnoty nasledovné PCS 69,8 a MCS 70. Z uvedených výsledkov vyplýva, že nie sú významné rozdiely PCS a MCS medzi ženským a mužským pohlavím. Ďalší overovaný vzťah, ktorý sme v našej štúdiu zisťovali, bol vzťah medzi vekom a kvalitou života. Tento vzťah sa nepotvrdil. V porovnaní so štúdiou Jayasingheho (14) mali mladší muži (< 39 rokov) lepšie fyzické zdravie ako starší muži (> 59 rokov) a staršie ženy mali tendenciu mať lepšie duševné zdravie

ako mladšie ženy. Klocek, Kawecka-Jaszcz (15) píše, že kvalita života sa znižuje s vekom, a to ako s hypertenziou, tak s normotenziou. Uvedení autori tiež zistili, že u mužov s hypertenziou je trend smerom k lepšej kvalite života nad 65 rokov veku na rozdiel od žien rovnakého veku, u ktorých je kvalita života horšia. Mnohé vedecké články a publikácie dokumentujú, že jedným z faktorov, ktoré výrazne zhoršujú kvalitu života, je obezita. Tento fakt potvrdil i náš výskum. Rovnaké zistenie uvádza Soni (16). Autor ďalej píše, že pri schudnutí sa kvalita života zlepšuje. Na Slovensku bolo robených niekoľko populačných prieskumov ohľadom BMI obyvateľstva, ktoré sa lieči na arteriálnu hypertenziu. Populačný prieskum, ktorý bol robený v Slovenskej republike v rokoch 2002 až 2004 preukázal, že vo výskumnej vzorke, ktorá pozostávala z 255 respondentov, bola priemerná hodnota BMI v celom súbore $26,73 \pm 4,56$ kg/m². Index vyšší než 25 malo 46,7 % vyšetrených a 35,7 % osôb malo klinicky zjavnú obezitu. Len 17,6 % vyšetrených osôb malo BMI nižšie než 25, čo svedčí o normálnej váhe. Významné obmedzenie z dôvodu fyzického zdravia je u pacientov, ktorí mali neúčinnú liečbu (17). Kvalita života pacientov môže byť ovplyvnená jednoduchou diagnostikou ochorenia, vedľajšími účinkami liekov alebo dokonca zmenou spôsobu života (18). Štúdia Zygmuntowicz et al (13) dokonca uvádza, že kvalitu života pacientov s AH ovplyvňuje akákoľvek komorbidita, či iné chronické ochorenie, a teda i obezita. Sú však aj štúdie, ktoré tvrdia presný opak, a to, že neexistuje pokles kvality života u pacientov s hypertenziou. Väčšina štúdií však potvrdzuje, že AH ovplyvňuje kvalitu života. Ak pacient dodržiava liečebný režim a pravidelne užíva lieky, vplyv AH na kvalitu života

nie je až taký veľký. Bohužiaľ pacienti, ktorí nedodržiavajú liečebný režim, u tých sa zníži kvalita života v dôsledku komplikácií ochorenia AH. Veľa štúdií porovnávalo pacientov, ktorí sa liečia na AH, s pacientmi normotenznými. Výsledkom bolo, že pacienti s AH mali v porovnaní s normotenznými pacientmi nižšie hodnoty v oblastiach: fyzické zdravie, obmedzenie v dôsledku fyzického zdravia, energia a vitalita, ako aj vo všeobecnom hodnotení zdravia. Avšak u pacientov, ktorí majú účinnú liečbu, sa kvalita života väčšinou nelíši od normotenzných pacientov (15).

Záver

V súčasnej dobe je jedným zo spôsobov komplexného posúdenia zdravotného stavu pacienta hodnotenie kvality života. V súvislosti s artériovou hypertenziou hodnotenie kvality života pomáha k individualizácii liečby a zvyšuje jej účinnosť. Cieľom našej štúdie bolo porovnať celkovú kvalitu života medzi pacientmi s artériovou hypertenziou vo vzťahu k veku, pohlaviu a hodnotám BMI. Štatisticky významnú súvislosť sme zistili medzi kvalitou života a pohlavím pacientov, a to v oblasti vnímania bolesti. V kontexte s týmto zistením preto odporúčame zvýšenú pozornosť venovať najmä komplexnému manažmentu bolesti pri AH u žien. Tiež boli zistené rozdiely v kvalite života vzhľadom na vyššie a nižšie BMI. Udržiavanie BMI v medziach normy (18,5–25 kg/m²) a dodržiavanie diétnych odporúčaní je pre dobrú kvalitu života pacientov s AH nevyhnutnosťou. Výsledky výskumu by mohli slúžiť na porovnanie ďalším podobným výskumom. Výskum bol zrealizovaný v Banskej Bystrici, preto by bolo zaujímavé jeho rozšírenie pre ďalšie mestá (regióny) a porovnať zistené výsledky s týmto výskumom, pretože na SR je len veľmi málo podobných štúdií. Zároveň by bolo zaujímavé rozšíriť tento výskum o väčší počet respondentov, dlhší časový interval výskumu a zároveň skombinovať viaceré výskumné nástroje, tak ako sú použité v iných štúdiách podobného zamerania.

Zdroje

- POTŮČEK, M. a kol. *Průvodce krajinou priorit pro Českou republiku*. 1 vydanie. Praha: Gutenberg, 2002, 686 s. ISBN 8086349063.
- BALEGOVÁ, O. Kvalita života ako termín a interpretácia. In *Kvalita života v kontextoch globalizácie a výkonnej spoločnosti*. Prešov: FF Prešovskej univerzity, 2002, ISBN 80-8068-08-6, s. 47 - 56.
- HEŘMANOVÁ, E. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. In *Sociologie*, 2012, vol. 44, no. 4, s.407 - 425.
- BULAS, J. Prehľad aktuálnych európskych (ESH/ESC 2003) a amerických (JNC7) odporúčaní pre liečbu hypertenzie. In *Via practica*. ISSN 1336 - 4790, 2004, roč. 3, č. 1, s. 142 - 148.
- KAMENSKÝ, G. PELLA, D. *Zdravý životný štýl: Cesta k prevencii ochoreni srdca a ciev*, Bratislava : AEPres s. r. o. 2010, 143 s. ISBN 978-80-88880-88-2.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*, Grada Publishing a.s, Praha, 2011. ISBN 978-80-24-3625-9, s. 42.
- VAŇÁSKOVÁ, E. Testování v neurorehabilitaci. In *Neurologie pro praxi*, 2005, roč. 6, č. 6, s. 311-314.
- WARE, J. E. SF-36 Health Survey Update. [online]. 19 Jun 2007, [cit. 2015. 02. 19]. Dostupné na internete: <<http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtm>>.
- TREVISOL, DJ. et al. Health-related quality of life is worse in individuals with hypertension under drug treatment: results of population-based study. In *Journal of Human Hypertension*. 2012. Vol. 26, issue 6. ISSN 0950 - 9240.
- CARVALHO, M. A. N. et al. Quality of Life of Hypertensive Patients and Comparison of two Instruments of HRQOL Measure. In *Arq Bras Cardiol*. 2012, Vol. 98. N. 5. ISSN 0066 - 782X.
- The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) *European Heart Journal* 2007;28:1462–1536

- HOCHLEITNER, M., BADER, A. Herzpationen und Lebensqualität: Gibt es einen Geschlechtsunterschied?. In *Journal für Hypertonie*. ISSN 1028 - 2327, 2003, roč. 7, č. 1, s. 19 - 22.
- ZYGMUNTOWICZ, M. et al. Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients. In *Polskie archiwum medycyny wewnetrznej* 2012; 122 (7-8).
- JAYASINGHE, U.W. et al. Gender differences in health-related quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and physician characteristics do matter. In *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013, roč. 11, č.102. ISSN 1477 - 7525.
- KLOCEK M , KAWECKA-JASZCZ K. Quality of life in patients with essential arterial hypertension. In: *The effect o socio-demographic factors Przeglad Lekarski* [2003, 60(2):92-100]
- SONI, R.K. et al. Health-related quality of life in hypertension, chronic kidney disease and coexistent chronic health conditions. In *Adv Chronic Kidney Dis* 2011, vol. 58, Issue 1, ISSN 0272 - 6386.
- RASKELIENE, V. et al. Impact of duration and treatment of arterial hypertension on health-related quality of life. In *Medicina (Kaunas)*. [online]. 2009, roč. 45, č. 5, ISSN 1648 - 9144.
- SANTOS, L. et al. The influence of stress on the quality of life of hypertensive patients. In *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013, vol. 113, ISSN 1877- 0428.

Kontakt

PhDr. Silvia Puteková, PhD.
Univerzitné námestie 1
FZaSP, Katedra ošetrovateľstva
TU v Trnave
silvia.putekova@truni.sk

INDIVIDUÁLNE FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE KVALITU ŽIVOTA PACIENTOV SO SKLERÓZOU MULTIPLEX

INDIVIDUAL FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

MÁRIA SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ¹, KATARÍNA NEMCOVÁ²

¹Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

²King Abdulaziz Medical City National Guard Health Affairs (NGHA), Neurology Clinic, Riyadh, Saudi Arabia

Abstrakt

Východiská: Sclerosis multiplex (SM) sa vyznačuje veľkou variabilitou klinického priebehu, a i keď podstatne neznižuje dĺžku života, významne mení jeho kvalitu. Individuálne faktory môžu modifikovať kvalitu života (QOL).

Cieľ: Posúdiť QOL pacientov so SM z východoslovenského regiónu a vplyv vybraných sociálno-demografických a klinických faktorov na ich QOL.

Metódy: Na posúdenie QOL bol použitý dotazník kvality života WHOQOL-BREF, rozdiely v QOL boli testované Mann-Whitneyho U, resp. Kruskal-Wallisovým H testom.

Výsledky: Vo vzorke 70 pacientov so SM bola najhoršia QOL zaznamenaná v závislosti na lekárskej závislosti, výskyte bolesti a nepríjemných pocitov a pracovného výkonu, výskyte negatívnych pocitov, v sexuálnom živote, finančnej situácii a v realizácii záľub. Podľa pohlavia neboli identifikované rozdiely v QOL pacientov s SM. Horšia QOL bola zistená u pacientov nad 45 rokov veku života, žijúcich bez partnera (iba v doméne sociálnych vzťahov), so stredoškolským vzdelaním, sekundárne-progresívnou formou SM a trvaním ochorenia dlhšie ako 10 rokov.

Záver: Poznanie individuálnych faktorov vedúcich k horšej QOL môže byť nápomocné pri odhalení a formulovaní rizikového profilu pacientov, ako aj pre výber na dôkazoch založenej liečby a ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová

Kvalita života. Sclerosis multiplex. WHOQOL-BREF.

Abstract

Background: Multiple sclerosis (MS) is characterized by great variability of the clinical course and although it does not

substantially reduce life expectancy, significantly changes its quality. Individual factors can modify quality of life (QOL).

Aim: To assess quality of life (QOL) of patients with MS from Eastern Slovakia and influence of selected socio-demographic and clinical factors on their QOL.

Methods: WHOQOL-BREF questionnaire was used to assess the QOL. Differences in QOL were tested by Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H tests.

Results: In a sample of 70 patients with MS the worst QOL was reported in medical dependency, occurrence of pain and discomfort and job performance, in the negative feelings, in sexual life, financial situation and in hobbies. Differences in QOL were not identified according to gender. Worse QOL was found in patients over 45 years of age of life, living without a partner (only in the domain of social relations), with secondary education, secondary-progressive form of MS and disease duration of more than 10 years.

Conclusion: Knowledge of individual factors leading to poorer QOL may be helpful in identifying and formulating risk profile of patients and for planning evidence-based treatment and nursing care.

Keywords

Quality of life. Multiple sclerosis. WHOQOL-BREF.

Úvod

Sclerosis multiplex (SM) je chronické zápalové autoimunitné neurodegeneratívne ochorenie, ktoré vyúsťuje do demyelinizácie nervových vlákien centrálného nervového systému. SM je progresívne ochorenie sprevádzané rôznymi motorickými, senzoricými, emocionálnymi

a kognitívnymi zmenami, ktoré redukujú fyzickú a psychickú výkonnosť, ako aj sociálne zapojenie pacienta (1). Dynamika chorobného procesu je veľmi pestrá. Po asymptomatickom, subklinickom štádiu má približne 85 % pacientov relapsujúcu – remitujúcu formu SM (RRSM). Ochorenie začína atakom (relapsom), po ktorom nasleduje obdobie klinickej remisie. Tzv. primárne progresívnu formu SM (PPSM) bez atakov má asi 10 % pacientov. Postupný vývoj deteriorácie od začiatku ochorenia pacienta veľmi rýchlo invalidizuje. Tretím progresívnym podtypom je sekundárne progresívna SM (SPSM). Ide o najčastejšiu progresívnu formu, s výskytom viac než u 30 % všetkých pacientov so SM a je prirodzeným pokračovaním remitujúceho štádia SM, pri ktorom sa v priebehu 5. – 15. rokov jeho trvania začína choroba zhoršovať. Po 10. rokoch 50 % a po 20. – 25. rokoch najmenej 80 % neliečených pacientov s RRSM prejde do tejto formy ochorenia. SM je neurologické ochorenie postihujúce predovšetkým mladých dospelých. Vyznačuje sa veľkou variabilitou klinického priebehu, a i keď podstatne neznižuje dĺžku života, významne mení jeho kvalitu, vedie k neistote v oblasti budúceho zdravia a všeobecného fungovania (2,3,4).

Cieľom tejto štúdie je posúdiť vplyv individuálnych sociálno-demografických a klinických faktorov na kvalitu života (QOL) pacientov so SM z východoslovenského regiónu.

Materiál a metodika

Dizajn, etické aspekty a financovanie. Štúdia mala opisný prierezný charakter. Dáta boli získavané v mesiacoch november 2012 až január 2013 v Centre pre demyelinizačné ochorenia pri neurologickej klinike Univerzitetnej nemoc-

nice L. Pasteura v Košiciach so súhlasom etickej komisie danej nemocnice. Respondenti boli oboznámení s cieľmi daného výskumu, boli poučení o tom, že neexistujú žiadne významné riziká spojené s účasťou na tomto výskume a boli informovaní, že kedykoľvek počas výskumu môžu odstúpiť bez udania dôvodu. Všetci účastníci dali informovaný súhlas k štúdiu, anonymita a súkromie respondentov zostali zachované. Tento výskum nedostal konkrétnu dotáciu z akejkoľvek finančnej agentúry z verejného, komerčného, resp. neziskového sektora. Autori deklarujú, že nie sú si vedomí potenciálneho konfliktu záujmu.

Súbor. Na štúdiu participovalo 70 pacientov s vyššie spomínaného centra, ktorí spĺňali tieto kritériá: diagnóza SM stanovená lekárom, vek nad 18 rokov života, ochota spolupracovať a podpísaný informovaný súhlas. Vylučujúcim kritériom bola diagnóza iného neurologického ochorenia a ochorenia pohybového

aparátu vedúceho k invalidite, prítomnosť duševnej poruchy alebo ochorenia a tehotenstvo.

Metodika. Na posúdenie QOL pacientov so SM sme použili štandardizovaný dotazník WHOQOL-BREF (5), ktorý obsahuje 26 otázok. Tie umožňujú hodnotiť sledovanú položku na 5-bodovej Likertovej škále. Odpovede sú skórované tak, že nižšia hodnota (najnižšia do 1) vyjadruje horšiu kvalitu, spokojnosť, a čím je hodnota vyššia (maximálne po 5), tým je lepšia kvalita, spokojnosť respondenta v danej oblasti. Položky 3, 4 a 26 sa pred vyhodnotením musia prekódovať, pretože ich znenie je formulované záporne. Položky v dotazníku sú zamerané na hodnotenie kvality života v súvislosti s fyzickým a duševným zdravím, so sociálnymi vzťahmi a s prostredím. Štandardizované skóre v uvedených dimenziách sa po prepočítaní pohybuje medzi hodnotami 4 až 20. Hodnota 4 predstavuje najhoršiu

spokojnosť, kvalitu života a hodnota 20 najlepšiu spokojnosť, kvalitu života. Dotazník bol spoľahlivý, Cronbachova alfa dosiahla hodnotu 0,888.

Emitovaný dotazník obsahoval položky zamerané na posúdenie sociálno-demografických (vek, pohlavie, vzdelanie, rodinný stav) a klinických charakteristík (trvanie ochorenia, typ SM)

Štatistická analýza. Pri spracovávaní výsledkov boli použité opisné a induktívne štatistické metódy. Z jednoduchých opisných metód boli použité: absolútna početnosť (N), percentá (%), priemer (M), smerodajná odchýlka (SD), minimálne (MIN) a maximálne (MAX) hodnoty. Výsledky sú znázornené vo frekvenčných a opisných tabuľkách. Rozdiely v kvalite života boli posudzované Mann-Whitneyho U testom a Kruskal-Wallisovým H testom. Výsledky boli spracované v štatistickom programe The Statistical Package for Social Sciences, SPSS 17.

Charakteristiky	N (%)
Pohlavie	
Muž	31 (44,3)
Žena	39 (55,7)
Vek	
25 – 35 rokov	4 (5,7)
36 – 45 rokov	49 (70,0)
46 – 55 rokov	17 (24,3)
Rodinný stav	
Žijúci s partnerom	38 (54,3)
Žijúci bez partnera	32 (45,7)
Vzdelanie	
Stredoškolské	50 (71,4)
Vysokoškolské	20 (28,6)
Trvanie ochorenia	
Do 10 rokov	46 (65,7)
Viac ako 10 rokov	24 (34,3)
Klinická forma	
Relaps-remitujúca	43 (61,4)
Sekundárne progresívna	27 (38,6)

Tab. 1 Sociálno-demografické a klinické charakteristiky pacientov

Výsledky

Demografické a klinické charakteristiky pacientov so SM sú uvedené v tabuľke 1. Súbor tvorili prevažne ženy, pacienti vo veku 36 až 45 rokov života, žijúci s partnerom. Väčšina pacientov dosiahla stredoškolské vzdelanie, no v našom súbore sme nemali pacientov so základným vzdelaním. U väčšiny pacientov trvalo ochorenie kratšie ako 10 rokov. Najčastejšie sa v našom súbore vyskytovala relaps-remitujúca klinická forma SM.

Pri hodnotení QOL dotazníkom WHOQOL-BREF (tabuľka 2) sme identifikovali v oblasti fyzického zdravia najhoršiu kvalitu v oblasti závislosti na lekárskej závislosti, výskyte bolesti a nepríjemných pocitov a pracovného výkonu. Výskyt negatívnych pocitov v doméne duševného zdravia, neuspokojivý sexuálny život v doméne sociálnych vzťahov, neuspokojivá finančná situácia a schopnosť realizovať vlastné záľuby v doméne patrili medzi najviac negatívne hodnotené oblasti kvality života u pacientov so SM.

V jednotlivých doménach WHOQOL-BREF sme zistili najhoršie celkové priemerné skóre v doméne fyzického zdravia $11,61 \pm 2,01$, v doméne sociálnych vzťahov $12,44 \pm 3,64$, ďalej v doméne prostredia $12,56 \pm 2,03$ a nakoniec v doméne duševného zdravia $13,10 \pm 2,12$. Rozdiely v QOL vzhľadom na sociálno-demografické a klinické charakteristiky pacientov sú uvedené v tabuľke 3. Podľa pohlavia sme neidentifikovali štatisticky významné rozdiely v QOL. Horšia QOL bola zaznamenaná najmä u pacientov vo veku nad 45 rokov života oproti mladším pacientom. V doméne sociálnych vzťahov sme zaznamenali signifi-

kantne horšiu QOL u pacientov žijúcich bez partnera. Vysokoškolské vzdelanie sa spájalo s lepšou QOL vo všetkých doménach WHOQOL-BREF. U pacientov so sekundárne progresívnou formou SM sme v našom súbore zistili horšiu QOL v doméne sociálnych vzťahov a prostredia. Dlhšie trvanie ochorenia (viac ako 10 rokov) sa odrazilo na horšej kvalite života vo všetkých doménach.

Diskusia

Cieľom štúdie bolo zmapovať QOL u pacientov so SM a posúdiť vplyv vybraných sociálno-demografických a klinických charakteristík na ich kvalitu

života.

Pri hodnotení QOL sme identifikovali najhoršiu kvalitu v oblasti závislosti na lekárskej závislosti, vo výskyte bolesti a nepríjemných pocitov a v oblasti pracovného výkonu v doméne fyzického zdravia. V doméne duševného zdravia sme zaznamenali najhoršie skóre vo výskyte negatívnych pocitov, v doméne sociálnych vzťahov v sexuálnom živote pacientov. Neuspokojivá finančná situácia a schopnosť realizovať vlastné záľuby patrili medzi najviac negatívne hodnotené oblasti kvality života v doméne prostredia u pacientov so SM.

	Domény WHOQOL-BREF	Pacienti so SM Priemer (\pm SD)
Fyzické zdravie	Bolesť a nepríjemné pocity	2,21 \pm 0,88
	Závislosť na lekárskej starostlivosti	2,13 \pm 0,82
	Energia a únava	3,09 \pm 0,99
	Pohyblivosť	3,27 \pm 0,90
	Spánok	3,63 \pm 0,84
	Každodenné činnosti	3,11 \pm 1,02
	Pracovný výkon	2,87 \pm 1,13
Duševné zdravie	Potešenie zo života	3,40 \pm 0,87
	Zmysel života	3,51 \pm 1,06
	Sústredenie	3,29 \pm 0,74
	Prijatie telesného vzhľadu	3,63 \pm 0,82
	Spokojnosť zo sebou	3,09 \pm 0,97
	Negatívne pocity	2,73 \pm 0,85
Sociálne vzťahy	Osobné vzťahy	3,46 \pm 0,94
	Sexuálny život	2,66 \pm 1,27
	Podpora priateľov	3,21 \pm 0,98
Prostredie	Osobné bezpečie	3,24 \pm 0,62
	Životné prostredie	3,06 \pm 0,66
	Finančná situácia	2,63 \pm 0,90
	Prístup k informáciám	3,44 \pm 0,91
	Záľuby	2,83 \pm 0,96
	Prostredie v okolí bydliska	3,27 \pm 0,82
	Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	3,44 \pm 0,71
	Doprava	3,21 \pm 0,85

Tab. 2 Kvalita života pacientov so sclerosis multiplex
1 – najhoršia až 5 – najlepšia kvalita života

Celkovo najhoršie priemerné skóre sme zaznamenali v doméne fyzického zdravia, v doméne sociálnych vzťahov, ďalej v doméne prostredia a nakoniec v doméne duševného zdravia. Podobné skóre v doméne fyzického zdravia identifikovali u pacientov so SM žijúcich v prešovskom regióne aj autori Eliášová a kol. (6), v doménach duševného zdravia, sociálnych vzťahov a prostredia však zistili horšiu QOL u pacientov so SM oproti pacientom našej vzorky. Autori spomínanej štúdie zistili najhoršiu QOL v doméne fyzického zdravia najmä v súvislosti s mobilitou, pocitmi energie a únavy, či pracovného výkonu. V doméne duševného zdravia zaznamenali uvedení autori horšiu QOL takmer vo všetkých položkách tejto domény, v doméne sociálnych vzťahov najmä v osobných vzťahoch a pociťovanej sociálnej opory a v doméne prostredia vo finančnej oblasti a prístupu k infor-

máciám. Celkovo horšiu QOL identifikovali u pacientov so SM, ktorí nevyužívali podporu svojpomocných skupín. Celkovo sme v súbore pacientov so SM zaznamenali horšiu QOL vo všetkých doménach v porovnaní s českou populačnou normou i súborom pacientov s rôznymi ochoreniami žijúcim v Českej republike (5). Podobné výsledky v QOL v doméne fyzického a duševného zdravia, a dokonca lepšiu QOL v doméne sociálnych vzťahov a prostredia zaznamenala autorka Sadovská (7) v skupine pacientov v paliatívnej starostlivosti. Cioncoloni et al. (1) v talianskej štúdiu identifikovali u pacientov so SM dotazníkom SF-36 najhoršiu QOL v oblasti obmedzenia plnenia rolí v dôsledku fyzických a emocionálnych zmien, v oblasti vitality a fyzického fungovania. V oblasti sociálnych funkcií a duševného zdravia zistili lepšiu QOL.

Z individuálnych faktorov sme sa zamerali na hodnotenie vplyvu pohlavia, veku, rodinného stavu vzdelania, formy a trvania ochorenia na QOL. Podľa pohlavia sme neidentifikovali štatisticky významné rozdiely v QOL v našom súbore pacientov so SM. Štatisticky významne horšiu QOL sme zistili u pacientov vo veku života nad 45 rokov oproti pacientom mladších vekových skupín vo všetkých doménach, okrem domény fyzického zdravia. V doméne sociálnych vzťahov sme zaznamenali signifikantne horšiu QOL u pacientov žijúcich bez partnera. Vysokoškolské vzdelanie sa spájalo s lepšou QOL vo všetkých doménach WHOQOL-BREF. Horšiu QOL v doméne sociálnych vzťahov a prostredia sme v našom súbore zistili u pacientov so sekundárne progresívnou formou SM. Pri trvaní ochorenia viac ako 10 rokov došlo k zhoršeniu kvality života vo všetkých doménach.

	Fyzické zdravie Priemer (±SD)	Duševné zdravie Priemer (±SD)	Sociálne vzťahy Priemer (±SD)	Prostredie Priemer (±SD)
Pohlavie				
Muži	11,34 ±2,23	12,86 ±1,95	12,09 ±3,85	12,29 ±2,12
Ženy	11,82 ±1,83	13,28 ±2,26	12,72 ±3,50	12,78 ±1,94
Vek				
25-35 rokov	12,29±1,65	13,50 ±1,48	13,67 ±1,28	13,63 ±2,36
36-45 rokov	11,84 ±1,78	13,55 ±2,11	13,25 ±3,55	12,92 ±1,95
46-55 rokov	10,79 ±2,51	11,69 ±1,70**	9,80 ±3,05**	11,29 ±1,70*
Rodinný stav				
S partnerom	11,68 ±2,06	13,28 ±2,07	13,37 ±3,54	12,78 ±2,20
Bez partnera	11,52 ±1,97	12,88 ±2,18	11,33 ±3,50*	12,31 ±1,79
Vzdelanie				
Stredoškolské	11,14 ±1,98	12,64 ±1,93	11,60 ±3,69	12,15 ±1,99
Vysokoškolské	12,77 ±1,60**	14,23 ±2,19**	14,53 ±2,59***	13,60 ±1,75**
Klinická forma				
Relaps-remitujúca	11,97 ±1,60	13,29 ±1,88	13,40 ±3,29	13,01 ±1,83
Sekundárne progresívna	11,01 ±2,44	12,79 ±2,46	10,91 ±3,72**	11,85 ±2,15*
Trvanie SM				
Do 10 rokov	12,15 ±1,71	13,81 ±1,94	13,71 ±3,27	13,09 ±1,96
Viac ako 10 rokov	10,57 ±2,16**	11,72 ±1,77***	10,00 ±3,07***	11,56 ±1,79**

Tab. 3 Rozdiely v kvalite života podľa pohlavia, veku, rodinného stavu a vzdelania (4 – najhoršia a 20 – najlepšia QOL)

*hladina štatistickej významnosti $p < 0,05$, **hladina štatistickej významnosti $p < 0,01$, ***hladina štatistickej významnosti $p < 0,001$

Chruzander et al. (8) v longitudinálnej štúdií zaznamenali u pacientov so SM po 10 rokoch signifikanté zhoršenie najmä vo fyzickej doméne QOL a v oblasti sociálnej participácie. Relatívne stabilné výsledky nachádzajú v psychosociálnej oblasti QOL. Horšiu QOL zaznamenali pri progresívnych formách SM, podobne ako v našej štúdií. Papúc, Stelmasiak (9) v poľskej štúdií nezistili u pacientov so SM rozdiely v QOL podľa pohlavia, podobne ako v našej štúdií, no ani podľa veku. Horšiu QOL zaznamenali u pacientov žijúcich osamele oproti pacientom žijúcim v manželskom zväzku, podobne ako u našich pacientov. Trvanie ochorenia nemalo vplyv na QOL, horšiu QOL zaznamenali pri progresívnych formách SM, čo je v súlade s našimi výsledkami. Krokavcová et al. (10) nezistili u pacientov so SM rozdiely podľa pohlavia, podobne ako v našej štúdií. V ich štúdií nemal vplyv na QOL život s partnerom, resp. bez partnera, nižšie vzdelanie a nezamestnanosť boli rizikovým faktormi horšej QOL. Pociťovaná sociálna opora zo strany rodiny a priateľov bola významným prediktorom duševného zdravia a sociálneho fungovania.

Limitáciou tejto štúdie je jej prierezový a deskriptívny charakter, čím nemôžeme určiť prediktívny a kauzálny charakter premenných na QOL. Pri zovšeobecnení záverov nás obmedzuje aj výber vzorky, ktorá nebola randomizovaná. Výsledky sú preto platné iba pre našu vzorku pacientov so SM. Napriek tomu nachádzame určitú zhodu v oblasti QOL a faktorov, ktoré ju ovplyvňujú s porovnávanými štúdiími.

Záver

Pacienti so SM mali najhoršiu kvalitu života hlavne v doméne fyzického zdravia, sociálnych vzťahov a prostredia. Jednotlivé domény QOL boli negatívne ovplyvňované vyšším vekom, životom bez partnera, nižším vzdelaním, klinickou formou a dlhším trvaním SM. Poznanie individuálnych faktorov je dôležité pre odhalenie a formulovanie rizikového profilu horšej QOL. Starostlivosť o pacientov so SM by mala byť, vzhľadom na šírku problémov, multidisciplinárna a založená na princípoch

praxe založenej na dôkazoch. Výber a realizácia intervencií by sa mala zamerať najmä na kontrolu bolesti a nepríjemných pocitov, zvládanie únavy, ktoré bránia vo výkone každodenných činností, či znižujú pracovný výkon pacientov. Ďalšie intervencie by sa mali zamerať na redukciu disability a zvyšovanie nezávislosti, podporu sociálnych vzťahov a sociálnej participácie.

Zdroje

1. CIONCOLONI, D., INNOCENTI, I., BARTALINI, S., SANTARNECCHI, E., ROSSI, S., ROSSI, A., ULIVELLI, M. Individual factors enhance poor health-related quality of life outcome in multiple sclerosis patients. Significance of predictive determinants. In: *Journal of Neurological Sciences*. 2014, vol. 345, no. 1-2, p. 213-219.
2. MITCHELL, A.J., BENITO-LEÓN, J., GONZÁLEZ, J.M., RIVERA-NAVARRO, J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. In: *Lancet Neurology*. 2005, vol.4, no. 9, p. 556-566.
3. KLÍMOVÁ, E. Sclerosis multiplex-informácie pre prax. In: *Via Practica*. 2006, roč. 3, č. 5, s. 255-259.
4. MILLER, D.H., LEARY, S.M. Primary-progressive multiple sclerosis. In: *Lancet Neurology*. 2007, vol.6, no. 10, p. 903-612.
5. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Príručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha : Psychiatrické centrum, 2006. 88 s. ISBN 80-85121-82-4.
6. ELIÁŠOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., HUDÁKOVÁ, A., KAŠČÁKOVÁ, M. Self-help group and the quality of life of patients with multiple sclerosis – Pilot study. In: *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2015, vol. 6, no. 4, p. 336-342.
7. SADOVSKÁ, M. Kvalita života onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2012, roč. 5, č. 2, s. 62-66.
8. CHRUZANDER, CH., JOHANS-

SON, S., GOTTBERG, K., EINARSSON, U., FREDERIKSON, S., HOLMQVOST, L.W., YTTERBERG, CH. A 10-year follow-up of a population-based study of people with multiple sclerosis in Stockholm, Sweden: Changes in disability and the value of different factors in predicting disability and mortality. In: *Journal of Neurological Sciences*. 2013, vol. 332, no. 1-2, p. 121-127.

9. PAPÚC, E., STELMASIAK, Z. Factors predicting quality of life in a group of Polish subjects with multiple sclerosis: accounting for functional state, socio-demographic and clinical factors. In: *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2012, vol. 114, no. 4, p.341-346.
10. KROKAVCOVA, Z., VAN DIJK, J.P., NAGYOVA, I., ROSENBERGER, J., GAVELOVA, M., MIDDEL, B., GDOVINOVA, Z., GROOTHOFF, J.W. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. In: *Patient Education and Counseling*. 2008, vol. 73, no. 1, p. 159-165.

Kontakt na autora

¹Prvý a korešpondujúci autor

PhDr. Mária Sováriová Soósová, PhD.

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
v Košiciach

Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva
Trieda SNP 1

040 01 Košice

Tel.: 00421 55 243 3297

maria.sovariova.sooosova@upjs.sk

²Spoluautor

Mgr. Katarína Nemcová

King Abdulaziz Medical City National
Guard Health Affairs (NGHA)

Neurology Clinic

Riyadh

Saudi Arabia

kika854@azet.sk

LUCIA DIMUNOVÁ¹, JANA ĎURICOVÁ²

¹UPJŠ, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

²Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o., neurologické oddelenie

Abstrakt

V dôsledku fyzickej záťaže môžu u sestier vzniknúť ochorenia pohybového aparátu. Cieľom príspevku je uviesť výsledky prieskumu, ktorý bol zameraný na výskyt vertebrogénnych ochorení a frekvenciu pracovnej neschopnosti v dôsledku fyzickej záťaže sestier. Súbor tvorilo 489 sestier pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Na zber údajov bol použitý neštandardizovaný dotazník. Zber dát prebiehal on-line formou prostredníctvom portálu Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. Výsledky prieskumu poukazujú na vysoký výskyt vertebrogénnych ochorení a v ich dôsledku aj 43% pracovnú neschopnosť sestier. Ako najčastejšie príčiny sestry uvádzali fyzicky náročnú manipuláciu s pacientom, administratívne práce a dlhodobé státie. Výsledky prieskumu poukazujú na potrebu inovácie pregraduálneho a postgraduálneho vzdelávania zameraného na prevenciu vertebrogénnych ochorení u sestier.

Kľúčové slová

Vertebrogénne ochorenia. Sestry. Fyzická záťaž. Prevencia. Bolesť chrbta.

Abstract

The physical load of nurses can result of musculoskeletal disorders. The paper introduce results of the survey, which focused on the incidence of vertebrogenic diseases and the frequency of physical inability to work in relation to the physical load of nurses. The study group consisted of 489 nurses working in hospitals in Slovakia. Non-standardized questionnaire was used to collecting necessary data. Data collection was conducted through online portal of Slovak Chamber of Nurses and Midwives. The survey results show a high incidence of vertebrogenic disease. 43%

of nurses group confirmed physical inability to work in connection with vertebrogenic diseases. As the most common causes of nurses' vertebrogenic diseases was physically patient handling, administrative works and prolonged standing. The survey results show the importance to upgrade undergraduate and graduate education focused on prevention of vertebrogenic diseases.

Key words

Vertebrogenic diseases. Nurses. Physical load. Prevention.

Úvod

Európska agentúra pre bezpečnosť a zdravie pri práci (1) uvádza, že ochorenia pohybovo – podporného systému patria k najčastejším ochoreniam súvisiacim s prácou. Výsledky z viac než 80-tich zahraničných štúdií uvádzajú, že poškodenie chrbtice u sestier má celosvetovú prevalenciu približne v 17%, ročnú 40-50% a celoživotnú prevalenciu 35-80%. Takala a Martio (2) uvádzajú, že ochorenia pohybového aparátu patria k najčastejším príčinám invalidity, pracovnej neschopnosti a predčasného odchodu na dôchodok. Ekonomický dopad pri kompenzácií sestier s následkami poškodenia chrbtice v USA v zariadeniach s dlhodobou starostlivosťou bol vyčíslený na 6 miliónov amerických dolárov. Veterans Health Administration minul behom roka 2002 viac než 22 miliónmi amerických dolárov na výdavky v súvisiace s poškodením podporno – pohybového aparátu u sestier v súvislosti s ručnou manipuláciou s pacientom (3).

Povolanie sestry predstavuje výkon zdravotníckeho profesionála, ktorý poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť v rámci svojich povinností a kompetencií, vymedzených rozsahom ošetro-

vateľskej praxe (4). Sestry vykonávajú závislé, nezávislé a súčinné činnosti s vysokou mierou autonómie a zodpovednosti (5). Pracujú v nepretržitej prevádzke v prostredí, ktoré prináša rôzne riziká. Ako najviac stresujúce sú pracovné preťaženie, práca v časovej tiesni, stretávanie sa s umierajúcimi pacientmi a smrťou, vyrovnávanie sa s emocionálnymi potrebami pacientov a ich rodín (6). Na psychickú a fyzickú záťaž sestier má vplyv aj typ oddelenia, zdravotný stav pacientov, počet sestier v pracovnej zmene, počet pomocného zdravotného personálu, dostupnosť pomôcok, či organizácia práce (7). Všetky tieto faktory vplyvajú na zdravotný stav sestier a môžu byť spúšťačom rôznych somatických a psychických ochorení. V našom príspevku sme sa zamerali na poruchy chrbtice a pohybového aparátu, ktoré vznikajú u sestier z niekoľkých dôvodov. Medzi hlavné patrí fyzická námaha, ktorá sa spája s manipuláciou pacientov - konkrétne polohovanie, dvíhanie, vysádzanie, presuny, výkony hygieny a ďalšie ošetrovateľské intervencie, ktoré sestra vykonáva väčšinou v predklone a vo vynútených polohách. Ďalšou oblasťou fyzickej námahy je dlhodobé státie (sestry na operačných sálach) a množstvo administratívnych úkonov. Výsledkom každodennej fyzickej námahy sú blokády, poranenia a deformácie chrbtice. Tieto ochorenia sú dlhodobé, ťažko zvládnuteľné, často s trvalými následkami. Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť, aký je výskyt vertebrogénnych ochorení u sestier v klinickej praxi.

Materiál a metodika

Súbor tvorilo 489 sestier pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach vo všetkých regiónoch na území Slovenska. Ako metóda bol použitý neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie.

Ochorenia	N	%
vertebrogénny algický syndróm (VAS)	238	49
lumboischiatický syndróm (LIS)	91	19
Skolióza	163	33
blokáda LS chrbtice	134	27
degeneratívne zmeny stavcov	131	27
hernia platničky	81	17
stenóza kanála	27	6
žiadne vertebrogénne ochorenie	96	20

Tab.1 Vertebrogénne ochorenia u sestier
Uvedené hodnoty v % predstavujú počet odpovedí z celkového súboru

Možnosti	N	%
relaxačno-rehabilitačné postupy	305	62
svojoľné užívanie analgetík	289	59
návšteva špecialistu	168	34
alternatívne postupy	96	20
návšteva praktického lekára	59	12

Tab. 2 Spôsoby zvládania bolesti chrbta u sestier
Uvedené hodnoty v % predstavujú počet odpovedí z celkového súboru

Zber údajov bol realizovaný v období mesiacoch 09-12/2014. Výskum sa uskutočňoval on-line formou prostredníctvom portálu národnej stavovskej organizácie Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) na základe písomného schválenia. Po prihlásení sa do portálu SKSaPA mohli sestry dotazník vyplniť pomocou linku v svojej mailovej schránke. Účasť na prieskume bola dobrovoľná a anonymná. Získané údaje boli spracované deskriptívne.

Výsledky a diskusia

Sledovaný súbor tvorilo 489 sestier. Priemerný vek respondentov bol 43 rokov ($SD \pm 10,59$), najmladší mal 19 rokov a najstarší 65 rokov. Priemerná dĺžka praxe 22 rokov ($SD \pm 9,93$), najkratšie odpracované obdobie bol 1 rok a najdlhšie 45 rokov. Súbor tvorilo 476 (97%) žien a 13 (3%) mužov.

V úvode dotazníka sme sa zamerali na zistenie výskytu diagnostikovaných vertebrogénnych ochorení u sestier.

Najvyšší podiel zastupoval vertebrogénny algický syndróm (VAS), ktorý označilo 238 (49%) sestier, lumboischiatický syndróm (LIS) uviedlo 91 (19%) respondentov. Štruktúrne zmeny chrbtice ako skoliózu, blokádu LS chrbtice, degeneratívne zmeny na stavcoch a výskyt hernie platničky uviedlo 124 (24%) sestier. Žiadne vertebrogénne ochorenie nemalo diagnostikovaných 96 (20%) sestier (Tab.1). Tieto údaje sme nemali možnosť overiť v zdravotnej dokumentácii, a z tohto dôvodu ich interpretujeme ako uvedené subjektívne. Avšak aj napriek tejto skutočnosti sú zistené fakty alarmujúce a svedčia o závažnosti sledovanej problematiky a nutnosti posilnenia prevencie v tejto oblasti. Problematikou vertebrogénnych ochorení u sestier sa zaoberajú viacerí autori (8-12), ktorých zistenia sú v zhode s našimi výsledkami.

Zdravotné komplikácie môžu viesť až k pracovnej neschopnosti. V našom súbore v dôsledku vertebrogénnych ochorení bolo 213 (43%) sestier práce-

neschopných, čo považujeme za vysoké percento. Naše zistenia sú v zhode s Ištoňovou (9), ktorá udáva, že 50% sestier z celkového súboru ($n=102$) vyhľadalo lekársku pomoc pre zdravotné ťažkosti súvisiace s prácou. Sestry často bagatelizujú svoje zdravotné problémy a nevenujú im dostatok pozornosti. Simočková, Zamboriová (13) vo svojom výskume poukazujú na realitu, že sestry sa liečia samé a až 18 % skúmaného súboru sestier uviedlo, že má na každú chorobu liek. V nami sledovanom súbore sme taktiež položili otázku, akými metódami, resp. spôsobmi, riešia bolesti chrbta. Na zvládnutie bolesti chrbta boli najviac využívané relaxačno-rehabilitačné postupy u 305 (62 %) respondentov, svojoľné užitie analgetík preferovalo 289 (59%) sestier. Návštevu špecialistu pokladá za potrebnú len 168 (34 %) respondentov. Nasledujúce možnosti odpovedí sestier sú uvedené v tab.2.

V ďalšej časti dotazníka sme sa zamerali na identifikáciu najčastejších príčin

bolesti chrbta z pohľadu sestier. V nami sledovanom súbore považuje 376 (77%) sestier za fyzický najnáročnejšiu prácu manipuláciu s pacientom. Nasleduje manipulácia s ťažkými bremenami, ktorú potvrdilo 264 (54%) respondentov. V súčasnej dobe sa čoraz viac času sestra venuje administratívnym prácam súvisiacim s využitím PC a túto činnosť považuje za fyzický náročnú 156 (32 %) respondentov. Dlhodobé státie, ktoré neblaho vplyva na pohybový aparát, je prioritou operačných sestier a potvrdilo to 199 (41 %) respondentov. Spoluprácu sestry pri liečebno-diagnostických výkonoch vníma za fyzicky náročnú 79 (16%) respondentov.

Záver

V súčasnej dobe je zdravie človeka do veľkej miery ovplyvňované jeho správaním, návykmi, či zlovykmi, životným štýlom, rovnako aj médiami a spoločnosťou, v ktorej žije (14). Vertebrogénne ochorenia patria medzi najčastejšie ochorenia pohybového aparátu (15). Sprievodným príznakom týchto ochorení je intenzívna bolesť chrbtice, ktorá má za následok fyzickú a psychickú nepohodu sestier. Výsledky nášho prieskumu potvrdzujú, že vertebrogénne ochorenia u sestier sú reálnym problémom. Ich vysoký výskyt poukazuje na potrebu inovácie pregraduálneho vzdelávania sestier v oblasti preventívnych opatrení a doplnenie sledovanej problematiky aj v rámci sústavného vzdelávania sestier. Na základe výsledkov nášho výskumu odporúčame do praxe zaviesť pravidelné školenia zamerané na konkrétne preventívne techniky zvládania záťaže u sestier organizované manažmentom zdravotníckych zariadení. Pre sestry v klinickej praxi aj manažment zdravotníckych zariadení intenzívne sledovať trendy súvisiace s ochranou a bezpečnosťou zdravia pri práci na národnej aj nadnárodnej úrovni.

Zdroje

1. EU-OSHA. Poškodenia podporno-pohybovej sústavy. [online]. 2015. [vid. 2015-10-29]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/sk/themes/musculoskeletal-disorders>.

2. TAKALA, E.P., MARTIMO, K.P. Return to work strategies to prevent disability from musculoskeletal disorders. [online]. 2015. [vid. 2016-01-10]. Dostupné z: http://oshwiki.eu/wiki/Return_to_work_strategies_to_prevent_disability_from_musculoskeletal_disorders
3. NELSON, A., MATZ, M., CHEN, F., SIDDHARTHAN, K., LLOYD, J., FRAGALA, G. Development and evaluation of multifaceted ergonomics with patient handing tasks. In *International Journal of Nursing Studies*. 2006. vol.43, no.6, p.717-733
4. ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovateľský slovník*. Martin: Osveta, 2009. 218s. ISBN 978-80-8063-315-8.
5. RAKOVÁ, J. a kol. Implementácia Royovej modelu v súčasnej ošetrovateľskej praxi. In ŠRÁMKA, M., BÉREŠOVÁ, A. (Eds.). *Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciách*. Prešov: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce bl. P.P. Gojdiča, 2006. ISBN 80-969449-1-6. s. 183-186.
6. SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., VADRADOVÁ A. Stres v práci sestry a možnosti jeho redukcie. In *Monitor medicíny SLS*. ISSN 1338-2551, 2012, č. 1-2.
7. SUŠINKOVÁ, J., SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. Záťaž sestier v súvislosti s uspokojovaním ľudských potrieb v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Ošetrovateľstvo - Pohyb - Zdravie*. Trenčín: TU Alexandra Dubčeka, 2011. ISBN 9788080754877. s. 194-203.
8. SIMON, M., TACKENBERG, P., NIENHAUS, A., et al. Back or neck-pain-related disability of nursing staff in hospital, nursing homes and home care seven countries – results from European NEXT-Study. In *International Journal of Nursing Studies*. 2008, vol. 45, no.1, p. 24-34.
9. IŠTOŇOVÁ, M. Pracovné riziká sestier v kontexte porúch muskuloskeletárneho systému a ergonomických aspektov. In Derňárová, L., a kol. (Eds.) *Quo vadis zdravotníctvo : zborník príspevkov z vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou* [online]. Prešov : PU v Prešove, 2012, s. 93 [vid. 2015-10-29]. ISBN 978-80-55. Dostupné z: <http://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Dernarova6>.
10. IŠTOŇOVÁ, M., PALÁT, M., ČECHOVÁ – ŠPIRKOVÁ, A. Ergonómia a prevencia v práci sestry. In *Globalizácia a kvalita života a zdravia: zborník príspevkov V. vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou*. [CD-ROM]. Košice: Equilibria a.s., 2010. s. 95-99. ISBN 978-80-89284-66-5.
11. BEDNÁR, R. Nurse load as the predictors of the spine pain. In *Rehabilitace a Fyzikální lékařství*. 2010, vol. 17, no.4, p. 194-201.
12. BEDNÁR, R., MAJERÍKOVÁ, G. Psychosocial strain in nurses as a risk factors of back pain. In *Lékařský obzor*. 2012, vol. 61, no. 4, p. 122-126.
13. SIMOČKOVÁ, V., ZAMBORIOVÁ, M. Postoje sestier k determinantom zdravia. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2011, č. 3-4, s. 16-21.
14. RAKOVÁ, J., GALOVÁ, I. Efektívna edukácia adolescentiek o vybraných preventívnych opatreniach v kontexte reprodukčného zdravia. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia*. ISSN 1339-5920, 2015, č. 5, s. 38-43.
15. KNAP, V., IŠTOŇOVÁ, M., ORAVCOVÁ, K. Vertebrogénny algický syndróm – kvalita života. In *Kvalita života a zdravia: zborník IV. Vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou*. VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, 2009. ISBN 978-80-8927-165-8. s. 128-134.

Kontakt na autorov

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

UPJŠ, Lekárska fakulta,
Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP č.1 040 01 Košice
lucia.dimunova@upjs.sk

Mgr. Jana Ďuricová, dipl.s

Neurologické oddelenie
Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o.
Masarykova 9, 040 01 Košice
duricova@zzke.sk

