



Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Sekcia sestier pracujúcich v pediatrii
RK SK SaPA Bardejov
Detské oddelenie NsP Sv. Jakuba n.o., Bardejov



Zborník príspevkov z IV. Celoslovenskej konferencie sestier
pracujúcich v pediatrii

konanej 21. a 22. októbra 2011

Bardejovské Kúpele 2011

IV. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v pediatrii

1. Ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii pri ochoreniach tráviaceho systému
2. Obezita a iné poruchy výživy v detskom veku
3. Vária

Zborník príspevkov z IV. celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v pediatrii konanej 21. a 22. októbra 2011 v Bardejovských Kúpeľoch, organizovanej Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek, Sekciou sestier pracujúcich v pediatrii, RK SK SaPA Bardejov a Detským oddelením NsP Sv. Jakuba n.o., Bardejov.

Pracovný výbor konferencie: PhDr. Adriana Mikušová

Bc. Iveta Tóthová

Soňa Čupková

Organizačný výbor konferencie: Bc. Jana Bodiková

Editor: PhDr. Bc. Jana Cinová, PhD.

PhDr. Anna Hudáková, PhD.

Vydala: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Sekcia sestier pracujúcich v pediatrii, Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove. SR. November 2011.

Príspevky: © Jednotliví autori

Príspevky neprešli recenziou a jazykovou korektúrou.

ISBN: 978-80-89542-11-6

EAN: 9788089542116

PREDHOVOR

Milé kolegyně, účastníci konferencie,

počas dvoch jesenných októbrových dní v krásnom prostredí Bardejovských Kúpeľov sme mali opäťovne príležitosť organizovať a byť poctení Vašou účasťou pri príležitosti konania IV. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v pediatrii. Konferenciu, ktorá má za sebou už niekoľkoročnú tradíciu opakovane organizuje sekcia sestier pracujúcich v pediatrii pri SK SaPA v spolupráci s vedúcimi sestrami detských oddelení. Sekcia bola založená v roku 1992 a vykonávala svoju činnosť do roku 2003 pod názvom sekcia detských sestier. V rámci celého Slovenska sa konali semináre a konferencie detských sestier, na ktorých si účastníci medzi sebou vymieňali svoje skúsenosti, postrehy z praxe. Po kratšej prestávke svoju činnosť sekcia obnovila založením sekcie sestier pracujúcich v pediatrii a v roku 2008 sa pôvodné detské a dorastové sestry stretli na konaní I. celoslovenskej konferencii v Nových Zámkoch. Táto tradícia odborných stretnutí a diskusií v oblasti pediatrického ošetrovateľstva pokračuje každým rokom, čo nás nesmierne teší. Aj IV. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v pediatrii usporiadaná pod záštitou MUDr. Mariána Petka, MPH, riaditeľa NsP sv. Jakuba, n.o., Bardejov a MUDr. Borisa Hanuščáka, primátora mesta Bardejov prebiehala v príjemnej pracovnej a spoločenskej atmosfére. Odborné prezentácie jednotlivých účastníkov boli zaujímavé, prínosne pre prax a doplnené o náruživé diskusie. Dovoľte, aby sme aj touto formou vyjadrili poďakovanie celému kolektívu detského oddelenia NsP sv. Jakuba n.o., Bardejov pod vedením vedúcej sestry detského oddelenia pani Bc. Jany Bodíkovej, ktorí veľkou mierou prispeli k organizácii a úspešnému priebehu daného podujatia. Zároveň nás teší, že Vám môžeme prostredníctvom vydania tohto zborníka sprostredkovať príspevky jednotlivých autorov, ktoré boli prezentované na danej konferencii. Dúfame, že Vás obohatia a budú významným prínosom pre ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú detskému pacientovi. Prajeme Vám veľa zdravia, pracovných a osobných úspechov, ako aj veľa entuziazmu v práci. Tešíme sa na spoločné stretnutie nasledujúci rok pri príležitosti konania už V. Celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich v pediatrii.

Pracovný a organizačný výbor konferencie

Program konferencie

Piatok, 21. októbra 2011

8:00 - 9:00 Registrácia

9:00 – 12:00 Slávnostné otvorenie konferencie, príhovory hostí, I. blok prednášok

Koordinátorky: Ondriová I., Petrušová A., Čupková S.

1. **Prezentácia detského oddelenia v Bardejove**
Bodiková J., Bardejov
2. **Sociálna sféra a jej špecifiká u dieťaťa s ochorením DM**
Šantová T., Cinová J., Šuličová A., Šimová Z., Prešov
3. **Pohľad na kvalitu života detí s DM - z výsledkov výskumu**
Majerníková Ľ., Hudáková A., Obročníková A., Prešov
4. **Intoxikácia alkoholom v detskom veku - štatistika intoxikácii na detskom oddelení Bardejov**
Sopková J., Olejárová M., Bardejov
5. **Elektronický portál a jeho využitie**
Schmiedl A., Košice
6. **Portál hodnotenia sústavného vzdelávania v praxi – názorná ukážka**
Schmiedl A., Košice

Diskusia – záver I. bloku prednášok

Prestávka: Obed 12:00 - 13:00

13:00 - 18:00 II. Blok prednášok

Koordinátorky: Magurová D., Longauerová A., Tóthová I.

7. **Obezita v detskom veku**
Ondriová I., Slaninková J., Pavelková M., Prešov
8. **Úroveň informovanosti rodičov o očkovaní v detskom veku**
Slaninková J., Ondriová I., Prešov
9. **Výživa detí v kontexte zubného kazu**
Longauerová A., Prešov
10. **Assesment u detského pacienta s hnačkou podľa modelu Gordonovej**
Gajdošová Ľ., Michalovce

Diskusia – prestávka

11. **Podiel deficitu informácií o hygienickej starostlivosti na výskyte hnačiek vo vybraných rómskych komunitách**
Cifruľáková M., Michalovce

- 12. Využitie procesuálnych štandardov pri ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa s hydrocefalom (vyžiadaná prednáška)**
Magurová D., Beňová K., Cibříková S., Babjarčík M., Prešov
- 13. Kazuistika dieťaťa s hydrocefalom (vyžiadaná prednáška)**
Beňová K., Babjarčík M., Kuriplachová G., Lengyelová A., Prešov
- 14. Výsledky prieskumu zameraného na postoj sestier k poskytovaniu paliatívnej starostlivosti u detského pacienta**
Cinová J., Šantová T., Šuličová A., Šimová Z., Prešov

Diskusia – záver II. bloku prednášok

19:00 Spoločenský večer

Sobota, 22. októbra 2011

8:30 - 11:30 III. blok prednášok, Zhodnotenie a záver konferencie

Koordinátorky: Bodiková J., Mikušová A.

- 15. Špecifiká starostlivosti o diabetika s inzulínovou pumpou**
Šinaľová M., Hudáková A., Bardejov
- 16. Špecifiká komunikácie s detským klientom**
Pekná K., Juríčková K , Železnô.
- 17. Syndróm CAN - problém ošetrovateľskej starostlivosti**
Tuchyňová J., Košice
- 18. Humanizačné trendy v starostlivosti o predčasne narodeného novorodenca**
Končárová D., Bardejov
- 19. Hodnotenie kvality v pediatrickom ošetrovatelstve**
Reváková O., Košice
- 20. Febrilné krče - potencionálne riziko horúčky**
Lipková D., Kapsdorferová I., Bardejov

Postery

Využitie telemedicíny - nový trend v ošetrovatelstve

Cinová J., Derňarová Ľ., Svatová M., Obročníková A., Prešov

Komplexná starostlivosť u dieťaťa s hydrocefalom

Obročníková A., Majerníková Ľ., Prešov

Preventívne opatrenia detskej obezity

Šimová Z., Šuličová A., Šantová T., Prešov

Diskusia, zhodnotenie a záver konferencie

OBSAH

KAZUISTIKA DIEŤAŤA S HYDROCEFALOM (VYŽIADANÁ PREDNÁŠKA).....	9
<i>Beňová,K., Magurová,D., Babjarčík,M., Kuriplachová G., Lengyelová, A.</i>	
PPREZENTÁCIA DETSKÉHO ODDELENIA NsP Sv. Jakuba,n.o., BARDEJOV.....	15
<i>Bodiková,J.</i>	
PODIEL DEFICITU INFORMÁCIÍ O HYGIENICKEJ STAROSTLIVOSTI NA VÝSKYTE HNAČIEK VO VYBRANÝCH RÓMSKYCH KOMUNITÁCH.....	17
<i>Cifruľáková, M.</i>	
VYUŽITIE TELEMEDICÍNY – NOVÝ TREND V OŠETROVATEĽSTVE.....	25
<i>Cinová, J., Derňárová, Ľ., Svatová, M., Obročníková, A.</i>	
VÝSLEDKY PRIESKUMU ZAMERANÉHO NA POSTOJ SESTIER K POSKYTOVANIU PALIATÍVNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI U DETSKÉHO PACIENTA.....	27
<i>Cinová, J., Šantová, T., Šuličová,A., Šimová, Z.</i>	
ASESMENT U DETSKÉHO PACIENTA S HNAČKOU PODĽA MODELU GORDONOVEJ.....	33
<i>Gajdošová, Ľ.</i>	
FEBRILNÉ KRČE – POTENNCIONÁLNY SPRIEVODCA HORÚČKY.....	39
<i>Kapsdorferová,I., Lipková, D.</i>	
HUMANIZAČNÉ TRENDY V STAROSTLIVOSTI O PREDČASNE NARODENÉHO NOVORODENCA.....	46
<i>Končárová, D.</i>	
VÝŽIVA DETÍ V KONTEXTE ZUBNÉHO KAZU.....	52
<i>Longauerová, A.</i>	
VYUŽITIE PROCESUÁLNYCH ŠTANDARDOV PRI OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O DIEŤA S HYDROCEFALOM (VYŽIADANÁ PREDNÁŠKA).....	58
<i>Magurová, D., Beňová,K., Babjarčík,M., Cibříková, S.</i>	
POHĽAD NA KVALITU ŽIVOTA DETÍ S DIABETES MELLITUS - Z VÝSLEDKOV VÝSKUMU.....	71
<i>Majerníková, Ľ., Hudáková, A., Obročníková, A.</i>	
KOMPLEXNÁ STAROSTLIVOSŤ U DIEŤAŤA S HYDROCEFALOM.....	83
<i>Obročníková, A., Majerníková,Ľ.</i>	
OBEZITA V DETSKOM VEKU- MOŽNOSTI JEJ PREVENCIE.....	89
<i>Ondriová, I., Slaninková, J., Pavelková, M.</i>	

HODNOTENIE KVALITY V PEDIATRICKOM OŠETROVATEĽSTVE.....	96
<i>Reváková, O.</i>	
ÚROVEŇ INFORMOVANOSTI RODIČOV O OČKOVANÍ V DETSKOM VEKU.....	101
<i>Slaninková,J., Ondriová,I.</i>	
INTOXIKÁCIA ALKOHOLOM V DETSKOM VEKU. ŠTATISTIKA.....	109
<i>Sopková,J., Olejárová,M.</i>	
SOCIÁLNA SFÉRA A JEJ ŠPECIFIKÁ U DIEŤAŤA S OCHORENÍM DM.....	115
<i>Šantová,T., Cinová,J., Šuličová,A., Šimová,Z.</i>	
PREVENTÍVNE OPATRENIA DETSKEJ OBEZITY.....	119
<i>Šimová,Z., Šuličová,A., Šantová,T.</i>	
ŠPECIFIKÁ STAROSTLIVOSTI O DIABETIKA S INZULÍNOVOU PUMPOU.....	126
<i>Šinaľová,M., Hudáková, A.</i>	
SYNDRÓM CAN – PROBLÉM OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI.....	133
<i>Tuchyňová, J.</i>	

KAZUISTIKA DIEŤAŤA S HYDROCEFALOM (VYŽIADANÁ PREDNÁŠKA)

¹Beňová,K., ²Magurová,D., ¹Babjarčík,M., ²Kuriplachová, G., ²Lengyelová A.

¹Detská fakultná nemocnica, Tr. SNP

²Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Abstrakt

„**Hydrocefalus** (z grec. hydor – voda, kefale – hlava) je následok hromadenia mozgovomiechového moku v mozgových komorách alebo subarachnoidálnych priestoroch pri prekážke jeho cirkulácie, poruche vstrebávania“ (Andráš et al., 2000, s. 640). Diagnóza akou je hydrocefalus, zasahuje do života celej rodiny dieťaťa. Mení postoje a správanie človeka. Pri práci sestry uplatňuje holistický prístup s ohľadom na uspokojovanie všetkých bio-psycho-sociálnych a spirituálnych potrieb. Ošetrovateľská starostlivosť o dieťa s hydrocefalom je veľmi náročná a vyžaduje vysoké profesionálne vedomosti, zručnosti, ako aj špecifický a individuálny prístup sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. V príspevku prezentujeme kazuistiku dieťaťa s hydrocefalom, ktoré bolo opakovane hospitalizované na pediatrickom oddelení za účelom operačnej liečby. Kazuistiku ako kvalitatívnu metódu sme vybrali z dôvodu podania objektívneho a podrobného opisu komplikovaného zdravotného stavu dieťaťa s hydrocefalom.

Kľúčové slová: Hydrocefalus. Kazuistika. Ošetrovateľská starostlivosť. Sestra.

Úvod

Hydrocefalus sa aj v súčasnosti považuje za jednu z veľmi závažných neurologických stavov u detí. Ako uvádza Boledovičová (2006, s. 156) hydrocefalus je „chyba, pri ktorej nezrastené švy poskytujú priestor pre rast mozgových obalov a kostí lebky. Príčinou je uzavretie kanálov spájajúcich komory, alebo spätné nevstrebávanie likvoru, prípadne vyplnenie priestoru po atrofovanom mozgu komorami“.

Klasifikácia hydrocefalu

Pri základnom delení rozdeľujeme hydrocefalus na kongenitálny, vyvíjajúci sa intrauterinne a získaný. Vrodený hydrocefalus „býva zapríčinený primárne benignou stenózou Sylviovoho mokovodu, Chiariho malformáciou typu 2, meningomyelokélou, infekciou alebo Dandy-Walkerovou malformáciou“ (Smrčka, 2007, s. 283). Získaný hydrocefalus sa rozvíja postupne následkom iného ochorenia. Iným delením je hydrocefalus komunikujúci, rozvíjajúci sa následkom nadprodukcie tvorby likvoru alebo jeho zníženej resorpcie. „Posthemoragický hydrocefalus vzniká v dôsledku porušenia prietoku alebo absorpcie mozgomiešneho moku krvnou zrazeninou“ (Hudecová, 2001, s. 60). „Kongenitálny hydrocefalus je vrodená chyba charakterizovaná nahromadením zväčšeného množstva cerebrospinálneho moku v komorovom systéme mozgu (hydrocefalus internus) alebo medzi mozgom a dura mater (hydrocefalus externus)“ (Šípek et al., 2002, s. 361). Existuje aj tzv. normotenzný hydrocefalus, ktorý vzniká v dospelosti a to najčastejšie u pacientov nad 60 rokov. Pri poruche vstrebávania likvoru dochádza k jeho hromadeniu, čo zapríčiňuje rozširovanie mozgových komôr u detí a obmedzený vývoj CNS. „Pri progresívnom novorodeneckom a detskom hydrocefale dochádza v dôsledku nadmerného hromadenia mozgovomiechového moku k rozšíreniu mozgových komôr, zníženiu vnútrolebkovej poddajnosti a zvýšeniu vnútrolebečného tlaku“ (Kolarovszki et al., 2006, s. 627).

Klinické prejavy hydrocefalu

Pri ošetrovaní dieťaťa s hydrocefalom sa stretávame s obrovskou škálou príznakov, ktoré závisia aj od vekových osobitostí. K dominantným príznakom patrí: dilatácia nezrastených švov; zväčšenie obvodu hlavičky; hlavička je veľká, ťažká a na dotyk bolestivá; typický je plač silnej intenzity. *Od narodenia do 18. mesiaca* života dieťaťa je typické vyklenutie veľkej fontanely; narastá objem hlavy; mozgové švy sú rozostúpené; žily lokalizované na hlave dieťaťa sú rozšírené; dobre viditeľné; objavuje sa celková slabosť; ochabnutie svalového tonusu; neschopnosť vertikálneho pohybu očných bulbov; príznak zapadajúceho slnka - Parinaudov syndróm. U *staršieho dieťaťa* dominujúcim príznakom je bolesť hlavy; spomaľuje sa kognitívny vývoj a nastávajú zmeny v osobnosti; možný výskyt intrakraniálnej hypertenzie alebo príznakov zvýšeného vnútrolebečného tlaku. Neoddeliteľnou súčasťou klinických príznakov hydrocefalu sú príznaky intrakraniálnej hypertenzie. *Prodromálne príznaky*: bolesti hlavy, nauzea, zvracanie, nekľud, dráždivý plač, apatia. Pri progresii

intrakraniálnej hypertenzie sú prítomné poruchy vedomia, výpadky kmeňových reflexov, poruchy dýchania“ a zvýšený vnútrolebečný tlak (Kala,2005; Amblerová, 2006; Sameš 2005).

Kazuistika dieťaťa s hydrocefalom

Kazuistika ako metóda jedného prípadu je zameraná na odhalenie príčin skúmaného javu. Pomocou kazuistiky môžeme poukázať na špecifickú starostlivosť celého tímu zdravotníckych pracovníkov, v ktorom zohrávala nezastupiteľné miesto sestra. *Cieľom kazuistiky* bolo podať teoretické východiská problematiky diagnózy hydrocefalus a poukázať na súčasný stav tejto oblasti a uplatniť navrhované štandardizované postupy u konkrétneho dieťaťa v ošetrovateľskej praxi. *Charakteristika výberu prípadu:* išlo o systematický - zámerný výber, kde prípadom bolo dieťa s dg. hydrocefalus hospitalizované v Detskej fakultnej nemocnici na I. Klinike detí a dorastu v Košiciach za účelom operačného riešenia. Kazuistiku sme spracovali na základe získaného súhlasu zákonného zástupcu dieťaťa s anonymným zverejnením údajov o dieťati a jeho zdravotnom stave. Údaje sme získali zo zdravotnej dokumentácií dieťaťa, rozhovorom s použitím zatvorených otázok, ako aj pozorovaním dieťaťa v časovom horizonte október 2010 až február 2011.

Anamnéza

Z hľadiská anamnestického môžeme uviesť nasledovné: Rodinná anamnéza- matka dieťaťa narodená v roku 1986, je zdravá, tri pôrody a jeden pôrod bez komplikácií. Otec dieťaťa zdravý, narodený v roku 1984. Osobná anamnéza- dieťa z 3 fyziologickej gravidity, pôrod v 38 gestačnom týždni ukončený sekciou pre dg. Vrodená vývojová chyba plodu hydrocefalus. Popôrodná adaptácia bola primeraná s Apgar skóre 8/10/10, pôrodná hmotnosť dieťaťa bola 3 020g, dĺžka 47 cm; obvod hlavy 40 cm.

Katamnéza

Prvá hospitalizácia: 11 hodinový donosený eutrofický novorodenec s dg. dvojkomorový kongenitálny hydrocefalus preložený z neonatologického oddelenia na pediatrické oddelenie v Košiciach za účelom chirurgického riešenia; obvod hlavy 38 cm; krvný tlak 66/45 mmHg; pulz 127/min.; dychová frekvencia 42/min.; telesná teplota 36,3 °C; saturáciaO₂- 98% ; široko rozostúpené švy na 4-5 mm; veľká fontanela veľkosti 8 x 6 cm, bez pulzácií. 2. deň zrealizovaná ventrikulárna punkcia. Likvor vytekal pod miernejším tlakom, farba číra, bez

prímesí. 5. deň zrušená plánovaná neurochirurgická operácia pre nekonjukovanú hyperbilirubinémiu - prítomná mierne ikterická koža a subikterické skléry s výrazne hnisavou sekréciou, bilirubín celkový 215, bez nutnosti fototerapie. 6. deň zrealizované USG vyšetrenie mozgu- extrémna dilatácia pravej komory, diagnostikovanie Dandy Wolkerovej anomálie s progredujúcim 4- komorovým hydrocefalom; obvod hlavy bez progresie nárastu; bez príznakov intrakraniálnej hypertenzie. 13. deň – zhoršenie zdravotného stavu dieťaťa; nárast obvodu hlavy o 1,5 cm – 39,5 cm; progresia ICH príznakov. 16. deň – zavedenie ventrikulo-peritoneálnej drenáže (VP)– rana kľudná, nepresakuje; dieťa uložené do termolôžka pre hypotermiu– telesná teplota 35,6 °C; mramorovanú kožu; chladnú perifériu rúk a nôh; podávaná oxygenoterapia - l/min pre hyposaturáciu (81-84%). Na 2. pooperačný deň došlo k zmene zdravotného stavu, dieťa plačlivé; nárast obvodu hlavy na 41,5 cm, bez ICH príznakov; USG mozgu potvrdilo správne uloženie VP drénu; neurológom prestavený tlak ventilu na 50 mm H₂O - k ďalšiemu nárastu obvodu hlavy nedošlo. Pre rozvíjajúcu sa infekciu dolných ciest dýchacích dieťa na 23. deň hospitalizácie preložené na pediatrické oddelenie do spádovej nemocnice, hmotnosť dieťaťa 3 480 g, dĺžka 47 cm, obvod hlavy 40,5 cm, Dg. Dandy – Walkerova malformácia so sekundárnym progredujúcim obštrukčným hydrocefalom – stav po ventrikulo-peritoneálnej drenáži (VPD).

Druhá hospitalizácia: dvojmesačné dieťa opakovane prijaté s diagnózou Dandy – Walkerova malformácia so sekundárnym progredujúcim obštrukčným hydrocefalom, stav po VPD, t.č. zlyhanie drenážneho systému; nárast obvodu hlavy o 2,5 cm teda 43 cm; hmotnosť dieťaťa 3700g a dĺžka 56 cm. Veľká fontanela 10 x 10 cm; dieťa bledé; spavé; koža suchá; turgor kože znížený; zrealizované VP- likvor číry, vytekajúci pod vysokým tlakom, odobratých 37 ml, vzorky odoslané na laboratórne vyšetrenia. Nález svedčí pre zlyhanie VPD systému, preto bolo indikované neurochirurgické vyšetrenie. USG mozgu poukazuje na extrémnu dilatáciu pravej komory a cysty v zadnej jame pri Dandy – Walkerovej anomálii. 6. deň zrealizované CT mozgu za účelom určenia polohy katétra. 9. deň zaznamenaný nárast obvodu hlavy o 1 cm, teda 44 cm; zavedený centrálny venózný katéter (CVK). 10. deň hospitalizácie zavedená cystoperitoneálna drenáž (Beňová,2011).

Analýza a interpretácia získaných údajov

V priebehu piatich mesiacoch sme pozorovali dieťa s diagnózou hydrocefalus. Príčinou prvej hospitalizácie bola diagnostika závažnej vrodenej vývojovej chyby centrálného nervového

systému - hydrocefalus u dieťaťa. Novorodenec bol hospitalizovaný na pediatrickom oddelení krátko po narodení za účelom chirurgickej liečby. Na základe zrealizovaných vyšetrení sa zistila jeho príčina, ktorou bola Dandy – Wolkerová anomália. USG mozgu potvrdil dilatáciu komôr s výraznou redukciou mozgového tkaniva. Dieťaťu bola počas tejto hospitalizácie zavedená ventrikulo-peritoneálna drenáž. Prvá hospitalizácie trvala 24 dní. Dôvodom druhej hospitalizácie dieťaťa bolo zlyhanie ventrikulo-peritoneálnej drenáže s presakovaním likvoru do podkožia v oblasti zavedeného ventilu. V priebehu hospitalizácie došlo k diagnostikovaní cysty v zadnej mozgovej jame pri Dandy – Wolkerovej anomálii. Na základe tohto zistenia bola u dieťaťa zavedená cysto- peritoneálna drenáž. Zrealizované bolo odstránenie ventrikulo-peritoneálnej drenáže a zavedenie externej ventrikulárnej drenáže. Zdravotný stav dieťaťa si vyžadoval zavedenie centrálného venózneho katétra. Komplikácie u dieťaťa si vyžadovali intenzívnu ošetrovateľskú starostlivosť, oxygenoterapiu, parenterálnu výživu a symptomatickú liečbu. Dieťaťu diagnostikovaný aj obojstranný zápal pľúc. Realizovaných bolo viacero operačných zákrokov. Realizované boli dve revízie drenážneho systému, výmena externej ventrikulárnej drenáže, odstránenie cysto- peritoneálnej drenáže a zavedenie ventrikulo- peritoneálnej drenáže. Druhá hospitalizácie trvala 56 dní (Beňová 2011).

Diskusia

Kazuistikou sme poukázali na závažnosť ochorenia u dieťaťa s diagnózou hydrocefalus, ktorá si vyžaduje dlhodobú kvalitnú a intenzívnu starostlivosť poskytovanú odborným tímom lekárov a sestier. Kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti u dieťaťa s hydrocefalom môžeme zvýšiť dodržiavaním štandardizovaných postupov, uplatnením ktorých môžeme predchádzať možným komplikáciám.

Záver

Na záver by sme mohli namiesto dlhých viet povedať len nasledovné: **„Keby sme konečne začali písať kazuistiky, nemuseli by sme v mnohých prípadoch márne pátrať“.**

Literatúra

AMBLEROVÁ, V. 2006. Nemoci nervové sústavy v detském věku. In *Základy dětského lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2006. ISBN 80-246-1067-1, s. 338-355.

- ANDRÁŠ, T. – KOLLOVÁ, A. – KAŤUCH, V. 2000. Hydrocefalus spôsobený mozgovým abcesom. In *Čes.-slov. Pediat.* ISSN 0069-2328, 2000, roč. 55, č. 10, s. 640-641.
- BEŇOVÁ K. Štandardizované postupy ošetrovateľskej starostlivosti u dieťaťa s hydrocefalom. [diplomová práca]. . Prešov: PU FZO. 2011.80s.
- BOLEDOVIČOVÁ, M. 2006. *Pediatrické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80-8063-211-1.
- HUDECOVÁ, J. 2001. Posthemoragický hydrocefalus a dôležitosť jeho včasného riešenia u novorodenca. In *Čes.-slov. Pediat.* ISSN 0069-2328, 2001, roč. 56, č. 1, s. 60.
- KALA, M. 2005. *Hydrocefalus*. Praha: Galén, 2005. 125 s. ISBN 80-7262-303-6.
- KOLAROVSKI, B. et al. 2006. Sledovanie dopplerovských parametrov prúdenia krvi v a. pericallosa u novorodencov s hydrocefalom pred drenážnym výkonom a po drenážnom výkone. In *Čes.-slov. Pediat.* ISSN 0069-2328, 2006, roč. 61, č. 11, s. 627-632.
- ONDRIOVÁ, I. 2008. Vrodené chyby centrálného nervového systému. In *Starostlivosť o novorodenca*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2008. ISBN 978-80-8068-769, s. 118-121.
- SAMEŠ, M. et al. 2005. *Neurochirurgie*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2005. 126 s. ISBN 80-7345-072-0.
- SMRČKA, M. – SMRČKA, V. 2007. Akutní neurochirurgické intervence v oblasti zadní jámy lební. In *Neurológia pre prax*. ISSN 1335-9592, 2007, č. 5, s. 280-284.
- ŠÍPEK, A. et al. 2002. Vrozený hydrocefalus v období 1961-2000 – výskyt, prenatální diagnostika a prevalence podle věku matky. In *Česká gynekologie*. ISSN 1210-7832, 2002, roč. 67, č. 6, s. 361-364.

Kontakt:

Mgr. Katarína Beňová

Detská fakultná nemocnica, Tr. SNP

benova.katarina@centrum.sk

PREZENTÁCIA DETSKÉHO ODDELENIA NsP Sv. Jakuba,n.o., BARDEJOV

Bodiková,J.

Detské oddelenie NsP Sv. Jakuba,n.o., Bardejov

Detské oddelenie zabezpečuje ústavnú starostlivosť pre detských pacientov od 0 - 18 rokov.

Oddelenie tvoria dve podlažia. Na hornom podlaží sa nachádza úsek dojčiat, batoliat a väčších detí. Súčasťou detského oddelenia sú 4 nadštandardné izby, ktoré sú vybavené samostatným WC, sprchovacím kútom, detskou vaničkou, lôžkom pre dieťa a matku, základným nábytkom, televízorom, rýchlovarnou kanvicou. Disponujeme 7 lôžkami pre matky hospitalizovaných detí.

Na dolnom podlaží, sa nachádza základná a materská škola pre hospitalizované detí, denná miestnosť spojená s jedálňou a detským kútikom, kuchynka, šatňa pre sestry, lekárov, izba vedúcej sestry, lekárov a primárky, WC pre personál.

Oddelenie je dostatočne presvetlené prirodzeným a umelým osvetlením, podlaha a farebné steny, farebné postielky pre lepšiu pohodu hospitalizovaných detí.

Oddelenie má základné vybavenie t.j. nábytok a lôžka na izbách pre pacientov, doprovod, umývadla, vanička pre kojencov a batoľatá so sprchou. Ďalšou súčasťou oddelenia sú stôl, stoličky, vešiaky na šaty, skrine na šaty, nádoby na odpad so šliapadlom, skrinka na lieky, osobná váha, kojenecké váhy, chladnička na lieky a mliečnu stravu, skrinka s protišokovými liekmi, stolík na prípravu liekov a zdravotníckeho materiálu, dezinfekčné prostriedky, antiseptika, teplomere, tlakomere, fonendoskop, otoskop, centrálny prívod kyslíka, ambuvák, ako aj prístrojové vybavenie, počítače, tlačiarne.

Detské oddelenie má 21 lôžok, 7 lôžka pre matky hospitalizovaných detí, IDS kde máme hospitalizované deti, ktoré si vyžadujú intenzívnu starostlivosť a zvýšenú ošetrovateľskú starostlivosť. Na kojeneckých izbách máme po 2 lôžka niekedy prikladáme ešte 1 novorodenecké, keď je zvýšený počet hospitalizovaných detí. Izby pre veľkých pacientov sú s 3 lôžkami.

Mliečna kuchynka je súčasťou detského a novorodeneckého oddelenia. V mliečnej kuchynke sa pripravuje dojčenecká strava pre deti od 0 do 1 roka, ktoré nie sú dojčené, ale sú dokrmované umelým, alebo darovaným ženským materským mliekom. Umelú výživu ordinuje vždy lekár. Prípravu mliečnej dojčeneckej výživy zabezpečujú sestry pracujúce v

mliečnej kuchynke. Tieto sestry sa riadia pri príprave stravy organizačným a prevádzkovým poriadkom a smernicou HACCP Plán prípravy pokrmov.

Ošetrovateľská starostlivosť ako vedná disciplína zabezpečuje komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť deťom v zdraví a chorobe. Spolu s lekárom pomáhajú podporiť rodičov, uchovať alebo prinavrátiť zdravie ich dieťaťa. Poskytovanie starostlivosti deťom a ich rodinám si vyžaduje od sestry široké spektrum vedomostí a rozhľad v psychosociálnej oblasti, znalosť emociálnych, sociálnych, kultúrnych a vývinových potrieb dieťaťa a preto je aj nevyhnutné vzdelávanie sestier.

Verím, že prezentáciou detského oddelenia som prítomným účastníkom IV. Celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich v pediatrii priblížila Detské odelenie - priestory, vybavenie personál, ale aj prácu sestier, pretože starostlivosť o detí je celkom iná než starostlivosť o dospelých.

Kontakt:

Bc. Jana Bodíková

janabodikova@centrum.sk

PODIEL DEFICITU INFORMÁCIÍ O HYGIENICKEJ STAROSTLIVOSTI NA VÝSKYTE HNAČIEK VO VYBRANÝCH RÓMSKYCH KOMUNITÁCH

Cifruľaková, M.

Michalovce, Pediatrické oddelenie NsP Š.Kukuru Michalovce, a.s.

Abstrakt

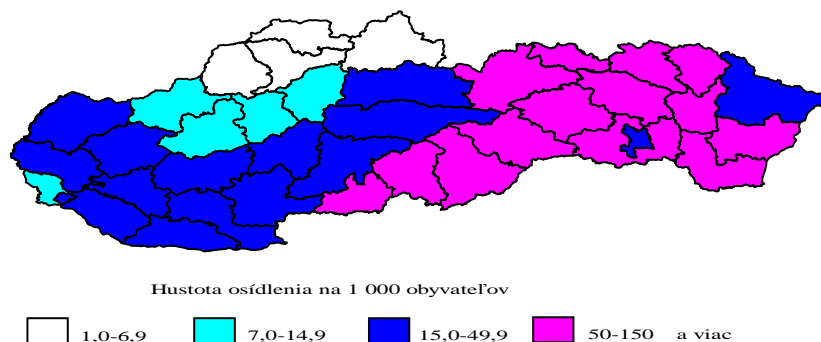
Hnačkové ochorenie u dojčiat, patrí na Zemplíne k druhému najčastejšiemu dôvodu k hospitalizácii týchto detí. Vo východoslovenskom regióne je najväčšia hustota rómskeho obyvateľstva na Slovensku. Vysoký populačný nárast vo väčšine rómskych rodín nepriaznivo ovplyvňuje ich sociálnu a kultúrnu úroveň, čo sa následne odráža na fyzickom a psychickom stave detí. Obyvatelia vybraných rómskych komunít trpia značným nedostatkom vedomostí o vplyve životného štýlu a spôsobu života na vlastné zdravie.

Kľúčové slová: Rómska komunita. Hygiena. Hnačka. Informovanosť. Prevencia.

Súčasný pokrok a rast ekonomiky Slovenskej republiky, ako aj pokrok iných krajín sveta, je nerozlučne spojený s dobrým zdravotným stavom populácie, ktorý je predpokladom k hospodárskemu rastu a trvalo udržateľnému rozvoju.

V súčasnosti sa rozdiely medzi jednotlivými regiónmi Slovenskej republiky výrazne prehlbujú. Obyvatelia v sociálno-ekonomicky znevýhodnených oblastiach sú často frustrovaní. Vznikajú a postupne narastajú rozdiely medzi jednotlivými skupinami obyvateľov. Zväčšujú sa aj rozdiely medzi bežnou populáciou a znevýhodnenými skupinami obyvateľov.

Hustota osídlenia Rómov na Slovensku



Zdroj: ÚVZ SR, ŠÚ SR

Prístup Rómov k starostlivosti o svojich potomkov nie je teoretický iný ako u ostatnej majoritnej spoločnosti v meste či na vidieku. Zásadný rozdiel je však v praktickej životnej situácii Rómov a v spôsobe života a priorit danej rodiny či komunity. Trpia značným nedostatkom vedomostí o vplyve životného štýlu a spôsobu života na vlastné zdravie. V globálnom hodnotení ich vzdelanie dosahuje podstatne nižšiu úroveň. V rómskych rodinách sa prenášajú medzi generáciami nezdravé návyky a nezdravé správanie.

Deti sú špecifickou skupinou spoločnosti, lebo sú plne závislé od rodičov, nemajú možnosť stav chudoby zmeniť a plne nesú jej dôsledky. Mylným spôsobom riešenia chudoby zo strany rodičov je zvyšovanie počtu detí v rodine, aby získali sociálne dávky a zabezpečili si aspoň minimálne finančné prostriedky na živobytie bez vynaloženia námahy.

Preukázateľne najviac ohrozenou skupinou populácie na Slovensku sú predovšetkým obyvatelia segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít, ktorá u nás patrí medzi najviac znevýhodnenú. Hovorí sa o nej ako o najchudobnejšej z chudobných. Nízky príjem je spravidla hlavným znakom chudoby. Ale aj nízke vzdelanie, menšia šanca zamestnať sa, zlý zdravotný stav a narušené životné prostredie ich vylučuje z minimálne akceptovaného života spoločnosti.

Zhoršený zdravotný stav obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít, oproti majoritnej populácii, sa vo zvýšenej miere podieľa na zvýšených nákladoch spoločnosti na liečbu, pracovnú neschopnosť, hospitalizáciu a invaliditu. Je najvyššia na východnom Slovensku, kde Rómovia vytvorili celé osady.

Hlavné determinujúce faktory ovplyvňujúce nižšiu kvalitu zdravotného stavu znevýhodnenej rómskej populácie sú v súčasnosti najmä:

- nedostatočná úroveň zdravotného uvedomenia,
- nízky štandard osobnej hygieny ,
- nízky štandard komunálnej hygieny – absencia zdrojov pitnej vody, kanalizácie, chýbajúci odvoz smetí, absencia sociálnych zariadení,
- nízky štandard bývania a ekologická rizikovosť prostredia, s ktorou súvisí znečistené a zdevastované životné prostredie, alarmujúci je stav najmä v izolovaných rómskych osadách, v ktorých často kvalita bývania nezodpovedá základným hygienickým požiadavkám, absentuje zásobovanie zdraviu neškodlivou -nezávadnou pitnou vodou, chýba kanalizácia, odpadové jamy a smetiská, odvoz smetí, absentujú sociálne zariadenia, pretrváva veľká preľudnenosť na malej ploche, často v jednej miestnosti,
- nezdravé stravovacie návyky, nevyhovujúca výživa,
- zvyšujúca sa miera užívania alkoholu a tabakových výrobkov,
- rozrastajúca sa závislosť na drogách a tým zvýšené riziko infekcie vírusom HIV a hepatitídy B a C.

Všetky faktory sa odzrkadľujú aj v krátkej dĺžke života obyvateľov segregovanej rómskej populácie - vysokej novorodeneckej a dojčenskej úmrtnosti, nízkom priemernom veku zomrelých v porovnaní s majoritnou skupinou, vysokou frekvenciou ochorení, chronickými chorobami, trvalým znížením fyzickej a mentálnej výkonnosti.

V spolupráci s RÚVZ je realizovaný Program podpory zdravia v znevýhodnených komunitách prostredníctvom „Komunitných pracovníkov v oblasti zdravotnej výchovy“. Komunitní pracovníci sú riadení príslušným regionálnym úradom verejného zdravotníctva. Ich úlohou je sprostredkovať komunikáciu, zvyšovať informovanosť a šíriť zdravotnú výchovu medzi Regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva, všeobecným lekárom, pediatrom, lekárom špecialistom a komunitou. Do Programu podpory zdravia boli na základe kritérií v okrese Michalovce vybrané tri lokality, ktoré sú najhustejšie obývané rómskym etnikom.

Angi Mlyn

Komunita Angi Mlyn v Michalovciach je prímestská rómska komunita pri rieke Laborec s odhadovaným počtom obyvateľov 1 500 -2 000. Od zástavky MHD je do osady cca 1 – 2 km poľnou cestou. Obyvatelia komunity bývajú v bytovkách a chatrčiach. Majú zabezpečenú pitnú vodu z verejného vodovodu, kanalizáciu, elektrický prúd. Odvoz smetí zabezpečuje

mesto podľa potrieb. Záchody z viacerých príčin v bytoch nepoužívajú. Potrebu väčšinou vykonávajú vonku.

Laborec

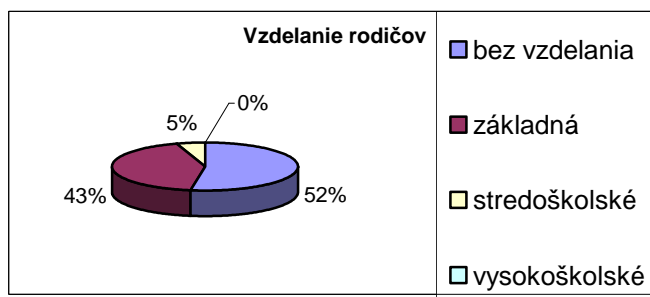
Osada Laborec v Strážskom je od mesta vzdialená 2 km. Žije v nej cca 120 – 130 Rómov z toho 30- 40 nemiestnych. Žijú bez základnej infraštruktúry a bez kontaktov so spoločenským a verejným dianím v meste v jednom obytnom dome bez prívodu vody, elektriny a plynu. Za posledných 10 rokov ani jedno rómske dieťa z osady po ukončení povinnej školskej dochádzky nepokračovalo v štúdiu a ďalšom vzdelávaní. Časť obyvateľov z osady žije v obytnom dome v meste spolu s bývalými neplatičmi bytov cca 150.

Tehelňa

Osada Tehelňa sa nachádza vo Veľkých Kapušanoch. Počet rómskych rodín vo Veľkých Kapušanoch je 278 čo predstavuje 1460 ľudí. Z toho v osade 490. Osada je od mesta vzdialená do 300 metrov na priestransve bývalej tehelne, teda na okraji mesta. Bývanie je v bytoch nižšej kategórie. Jeden obytný blok je odpojený od inžinierskych sietí.

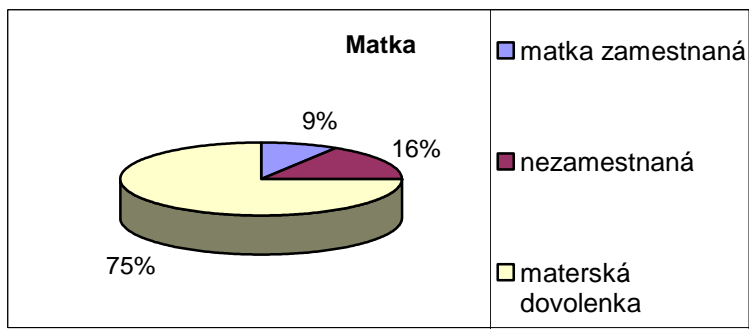
V týchto lokalitách bol vykonaný prieskum, ktorého predmetom bolo zistiť úroveň informácií o prevencii hnačiek a úroveň vedomosti o dodržiavaní hygienických zásad pri príprave umelej výživy u dojčiat.

Za pozornosť stoja niektoré zaujímavé zistenia ako:



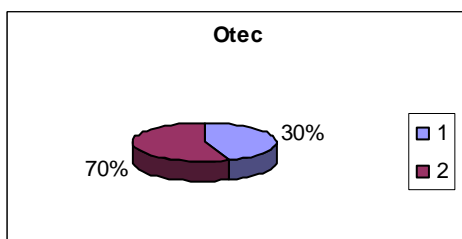
Podľa výsledkov prieskumu je bez vzdelania 42 respondentov z celkového počtu, so základným vzdelaním 34 respondentov, so stredoškolským- 4 respondenti s vysokoškolským- 0 respondentov.

Sociálne zabezpečenie rodičov-matka

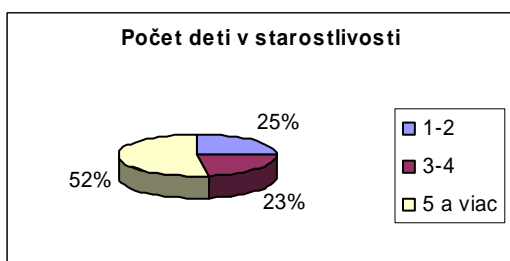


Pozoruhodné je, že až 60 opýtaných matiek je na materskej dovolenke, nezamestnané matky boli 13, a zamestnaných bolo iba 7 žien.

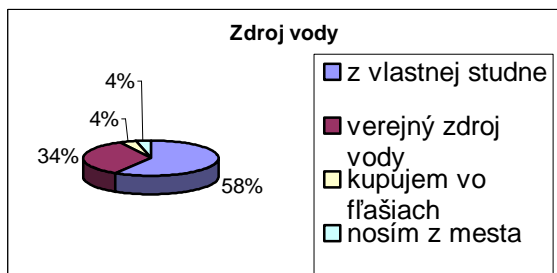
Sociálne zabezpečenie rodičov-otec



Odpovede na otázku o sociálnom zabezpečení otca nám ukázali, 24 otcov je zamestnaných a 56 opýtaných mužov nebolo zamestnaných.

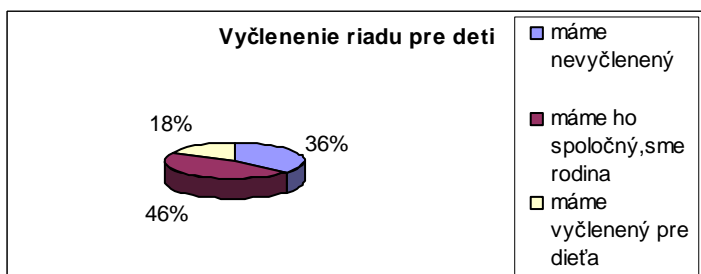


Rodičia až v 52 % majú v dome 5 a viac detí, 23% opýtaných má 3-4 deti a 1-2 deti má 20 respondentov čo je 25 % celkového počtu opýtaných. Z odpovedí je zrejmé, že zdrojom financií pre rómsku rodinu je rodičovský príspevok počas MD.



Zaujímavé je zistenie, odkiaľ používajú vodu na konzumáciu a prípravu dojčenskej stravy. Ako vidíme na grafe 58 % opýtaných má vlastnú studňu ako zdroj vody na prípravu umelej výživy. Z celkového počtu respondentov 34 % berie vodu z verejného vodovodu, 3 opýtaní ju nosia v mesta a rovnaký počet ju kupuje vo fľašiach.

Za povšimnutie stojí, kde sa nachádza zdroj vody. Na obrázku je studňa hneď vedľa latríny a smetiska.



Z odpovedí vyplýva, že 46 % opýtaných riad nečlení, pretože sú rodina, 36 % nemá vyčlenený riad a iba 18 % opýtaných matiek má riad vyčlenený na prípravu umelej výživy pre dojčatá.

Uvedená skutočnosť výsledkov prieskumu, nás viedla k riešeniu problému deficitu informácií a k vypracovaniu edukačného plánu pre rómskych komunitných asistentov.

Najčastejšou príčinou hospitalizácií detí do jedného roka je nedodržanie hygienických zásad prípravy dojčenskej stravy. Prevencia dyspepsií u dojčiat je veľmi dôležitá. Spočíva predovšetkým v dodržiavaní všetkých hygienických opatrení pri ošetrovaní a najmä pri príprave potravy a pri kŕmení.

Celospoločenský význam riešenia neinformovanosti rómskych rodičov o hnačkovom ochorení u dojčiat, pomáha nielen jednorazovému riešeniu problému, ale aj dlhodobej prevencii daného stavu. Je nutné si uvedomiť, že naučené stereotypy, či sociálne správanie môže negatívne ovplyvniť zdravotný stav alebo až vážne narušenie zdravia. Intervencie musia byť zamerané nielen na riešenie zdravotných problémov dieťaťa z rizikovej komunity, ale aj komplexnú psycho -sociálnu pomoc rodine, čím sa prispeje k eliminácii zdravotných problémov.

Práca s rómskym obyvateľstvom je veľmi náročná, vyžaduje si obetavosť a trpezlivosť. Aby prijali zmeny v správaní je potrebné snažiť sa im porozumieť, pochopiť ich, vžiť sa do ich problémov a dať im najavo, že nám nie sú ľahostajní.

Členovia rómskej komunity prichádzajú do zdravotníckych zariadení hlavne v akútnych prípadoch, niekedy na poslednú chvíľu. Vo svojej neinformovanosti, možno ľahostajnosti, zanedbávajú preventívne prehliadky, povinné očkovanie. Zanedbávajú liečbu ochorenia z výhovorkou, že na to nemajú peniaze. Neuvedomujú si však dôsledky svojho konania a správania.

Svetovou zdravotníckou organizáciou bolo vypracovaných 10 pravidiel, dodržiavaním ktorých, sa všetci musíme chrániť pred hnačkovými ochoreniami.

1. Pri nákupoch vyberať len vzhľadovo nenarušené potraviny.
2. Zabezpečiť dokonalé prevarenie, či tepelné spracovanie potravín.
3. Skonzumovať stravu bezprostredne po uvarení.
4. Po uvarení uchovávať potraviny v teplom stave (aspoň 60 °C alebo v studenom stave pod 8 °C).
5. Uvarené potraviny ohrievať dôkladne aspoň na 70 °C.
6. Zabrániť styku medzi surovými a tepelne spracovanými potravinami.
7. Pri príprave jedál si často a dôkladne umývať ruky.
8. Udržiavať všetko kuchynské zariadenie v dôkladnej čistote.

9. Ochrana potraviny pred hmyzom, hlodavcami a zvieratami.
10. Používať len pitnú vodu.

Riešenie rómskej problematiky nie je jednoduchou záležitosťou, vyžaduje si zapojenie všetkých sfér našej spoločnosti, no najmä našich Rómov a ich organizácií. Je nutné rešpektovať osobitosti rómskej menšiny, ich odlišný historický pôvod, mentalitu, kultúru. Výsledky sa dajú očakávať až v budúcich generáciách.

Deti sú budúcnosť, a tá je priamo závislá na zdraví a výkonnosti obyvateľstva, pretože čo sme v mladosti zanedbali v starobe sa nám to vráti.

Literatúra

MASTILIAKOVÁ, D. a kol. Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní / multikulturní odlišností v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství. (učebné texty). Ostrava: Ostravská univerzita, 2002. 124 s.

PADYŠAKOVÁ, H., REPKOVÁ, A. Rómska komunita - ošetrovateľské aspekty. Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia, 2003. roč. I., 5, s. 8-9, ISSN 1336-183002-04.

PEŠEKOVÁ, K. Nie každý zdroj pitnej vody je vhodný na prípravu stravy pre dojčatá. 2006, [online]. [citované 2008 -12 - 02, 17:26]. Dostupné na internete:

< www.ruvznr.sk/hdm/hdm.htm >

STAŠKOVÁ, J., MURÁROVÁ, M. Program podpory zdravia znevýhodnených komunit Slovenska na roky 2007-2015. Prednáška v realizácii RÚVZ Michalovce, Michalovce, 2007.

ŠAŠINKA, Š., ŠAGÁT, T. a kol. Pediatria 1, 2. Bratislava: Svornosť, 1998. 1128 s. ISBN 80 – 969963 – 0 – 5.

Kontakt:

Mgr. Milena Cifruľáková, Pediatrické oddelenie NsP Š.Kukuru Michalovce,a.s.

VYUŽITIE TELEMEDICÍNY – NOVÝ TREND V OŠETROVATEĽSTVE

Cinová,J., Derňárová, Ľ., Svatová,M., Obročníková, A.

Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Informatizácia zdravotníctva je problematikou, ktorej sa v súčasnosti venuje mimoriadna pozornosť. Televzdelávanie môže slúžiť v budúcnosti ako platforma pre výmenu skúseností medzi jednotlivými vzdelávacími inštitúciami s cieľom zdokonaľiť teoretickú, praktickú a metodologickú stránku televzdelávacích služieb. Vzdelávanie si neustále vyžaduje progresiu, modernizáciu a sústavné zvyšovanie kvality. Pre akademické inštitúcie je potrebné venovať osobitú pozornosť inovačným zmenám a to zvlášť v oblasti metodiky klinického vzdelávania.

Kľúčové slová: Informatizácia. Telemedicína. Ošetrovateľstvo.

Využitie telemedicíny v ošetrovateľstve je efektívnym spôsobom, ako realizovať modernizáciu výučby študentov v nelekárskych študijných programoch aj v oblasti klinického vzdelávania sa. Výučba v ošetrovateľstve prostredníctvom telemedicíny je metódou, ktorej prínosom je predovšetkým získavanie najnovších medicínskych a ošetrovateľských poznatkov. Výučba prostredníctvom telemedicíny umožňuje pedagógom tvoriť vlastné vzdelávacie multimediálne moduly, ako aj realizovať výučbu u vyššieho počtu študentov. Študenti majú k dispozícii lepší výber vzdelávacích produktov, potenciálne lepšej pedagogickej kvality a zvyšuje sa ich možnosť virtuálnej a fyzickej mobility. Zároveň umožňuje akustický, verbálny a vizuálny kontakt medzi operátorom a študentmi, ktorí nie sú prítomní priamo na operačnej sále. Teleprezenčná technológia umožňuje študentom sledovať reálny priebeh operácie, ako aj špeciálnych terapeutických a diagnostických výkonov.

Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove, Katedra ošetrovateľstva a FNsP J. A. Raimana v Prešove pod vedením doc., PhD. Ľubici Derňárovej, MPH, PhD. vstúpili do riešenia projektu Kega. Na riešení projektu s názvom Využitie telemedicíny pri výučbe v ošetrovateľstve konkrétne v oblasti 2. Nové technológie vo výučbe participujú šiesti spoluriešitelia: MUDr. Miroslav Mýtnik PhD., MUDr. Ivan Minčík PhD., PhD. Cinová Jana, PhD., PhD. Magdaléna Svatová, PhD. Silvia Cibříková, PhD. a Mgr. Andrea Obročníková.

Vybranými cieľmi projektu okrem iných je využitie možnosti informačných technológií a sietí k zmene metodiky klinického vzdelávania sa a uplatnenie interdisciplinárneho prístupu pri výučbe so zameraním na aplikáciu do chirurgického ošetrovatelstva.

Literatúra

Telemedicína. [online]. 2011 [citované: 2011-04-12] Dostupné na internete: <http://www.ezdravotnictvo.sk/?telemedicina>

Kultúrna a edukačná grantová agentúra MŠVVaŠ SR (KEGA). [online]. 2011 [citované: 2011-04-12] Dostupné na internete: <http://www.minedu.sk/index.php?rootId=499>

Kontakt:

PhDr. Bc. Jana Cinová, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

cinova@unipo.sk

VÝSLEDKY PRIESKUMU ZAMERANÉHO NA POSTOJ SESTIER K POSKYTOVANIU PALIATÍVNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI U DETSKÉHO PACIENTA

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

Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove

Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Pri poskytovaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti u detí je žiaduce položiť si otázku, ktorej odpoveď znie: „Dôležitejšie než kde, je ako.“ A ako si praje zomrieť dieťa? Určite to všetci vieme, pretože si zomrieť vôbec neželá. Pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti u detí je dôležité smerovať ošetrovateľské intervencie k tomu, aby posledné chvíle dieťaťa boli na tomto svete prežité v pokoji, dôstojne, bez bolesti a s rešpektovaním všetkých práv v atmosfére lásky, bezpečia, pocitu blízkosti tých, ktorých nekonečne miluje. Paliatívna starostlivosť má svoje nezastupiteľné a nesmierne významné postavenie v ošetrovateľstve. Štatistiky uvádzajú, že na Slovensku si paliatívnu starostlivosť vyžaduje približne 750 detí ročne (Kilíková, 2008).

Kľúčové slová: Paliatívna starostlivosť. Detský pacient. Ošetrovateľstvo. Sestra.

Úvod

Mnohokrát a to z rozličných dôvodov sú deti v terminálnom štádiu a zväčša proti svojej vôli nútené prežívať svoje posledné chvíle života v obklopení zdravotníckej techniky. Poskytovaná je týmto deťom profesionálna zdravotná starostlivosť, no zo strany ošetrojúceho tímu častokrát absentuje spoločenský aspekt. Deti sa cítia opustené, prežívajú strach, beznádej. Nablízku niet mnohokrát nikoho, kto by sa im láskavo prihovoril, pohladil, vypočul alebo daroval úsmev.

Paliatívna starostlivosť je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje, neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť, ako aj iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy (Magurová, 2008). Kvalita života má subjektívny charakter a v období terminálneho stavu má kľúčové postavenie. Ovplyvňujú ju mnohé faktory, ktoré by mali sestry akceptovať (Hudáková, 2009). Filozófiu

paliatívnej starostlivosti je možné aplikovať okrem inštitúcií paliatívnej starostlivosti aj v ďalších nemocničných zariadeniach nevynímajúc ani domáce prostredie. Jej chápanie a uplatňovanie sa nedá obmedziť výhradne len na ústavné inštitúcie poskytujúce paliatívnu starostlivosť (Németh a kol., 2009). Medicína a ošetrovateľstvo ako vedecké disciplíny, majú humánnu povinnosť akceptovať multikultúrne a spirituálne dimenzie svojho umenia ošetrovať a liečiť (Novotný, 2010). Pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti u nevyliciteľne a terminálne chorých detí je potrebné rešpektovať tieto špecifiká: problémy pri ošetrovaní umierajúcich detí sú zriedkavé, rodič má mnohokrát potrebu a ochotu sám sa postarať o svoje dieťa; rodičia sú právnym zástupcom detí; výskyt závažných a niekedy až nezvládnuteľných problémov a pocitov, s ktorými zápasia rodičia a súrodenci nevyliciteľne a terminálne chorého dieťaťa, rodičia majú pocit viny, bezmocnosti, nedostatočne splnenej rodičovskej role; u detí sa vykonávajú len nevyhnutné vyšetrenia a zákroky, ktoré v konečnom dôsledku zmierňujú nepríjemne symptómy choroby; učenie sa je dominantou v detskom veku, preto sa vyžadujú služby pedagóga; možnosť využiť služby detských hospicov, ktoré ponúkajú respitnú starostlivosť a neplatí pre nich kritérium prijatia ohľadom tzv. očakávanej doby prežitia menšej ako 6 mesiacov (Cinová, 2009).

Identifikácia bio -psycho-sociálnych a duchovných potrieb, plánovanie, implementácia a hodnotenie poskytnutej starostlivosti zvlášť u detí si vyžaduje veľkú dávku senzitivity (Tomagová, 2008). Potreby terminálne chorého a umierajúceho dieťaťa ovplyvňujú faktory akými sú vek, nadanie, zdravotný stav nevynímajúc celú životnú situáciu (Cinová, 2009). Pri uspokojovaní potrieb u nevyliciteľne a terminálne chorého dieťaťa najviac napomáha rodina, psychológ, špeciálny pedagóg, učiteľ a dobrovoľníci. Najdôležitejšia je komunikácia s dieťaťom, ako aj komunikácia medzi jednotlivými poskytovateľmi danej starostlivosti (Křivohlavý, 2002). Poskytovať paliatívnu ošetrovateľskú starostlivosť je potrebné vo všetkých oblastiach ľudskej existencie, teda v oblasti biologickej, psychologickkej, sociálnej a spirituálnej. Uspokojovanie potrieb u terminálne chorých a umierajúcich detí si vyžaduje humánnosť, rešpektovanie všetkých etických princípov, erudovanosť, manažérske schopnosti, psychickú pohodu a fyzickú zdatnosť. Nepochybne je veľmi dôležitá aj kvalitná úroveň materiálne – technického zabezpečenia prostredia, v ktorom je paliatívna starostlivosť poskytovaná (Kilíková, 2008).

Ciele prieskumu

Hlavným cieľom prieskumu bolo zhodnotiť úroveň uspokojovania potrieb u nevyliciteľne a terminálne chorých detí.

Metodika a vzorka prieskumu

Prieskum bol realizovaný v roku 2011 prostredníctvom dotazníkovej metódy. U respondentov boli sledované identifikačné údaje: vek, dĺžka odbornej praxe, najvyššie dosiahnuté odborné vzdelanie. Dotazník tvorilo 17 položiek, ktoré reflektovali subjektívne vnímanie uspokojovania potrieb u nevyliciteľne a terminálne chorých detí. Reprezentatívnu vzorku prieskumu tvorilo 50 sestier poskytujúcich paliatívnu ošetrovateľskú starostlivosť u detských pacientov.

Výsledky prieskumu

Tab.1 Vnímanie dôležitosti paliatívnej starostlivosti u detí sestrami

<i>možnosti odpovedí</i>	<i>počet respondentov</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
áno	44	88
nie	2	4
neviem posúdiť	4	8

K tejto položke uviedlo svoje stanovisko 50 respondentov (100%).

Tab.2 Náročnosť uspokojovania potrieb biologickej sféry u umierajúcich detí

<i>potreby biologickej sféry</i>	<i>nenáročné</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>náročné</i>
tlmenie bolesti		0	1	6	9	34	
oxygenácia		2	9	29	9	1	
príjem potravy		0	11	35	5	0	
príjem tekutín		5	32	8	5	0	
vyprázdňovanie		4	34	10	2	0	
pohyb/aktivita		0	5	21	22	2	

polohovanie		0	0	12	36	2	
odpočinok a spánok		4	15	31	0	0	
hygienická starostlivosť		0	3	17	27	3	
sexualita		0	0	0	4	11	

K tejto položke uviedlo svoje stanovisko 50 respondentov (100%).

Tab.3 Náročnosť uspokojovania potrieb psychologickkej sféry u umierajúcich detí

<i>potreby psychologickkej sféry</i>	<i>nenáročné</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>náročné</i>
potreba bezpečia, istoty		0	2	23	15	10	
potreba dôvery, porozumenia		0	3	10	18	19	
potreba rešpektovania ľudskej dôstojnosti		31	12	7	0	0	
potreba lásky, nežnosti		34	10	6	0	0	

K tejto položke uviedlo svoje stanovisko 50 respondentov (100%).

Tab.4 Náročnosť uspokojovania potrieb sociálnej sféry u umierajúcich detí

<i>potreby sociálnej sféry</i>	<i>nenáročné</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>náročné</i>
potreba sociálneho kontaktu		0	2	10	12	26	
potreba priateľstva		19	16	11	4	0	
potreba informovanosti		4	21	25	0	0	
potreba komunikácie		23	18	5	3	1	

K tejto položke uviedlo svoje stanovisko 50 respondentov (100%).

Tab.5 Najčastejšie prekážky pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti

<i>možnosti odpovedí</i>	<i>počet respondentov</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
problematická spolupráca s dieťaťom	6	12
problematická spolupráca s rodinou dieťaťa	16	32
narušená spolupráca v paliatívnom tíme	2	4
absencia času	31	62
fyzická záťaž	23	46

psychická záťaž	23	46
nedostatok personálu	24	48
nepostačujúce materiálne/ technické vybavenie	23	46

K tejto položke uviedlo svoje stanovisko 39 respondentov (78%).

Diskusia

Paliatívna starostlivosť poskytovaná nevyliciteľne a terminálne chorým deťom predstavuje jednu z najnáročnejších oblastí starostlivosti v ošetrovatelstve. Výskumy orientované na oblasť danej problematiky sú v súčasnosti nepostačujúce natoľko, aby bolo možné ich výsledky porovnávať so zisteniami nášho prieskumu. Z výsledkov prieskumu v oblasti poskytovania paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti u detí vyplýva veľmi dôležité poznanie. Za dokonalosťou až ideálom v poskytovaní paliatívnej starostlivosti u detí je pred nami ešte veľmi náročná a zdĺhavá cesta. No je veľmi potešujúce, že sestry si uvedomujú jej opodstatnenosť a sú schopné identifikovať náročnosť a prekážky v jej poskytovaní. Do pozornosti uvádzame niektoré návrhy na skvalitnenie uspokojovania potrieb u nevyliciteľne a terminálne chorých detí: zriadiť dostatočný počet detských hospicov a neustála podpora ich činnosti, zriadiť paliatívne oddelenia na pediatrických klinikách, vybaviť paliatívne oddelenia/kliniky poskytujúce starostlivosť deťom kvalitným materiálno-technickým zabezpečením, vytvoriť profesionálny interdisciplinárny paliatívny tím, sústavne vzdelávať paliatívny tím, umožniť sestram špecializáciu v odbore paliatívna sestra, podporovať vzdelávanie sestier v oblasti paliatívnej starostlivosti, zaviesť do praxe prehľadný formulár na efektívne identifikovanie potrieb terminálne chorého a umierajúceho detského pacienta, vypracovať štandardy v oblasti paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti, uplatňovať pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti všetky etické princípy, empatiu, umožniť študentom lekárskech a nelekárskych študijných odborov vykonávať klinickú prax na oddeleniach/klinikách s paliatívne chorými deťmi a zároveň ich viesť k efektívnej komunikácii s nevyliciteľne a terminálne chorými deťmi a ich rodinou.

Záver

Detský vek je obdobím, kedy je prirodzené zvlášť pre rodičov tešiť sa zo zdravia a prosperovania svojho dieťaťa. No z každodenného života vieme, že nie všetkým rodičom je umožnené, aby spolu so svojim dieťaťom prežili bezstarostné detstvo. V mnohých prípadoch

sa zdravotný stav dieťaťa zhorší až natoľko, že napriek vynaloženiu všetkých síl a dostupných možností liečby sa dieťa stáva paliatívnym pacientom a v konečnom štádiu sa tento stav končí samotnou smrťou.

Lekár a sestra by nemali brať proces zomierania ani smrť pacienta ako osobnú porážku. Voči zomierajúcim máme oveľa väčšie záväzky, než len tie, ku ktorým nás zaväzuje medicínsky či ošetrovateľský prístup (Novotný, 2010).

Literatúra

CINOVÁ, J. - ŠIMOVÁ, Z. - KVAŠŇÁKOVÁ, D. Onkologický detský pacient v kontexte paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Molisa* 6, Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2009. ISBN: 978-80-555-0048-5, s. 21-22.

HUDÁKOVÁ, A. - SLANINKOVÁ, J. – TOMAŠČÍNOVÁ, V. Aspekty kvality života v terminálnej starostlivosti. In: *Molisa*, Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2009, č.6, s.41 - 45 ISBN 978-80-555-0048- 5.

KILÍKOVÁ, M. - CINOVÁ, J. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť ako metóda uspokojovania potrieb v onkologickom ošetrovatelstve. In *Abstrakty z konferencie sestier, XII. Košické chemoterapeutické dni, IV. Konferencia sestier pracujúcich v onkológii. 2008, Košice, s. 4.*

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci. 1.vyd.* Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

MAGUROVÁ, D. - DERŇAROVÁ, Ľ. - JENČÍKOVÁ, E. Poskytovanie paliatívnej a hospicovej starostlivosti u klienta v domácom prostredí v terminálnom štádiu ochorenia. In: *Molisa*, Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2008, č.5, s.131. ISBN 978-80-8068 - 882-0.

NÉMETH, F. a kol. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo.* Martin: Osveta, 2009, 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.

NOVOTNÝ, R. - NOVOTNÁ, Z. - ONDRIOVÁ, I. 2010 Kontextuálny transkultúrny medicínsky model v etike zodpovednosti. In: *Molisa* 7. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2010. ISBN: 978-80-555-0233-5, s. 98-99.

TOMAGOVÁ, M. - BÓRIKOVÁ, I. 2008. *Potreby v ošetrovatelstve.* Martin: Osveta, 2008.197s. ISBN: 978-80-8063-270-0.

ASESMENT U DETSKÉHO PACIENTA S HNAČKOU PODĽA MODELU GORDONOVEJ

Gajdošová, Ľ.

Pediatrické oddelenie, NsP Štefana Kukuru Michalovce, a.s.

Abstrakt

V modeli funkčných vzorcov zdravia Marjory Gordonovej, je zber informácií založený na jedenástich vzorcoch zdravia. Ošetrovateľská anamnéza zahŕňa subjektívne a objektívne údaje. Na príklade konkrétneho pacienta s hnačkou sú aplikované teoretické východiska modelu v praxi.

Kľúčové slová: Gordonová. Funkčný vzorec. Subjektívne informácie. Objektívne informácie. Dieťa.

Autorkou modelu funkčných vzorcov zdravia je Dr. Marjory Gordonová. Narodila sa v Clevelande v štáte Ohio. Do roku 2004 bola prezidentkou NANDA a členkou americkej ošetrovateľskej akadémie. Venuje sa výskumu v oblasti ošetrovateľských diagnóz a plánovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Gordonová vo svojom modeli vychádza z myšlienky, že všetci ľudia majú spoločné určité vzorce správania, ktoré súvisia s ich zdravím, kvalitou života, rozvojom ich schopností a dosiahnutím ľudského potenciálu. Model je odvodený z interakcií osoba – prostredie. Zdravotný stav jedinca je vyjadrením bio-psycho-sociálnej interakcie. Pri kontakte s klientom sestra identifikuje funkčné alebo dysfunkčné vzorce zdravia. Vzorec je definovaný ako úsek správania v určitom čase. Dysfunkčný vzorec môže neskôr vyvolať ochorenie.

V modeli funkčných vzorcov zdravia je prvá časť ošetrovateľského procesu (zber informácií- posudzovanie) založená na jedenástich funkčných vzorcoch zdravia. Tie reprezentujú okruh základných ošetrovateľských údajov.

Ošetrovateľská anamnéza obsahuje:

- subjektívne údaje nadobudnuté rozhovorom s klientom,
- objektívne údaje získané pozorovaním a vyšetrením.

Gordonová každý vzorec definuje a od tejto definície je odvodená ošetrovateľská anamnéza. Otázky, vyšetrenia a pozorovania sú určené na skrining. Ak informácia naznačuje výskyt nejakého problému, či dysfunkcie, sú potrebné ďalšie otázky, vyšetrenia a pozorovania.

Pre aplikáciu teoretických východísk Gordonovej modelu v praxi poslúži ako príklad konkrétny pacient.

Na naše oddelenie bolo prijaté 4- mesačné dieťa donesené matkou, bledé, apatické, GCS - 12, TT 39° C rect., tachykardia 178', tachypnoe 50', dyspnoe, dýcha so zapájaním pomocných dýchacích svalov, kašeľ dráždivo, turgor znížený, sliznice suché, veľká fontanela pod úrovňou lebečných kostí, dieťa dehydratované, stolica zelená riedka.

1.Vnímanie zdravia – riadenie zdravia

Subjektívne informácie

- rodičia a štyria súrodenci zdraví, dieťa z 5. tehotenstva, pôrod v ústave, záhlavím, pôrodná hmotnosť 2600g, dĺžka 47 cm, popôrodná adaptácia bez komplikácií, očkovanie podľa očkovacieho kalendára, 1x hospitalizovaný na detskom oddelení pre infekcie horných dýchacích ciest, úrazy a operácie matka neudáva, návštevy v poradni pravidelné, rodičia fajčia v prítomnosti dieťaťa, matka udáva 2. deň hnačky 6x denne, dieťa odmieta piť, nevracia, TT do 39°C rect., kašeľ, po vyšetrení obvodným pediatrom, odporúčaná hospitalizácia, alergiu na lieky a potraviny matka neudáva.

Objektívne informácie

- 4-mesačné dieťa špinavé, zanedbané, apatické, poloha pasívna, našedlé, druhá hospitalizácia na detskom oddelení, obvod hlavy 43,6 cm, hlava normocefalická, veľká fontanela pod úrovňou lebečných kostí, facies Hippocratica, oči vpadnuté, halonované, nos špicatý, suché pery a sliznice dutiny ústnej, oči, uši, nos bez výtoku, tonzily bez začervenania šija voľná, lymfatické uzliny nehmatné, hrudník súmerný, dýchanie Kussmoulovo, acidotické, prehĺbené, zrýchlené, vŕha potrebné priestory, prítomné dyspnoe, pri dýchaní počuteľné chropky, kašeľ dráždivý, obvod hrudníka 45 cm, brucho pod úrovňou hrudníka, peristaltika zrýchlená, genitál chlapčenský, stolica zelená riedka, pohyblivosť pasívna, končatiny bez edémov a deformácií, šija voľná, príznaky meningeálneho dráždenia neprítomné.

2.Výživa – metabolizmus

Subjektívne informácie

- pije Sunar plus 5x denne po 150 ml, medzi kŕmením pije čaj, stolica zelená riedka bez krvi a hlienov, spôsob kŕmenia – fľaša, druhý deň však odmieta piť, nevracia, pôrodná hmotnosť 2650 g / 47 cm, fľašu nevyvára, voda zo studne.

Objektívne informácie

- dieťa dehydratované, sliznica dutiny ústnej suchá, bez dentície, turgor znížený, acidotické dýchanie, TT 39°C rect, hmotnosť 4 120 g/56 cm, výživa nedostatočná-hypotrofia, farba kože našedlá, koža bez narušenia integrity, špinavá, edémy neprítomne.

3.Vylučovanie

Subjektívne informácie

- matka udáva riedku stolicu 6x denne - druhý deň, k močeniu sa vyjadriť nevie.

Objektívne informácie

- stolica zelená riedka bez krvi a hlienov.

4.Aktivita – cvičenie

Subjektívne informácie

- matka kúpe dieťa jedenkrát týždenne, deň trávi dieťa v kočíku.

Objektívne informácie

- hygienická starostlivosť nedostatočná, dieťa špinavé, TK: 116/80 mmHg, PP: 178', sat. O2: 80%, PD: 50', akcia srdca pravidelná, tachykardia, pri dýchaní vťahuje podreberné priestory, prítomné dyspnoe, tachypnoe, dráždivo kaše.

5.Spánok – odpočinok

Subjektívne informácie

- dieťa spí celú noc na posteli s rodičmi, počas dňa spí 3x v kočíari, zaspáva s cumľom.

Objektívne informácie

- posúdenie dodatočne - počas hospitalizácie.

6.Poznávanie – vnímanie

Subjektívne informácie

- dieťa sedí s oporou, nepostaví sa samo, udrží hrkálku, vydáva hrdelné zvuky, druhý deň apatické.

Objektívne informácie

- dieťa apatické, Glasgowské skóre - 12, reaguje na bolestivé podnety.

7.Vnímanie seba samého – predstava o sebe

Subjektívne informácie

- dieťa pokojné neplačlivé.

Objektívne informácie

- poloha pasívna.

8.Rola – vzťahy

Subjektívne informácie

- rodičia a 5 detí bývajú v dvojizbovom byte, rodičia nezamestnaní, matka t.č. na materskej dovolenke, ekonomická úroveň znížená, rodina úplná, rómska.

Objektívne informácie

- dieťa opakovane hospitalizované na detskom oddelení, počas hospitalizácie sa rodičia sporadicky zaujímajú o stav, pri prijatí dieťa špinavé, zanedbané, ponuku doprovodu matka odmieta, nakoľko má doma viac malých detí.

9.Reprodukcia – sexualita

- neposudzované – dieťa 4- mesačné genitál chlapčenský.

10. Prispôsobenie sa – odolávanie stresu

- ukludňované cumľom, reaguje aj na prihováranie.

11. Hodnotová orientácia – náboženské presvedčenie

- náboženské obrady navštevujú len v prípade krstu a pohrebu.

Na základe posúdenia stavu hospitalizovaného dieťaťa sme stanovili nasledujúce ošetrovateľské diagnózy :

T 100 Znížený objem telesných tekutín súvisiaci s hnačkou prejavujúci sa zníženým turgorom, suchými sliznicami, bledosťou a poruchou vedomia – GCS 12 bodov.

T 112 Horúčka súvisiaca so zápalovým procesom prejavujúca sa TT nad 38,5°C, zrýchlenou pulznou frekvenciou - 178´a na dotyk nadmerne teplou kožou.

D 120 Neúčinné dýchanie súvisiace so zápalom dýchacích ciest, prejavujúce sa dýchavicou, zapájaním pomocných dýchacích svalov, zrýchleným dýchaním PD 50´ a dráždivým kašľom.

K111 Riziko narušenia celistvosti kože v okolí konečníka v súvislosti s častými riedkymi stolicami.

Gordonovej model funkčných vzorcov zdravia je veľmi praktický. Možno ho využiť v nemocnici i v rámci komunitnej starostlivosti. Klientom môže byť jedinec, rodina i komunita. Model vytvára koncepčné rámce na systematické ošetrovateľské zhodnotenie zdravotného stavu p/k, v akejkolvek oblasti starostlivosti primárnej, sekundárnej i terciárnej. Vytvára priestor pre systematickú komunikáciu v multidisciplinárnom tíme a jednotný odborný jazyk s využitím ošetrovateľskej terminológie.

Gordonovej ošetrovateľský model je prínosom z viacerých hľadísk

- prístup Gordonovej je v súlade s orientáciou moderného ošetrovateľstva,
- zameriava sa na zdravie, jeho podporu a preto hovorí hlavne o funkčných vzorcoch zdravia, možno ho použiť v komunite, ošetrovateľskej starostlivosti zameranej na rodinu, je vhodný aj pre nemocničnú starostlivosť o chorých, ošetrovateľská anamnéza sa môže v závislosti od oddelenia rozpracovať dôkladnejšie a zamerať sa na dysfunkčné vzorce zdravia,
- rešpektuje a spĺňa holistický prístup k zdraviu,
- jedenásť vzorcov obsahuje informácie o fyzickom, psychickom a spirituálnom aspekte zdravia, ako aj o vzťahoch klienta, jeho schopnosti adaptovať sa,
- Gordonová svojím modelom prispieva k rozvoju ošetrovateľskej teórie a uplatneniu teoretických poznatkov v praxi,
- osvedčil sa v oblasti ošetrovateľskej diagnostiky pri taxonómii ošetrovateľských diagnóz.

Prostredníctvom ošetrovateľského procesu podľa M. Gordonovej sme určili deficity potrieb dieťaťa, ktoré vznikli nielen v priebehu hospitalizácie, ale aj pred ňou. Plánovaním a realizáciou sa nám podarilo počas hospitalizácie dieťaťa na našom pediatrickom oddelení splniť stanovené ciele a poskytnúť čo najkvalitnejšiu ošetrovateľsku starostlivosť.

Literatúra

Boledovičová, M. a kol.: Pediatrické ošetrovatelstvo. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 194 – 199 s. ISBN 80 – 8063 – 211 – 1.

Doenges, M., Moorhouse, M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 66 – 67., 70 – 72 s. ISBN 80 – 247 – 0242 – 8.

Farkašová, D. a kol.: Ošetrovatelstvo – teória. Martin: Osveta, 2005. s. 215, ISBN 80-8063-182-4.

Kontakt:

Mgr. Ľudmila Gajdošová

Pediatrické oddelenie, NsP Štefana Kukuru Michalovce, a.s.

FEBRILNÉ KRČE – POTENCIONÁLNY SPRIEVODCA HORÚČKY

Kapsdorferová,I., Lipková,D.

Detské oddelenie NsP Sv. Jakuba n.o., Bardejov

Abstrakt

Febrilné krče sa spájajú výlučne s detským vekom. Keďže sa ešte stále stretávame s bezbrannosťou rodičov, najmä rodičov prvorodenných detí ako postupovať pri liečbe horúčky, respektíve jej „neprijemného sprievodcu“ febrilných krčov, pokladáme tento problém ešte aj dnes za aktuálny. Kde hľadať riešenie? Samoštúdium alebo edukácia? Najvhodnejšia je kombinácia oboch foriem vzdelávania, aby získané informácie efektívne prispeli k liečbe a eliminovali tak stavy ohrozujúceho život dieťaťa. V detskom veku je horúčka sprievodným znakom mnohých ochorení. Preto je veľmi dôležité, aby každá matka bola adekvátne poučená o spôsoboch merania telesnej teploty a metódach znižovania horúčky. A to je úloha sestry.

Kľúčové slová: Horúčka. Febrilné krče. Liečba. Dieťa. Rodina.

Mnohé choroby sa prejavujú zvýšenou telesnou teplotou až horúčkou, iné zasa naopak jej poklesom. Zvýšenie telesnej teploty najčastejšie spôsobuje infekcia. Medzi časté príčiny vzostupu telesnej teploty v detskom veku patrí okrem už spomínanej infekcie aj deficit tekutín a prehriatie organizmu.

Rozdelenie telesnej teploty (TT):

- normálna TT – afebrilita – hodnoty od 36,5° - 37, 0°C;
- subnormálna TT- hypotermia – hodnoty pod 36°C;
- zvýšená TT – subfebrilita – hodnoty od 37,5°C - 38°C;
- horúčka – febris, pyrexia – podľa výšky teploty horúčku delíme na:
 - ľahkú – do 38,8°C;
 - strednú – do 39,5°C;
 - vysokú - nad 39,5°C;
- hyperpyrexia - nad 41°C

Horúčka prebieha v 4 typických štádiách:

► v *prodromálnom štádiu* dochádza k uvoľneniu endogénnych pyrogénov na základe pôsobenia exogénnych.. V tejto etape nastáva prebudovanie termoregulačného centra na inú teplotu, trvá asi 15 až 90 min.

► *štádium vzostupu telesnej teploty* charakterizuje aktivita sympatika termoregulačného centra. Jeho pôsobením dochádza v kožných a podkožných cievach k vazokonstrikcii, čím sa zníži výdaj tepla. Naopak svaly, pečeň a srdce zabezpečujú pod vplyvom sympatika zvýšenú tvorbu tepla, ktorá súčasne s jeho znížením výdajom vytvára optimálne podmienky pre jeho kumuláciu v organizme. Telesná teplota sa zvyšuje, ale postihnutý má pocit chladu. V dôsledku tyroxínovej termogenézy a aktivity sympatika sa zvyšuje činnosť kardiovaskulárneho a respiračného systému, zvyšuje sa bazálny metabolizmus a vzrastá spotreba O₂ v organizme.

► *štádium vyvrcholenia* znamená, že telesná teplota kulminuje. Pri kulminácii sa dosiahla v organizme teplota, na ktorú bolo prebudované termoregulačné centrum. Toto je teraz omývané krvou, ktorá má teplotu pôvodne nastavenú. V tejto fáze sa končí aktivita sympatika a aktivuje sa parasympatikový kompartment termoregulačného centra. Jeho pôsobením dochádza k vazodilatácii ciev a poklesu periférneho odporu ciev. Postihnutý má teplú a červenú kožu, potí sa.

► *štádium zostupné* začína od vrcholu horúčky a predstavuje jej pokles, ktorý môže byť lytický alebo kritický. Kritický pokles - horúčka sa zníži v priebehu 1 až 2 hodín na normálnu teplotu. Náhly pokles horúčky, zníženie pulzovej frekvencie a pokles periférneho odporu ciev môže spôsobiť zlyhanie cirkulácie najmä u starších pacientov (Ferenčík, 1997).

Ako priamy dôsledok horúčky sa pozoruje tachykardia. Zvýšenie frekvencie srdca asi o 10 – 15 úderov za minútu predstavuje zvýšenie telesnej teploty o 1°C. Počas horúčky sa môžu vyskytnúť aj extrasystoly. Tieto môžu mať toxicko – infekčný pôvod alebo môžu byť prejavom degenerácie myokardu. V štádiu vzostupu horúčky sa zvyšuje aj krvný tlak a zrýchľuje frekvencia dýchania.

Počas horúčky sa znižuje diuréza, zvyšuje sa natriuréza a vzniká aminoacidúria, v moči sa môžu objaviť proteíny, hyalínové valce a kreatinín. Po poklese teploty môže nastať polyurická fáza.

Horúčka má nepriaznivý vplyv aj na funkcie tráviaceho traktu. Jej pôsobením sa znižuje sekrécia tráviacich štiav, vrátane tvorby slín. Spomaľuje sa peristaltika, môže vzniknúť obštipácia. Pacient s horúčkou má zníženú chuť do jedla, čo je spôsobené priamym účinkom kachektínu, pri hypoptyalizme bývajú prítomné zápaly sliznice úst a jazyka.

V priebehu horúčky sa zrýchľujú oxidačné procesy v organizme, čo sa prejavuje zvýšenou spotrebou kyslíka. Zvyšuje sa katabolizmus bielkovín s negatívnou dusíkovou bilanciou, znižuje sa vylučovanie vody a chloridov. Tento stav môže viesť až k vzniku metabolickej acidózy. Počas horúčky alebo po jej odznení sa môže zistiť hyperglykémia.

Horúčka je typická aj hyperalgiou, bolesťami hlavy a kĺbov. Často býva somnolencia, apatia.

Keď sa zvýši telesná teplota o 6°C vznikne stav, ktorý je nezlúčiteľný so životom. Subjektívny pocit horúčky je značne variabilný.

Triaška – typická pre pyogénne infekcie spojené s baktériami, môže sa objaviť aj pri neinfekčných chorobách. Aj podané antipyretiká môžu vyvolať triašku vo fáze zvyšovania telesnej teploty.

Potenie – prirodzená reakcia v procese znižovania horúčky.

Zmeny mentálneho stavu – bývajú prítomné u detí v predškolskom a mladšom školskom veku a gerontov. Môžu byť mierne alebo sa môžu vyvinúť do delirantného stavu.

Krče – bývajú prítomné u detí do 5 rokov. Objavujú sa najčastejšie vo fáze zvyšovania telesnej teploty.

Herpes labialis - zvýšená telesná teplota môže aktivovať latentný vírus herpes simplex. Do istej miery je aj známkou potlačenej celúlárnej imunity (Ferenčík, 1997).

Základom liečby horúčky je dostatočný príjem tekutín a energetické krytie. Potreba tekutín sa pri horúčke zvyšuje na každý °C o 20%, potreba energie na každý °C o 12%. Pri výpočte množstva tekutín sa vychádza z fyziologickej potreby pre daný vek. V 1. roku života je to 130 – 150 ml / kg / 24 h, s pribúdajúcim vekom sa spotreba znižuje, u dospelých je to 20- 40 ml / kg / 24 h. K fyziologickej a zvýšenej potrebe pri horúčke treba pripočítať aj straty pri hnačke, vracaní, event. pri pobyte v teplom prostredí.

Malé deti v porovnaní s dospelými majú zmenený pomer intra – a extracelulárnej tekutiny, preto sa u nich dehydratácia môže zjaviť o niekoľko hodín. V takejto situácii je neodkladné riešiť otázku rehydratácie.

Z fyzikálnych metód – vhodných napr. u pacientov s poškodenou funkciou pečene, u malých detí za predpokladu, že spĺňajú kritéria (adekvátne periférna cirkulácia) sa používa potieranie celého tela vlhkou tkaninou alebo špongiou.

Pri aplikácii zábalov sa nesmie používať studená voda, pretože spôsobuje vazokonstrikciu ciev v koži, čo zabraňuje odvádzaniu tepla z organizmu a horúčka sa ešte zvyšuje. Na zábal sa používa voda s teplotou okolo 20 - 22°C. Zábal sa zvyčajne kombinujú s farmakoterapiou (Buchanec, 1998).

Antipyretiká sa aplikujú spravidla až pri rektálnej teplote nad 38,5°C. Používa sa paracetamol, ktorý je dostupný v týchto liekových formách – v tabletách, čapíkoch a sirupovej suspenzii. Aplikuje sa v dávke 10 – 15 mg/kg hmotnosti. Počas paracetamolu je signifikantne predĺžený u novorodencov a malých dojčiat, treba ho používať obozretne a v redukovanom dávkovaní. Ďalším medikamentom na znižovanie horúčky je ibuprofen – perorálna suspenzia, patrí do skupiny tzv. nesteroidných protizápalových liečiv. Určený je deťom s telesnou hmotnosťou nad 7 kg (starším ako 6 mesiacov) podáva sa v množstve 7 – 10 mg/kg hmotnosti, najviac 3 – 4 denne v časových odstupoch minimálne 6 hodín. V súčasnosti je dostupný aj vo forme čapíkov, indikačnou skupinou sú dojčatá od 3. mesiacov s telesnou hmotnosťou nad 6kg.

Prípravky obsahujúce kyselinu acetylsalicylovú sa ako antipyretikum u malých detí nesmú používať pre riziko vzniku ťažkého poškodenia mozgu a pečene nazývaného Reyov syndróm.

Kríče u detí sa definujú ako mimovôľové kontrakcie jednotlivých svalov alebo svalových skupín, ktoré sú vyvolané paroxyzmálnymi zmenami elektrickej aktivity mozgových neurónov a vyúsťujú do alterácie ich funkcie a správania. Rozdeľujú sa podľa rôznych kritérií:

- podľa charakteru (tonické, klonické, tonicko – klonické);
- podľa lokalizácie (lokalizované alebo generalizované);
- podľa stupňa alterácie vedomia (bez poruchy vedomia , s poruchou vedomia) ;
- podľa dĺžky trvania (prolongované, kumulované , status);
- podľa etiológie .

Najmä u detí treba brať do úvahy prítomnosť ale neprítomnosť horúčky (Dobiáš, 2007).

Febrilné záchvaty (FZ) sa vyskytujú len v detskom veku a ako príčina sa uvádza spolupôsobenie určitej geneticky podmienenej náchylnosti – nezrelosti detského mozgu – a zvýšenej teploty, ktorá samostatný záchvat vyvolá. Kľúčovú rolu pri vzniku FZ zohráva zvýšená záchvatová pohotovosť mozgu, ktorá je ovplyvnená niektorými vývojovými faktormi, individuálnymi vlastnosťami CNS, zvláštnosťami metabolizmu a niektorými nepriaznivými vonkajšími faktormi. Ide o komplexnú reakciu imunitného a nervového systému na infekč.

Podľa štatistík manifestujú febrilné krče výlučne u detí vo veku medzi 6.mesiacom a 5.rokom života s maximom výskytu okolo druhého roku veku dieťaťa.

Väčšina FZ (80 – 85 %) má nekomplikovaný priebeh tzv. jednoduché febrilné záchvaty. Spravidla sa objavia v spánku, ale aj v bdelom stave, väčšinou z plného zdravia, bez varovných príznakov. Inokedy je dieťa pred záchvatom mrzuté, nepokojné, podráždené alebo naopak apatické. Záchvat prichádza náhle často už pri prvom zvýšení telesnej teploty, ktorá nemusí byť vysoká a pohybuje sa nad 38°C. Samostatný záchvat má charakter generalizovaných krčov s napnutím celého tela a následnými rytmickými záškľbmi tváre a končatín, dieťa stráca vedomie, niekedy zmodrie. Záchvat trvá niekoľko sekúnd, ale môže pretrvávať až niekoľko minút, odznieva spontánne. Po záchvate nemá dieťa žiaden ložiskový neurologický nález.

Komplikované febrilné záchvaty sú charakterizované dlhším trvaním (viac ako 10 – 15 minút), krče sú ohraničené na určitú časť alebo polovicu tela. Záchvat sa môže objaviť aj viackrát počas trvania infekcie. Po záchvate sa u dieťaťa zistí prechodná porucha hybnosti postihnutých končatín, taktiež na EEG sa môže objaviť abnormálny nález (Benko, 1996).

Prvý záchvat býva často nečakaný, náhly. Dieťa buď leží alebo ho matka drží v náručí, má zvýšenú telesnú teplotu a zrazu náhle stráca vedomie, ochabne alebo sa vystiera, príp. má záškľby. Matky často udávajú, že mali pocit ako by im dieťa zomieralo. Pomoc preto býva chaotická, neprimeraná a celá rodina býva nadmieru vystrašená.

Prednemocničná laická prvá pomoc je zameraná na prevenciu poranení dieťaťa počas trvania záchvatu, zahŕňa v sebe tieto kroky:

- uložiť dieťa na mäkkú podložku;
- uvoľniť odev;
- pri klonických záchvatoch chrániť jeho hlavu a končatiny pred poranením;
- netlmiť krče násilnou manipuláciou
- privolať RLP resp. RZP ak je prolongovaný záchvat (Chovancová, 2002).

Pre záchranný tím je dôležité vedieť:

- za akých okolností febrilný záchvat vznikol;
- na ktorej časti tela záškľby začali;
- koľko záchvat trval;
- ako sa správalo dieťa po záchvate.

Údaje sú potrebné na orientačné neurologické zhodnotenie celkového stavu a na vyjadrenie sa o ďalšom priebehu a charaktere starostlivosti o dieťa. Liečba FZ v rámci prednemocničnej odbornej pomoci je zhodná s terapiou epileptických záchvatov, medikamentom prvej voľby je Diazepam a jeho včasná aplikácia pri záchvate. Využíva sa jeho rektálna forma, je bezpečná s pomerne rýchlym nástupom účinku (Viciánová, 1996).

Každé dieťa s FK (I.záchvat) by malo byť hospitalizované na detskom oddelení a vyšetrené detským neurológom z dôvodu vydišerencovania diagnózy. To prispieva k stanoveniu efektívnej liečby a určení ďalšej prognózy.

Deťom, ktoré už raz prekonalí febrilné kŕče sa profylakticky na začiatku epizódy horúčky podáva Diazepam (intermitentné podávanie) v dávke 0,7mg/kg/24 hod súčasne s antipyretikami. K modernej prevencii patrí rektálne podávanie Diazepamu – Desitin (rektálna tuba), u detí mladších ako 2 roky 5 mg, u starších 10 mg, ak je rektálna teplota vyššia ako 38,5°C (Šašinka, 2007). Veľkou prednosťou tejto formy aplikácie je jednoduchosť, bezbolestnosť a hlavne rýchlosť vstrebávania lieku. Rýchlosť vstrebávania rektálne podaného Diazepamu je skoro rovnaká ako po intravenózne aplikácií. Deti môžu byť po ňom spavé, mávajú poruchy koordinácie alebo naopak bývajú hyperaktívne (Benko, 1996).

V rámci prevencie febrilného záchvatu sa veľký dôraz kladie aj na edukáciu rodičov. Tá je zameraná na účelové správanie sa rodičov pri febrilných kŕčoch. Veľký dôraz v profylaxii zohráva aj pravidelná kontrola horúčky, príp. zvýšenej teploty počas trvania choroby dieťaťa. Netreba opomenúť sledovanie horúčky ani počas spánku.

Dlhodobé sledovanie veľkého počtu detí s febrilnými kŕčmi ukázalo, že sú vlastne epizódou v detskom veku, ktorá nemá nepriaznivý vplyv na vývin detského mozgu a nevedie k následnému postihnutiu pohybových ani kognitívnych schopností.

Existuje však malé riziko, že určité percento detí s febrilnými kŕčmi (0,5 – 7 %) môže mať v budúcnosti epilepsiu. Za nepriaznivé faktory, ktoré by mohli zvýšiť riziko výskytu epilepsie v neskoršom veku sa považujú nasledujúce okolnosti :

- výskyt epilepsie v rodine;

- pozitívny neurologický nález ešte pred výskytom febrilných kŕčov;
- prolongovaný záchvat (trvajúci dlhšie ako 10 – 15 min);
- viac záchvatov počas jedného infektu alebo séria záchvatov za 24 hodín;
- výskyt záchvatu pred 4. mesiacom a po 5. roku života
- diagnóza detskej mozgovej obrny a mentálnej retardácie.

V poslednom období sa prehodnocujú aj tieto údaje a za najzávažnejšie riziko pre výskyt epilepsie sa pokladá kombinácia viacerých uvedených faktorov. Dieťa s rizikovými faktormi treba nevyhnutne neurologicky vyšetriť (Benko, 2007).

Kontakt:

Mgr. Ingrid Kapsdorferová

kapsii@centrum.sk

HUMANIZAČNÉ TRENDY V STAROSTLIVOSTI O PREDČASNE NARODENÉHO NOVORODENCA

Končárová,D.

Bardejov

Abstrakt

Humanizácia v neonatológii predstavuje rešpektovanie prirodzených potrieb dieťaťa, v rámci zabránenia prehlbovania stresu a iatrogénnemu poškodeniu novorodenca. Snažíme sa o dosiahnutie rovnováhy medzi technikou a prirodzenými pochodmi. Novorodenec veľmi citlivo reaguje na podnety vonkajšieho prostredia. Stresujúco naň pôsobí intenzita osvetlenia, nadmerný hluk, nízka, či vysoká teplota prostredia, nadmerná stimulácia a bolesť. Elimináciou týchto nepriaznivých faktorov môžeme minimalizovať stres novorodenca, čo je vlastne podstatou behaviorálnej ošetrovateľskej starostlivosti. Je neoddeliteľnou súčasťou komplexnej starostlivosti o nezrelých a chorých novorodencov. Polohovanie novorodencov je tiež veľmi významnou zložkou starostlivosti. Vhodné je využívanie polohy „hniezdo“, ktorá napodobňuje polohu dieťaťa v maternici. Koncepcia „biologického a psychologického umbilika“ by mala po každom pôrode prevziať funkciu preťatého fyzického umbilika. Nerešpektovanie tejto koncepcie môže byť zdrojom mnohých problémov. Kangaro Care je už súčasťou starostlivosti na mnohých novorodeneckých jednotkách intenzívnej starostlivosti. Ide o prvok jednoduchý, prirodzený, s pozoruhodnými výsledkami.

Kľúčové slová: Novorodenec. Behaviorálna starostlivosť. Polohovanie. Biologický a psychologický umbilikus. Kangaro Care.

Úvod

Intenzívna starostlivosť v neonatológii si vyžaduje dokonalú a zložitú medicínsku techniku, ktorá má za úlohu pomoc pri liečbe nezrelého novorodenca. Z prístupu ošetrojúceho personálu sa napriek tomu nesmie strácať ľudská podstata rešpektujúca prirodzené potreby dieťaťa. Či ide o donoseného, alebo nezrelého novorodenca, dávajú nám najavo svoje potreby. Našou úlohou je ich akceptovať, čím zabránime prehlbovaniu stresu a iatrogénnemu poškodeniu malého dieťaťa (Magyarová, 2005, str. 17).

V poslednom období sa v medicíne a ošetrovatelstve začína uvažovať, či nie sme až príliš rýchli, pretechnizovaní, syntetickí, a či nechávame prírode dostatočný priestor na uplatnenie jej jemne nastavených pravidiel. Začíname si uvedomovať, že všetky výdobytky vedy a techniky využijeme s maximálnym efektom len vtedy, ak ich postavíme do vyváženej kooperácie s prírodou.

V odbore neonatológia boli realizované konkrétne zmeny. Prehodnocuje sa prístup k ošetrovaniu novorodencov v snahe o dosiahnutie rovnováhy medzi technikou a prirodzenými pochodmi. Väčšina nemocníc (aj naša) už v súčasnosti participuje na realizácii iniciatívy „Nemocnica priateľská k deťom“. Snaží sa čo najmenej narúšať dvojicu matka – dieťa, samozrejme pri pozornom dohľade erudovaným zdravotníckym personálom.

„Priateľskosť k deťom“ nie je určená len zdravým novorodencom a ich rodinám, ale môže byť dostatočne ponúkaná aj chorým a prenatálnym novorodencom, ktorí ju potrebujú možno ešte viac. Tieto deti sú väčšinou uložené v inkubátoroch samé, obklopené cudzími, často sa meniacimi členmi personálu. Sú veľmi zraniteľné, potrebujú blízkosť matky a rodiny (Litavec, 2003, str. 3-6).

Materinská láska pozitívne ovplyvňuje ďalší vývoj týchto detí. Našou snahou je povzbudzovať matku a rodinu, aby ich často navštevovali, hladkali a naučili sa ich lúbiť.

Behaviorálna starostlivosť

V minulosti sa novorodenec vnímal ako malé bezmocné stvorenie, ktoré nevníma svet a nereaguje naň. Dnes už vieme, že novorodenec vyjadruje svoje potreby a reaguje na podnety vonkajšieho prostredia. Ošetrojúci personál musí vedieť takéto signály rozpoznať a využiť ich v prospech ošetrovaného dieťaťa. To je podstatou behaviorálnej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá je neoddeliteľnou súčasťou komplexnej starostlivosti o nezrelých a chorých novorodencov. Dokázateľne zvyšuje ich prežívanie a znižuje riziko dlhodobých negatívnych následkov. Po narodení sa dieťa dostáva do stresujúceho prostredia. Chorý, alebo nezrelý novorodenec využíva svoje obmedzené zdroje energie a regulačné mechanizmy na odstránenie stresu a nezostávajú mu takmer žiadne rezervy na uzdravenie a rast.

Výrazne vieme eliminovať stres nezrelého dieťaťa faktormi vonkajšieho prostredia. Stresujúcim faktorom nezrelého dieťaťa je svetlo. Prichádza z prostredia, kde je šero, jeho

očká ešte nevedia zvládať vysokú intenzitu osvetlenia, ba aj samotné denné svetlo vyvoláva u neho stres. Preto na oddeleniach, kde sú takéto deti hospitalizované, by mali byť podľa možností zatienené okná, inkubátory prekryté rúškou, separované osvetlenie. Pri výkonoch, keď potrebujeme intenzívnejšie osvetlenie, dieťaťu chránime oči prekrytím.

Ďalším negatívnym faktorom prostredia je hluk. Nadmerný hluk ruší prirodzený rytmus spánku, čo môže dieťa nadmerne vyčerpať. Treba dávať pozor na „ zabuchnutie “ dvierok inkubátora, ukladanie predmetov na inkubátor, rozhovory personálu, zatváranie dverí, alarmy prístrojov.

Teplotný komfort sa tiež podieľa na eliminácii stresu, a to nielen u nezrelých novorodencov. Pri hypotermii stúpajú energetické nároky na tvorbu tepla. Odpor v systémovom cievnom riečisku stúpa. Malé rezervy energie nezrelého dieťaťa spôsobia vyčerpanie, s možným vznikom hypoxie, hypoxémie, metabolickej acidózy. Znížená je aj tvorba surfaktantu v pľúcach novorodenca. Dlhotrvajúci chladový stres môže viesť k závažnej hypotermii, vzniku skleredému, šoku až úmrtiu novorodenca.

Tak ako hypotermia, aj hypertermia je pre novorodenca veľmi nebezpečná. Môžu sa vyskytnúť apnoické pauzy, strata tekutín, vnútrolebečné krvácanie. Pretrvávajúce prehriatie vedie k vyčerpaniu energetických zdrojov a neprospievaniu dieťaťa. Môže spôsobiť až šok a úmrtie dieťaťa (Magyarová, 2005, str. 17-20).

Ochrana pred nadmernou stimuláciou a bolesťou

V rámci ochrany pred nepriaznivým stresom minimalizujeme negatívne stimuly, znižujeme manipuláciu cudzou osobou na čo najmenšiu mieru. Maximum podnetov treba preferovať zo strany rodičov dieťaťa. Veľmi vhodné zo strany personálu je využívanie tímovej práce, príprava a kumulovanie výkonov, čím sa skracuje dĺžka manipulácie s dieťaťom. Pred výkonom je vhodné dieťaťu sa prihovoriť, jemne na neho priložiť ruky a počkať, kým sa prebudí.

Vyhodnocovanie bolesti je súčasťou práce s nezrelým novorodencom. Rovnako ako dospelý, aj novorodenec si vyžaduje adekvátnu prípravu na bolestivý zákrok. Sestra musí poznať a vedieť využívať nemedikamentózne spôsoby tlmenia bolesti. Pred bolestivými výkonmi umožníme dieťaťu sať štetôčku navlhčenú sladkým roztokom, a to 2 – 3 minúty pred výkonom, alebo nechať mu cmúľať si pästičku, čo patrí medzi relaxačné techniky. Aj tzv.

liečebný dotyk patrí k nemedikamentóznym postupom tlmenia bolesti. Ide o priloženie a pridržanie teplých dlaní na hlavičku a bruško, kým sa dieťa upokojí. Dolné končatiny majú byť pritom pokrčené (Magyarová, 2005, str. 20-22).

Polohovanie

Hlavne u nedonosených detí je dôležitá vhodná poloha. Uprednostňuje sa tzv. fetálna poloha. Dieťaťko uložíme tak, že má pokrčené dolné končatiny a bruško voľne visí. Využívame aj polohy na boku. Polohu na chrbte využívame len ak je to nevyhnutné. Nezrelé dieťa si nevie polohu samo udržať. Je potrebné podopretie zo všetkých strán – poloha hniezdo (Magyarová, 2005, str. 21). Cieľom takejto polohy je napodobniť polohu dieťaťa v maternici. Ako podložku môžeme použiť deku, plienky, kožušinku a pod., ktoré musia byť samozrejme čisté, suché, jemné (Boledovičová, 2006, str. 75).

Biologický a psychologický umbilikus

Koncepcia „ biologického a psychologického umbilika “ by mala po každom pôrode prevziať funkcie preťatého fyzického umbilika. Ide o funkciu nutričnú, ktorá naznačuje včasné prvé dojčenie, častý kontakt matky s dieťaťom, rozvoj laktácie a zabezpečenie optimálnej výživy novorodenca a dojčťa. Ďalšou funkciou umbilika je imunologická funkcia. Novorodenec začína svoj život mimo maternice s nekompletnou imunitnou výbavou. Ukazuje sa, že neobmedzený a častý kontakt matky a dieťaťa počas prvých dní života zabezpečuje pre dieťa ochranné faktory prostredníctvom jej kožných exkrétov, vzduchu, ktorý matka vydychuje a prostredníctvom materského mlieka. Nezanedbateľná je aj psychologická funkcia, ktorá ukazuje, že telesný kontakt medzi matkou a dieťaťom je v tomto období rozhodujúci pre rozvoj emočného a sociálneho puta medzi nimi. Nerešpektovanie koncepcie „ biologického a psychologického umbilika “ môže byť zdrojom mnohých problémov.

Z uvedeného vyplýva, že matky majú byť pri chorých i prematúrnych novorodencoch čo najviac ako sa dá. Sú aktívnymi členmi ošetrovateľského tímu. Sú povzbudzované k aktívnej účasti pri ošetrovaní svojho dieťaťa. Je vhodné často využívať metódu „ koža na kožu “, dojčiť dieťa na požiadanie. Pre zvýšenie komfortu je vhodné umožnenie návštev otca dieťaťa

i ostatných členov rodiny. Pre nenarúšanie integrity „ biologického a psychologického umbilika “ sa minimalizuje používanie techniky a kontakt medzi dieťaťom a personálom. Samozrejme sestry poskytujú potrebnú odbornú ošetrovateľskú starostlivosť, pomoc, edukáciu, prednášky, podporu pri poskytovaní starostlivosti matkám (Litavec, 2003, str.8-9).

Kangaro Care

Kangaro Care je súčasť ošetrovateľskej starostlivosti na mnohých novorodeneckých jednotkách intenzívnej starostlivosti. Ide o prvok jednoduchý, prirodzený, ktorý zaujal pozoruhodnými výsledkami a vrelým prijatím zo strany rodičov (Litavec, 2003, str. 14). Konkrétne tu ide o priloženie novorodenca bruškom na obnaženú hrud' matky, alebo otca. Dieťa má len jednorazovú plienku, ponožky a čiapočku. Uložené je obvykle vo zvislej polohe. Pre matku je vhodným oblečením nočná košeľa na zapínanie vpredu, ktorou si dieťa prekryje. Podľa potreby si ho ešte prikryje dekou (Angelovičová, 2004, str. 29-30) Matka pohodlne sedí v hojdacom kresle, prípadne môže aj chodiť. Dieťaťu sa prihovára, oslovuje ho jeho menom, môže mu aj spievať (Jánoš, 2003, str. 22-23). Ak si stav novorodenca vyžaduje ventilačnú podporu, parenterálnu výživu, či kontinuálny monitoring vitálnych funkcií, nie je kontraindikované na takúto starostlivosť. V takomto prípade len zabezpečíme káble, hadice, infúzne sety proti ťahu a posunu. Sestra je stále nablízku pre prípad, že matka potrebuje pomôcť, alebo poradiť. Tiež sleduje klinický stav dieťaťa (Angelovičová, 2004, str. 30-31).

Klokania starostlivosť je realizovaná v tichom, teplom, šerom prostredí. Spočiatku je praktizovaná 5 až 30 minút raz denne. Pokiaľ je dobre tolerovaná, doba sa postupne zvyšuje na 2 – 3 hodiny denne. Štúdie v oblasti tejto starostlivosti väčšinou vykazujú pozitívny vplyv na dieťa a rodičov. Z pozitívnych vplyvov Kangaro Care na dieťa môžeme spomenúť predĺženú dobu spánku, termostabilitu, pravidelné dýchanie, nižší výskyt apnoe, pravidelnejšiu srdcovú činnosť, zvýšenú úspešnosť dojčenia, rýchlejší hmotnostný prírastok, skrátenú dĺžku hospitalizácie a tým znížené náklady na liečbu. Z pohľadu matky je to zvýšené sebavedomie, vyššia schopnosť dojčenia, možnosť lepšej komunikácie s dieťaťom (Litavec, 2003, str. 16-19).

Záver

Narodenie dieťaťa je nádherný a veľmi zložitý proces. V našom prípade však veľká časť detí je prijatá na jednotku intenzívnej starostlivosti. Často majú pred sebou náročnú a dlhú cestu, ktorá sa nezačína v náručí matky, ale v inkubátoroch. Starostlivosť o takéto deti si vyžaduje tím, ktorý je vyzbrojený trpezlivosťou, vedomosťami, zručnosťami, ale aj veľkou dávkou psychologických schopností, empatiou, flexibilnou organizáciou a potrebou holistického prístupu k dieťaťu a jeho rodine. Nevyhnutné je rešpektovanie ich individuality a zraniteľnosti a dostupnú techniku využívať vo vyváženej kooperácii s prirodzenými pochodmi.

Literatúra

ANGELOVIČOVÁ, M. – RENDOŠOVÁ, G. – BAZÁROVÁ, J. 2004. Procesuálny štandard – Klokankovanie. In *Neonatologické zvesti*. ISSN 1335-2504, 2004, roč. 8, č. 2, s. 29-31.

BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. 2006. *Pediatrické ošetrovatelstvo*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2006. 209 s. ISBN 80-8063-211-1.

JÁNOŠ, M. 2003. K – Starostlivosť (Kangaroo Care). In *Neonatologické zvesti*. ISSN 1335-2504, 2003, roč. 7, č. 2, s. 21-23.

LITAVEC, M. 2003. *Humanizačné trendy v starostlivosti o rizikového novorodenca* : atestačná práca. Bratislava : Slovenská zdravotnícka univerzita, 2003. 42 s.

MAGYAROVÁ, G. – BAUER, F. 2005. Behaviorálna ošetrovateľská starostlivosť o nezrelých novorodencov. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-56067, 2005, roč. 2, č. 1, s. 17-22.

Kontakt:

Mgr. Dagmar Končárová

NsP sv. Jakuba Bardejov, novorodenecké odd.

ul. Sv. Jakuba 21

085 01 Bardejov

VÝŽIVA DETÍ V KONTEXTE ZUBNÉHO KAZU

Longauerová, A.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckých odborov

Abstrakt

Vplyv výživy na zdravie zubov a ďasien je veľmi silný. Rozdeliť potraviny na tie, ktoré zubom škodia a na tie, ktoré im neškodia, je veľmi zložité, lebo i malé množstvo cukru alebo škrobov v potrave vedie k vzniku kyslého prostredia v ústach. Čím dlhšie kyslé prostredie v ústach pretrváva, tým dlhšie pretrvávajú aj podmienky vedúce k demineralizácii. A práve z toho dôvodu sú cukry pre vznik kazu rozhodujúcim faktorom. Neznamená to, že by sme mali cukor, sladké jedlá a nápoje z detského jedálneho lístka úplne vylúčiť. Je však možné upraviť ich druh, množstvo a podávanie tak, aby sa pre zuby škodlivé pôsobenie znížilo na minimum. Najdôležitejšie minerály pre zdravie zubov sú vápnik, fosfor a fluor. Nachádzajú sa v rybách, mlieku, surovej zelenine, v ovocí a minerálnych vodách. Pre zdravý vývin detského chrupu sú nevyhnutné vitamíny A, C a D. V prevencii zubného kazu je najdôležitejšie správne zloženie stravy, cielené na obmedzený prívod cukrov, cukrom sladených potravín a nápojov. Záleží tiež na tom, kedy, akým spôsobom a ako často sa pre zuby škodlivé potraviny konzumujú.

Kľúčové slová: Výživa. Cukry. Zubný kaz.

Zdravie zubov stojí na štyroch pilieroch – na správnej **hygiene, výžive a fluoridácii**. Tým štvrtým sú **informácie**. Mali by sme vedieť, kedy a čo robiť. Všetko závisí predovšetkým od toho, ako sa stravujeme. Či patríme medzi bežne sa stravujúcich, medzi vegetariánov, či držíme diéty alebo patríme k tým, ktorí musia mať neustále niečo v ústach. Obmedzovať spotrebu cukrov je úloha veľmi ťažká, pretože návyk na sladké je u detí už od útleho veku veľmi silný. Sladká chuť je deťom nielen príjemná, ale cukry sú tiež najrýchlejším zdrojom energie a dieťa nasýtia. Každá potrava obsahujúca i malé množstvo cukru alebo škrobov tvorí zdroj živín pre mikroorganizmy v ústnej dutine, ktoré ich kvasením vytvárajú kyslé prostredie v ústach. Stupeň, akým kyseliny reagujú s ostatnými látkami, sa vyjadruje pomocou **pH faktora**:

- **vysoký stupeň kyslosti zodpovedá nízkemu pH**

- **pH rovné 7** znamená **neutrálne prostredie**
- **pH rovné 1** znamená prostredie **veľmi kyslé**
- pokles **pH pod 5,7** – **kritické pH** v dutine ústnej.

Ak pH v ústnej dutine poklesne pod kritické hodnoty, začínajú kyseliny odvápnovať sklovinu v dôsledku straty vápnika a fosforu, základných stavebných súčastí skloviny. Vzniká zubný kaz. Pri čistení zubov sa naruší proces kvasenia, t.j. preruší sa proces pôsobenia kyselín, pretože čistením odstránime veľkú časť baktérií a zvyšky jedla. Doteraz vytvorené kyseliny sa zvýšenou tvorbou slín riedia a pri čistení vypláchnu z úst. Tak sa proces odvápnovania zabrzdí a neumožní sa pôsobenie kyselín. Bez čistenia zubov trvá 30 – 60 minút prirodzené samočistenie zubov. Časť zvyškov jedla človek prehltnie. Produkcia kyselín vyvolá zvýšenú produkciu slín, ktoré prostredie neutralizujú. Sklovina sa odvápnuje v závislosti od stupňa kyslosti prostredia v ústach. Škodlivé pôsobenie cukru závisí:

- od prijatého množstva,
- od frekvencie príjmu,
- druhu,
- formy.

Čím dlhšie pretrváva v ústach kyslé prostredie, tým dlhšie pretrvávajú podmienky vedúce k demineralizácii. A práve z toho dôvodu sú cukry pre vznik kazu rozhodujúcim faktorom. Cukry podľa ich kariogenity možno rozdeliť do nasledujúcich skupín:

Fruktóza je málo kariogénna. Vyvolávajúca kaz je iba v spojení s lepivým ovocím ako sú banány, figy, sušené ovocie. Hoci ovocie obsahuje cukor, obsahuje aj veľa vody (75 až 90%), ktorá rýchlo vznikajúce kyseliny zrieduje – neutralizuje.

Sacharóza je silno kariogénna. Pri odbúravaní sacharózy baktériami zubného plaku vzniká vedľa fruktózy a glukózy aj kyselina mliečna. Tým hodnota pH v ústach klesá pod 5,7 a kyselina odvápnuje sklovinu.

Škrob je komplexom molekúl glukózy. Nachádza sa v chlebe, zemiakoch, ryži, obilninách. Enzým zo slín, amyláza, ho štiepi na jednoduché cukry, ktoré ústne baktérie menia na kyseliny. Tieto kyseliny sú potom príčinou vzniku zubného kazu. Každý príjem cukru spôsobí útok kyselín na zuby, preto je dôležité to, ako často počas dňa deti konzumujú cukry a ďalšie pre zuby škodlivé potraviny. Čím častejšie to bude, tým častejšie bude dochádzať k vzniku

kyslého prostredia v ústach a tým kratší bude časový interval, kedy sa kyslé prostredie vráti k neutrálnym hodnotám a kedy dôjde k remineralizácii.

Pri zubnom kaze je dôležité spomenúť ešte jedno poškodenie zubnej skloviny, ktoré s výživou úzko súvisí, a to sú povrchové defekty skloviny a zuboviny – erózie. Tieto defekty vznikajú z častej konzumácie kyslých potravín a nápojov obsahujúcich kyseliny. Ide najmä o jogurty, citrusové plody a koncentrované ovocné džúsy. Samozrejme, to vôbec neznamená, že by jogurty, citrusové plody a džúsy deti nemali konzumovať, ale záleží na tom, ako často a akou formou ich konzumujú. Nevhodné je, keď deti tekutinou ústa akoby preplachovali, lebo čím dlhšie ju v ústach držia, tým je možnosť poškodenia zubov väčšia. Odporúča sa ovocné džúsy riediť vodou v pomere 1:1, alebo nápoj vypiť na dúšok. Konzumácia dvoch a viac citrusových plodov denne tiež zvyšuje riziko poškodenia skloviny, pričom veľmi škodlivé je najmä vyhrýzanie pomarančov a citrónov. Po konzumácii kyslých potravín a nápojov by si deti nikdy nemali ihneď čistiť zuby zubnou kefkou, pretože poškodenie skloviny kyslou potravou sa mechanickým dráždením ešte zhoršuje. Zuby sa čistia pred konzumáciou týchto potravín a po ich požití sa dutina ústna vypláchne ústnou vodou s obsahom fluoridov.

Jedným zo spôsobov ako dosiahnuť redukciu príjmu cukrov, je ich náhrada necukrovými sladidlami v tých výrobkoch, kde je to možné. Tieto tzv. substitúty cukrov musia vyhovovať z hľadiska nutričného, toxikologického i ekonomického. Musia mať nízky kariogénny potenciál a byť ľahko technicky spracovateľné. Náhrady cukrov sa delia na dve skupiny: umelé sladidlá a náhradné sladidlá.

Umelé sladidlá (Sacharin, Aspartan, Cyklamát) sú syntetické látky, nekalorické a používajú sa na sladenie nápojov, džemov, cukrovínok, zubných pást a pod. Baktérie ich neskvasujú, preto tiež nevyvolávajú zubný kaz. Ich sladkosť je niekoľkonásobne vyššia ako u cukru. Pri bežnom dávkovaní nie sú umelé sladidlá škodlivé.

Náhradné sladidlá (Lycasin, Manitol, Sorbitol, Xylitol) sú prevažne uhľohydráty so sladkou chuťou vyrábané priemyselne, ale nachádzajú sa aj v niektorých rastlinách. Patria dnes k najvýznamnejším náhradám cukrov v potravinárskych výrobkoch, zvlášť v cukrovinkách a tiež v zubných pastách. Tieto látky baktérie nedokážu skvasiť. Náhradné sladidlá obsahujú energiu a majú také množstvo kalórií ako sacharóza. Vyšší príjem týchto sladidiel môže vyvolať zažívacie ťažkosti. Niektorí výrobcovia cukrovínok v spolupráci s odborníkmi zaradili do svojej ponuky sladkosti, ktoré sú „**k zubom šetrné**“. Ochrannou známkou týchto sladkostí je usmievajúci sa zub s dáždnikom. Na našom trhu sú pod touto ochrannou známkou napr.

cukríky a žuvačky. Pepermintové a ovocné príchuťe týchto žuvačiek napomáhajú k zvýšenej stimulácii slín. Niektoré sirupy a nápoje, označené light sú bez tejto ochrannej známky, ale sú sladené náhradnými sladidlami. Ako zuby šetriaci môže byť označený len taký produkt, ktorý spĺňa predpísané parametre a prešiel skúškou. To znamená, že po jeho požití hodnota pH nesmie klesnúť pod 5,7. V takomto prípade totiž nedochádza k demineralizácii.

Vplyv výživy na zdravie zubov a ďasien je veľmi silný. Pre zdravie zubov sú najdôležitejšie minerály, ako sú vápnik, fosfor a fluor, ktoré sa nachádzajú v rybách, mlieku, surovej zelenine, v ovocí a minerálnych vodách. Vitamíny A, C a D sú pre zdravý vývin zubov nevyhnutné. Rozdeliť potraviny na tie, ktoré zubom škodia a na tie, ktoré im neškodia, je veľmi zložité, lebo i malé množstvo cukru alebo škrobov v potrave vedie k vzniku kyslého prostredia v ústach. Záleží preto hlavne na tom, kedy, akým spôsobom a ako často sa pre zuby škodlivé potraviny konzumujú. Najlepšie by bolo, keby každý mohol jesť to, čo mu chutí. Musíme si uvedomiť, že to nie je možné. V správnej výžive platí všeobecné pravidlo „všetko s mierou“ a určite aj vo vzťahu cukry verus zubný kaz.

V rámci racionálnej výživy a prevencie zubného kazu je dôležité dodržiavať tieto zásady:

- výdatné raňajky, po ktorých nasleduje dôkladné čistenie zubov zubnou pastou s fluoridom,
- vylúčiť konzumáciu sladkostí a sladkých nápojov v dopoludňajších hodinách,
- obmedziť frekvenciu konzumácie sladkostí medzi obedom a večerou na minimum, sladkú potravinu či nápoj podať ako súčasť hlavného jedla,
- obmedziť popíjania cukrom sladených nápojov a džúsov v priebehu dňa a nahradiť ich minerálnou vodou alebo nesladeným čajom,
- odporúčať deťom po jedle žuvanie žuvačky bez cukru, ktorá zvyšuje tvorbu slín; zvyšky potravy sa tak zriedia a sú rýchlejšie odstránené z úst,
- starostlivé čistenie zubov pastou s fluoridom (najlepšie pod dohľadom rodičov) by malo byť zakončením dňa, po ktorom ide dieťa spať;
- úplne vylúčiť konzumáciu sladkostí a sladených nápojov po večernom čistení zubov.

Ak máme doma maškrtníka, „samoničiteľa zubov“, vysvetlíme mu, že cukor v ústach sa už do dvoch minút mení na kyseliny, ktoré okamžite útočia na sklovinu. Sklovina ich pôsobením začína mäknúť. Ak sa tento proces veľmi často opakuje, v zube vznikne diera. Sú tu dve

možnosti: - okamžite po jedle zuby vyčistiť, a tak odstrániť cukry a kyseliny z úst alebo zvyšovať odolnosť skloviny častým privádzaním fluoridov, ktoré vytvrdia sklovinu tak, že je viac odolná voči kyselinám. Bežne prijímame fluoridy v čaji, minerálnych vodách, v jedlách solených fluoridovou soľou, v rybách. Na zuby sa nám dostane fluorid dvakrát denne z fluoridovanej zubnej pasty a raz týždenne aplikáciou fluoridového gélu. Keď má dieťa dostatočne zafluoridované zuby, môže jesť viac sladkostí, piť sladké a kyslé nápoje bez toho, aby sa jeho zuby poškodili. Dôležité je ešte vedieť, že väčšina fluoridov sa dostáva do skloviny počas čistenia zubov zubnou pastou. Preto si má maškrtné dieťa čistiť zuby minimálne ráno a večer aspoň tri minúty. Vyššiu účinnosť má amínfluorid, pretože je schopný zachytiť sa v ústach a pôsobiť tam ako zásoba fluoridu, až pokým sa nevyčerpá. Ako prvá pomoc pre zdravé zuby po jedle je odstránenie zvyškov špáradlom a vypláchnutie čistou vodou alebo žuvanie žuvačky bez cukru (20 minút). Zvýši sa tým množstvo slín, ktoré riedia vytvorené kyseliny. Ak dieťa nevie odolať sladkostiam a sladeným nápojom, malo by ich skonzumovať čo najrýchlejšie. Cmúľanie cukríkov, maškrtenie čokolády po drobných kúskoch, popíjanie sladených nápojov po celý deň, spôsobuje, že zuby sú neustále „namáčané v kyseline“. Bežné sladkosti je možné nahradiť sladkosťami označenými ochrannou značkou **Bez cukru**. Na desiatu dávajme dieťaťu čerstvé šťavnaté ovocie a zeleninu. Aj keď každé ovocie obsahuje cukry, tým že je šťavnaté, obsahuje aj veľa vody a tak okamžite zriedi tvoriace sa kyseliny. Ovocím nevhodným na desiatu je banán, pretože je vysoko lepivý na zuby a sušené ovocie, ako sú napríklad datle, figy a slivky, pretože pôsobia rovnako ako med. Pri zvýšenom príjme ovocia a ovocných nápojov je vhodné po ich konzumácii vypláchnuť ústa vodou. Pri ovocných a kyslých jedlách a pri konzumácii kyslomliečnych nápojov a produktov (jogurt) si zuby vyčistíme fluoridovou pastou pred jedlom! Po kyslom jedle alebo nápoji si nikdy nečistíme zuby zubnou kefkou, pretože si ich môžeme poškodiť. Ústa vyplachujeme čistou vodou alebo ústnou vodou s fluoridom. Za úplne nevhodnú variantu riešenia desiaty považujeme zvyk dávať dieťaťu peniaze a ponechať výber na ňom. Rodičia aj dieťa musia vedieť, že pre zuby je nebezpečný cukor ako taký a cukrom sladené potraviny:

- pekárenské výrobky (buchty, koláče, bábovky...),
- cukrárenské výrobky (torty, rolády, medovníky, šľahačka, zmrzlina...),
- trvanlivé pečivo (sušienky, piškóty, oblátky, tatranky, kokosky...),
- cukrovinky (čokoláda, cukríky, lentilky, karamelky, želé, lízanky...),

- cukrom sladené nápoje (ovocné šťavy a sirupy, ovocné limonády...),
- potraviny obsahujúce škroby (hranolky, lupienky, placky, langoše, hamburgery, párky v rožku...) a pod.

Počas celého nášho života musíme dodržiavať rôzne pravidlá. Ich zmysel je v tom, že nás chcú chrániť. Ak tieto pravidlá poznáme a dodržiavame, život si zbytočne nekomplikuujeme. Nechápme ich len ako zákazy a príkazy, ale skúsme ich vnímať ako určité možnosti, ako hranice, v ktorých sa môžeme bezpečne pohybovať. Keď sa ich naučíme dodržiavať a naučíme to aj naše deti, zabezpečíme im život bez bolesti a strachu z ošetrovania zubov, zabezpečíme im zdravý úsmev. Je to málo?

Literatúra

KAPOVÁ, S., CIBRÍKOVÁ, S., MAGUROVÁ, D. Primárna prevencia, ako neodmysliteľná súčasť výchovy k správne životnému štýlu. - In: *Zborník prác z 11. vedecko-pedagogickej konferencie Zdravá škola*. - Prešov: Metodicko-pedagogické centrum, (2006). - s. 37- 43.

KILIAN, J. a kol. *Prevence ve stomatológii*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-022-3.

LONGAUEROVÁ, A. *Metodika starostlivosti o ústnu dutinu*. 1. vyd. Prešov: PU v Prešove, FZ, 2006. 100 s. ISBN 80-8068-517-7.

MAGUROVÁ, D. a kol. *Základy edukácie a jej využitie v ošetrovateľskej praxi*. (Vysokoškolské učebné texty) PU v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 1. vyd. Prešov: 2008. 127 s. ISBN 978-80-8068-821-9.

MROSKOVÁ, S. Pitný režim v prvom roku života dieťaťa. In: *Pediatrica pre prax*. 2011, roč.12, č. 2, str.76. ISSN 1336-8168.

Kontakt:

PhDr. Alena Longauerová, PhD.

Alena.Longauerová@unipo.sk

VYUŽITIE PROCESUÁLNYCH ŠTANDARDOV PRI OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O DIEŤA S HYDROCEFALOM (VYŽIADANÁ PREDNÁŠKA)

¹Magurová, D., ²Beňová, K., ²Babjarčík, M., ¹Cibíriková, S.

¹Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

²Detská fakultná nemocnica, Košice

Abstrakt

Implementácia systému kvality do procesu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti je nesmierne dôležitá tak pre poskytovateľov ako aj pre prijímateľov ošetrovateľskej starostlivosti. Manažment kvality predstavuje systém, ktorý zabezpečuje kvalitnejšie a efektívnejšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Starostlivosť o dieťa s hydrocefalom vyžaduje vytvoriť taký systém, ktorý by bol efektívny a schopný prihliadať na potreby dieťaťa s hydrocefalom. Nepretržite zabezpečovať systém kvality na základe dodržiavania štandardizovaných postupov ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa s hydrocefalom je nevyhnutnou súčasťou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Vytvorenie štandardizovaných postupov u dieťaťa s hydrocefalom poskytuje sestram pocit istoty, že svoju prácu vykonávajú správne a kvalitne.

Kľúčové slová: Štandard. Hydrocefalus. Ošetrovateľská starostlivosť. Sestra. Pacient.

Úvod

Ošetrovateľský štandard predstavuje dohodnutú profesijnú úroveň kvality; určuje záväznú normu pre kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť a umožňuje objektívne hodnotenie poskytovanej starostlivosti (Kontrová a kol., 2005). V súčasnosti je poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti u dieťaťa s hydrocefalom podmienené kvalitnou ošetrovateľskou praxou a jej pozíciou v systéme starostlivosti. V príspevku prezentujeme procesuálne ošetrovateľské štandardy, ktoré sme využili pri ošetrovaní dieťaťa s hydrocefalom. Ide o nasledovné štandardy:

- 1. Spolupráca sestry pri podávaní liekov intraventrikulárne**
- 2. Starostlivosť o externú ventrikulárnu (komorovú) drenáž**

3. Meranie obvodu hlavy u dieťaťa s hydrocefalom

Na I. Klinike detí a dorastu Detskej fakultnej nemocnici v Košiciach sa aplikácia liekov intraventrikulárne, ako aj starostlivosť o externú ventrikulárnu (komorovú) drenáž pokladajú za štandardné výkony nakoľko ich sestry každodenne vykonávajú alebo spolupracujú. Po zavedení lokálnych procesuálnych štandardov bol realizovaný ošetrovateľský audit pod vedením manažérky kvality a vedúcej sestry I. Kliniky detí a dorastu v Košiciach. Audit č.1 a č.3 **bol v zhode** so všeobecne platným procesuálnym ošetrovateľským štandardom. Počas realizácie interného ošetrovateľského auditu, zameraného na meranie obvodu hlavy u dieťaťa s hydrocefalom sme zistili nezhodu v kritériách štruktúry Š₂ prostredie. Výsledkom interného auditu bolo zistenie nezhody v ošetrovateľskej starostlivosti v predložennom návrhu procesuálneho ošetrovateľského štandardu, a to v kritériách štruktúry v bodoch:

Pôvodne: Š₃ Prostredie: nemocničná izba dieťaťa

Po úprave: Š₃ Prostredie: nemocničná izba dieťaťa, kúpeľňa a vyšetrovňa

V procesuálnom ošetrovateľskom štandarde boli uvedené kritériá štruktúry upravené a predložené pre opätovné chválenie Komisiou pre tvorbu ošetrovateľských štandardov.

Lokálne procesuálne štandardy

- **Procesuálny štandard č. 1: Spolupráca sestry pri podávaní liekov intraventrikulárne**

Charakteristika štandardu: lokálny procesuálny štandard

Cieľ: - v súčinnosti s lekárom podať ordinovanú dávku lieku intraventrikulárne

Skupina starostlivosti: hospitalizované dieťa s hydrocefalom so zavedenou externou ventrikulárnou (komorovou) drenážou

Dátum použitia: **Dátum kontroly:** priebežne **Kontrolu vykonal:** vedúca sestra

Podpis zodpovedného pracovníka: sestra

KRITÉRIÁ ŠTRUKTÚRY

Š₁ **Pracovníci:** sestra v súčinnosti s lekárom

Š₂ **Prostredie:** nemocničná izba dieťaťa, vyšetrovňa

Š₃ Pomôcky: sterilné rukavice, 2 ml a 5 ml striekačky, ihly so žltým a zeleným kónusom, liek podľa ordinácie lekára, fyziologický roztok, Aqua 5 ml, podnos, emitná miska, dezinfekčný roztok (Spitaderm), sterilné bauše, leukoplast, sterilné tampóny, tvárové masky, sterilný kompres.

Š₄ Dokumentácia: zdravotná dokumentácia dieťaťa

KRITÉRIÁ PROCESU

P₁ Sestra v rámci svojich kompetencií informuje zákonného zástupcu dieťaťa (ak je prítomný) o realizácii plánovaného výkonu, o dôvode výkonu a o spôsobe podania lieku.

P₂ Sestra podľa ordinácie lekára požadovaný liek sterilne pripraví na podávanie. Najčastejšie podávanými liekmi intraventrikulárne sú antibiotiká (Edicin, Gentamicin, Colimycin) a hemostiptiká (Dicynone a Pamba).

- Edicin riedime výhradne 5 ml Aqua (1 ml = 100 mg),
- Colimycin riedime 10 ml fyziologického roztoku F¹/₁ (1 ml = 100 000 j).

P₃ Sestra liek označí

- podľa ordinácie lekára presným množstvom roztoku akým bol liek riedený,
- dátum a čas,
- meno sestry, ktorá liek riedila,
- meno a priezvisko dieťaťa, pre ktoré je liek určený,
- spôsob podávania lieku.

P₄ Za prísne aseptických podmienok sestra prekryje gumenú zátku nariadeného lieku sterilným tampónom, ktorý fixuje leukoplastom.

P₅ Sestra si na podnos pripraví potrebné pomôcky k realizácii výkonu na dosah ruky.

P₆ Sestra uloží dieťa do polohy na chrbte a zafixuje horné končatiny.

P₇ Sestra pred výkonom uzatvorí externú ventrikulárnu (komorovú) drenáž uzatváracími svorkami.

P₈ Sestra a lekár počas výkonu používajú tvárové masky.

P₉ Sestra odstráni sterilné krytie z injekčného a odberového portu EVD, port vydezinfikuje a umiestni pod neho sterilný kompres.

- P₁₀** Sestra podá a sterilne otvorí lekárovi sterilné rukavice. Dezinfikuje gumovú zátku riedeného lieku a fyziologického roztoku F¹/₁. Lekárovi postupne podá na natiehnutie lieku a fyziologického roztoku dve ihly so žltým kónusom, 2 ml a 5ml striekačku.
- P₁₁** Po natiehnutí ordinovaného lieku a fyziologického roztoku lekárom použité pomôcky sestra odloží do emitnej misky a lekárovi podá ihlu so zeleným kónusom na aplikáciu ordinovaného lieku do externej ventrikulárnej drenáže.
- P₁₂** Sestra po podaní lieku dezinfikuje injekčný a odberový port externej ventrikulárnej drenáže a zabalí ho do sterilného baušu, ktorý zafixuje leukoplastom.
- P₁₃** Sestra nechá uzatvorenú drenáž podľa ordinácie lekára (zvyčajne 1 – 2 hodiny).
- P₁₄** Sestra zaznamená všetky potrebné údaje o podaní liekov intraventrikulárne do zdravotnej dokumentácie dieťaťa.

KRITÉRIÁ VÝSLEDKU

- V₁** Zákonný zástupca dieťaťa je informovaný o dôvode a spôsobe podania liekov intraventrikulárne.
- V₂** Dieťaťu je podávaný liek na základe aktuálneho posúdenia zdravotného stavu predpísaným spôsobom.
- V₃** V zdravotnej dokumentácii sú zaznamenané všetky potrebné údaje o podaní liekov intraventrikulárne (Beňová, 2011)

Ošetrovateľský audit č. 1

Ošetrovateľský audit č. 1 - kritériá štruktúry

KÓD	KONTROLNÉ KRITÉRIÁ	METÓDA HODNOTENIA	ÁNO	NIE
Š ₁₋₂	Sú splnené podmienky uvedené v kritériách štruktúry Š ₁ - Š ₂ ?	Kontrola prostredia	1	
Š ₃	Má sestra pripravené všetky potrebné pomôcky ?	Kontrola pomôcok	1	
Š ₄	Má sestra k dispozícii potrebnú zdravotnú dokumentáciu ?	Kontrola zdravotnej dokumentácie	1	

Ošetrovateľský audit č. 1 - kritériá procesu

P R O C E S	KÓD	KONTROLNÉ KRITÉRIÁ	METÓDA HODNOTENIA	ÁNO	NIE
	P ₁	Informovala sestra zákonného zástupcu (ak bol prítomný) o realizácii plánovaného výkonu, o dôvode a o spôsobe podania lieku ?	Otázka na sprievodcu (ak je prítomný)	1	
	P ₂₋₄	Pripravila a označila sestra ordinovaný liek predpísaným spôsobom podľa kritérií procesu P ₂ - P ₄ ?	Kontrola zdravotnej dokumentácie	1	
			Kontrola pomôcok	1	
			Pozorovanie sestry počas výkonu	1	
			Kontrola ordinovaného lieku	1	
	P ₅	Má sestra pripravené pomôcky na dosah ruky ?	Kontrola pomôcok	1	
	P ₆	Je dieťa uložené v správnej polohe ?	Kontrola prostredia	1	
	P ₇	Uzavrela sestra externú ventrikulárnu drenáž pred začatím samotného výkonu ?	Otázka pre sestru	1	
			Pozorovanie sestry počas výkonu	1	
P ₈	Použila sestra a lekár počas výkonu tvárové masky ?	Pozorovanie sestry počas výkonu	1		
P ₉₋₁₃	Postupovala sestra pri podávaní liekov intraventrikulárne podľa predpísaných kritérií procesu P ₉ - P ₁₃ ?	Pozorovanie sestry počas výkonu	1		
		Otázka pre lekára	1		
P ₁₄	Zaznamenala sestra všetky potrebné údaje o realizácii podania lieku intraventrikulárne do zdravotnej dokumentácii	Kontrola zdravotnej dokumentácie	1		

		dieťaťa ?		
--	--	-----------	--	--

Ošetrovateľský audit č. 1 - kritériá výsledku

	KÓD	KONTROLNÉ KRITÉRIÁ	METÓDA HODNOTENIA	ÁNO	NIE
V ÝS LE D O K	V ₁	Je zákonný zástupca dieťaťa (ak je prítomný) informovaný o dôvode a spôsobe podania liekov intraventrikulárne ?	Otázka pre zákonného zástupcu (ak je prítomný)	1	
	V ₂	Je dieťaťu podávaný liek predpísaným spôsobom ?	Otázka pre sestru	1	
	V ₃	Sú v zdravotnej dokumentácii zaznamenané všetky údaje súvisiace so starostlivosťou o EVD ?	Kontrola zdravotnej dokumentácie	1	

- **Procesuálny štandard č. 2 : Starostlivosť o externú ventrikulárnu (komorovú) drenáž**
(Beňová, 2011., Kala, 2005., Kontrová a kol.,2005., Kovál a kol.2008).

Charakteristika štandardu: lokálny procesuálny štandard výkonu

Cieľ: zabrániť vzniku infekcie; zabrániť vzniku hyperdrenáže alebo hypodrenáže; zabrániť nežiadúcej extrakcii externej ventrikulárnej (komorovej) drenáže

Skupina starostlivosti: hospitalizované dieťa s hydrocefalom so zavedenou externou ventrikulárnou (komorovou) drenážou. **Dátum použitia:**..... **Dátum kontroly:** priebežne

Kontrolu vykonal: vedúca sestra **Podpis zodpovedného pracovníka:** sestra

KRITÉRIÁ ŠTRUKTÚRY

Š₁ Pracovníci: sestra

Š₂ Prostredie: zdravotnícke zariadenie, nemocničná izba pacienta (dieťaťa), vyšetrovňa

Š₃ Pomôcky: externá ventrikulárna (komorová) drenáž, jednorázové rukavice, podnos, sterilné tampóny, Cosmopor, sterilné bauše, leukoplast event. leukopur, pruban, odmerný valec, perforačná injekčná ihla s ružovým kónusom, 20 ml injekčná striekačka, emitná miska, dezinfekčný roztok (Spitaderm), Betadine,

Š₄ Dokumentácia: zdravotná dokumentácia dieťaťa

KRITÉRIÁ PROCESU

P₁ Sestra informuje zákonného zástupcu dieťaťa (ak je prítomný) o starostlivosti o externú ventrikulárnu (komorovú) drenáž. Oboznámi ho s možnými komplikáciami a s ich sprievodnými klinickými príznakmi.

P₂ Sestra pri manipulácii s dieťaťom uzatvorí externú ventrikulárnu drenáž všetkými uzatváracími svorkami.

P₃ Sestra šetrne odstráni Cosmopor a ostatné náplaste z miesta zavedenia komorového katétra. Okolie zavedenia komorového katétra očistí a dezinfikuje. Po ošetrení aplikuje na miesto zavedenia komorového katétra sterilný Cosmopor, ktorý fixuje prubanom.

P₄ Sestra skontroluje miesto zavedeného komorového katétra pohľadom. Všíma si:

- farbu kože v okolí zavedenia komorového katétra,
- fixáciu stehov,
- presakovanie likvoru z miesta zavedenia komorového katétra,
- vyklenutie veľkej fontanely.

P₅ Sestra dezinfikuje trojcestný kohútik, injekčný a odberový port externej ventrikulárnej (komorovej) drenáže (ďalej len EVD) a zabalí ich do sterilného baušu, ktorý následne zafixuje leukoplastom.

P₆ Sestra počas starostlivosti o dieťa nemanipuluje z EVD a za žiadnych okolností nenastavuje EVD.

P₇ Sestra si v antirefluxnej komôrke EVD systému všíma:

- množstvo odvedeného likvoru,

- farbu odvádzaného likvoru,
 - prímеси (krv, hnis).
- P₈** Sestra ihneď informuje lekára po zistení akejkoľvek zmeny v zdravotnom stave dieťaťa.
- P₉** Sestra pred vypustením antirefluxnej komôrky EVD systému uzatvorí uzatváracie svorky na komorovom katétri a následne otvorí uzatváracie svorky umiestnené medzi antirefluxnou komôrkou a drenážnym vakom EVD systému.
- P₁₀** Sestra odmerný valec EVD systému vypúšťa:
- po jeho naplnení,
 - 1 x za 24 hodín.
- P₁₁** Sestra drenážny vak po naplnení vypustí pomocou ružovej ihly a 20 ml striekačky. Následne odmeria množstvo likvoru prostredníctvom odmerného valca.
- P₁₂** Sestra zaznamená do zdravotnej dokumentácie dieťaťa všetky údaje súvisiace so starostlivosťou o EVD.

KRITÉRIÁ VÝSLEDKU

- V₁** Sprievodca je informovaný o:
- starostlivosti o EVD,
 - možnom vzniku komplikácií u dieťaťa,
 - sprievodných klinických prejavoch možných komplikácií.
- V₂** Sterilný preväz zavedenia komorového katétra je realizovaný štandardne 1x za 24 hodín, event. po každom znečistení.
- V₃** Drenážny vak EVD je vypúšťaný 1x za 24 hodín
- V₄** V zdravotnej dokumentácii dieťaťa sú zaznamenané všetky zistené údaje počas starostlivosti o EVD (Beňová, 2011).

Ošetrovateľský audit č. 2: Vyhodnotenie splnenia štandardu starostlivosti o externú ventrikulárnu (komorovú) drenáž (Beňová, 2011., Remová, 2005.).

Ošetrovateľský audit č. 2 – kritériá štruktúry

	KÓD	KONTROLNÉ KRITÉRIÁ	METÓDA HODNOTENIA	ÁNO	NIE
Š T R U K T Ú R A	Š ₁₋₂	Sú splnené podmienky uvedené v kritériách štruktúry Š ₁ - Š ₂ ?	Kontrola prostredia	1	
	Š ₃	Má sestra pripravené všetky potrebné pomôcky ?	Kontrola pomôcok	1	
			Pozorovanie sestry počas výkonu	1	
	Š ₄	Má sestra k dispozícii potrebnú zdravotnú dokumentáciu ?	Kontrola zdravotnej dokumentácie	1	

Ošetrovateľský audit č. 2 - kritériá procesu

	KÓD	KONTROLNÉ KRITÉRIÁ	METÓDA HODNOTENIA	ÁNO	NIE
P R O C E S	P ₁	Oboznámila sestra zákonného zástupcu dieťaťa o starostlivosti o EVD, o vzniku možných komplikácií a o sprievodných prejavoch komplikácií ?	Otázka na zákonného zástupcu (ak je prítomný)	1	
	P ₂	Uzavrela sestra pri manipulácii s dieťaťom EVD uzatvárajúcimi svorkami ?	Otázka pre sestru	1	
			Pozorovanie sestry počas výkonu	1	
	P ₃	Postupovala sestra pri realizácii preväzu zavedenia komorového katétra podľa predpísaných kritérií procesu P ₃ ?	Pozorovanie sestry počas výkonu	1	
	P ₄	Sledovala sestra počas realizácie preväzu okolie zavedenia komorového katétra ?	Kontrola zdravotnej dokumentácie	1	
P ₅₋₇	Postupovala sestra pri	Pozorovanie sestry počas	1		

		starostlivosti o EVD podľa kritérií procesu P ₅ - P ₇ ?	výkonu		
	P₈	Informovala sestra lekára o zdravotnom stave dieťaťa ?	Otázka pre lekára	1	
	P₉	Umiestnila sestra svorky EVD do požadovanej polohy podľa predpísaných kritérií procesu P ₉ ?	Otázka pre sestru	1	
			Pozorovanie sestry počas výkonu	1	
	P₁₀₋₁₁	Postupovala sestra pri vypúšťaní drenážneho vaku podľa kritérií procesu P ₁₀ - P ₁₁ ?	Pozorovanie sestry počas výkonu	1	
	P₁₂	Zaznamenala sestra všetky údaje týkajúce sa starostlivosti o EVD do zdravotnej dokumentácie dieťaťa ?	Kontrola dokumentácie	1	

Ošetrovateľský audit č. 2 - kritériá výsledku

	KÓD	KONTROLNÉ KRITÉRIÁ	METÓDA HODNOTENIA	ÁNO	NIE
V ÝS LE D O K	V₁	Je zákonný zástupca dieťaťa informovaný o starostlivosti o EVD, možnom vzniku komplikácií a o sprievodných klinických prejavoch možných komplikácií ?	Otázka pre zákonného zástupcu (ak je prítomný)	1	
	V₂	Je sterilný preväz zavedenia komorového katétra realizovaný štandardne 1x za 24 hodín, event. po každom znečistení ?	Otázka pre sestru	1	
	V₃	Je drenážny vak EVD vypúšťaný 1x za 24 hodín ?	Otázka pre sestru	1	
	Kontrola zdravotnej		1		

			dokumentácie		
	V ₄	Sú v zdravotnej dokumentácii zaznamenané všetky údaje súvisiace so starostlivosťou o EVD ?	Kontrola zdravotnej dokumentácie	1	

Ošetrovateľský štandard sme hodnotili na základe stanovených kontrolných kritérií štruktúry, procesu a výsledku.

Procesuálny štandard č. 3

- **Meranie obvodu hlavy u dieťaťa s hydrocefalom**

Charakteristika štandardu: lokálny procesuálny štandard

Cieľ: sledovať vývoj hydrocefalu u dieťaťa,; včas zachytiť nárast obvodu hlavy u dieťaťa s hydrocefalom; porovnať namerané hodnoty s predchádzajúcimi meraniami u dieťaťa s hydrocefalom. **Skupina starostlivosti:** hospitalizované dieťa s hydrocefalom.

KRITÉRIA ŠTRUKTÚRY

Š1	Pracovníci: sestra v spolupráci so zdravotníckym asistentom
Š2	Prostredie: nemocničná izba dieťaťa
Š3	Pomôcky: centimeter, zdravotná dokumentácia dieťaťa, písacie potreby
Š4	Dokumentácia: zdravotná dokumentácia dieťaťa

PROCESUÁLNE KRITÉRIA

P1	Sestra v rámci svojich kompetencií informuje zákonného zástupcu dieťaťa (ak je prítomný) o realizácii daného výkonu a o dôvode realizácie výkonu
P2	Sestra skontroluje v zdravotnej dokumentácii ordináciu lekára o meraní obvodu hlavy.
P3	Sestra zvolí správne miesto merania obvodu hlavy u dieťaťa s hydrocefalom, centimeter vedie cez stred záhlavia ponad obočie dieťaťa, pri meraní obvodu hlavy zohľadňuje prípadné umiestnenie sterilných baušov a zavedenie periférneho žilového katétra na hlave dieťaťa, u dieťaťa so zavedenou vonkajšou ventrikulárnou (komorovou) drenážou sestra uzatvorí pred samotnou realizáciou výkonu drenáž uzatvárajúcimi svorkami
P4	Sestra skontroluje správne umiestnenie centimetra na hlave dieťaťa
P5	Sestra pri meraní obvodu hlavy u dieťaťa spolupracuje so zdravotníckym asistentom

P6	Sestra meranie obvodu hlavy u dieťaťa realizuje citlivo, šetrne, presne a čo možno najrýchlejšie. sestra zhodnotí zdravotný stav dieťaťa a po výkone otvorí vonkajšiu ventrikulárnu drenáž
P7	Sestra nameranú hodnotu obvodu hlavy u dieťaťa čitateľne zaznamená do zdravotnej dokumentácie dieťaťa
P8	Sestra porovná nameranú hodnotu obvodu hlavy u dieťaťa s nameranou hodnotou obvodu hlavy v predchádzajúci deň

KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1	Zákonný zástupca dieťaťa je informovaný o realizácii daného výkonu a o dôvode realizácie výkonu
V2	Technika merania obvodu hlavy u dieťaťa je správna, výkon je realizovaný citlivo, šetrne a presne
V3	Nameraná hodnota obvodu hlavy je čitateľne zaznamenaná do zdravotnej dokumentácie dieťaťa

Audit **nebol v zhode** so všeobecne platným procesuálnym ošetrovateľským štandardom, nakoľko sme zistili nezhodu v kritériách štruktúry Š2 prostredie. **Kontrolná otázka v ošetrovateľskom audite:** Vykonáva sestra, meranie obvodu hlavy u dieťaťa v priestore na to určenom ? Kritériá štruktúry boli upravené a predložené Komisii pre tvorbu oše. štandardov (Beňová,2011).

Záver

Uvedené procesuálne štandardy boli vypracované na základe potrieb ošetrovateľskej praxe, odborných vedomostí a praktických zručností. Ošetrovateľské štandardy boli zamerané a uplatňované na činnosti, ktoré sestry realizujú pri ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa s hydrocefalom. Využívanie ošetrovateľských štandardov v praxi zvyšuje nielen kvalitu poskytovaných služieb, ale vedie taktiež k predchádzaniu komplikáciám, uľahčuje prácu sestier a tiež prispieva ku skracovaniu dĺžky hospitalizácie u dieťaťa s hydrocefalom.

Literatúra

BEŇOVÁ K. Štandardizované postupy ošetrovateľskej starostlivosti u dieťaťa s hydrocefalom. [diplomová práca]. Prešov: PU FZO. 2011.80s.

KALA, M. 2005. *Hydrocefalus*. Praha: Galén, 2005. 125 s. ISBN 80-7262-303-6.

KONTROVÁ, Ľ. et al. 2005. *Štandardy v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-198-0.

KOLAROVSKI, B. – DE RIGGO, J. 2008. Hodnotenie klinických príznakov intrakraniálnej hypertenzie vo vzťahu k indikácii drenážneho výkonu u novorodencov a dojčiat s hydrocefalom. In *Čes.-slov. Pediat.* ISSN 0069-2328, 2008, roč. 63, č. 10, s. 521-527.

KOVAĽ, J. – ONDRIOVÁ, I. – MROSKOVÁ, S. 2008. Nervový systém. In *Pediatrica a pediatrické ošetrovateľstvo – vybrané kapitoly*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2008. ISBN 978-808068-837-0, s. 209 – 223.

REMOVÁ, A. 2005. Péče o děti se zevní komorovou drenáží s dg. hydrocefalus. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2005, roč. 15, č. 2, s. 39.

Kontakt:

PhDr. Dagmar Magurová, PhD.

PU v Prešove, FZO

dmag@unipo.sk

POHĽAD NA KVALITU ŽIVOTA DETÍ S DIABETES MELLITUS – Z VÝSLEDKOV VÝSKUMU

Majerníková, L., Hudáková, A., Obročníková, A.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Diabetes mellitus prináša do života dieťaťa celý rad zmien, ktoré ovplyvňujú jeho spôsob života. Vyžaduje si mimoriadnu sebadisciplínu, ochotu spolupracovať, schopnosť dodržiavať nariadenia lekára, zmierenie sa a vysporiadanie sa s negatívnymi emóciami - bolesťou, strachom, úzkosťou a schopnosťou naučiť sa žiť s týmto ochorením. Efektívna edukácia a psychosociálna podpora dieťaťa a jeho rodiny má nezastupiteľné miesto v tejto adaptácii. Podstatnými zmenami v živote dieťaťa sú denná aplikácia inzulínu, realizácia selfmonitoringu, striktné dodržiavanie diabetického režimu, pravidelnosť primeranej dennej aktivity, uskutočňovanie zmien v stravovacích návykoch. V značnej miere toto ochorenie ovplyvňuje kvalitu života nie len dieťaťa ale aj jeho rodiny, preto sme sa v príspevku zamerali hodnotenie na kvality života samotného dieťaťa s diabetes mellitus ale aj jeho najbližších.

Kľúčové slová: Dieťa. Diabetes mellitus. Rodina. Kvalita života. Ošetrovateľstvo.

Diabetes mellitus je ochorenie, ktoré predstavuje jeden z hlavných celosvetových medicínskych i ošetrovateľských problémov. Populácia celého sveta v dnešnej dobe prežíva pandémiu diabetu. Alarmujúce sú údaje, ktoré ukazujú, že v slovenskej populácii ročne pribudne 125 – 140 nových detských pacientov s DM. Pre možnosť vzniku akútnych a chronických komplikácií je potrebné dôsledne využívať všetky možnosti správnej a včasnej diagnostiky, následnej liečby a zdravotnej výchovy diabetikov podľa najnovších vedeckých poznatkov. V našom príspevku sme sa zamerali na detských pacientov s ochorením diabetes mellitus. Vyžadujú si špecifický prístup zdravotníckych pracovníkov, ktorý musí zohľadňovať vývojové potreby jednotlivých vekových období dieťaťa a taktiež citlivý prístup k ich rodičom. Každé chronické ochorenie, zvlášť ochorenie dieťaťa znamená veľkú záťaž, ako pre dieťa, tak aj pre jeho najbližších. Ochorenie má biologický, psychický i sociálny aspekt, ktorý ovplyvňuje priebeh i postup liečby. Ošetrovateľstvo s holistickým prístupom

vníma dieťa ako bio-psycho-sociálno-spirituálnu bytosť a jedným z jeho cieľov je záujem a zvyšovanie jeho kvality života. Intenzita príznakov a problémov, ktoré vyplývajú z ochorenia nemusia odrážať kvalitu života chorého dieťaťa (Ondriová, 2007). Individuálne osobné činitele vplývajú na adaptáciu na ochorenie a podmieňujú kvalitu života. Významnými podpornými činiteľmi sú interakcia chorého so sociálnym prostredím, rodinným zázemím a prostredím, v ktorom sa denne nachádzajú a tie svojim spôsobom podmieňujú kvalitu jeho života. Ošetrovateľská starostlivosť so svojim pôsobením na pacienta taktiež zohráva nemalú úlohu pri formovaní a zvyšovaní kvality života pacienta. Po stanovení diagnózy v priebehu niekoľkých dní prežívajú rodičia dieťaťa psychický stres, vyvolaný poznaním, že ich dieťa má celoživotné ochorenie. Pomoc pri prekonávaní psychického stresu rodičov vyžaduje citlivý prístup zo strany zdravotníckeho personálu, neudržiavať rodičov v nádejach, že sa ich dieťa celkom vylieči, poskytnúť im príležitosť a priestor, aby sa mohli pýtať a mohli svoje pocity vyjadriť navonok, podať im dostatok informácií o povahe a ďalšom priebehu ochorenia. Cieľom je získať odhodlanie a dobrú vôľu rodičov na spoluprácu pri liečbe, aby sa stali aktívnymi partnermi tímu odborníkov (Tokárová a kol. 2005).

Obrovský pokrok v liečbe detského diabetického pacienta zohľadňujúc zvláštnosti diabetes mellitus 1. typu v detskom veku, smeruje k tomu, aby ich liečba bola znesiteľnejšia. Všetky deti majú k dispozícii glukometre, na aplikáciu inzulínu používajú inzulínové perá, sú liečení kvalitnými humánnymi inzulínmi podľa flexibilného terapeutického režimu najbližšieho individuálnej potrebe organizmu. K dispozícii je liečba pomocou inzulínových púmp a diabetická diéta je dnes skôr racionálnou stravou, ktorú si dieťa môže množstvom a kvalitou prispôbiť svojim potrebám. Veľký dôraz sa kladie na edukáciu detí a ich rodičov. Informovanosť pacientov a ich blízkych o ochorení je v súčasnosti omnoho väčšia ako v minulosti. Napriek tomu sa nedá povedať, že liečba diabetes mellitus 1. typu je ideálna. Popri dobrých vedomostiach o diabete zaostáva ich uplatňovanie v praxi (Szabová, 2003). Zmeny v spôsobe a kvalite života spojené so stratou alebo ohrozením doterajších vzťahov, životných istôt, hodnôt, perspektív a cieľov spôsobujú, že detský pacient je nielen zraniteľnejší ale aj závislejší na svojich blízkych.

Cieľom ošetrovateľského tímu je zdokonaľovanie individuálneho prístupu k dieťaťu s diabetes mellitus a jeho rodine. Pestovať u pacienta vedomie relatívneho zdravia, aby zaujal aktívny prístup k svojmu ochoreniu a bol schopný prebrať zodpovednosť za svoj zdravotný stav. Hlavným cieľom v našom výskume bolo zistiť ako vplýva ochorenie na

fyzickú, psychickú a sociálnu oblasť kvality života detského pacienta s diabetes mellitus 1. typu a jeho rodinu. Preto sme si stanovili nasledujúce ciele výskumu.

1. Zistiť ako vplýva ochorenie DM na fyzický stav dieťaťa.
2. Zistiť ako vplýva ochorenie DM na psychický stav dieťaťa.
3. Zistiť ako vplýva ochorenie DM na sociálny stav dieťaťa.
4. Zistiť ako celkovo vníma dieťa s DM svoje ochorenie a priebeh liečby.
5. Zistiť ako vnímajú rodičia kvalitu života dieťaťa s DM.

Na uskutočnenie výskumu sme si vybrali metódu štruktúrovaného rozhovoru u detí.

Realizovali sme ho u detského pacienta s DM. Rozhovor bol vedený podľa pripraveného dotazníka, ktorý mal 5 častí. Prvá časť obsahovala položky demografických údajov a priebehu ochorenia, druhá časť obsahovala 7 položiek zameraných na fyzickú kondíciu dieťaťa, tretia časť bola zameraná na psychický stav pacienta obsahovala 7 položiek, štvrtá časť obsahovala 7 položiek zameraných na sociálny stav dieťaťa, piata časť bola venovaná prístupu k liečbe a spokojnosti s liečbou, obsahovala 8 položiek. U rodičov týchto detí sme realizovali výskum dotazníkovou metódou. Dotazník mal 2 časti. Prvá časť obsahovala demografické údaje, druhá časť obsahovala 19 položiek zameraných na kvalitu života detí s DM.

Charakteristika vzorky: výskumnú vzorku tvorilo 42 detských pacientov s diabetes mellitus od 8 do 18 rokov, ktorí navštívili endokrinologickú ambulanciu v rámci edukačného stretnutia. Druhú prieskumnú vzorku tvorilo 40 rodičov, ktorí sprevádzali svoje dieťa.

Realizácia výskumu: výskum sme realizovali v mesiaci február 2011 v detskej endokrinologickej ambulancii v Poprade. V rámci dohodnutého stretnutia sme oslovili detských respondentov, s ktorými sme aktualizovali štruktúrovaný rozhovor na základe pripraveného dotazníka. Rozhovor bol realizovaný v prítomnosti rodičov, rodičia boli vyzvaní na vyplnenie dotazníka.

Posúdiť kvalitu života detského pacienta v kontexte fyzických, psychických a sociálnych potrieb, ktoré sa vyvíjajú v súlade s narastajúcimi vývojovými požiadavkami detí a vplyv liečby na kvalitu ich života bolo cieľom našej práce na základe realizovaného výskumu. Štruktúrovaný rozhovor sme viedli za prítomnosti rodičov, ktorí s výskumom súhlasili a po vyplnení dotazníka sa aktívne zapájali do rozhovoru, ktorý sme viedli s ich deťmi. Na realizáciu štruktúrovaného rozhovoru sme si vybrali ambulantné priestory detskej diabetologickej ambulancie, ktoré slúžia na edukačné stretnutia diabetologickej sestry s detským

pacientom a jeho rodičmi. Rozhovor sme začínali oboznámením respondentov o dôvodoch realizácie prieskumu a rodiča sme požiadali o vyplnenie dotazníka. Uskutočnenie rozhovoru s jedným respondentom trvalo približne 20 minút.

Súbor respondentov tvorilo 42 detí s DM vo veku 8 až 18 rokov, 28 % respondentov bolo s trvaním ochorenia 1 až 5 rokov a až 72 % detí s trvaním ochorenia viac ako 5 rokov. Šašinka a Šagát (2007) uvádzajú, že v posledných 10-tich rokoch sa zaznamenáva najvyšší vzostup novomanifestovaných prípadov vo vekovej skupine od 2 do 4 rokov, z našej vzorky bol nástup ochorenia vo veku od 2 do 4 rokov u 30 % detí. Z celkového počtu respondentov bolo 43 % chlapcov a 57 % dievčat, z nich 48 % navštevuje základnú školu a 52 % strednú školu. Väčšina detí uviedla, že s prípravou na vyučovanie a následne s prospechom nemá problém, iba 7 % respondentov uviedlo, že vymeškávanie z vyučovania asi 1x týždenne vplýva na ich prospech. Čo nám potvrdili aj rodičia - 75 % rodičov uviedlo spokojnosť s výkonom svojho dieťaťa v škole a 35 % si myslí, že sa ich dieťa aj napriek ochoreniu dokáže maximálne sústrediť.

Až 81 % detí si aplikuje inzulín inzulínovým perom. Súčasťou rozhovoru bola aj ukážka aké má dieťa zručnosti v súvislosti s obsluhou inzulínového pera. Výsledky pozorovania nám preukázali, že naši detský respondenti s inzulínovým perom vedia dobre manipulovať, tým sa podporilo tvrdenie, ktoré uvádza Uličiansky (2007) vo svojej publikácii, že používanie inzulínových pier vedie k zlepšeniu kompenzácie pacientov, k ich lepšej spolupráci s lekármi, k vyššej kvalite života, a tým aj k väčšej motivácii pacientov k zmene prístupu k liečbe diabetu a je vhodné u detí a adolescentov. 19 % respondentov používa na aplikáciu inzulínu inzulínovú pumpu. Tým, že sa samotná pumpa väčšinou nosí pripevnená na opasku, adolescent ju niekedy vníma ako predmet upozorňovania na svoje ochorenie. Aj keď v súčasnosti je inzulínová pumpa najvhodnejší spôsob podávania inzulínu u pacientov dieťa to môže vnímať inak. Všetky deti boli liečené tzv. intenzifikovanou liečbou, ktorého nevyhnutnou súčasťou je selfmonitoring glykémii a schopnosť racionálneho využitia získaných výsledkov. Dopytovali sme sa na pravidelné kontroly glykémii a následné vedenie záznamu - 38 % detí vždy realizuje selfmonitoring podľa odporúčania lekára, 43 % väčšinou áno a 19 % častejšie áno ako nie. Žiadne dieťa neuviedlo, že selfmonitoring nerealizuje. Všetky deti mali dobré vedomosti o množstve aplikovaného inzulínu a poznali inzulín, ktorý si aplikujú. Až 76 % detí si aplikuje inzulín samostatne, sú to deti vo veku 12 - 19 rokov, 24 % detí do 12 rokov uviedlo, že si aplikujú inzulín sami aj s pomocou rodičov. Potvrdilo sa, že

vekový faktor psychosociálneho vývoja dieťaťa predurčuje prístup dieťaťa k aplikácii inzulínu a selfmonitoringu (Szaboová, 2004). Druhú vzorku respondentov tvorili ich rodičia v počte 40 (10 mužov, 30 žien). Aj napriek ochoreniu je so spôsobom svojho života spokojných 56 % detí, veľmi spokojných je 10 %, 24 % detí je menej spokojných, nespokojných je 10 % (pozri tab. 1).

Otázka: Si spokojný celkovo so spôsobom svojho života?

Tabuľka 1 Spokojnosť so spôsobom života

možnosti	počet	%
veľmi nespokojný	0	0
nespokojný	4	10
menej spokojný	10	24
spokojný	24	56
veľmi spokojný	4	10
spolu	42	100

Napriek tomu, že obmedzenie v pohybe vplyvom ochorenia nepociťuje 33 % detí a väčšinou nie 52 %, vníma 17 % detí obmedzenie v aktívnom športovaní, 14 % v plávaní, 2 % uviedlo ako obmedzenie, že nemôže spať mimo domu.

Otázka: Obmedzuje ťa ochorenie v aktívnom fyzickom pohybe?

Tabuľka 2 Obmedzenie v pohybe

možnosti	počet	%
nie	14	33
väčšinou nie	22	52
častejšie áno ako nie	2	5
väčšinou áno	4	10
vždy	0	0
spolu	42	100

So svojimi športovými aktivitami je spokojných 76 % detí z opýtaných. Táto spokojnosť zrejme nepramení zo skutočnosti, pretože len 19 % detí sa venuje aktívnemu

športovaniu aj po ochorení, pričom pred ochorením sa mu venovalo 24 % detí. Hra a zábava v detskom veku má nezastupiteľné miesto a spokojnosť s ňou prispieva k zvyšovaniu kvality života dieťaťa. 33 % respondentov uviedlo, že sú s hrou a zábavou vo voľnom čase veľmi spokojní, ale 7 % respondentov je veľmi nespokojných, napriek tomu si 50 % rodičov myslí, že ich dieťa má možnosť a plne sa venuje svojim záľubám, aj keď väčšina detí svoj voľný čas trávi nie fyzickou aktivitou, ale časom stráveným pri počítačoch. Zdá sa, že ani obrovský pokrok v liečbe cukrovky nestačí a nevyhovuje detskej podstate. Súčasný systém vzdelávania ponecháva málo času na aktívny a pravidelný pohyb. Počítače, ktoré na jednej strane urýchľujú technický rozvoj, na strane druhej odpúšťajú od pohybového životného štýlu.

Otázka: V akých aktivitách ťa obmedzuje tvoja choroba?

Tabuľka 3 Obmedzené aktivity

možnosti	počet	%
vôbec neobmedzuje	28	67
v aktívnom športovaní	7	17
v plávaní	6	14
nemôže spať mimo domu	1	2
spolu	42	100

Z prezentovaných výsledkov vyplýva, že kvalita života dieťaťa s DM vo fyzickej oblasti je vnímaná deťmi ako dobrá, aj keď sa v tejto súvislosti vynára viacero problémov a možných komplikácií, ktorých zvládnutie a poznanie je predpokladom očakávaného benefitu z fyzickej aktivity.

Naučiť sa žiť s chronickým ochorením nie je ľahké. Ako vnímajú ochorenie deti s DM? Zaujímavým poznáním je, že až 52 % detí vníma svoje ochorenie dobre, dokonca 10 % veľmi dobre, taktiež adaptácia detí na ochorenie je u 67 % respondentov dobrá a u 14 % veľmi dobrá. Predpoklad, že viac ako 50 % detí nie je vyrovnaná so svojim ochorením sa nepotvrdil. Časté návštevy lekára, dodržiavanie režimu diabetika vníma 61 % detí dobre, 10 % veľmi dobre. Bolesť u týchto detí vplyvom každodennej kontroly glykémii a pichaní inzulínu je zo strany dieťaťa vnímaná v 19 % veľmi dobre, až 57 % detí vníma dobre bolesť, údajne je to o zvyku, tvrdia opýtaní. 45 % rodičov detí si však myslia, že

bolesť vplýva na celkový stav ich dieťaťa, 15 % udáva, že bolesť veľmi vplýva na ich dieťa. Prežívanie strachu z ochorenia vplýva na celkovú spokojnosť dieťaťa a kompenzáciu diabetu. 29 % detí uviedlo, že nemá strach v súvislosti s ochorením a je to ovplyvnené dobrými vedomosťami a kompenzáciou ich zdravotného stavu. Tieto deti si ešte neuvedomujú následky ochorenia aj keď ich teoreticky ovládajú. Až 48 % detí sa bojí komplikácií DM, 19 % sa bojí oslepnutia, 2 % sa obávajú hospitalizácie a 2 % detí má strach, že nebudú mať zdravé dieťa.

Otázka: Ako vnímaš liečbu – aplikáciu inzulínu, návštevy lekára, dodržiavanie diabetického režimu?

Tabuľka 4 Vnímanie liečby a režimu diabetika

možnosti	počet	%
veľmi zle	0	0
zle	0	0
menej dobre	12	29
dobre	26	61
veľmi dobre	4	10
spolu	42	100

Otázka: Bojíš sa niečoho v súvislosti s ochorením? Čoho sa bojíš?

Tabuľka 5 Strach v súvislosti s ochorením

možnosti	počet	%
nie	12	29
komplikácie DM	20	48
oslepnutie	8	19
hospitalizácia	1	2
nebude mať zdravé dieťa	1	2
spolu	42	100

Všetci rodičia sa obávajú o budúcnosť svojho dieťaťa. Strach pramení z poznania komplikácií diabetu, boja sa osamostatnenia svojho dieťaťa, keď ho nebudú mať pod kontrolou, boja sa problémov s hľadaním vhodnej profesie a taktiež sa obávajú, že ich dieťa nebude môcť byť zdravou matkou a ženou. Následkom strachu sú negatívne pocity ako

úzkosť, depresia, rozladenosť, až 60 % rodičov udáva, že negatívne pocity prežívajú niekedy, 10 % často. Môžeme konštatovať, že aj deti zhodne so svojimi rodičmi prežívajú negatívne pocity, čo má výrazný dopad na zhoršenie psychickej pohody. V tomto prípade ide o celoživotný proces vyrovnávania sa s ochorením a mobilizáciou psychických síl. Psychický stav dieťaťa a psychickú oblasť kvality života detí s diabetom podľa prezentovaných výsledkov prieskumu, môžeme hodnotiť ako neutrálnu. Keďže sa detská psychika stále vyvíja, utvorenie si pozitívneho obrazu o sebe a uvedomenie si ochorenia prispieva k aktívnemu prístupu a spolupráci tzv. compliance, čo je východiskom pre úspešnú liečbu a kompenzáciu diabetu.

Rodina ako sociálna skupina, ktorá udáva smer výchove, vzdelávaniu a celkovému postoju k životu zohráva primárnu úlohu v živote každého dieťaťa. V položke č.25 sme sa pýtali detí na podporu a starostlivosť o ich zdravotný stav zo strany rodičov. Všetci uviedli, že sa ich rodičia zapájajú, 52 % udávajú oboch rodičov, 48 % uviedlo matku. Potvrďuje to aj prítomnosť rodičov, ktorí prišli na edukačné stretnutie so svojim dieťaťom.

Rodinný rozpočet do určitej miery zaťažuje kvalitná racionálna strava, lebo aj keď je dostatočný výber dia potravín, nie je finančne dostupný pre každú rodinu. Až 45 % rodičov konštatuje, že nie vždy má dostatok peňazí.

Pýtali sme sa rodičov aj na spokojnosť s dostupnosťou zdravotnej starostlivosti. Paradoxne boli spokojnejší tí, ktorí musia za odbornou starostlivosťou dochádzať viac ako 20 km. Najčastejšie nespokojnosť pramení skôr s preplnených čakárni a dlhej čakacej doby na vyšetrenia.

Charakteristické pre detský vek je nadväzovanie kamarátskych vzťahov. Zdôveriť sa svojim priateľom a rovesníkom s ochorením a problémami, ktoré z neho vyplývajú nedokážu všetci. Iba 10 % detí uviedlo, že sa so svojimi rovesníkmi o ochorení nerozpráva vôbec. Diabetologické pediatrické centrum v r. 2003 (Szaboová, 2003) realizovalo prieskum a konštatovalo, že viac ako 50 % detí robí chyby v dia režime na podnet svojich rovesníkov. Až 65 % rodičov sa domnieva, že ich dieťa je spokojné so svojimi priateľskými vzťahmi. Škola je pre dieťa druhým domovom, s pochopením v škole zo strany učiteľov sa stretáva 38 % detí, častejšie áno ako nie 33 % detí. Ak však potrebuje dieťa pomoc v 33 % uviedlo, že učiteľ zavolá rodičom, 24 % uvádzalo, že pomoc učiteľov spočíva v tom, že mu pomôžu odpichnúť glykémiu a umožnia sa mu najesť. Alarmujúce je, že až 33 % detí konštatuje, že ich pedagóg ani nevie o tom, keď im je zle. Stravovanie v školských jedálňach nie je pre žiadneho

z opýtaných detí problém. Problém skôr vidia v aplikácii inzulínu a kontrole glykémii v škole, lebo deti vedia byť kruté. V snahe vyhnúť sa posmeškom spolužiakov si odchádzajú aplikovať inzulín na toaletu.

O možnostiach zúčastňovať sa na rekondičných edukačných stretnutiach majú deti veľmi málo informácií. Až 66 % detí nebolo na takomto stretnutí. Len 5 % z opýtaných sa na týchto stretnutiach zúčastňuje ak má možnosť 1 krát ročne. Rodičia majú odmietavý postoj k týmto stretnutiam, ale privítali by skupinové edukačné stretnutia pre deti a rodičov organizované odbornou ambulanciou, aby si mohli navzájom medzi sebou vymieňať znalosti a skúsenosti.

Sociálne istoty dieťaťa prispievajú k zvyšovaniu kvality ich života. Rodina, škola, priatelia sú pre detský vek určitou zárukou. Môžeme konštatovať, že sociálna úroveň kvality života detí s DM je stredne dobrá.

Odborníci, lekári a farmakologické centrá neustále pracujú na tom, aby sa liečenie cukrovky v detskom veku čo najviac priblížilo potrebám detí s DM. Zahraničné i domáce štúdie ukazujú, že informovanosť pacientov o svojom ochorení je v súčasnosti omnoho väčšia ako v minulosti. Po rozhovore s deťmi môžeme konštatovať, že deti aj ich rodičia majú bohaté vedomosti o cukrovke. Dodržiavanie pokynov lekára v diabetickej diéte a v aplikácii inzulínu je pre dieťa podľa nášho prieskumu veľmi dôležité. 43 % detí vždy dodržiava pokyny lekára, 43 % väčšinou áno, len 14 % odpovedalo, že častejšie áno ako nie dodržiava pokyny lekára. Predpoklad, že viac ako 50 % detí nedodržiava pokyny lekára sa nepotvrdil. Prekvapujúce, ale chvályhodné je, že viac ako 50 % detí si kompenzuje porušenie diéty pohybom. Teoretické vedomosti o hypoglykémii a hyperglykémii a ich príznakoch majú deti dostatok. Všetci vedeli vymenovať minimálne 3 príznaky. Avšak klinicky rozpoznať na sebe príznaky hypoglykémie vie vždy rozpoznať len 47 % z opýtaných. Potvrďuje sa tým tzv. fenomén nevedomovania si hypoglykémie typický pre DM 1 s cukrovkou trvajúcou dlhšie ako 5 rokov, ktorý uvádza vo svojej publikácii Schröner (2004). Príznaky hyperglykémie vie vždy na sebe rozpoznať 33 %. Podľa prieskumu Diabetologického pediatrického centra viac ako 50 % detí neúspech v liečbe odradí od dodržiavania dia režimu (Szaboová, 2003). Zisťovali sme, či deti úspech v liečbe povzbudí v dodržiavaní režimu a získavaní nových poznatkov. Môžeme povedať, že sa nám toto konštatovanie potvrdilo - 61 % detí väčšinou povzbudí úspech v liečbe. Aj napriek bohatým vedomostiam zaostáva trvalé uplatňovanie

vedomostí v praxi, pretože až 44 % detí je opakovane hospitalizovaných pre dekompenzáciu zdravotného stavu.

Celkové vnímanie ochorenia a aktívny prístup k liečbe je jeden z najdôležitejších aspektov, ktorý vedie k lepšiemu priebehu ochorenia. Môžeme povedať, že deti vnímajú ochorenie a priebeh liečby dobre, pretože si vzhľadom k veku celkom neuvedomujú chronicitu ochorenia a hrozbu chronických komplikácií.

Edukačné stretnutia so sestrou a lekárom v diabetologickej ambulancii sa zameriavajú na dodržiavanie dia režimu a hodnoteniu ich zdravotného stavu. Po vysvetlení rodičom o cieľoch našej práce sme sa stretli s porozumením a evidentným záujmom riešiť a rozoberať problémy v oblastiach fyzickej, psychickej a sociálnej úrovne kvality života. Svojim pohľadom rodičia celkovo hodnotia kvalitu života svojho dieťaťa ako veľmi dobrú. Prezentované výsledky odrážajú fakt, že rodiny majú dostatok prístupných informácií, ktoré potrebujú pre zvládanie každodenného života svojho chorého dieťaťa. Aj napriek dostatočným informáciám a dobrému vnímaniu ochorenia dieťaťom majú rodičia strach o svoje dieťa. Ináč prežívajú ochorenie, ktorého priebeh a následky sú nepredvídateľné a môžu sa končiť trvalou invaliditou vlastných detí.

Na základe našich výsledkov môžeme hodnotiť momentálnu úroveň kvality života detí s diabetom očami rodičov ako dobrú, napriek tomu, že z hľadiska dlhodobých prognóz vyjadrujú obavy z budúcnosti ale aj nádej v nové možnosti terapie, ktoré by možno budúcnosti navodili úplnú uzdravu.

Všetky tieto zistenia nám poskytli obraz o celkovom vnímaní úrovne kvality života detských pacientov s diabetom. Respondenti si zvolili strednú cestu, čo je prejavom chuti bojovať a nepoddať sa tejto chorobe, ktorá nebolí, ale má ďalekosiahle následky.

Záver

Zhodnotiť prežívanie pacienta v rámci stretnutia vyžaduje empatický prístup zo strany zdravotníckych pracovníkov. S pacientom vstupujeme do určitého vzťahu prostredníctvom ich zdravotných problémov a potrieb. Svojim profesionálnym prístupom môžeme prispieť k zlepšeniu pacientovej kvality života. Všetky problémy detského pacienta s DM na fyzickej, psychickej a sociálnej úrovni kvality života nemôžeme my zdravotnícky pracovníci vyriešiť, ale kvalitnou zdravotnou starostlivosťou poskytovanou na určitej profesionálnej úrovni, hlavne citlivou a otvorenou komunikáciou lekárov a sestier o všetkých aspektoch

ochorenia a liečby môžeme ich kvalitu života zvýšiť. Hodnotiť kvalitu života a snažiť sa o jej zlepšenie, to nie sú dotazníky alebo štatistické údaje. Je to omnoho viac, môžeme to chápať ako výzvu, aby sme nasadili svoju ľudskosť a profesionalitu a spolu s pacientom hľadali najlepšie riešenia na ich skutočné problémy.

Literatúra

- ONDRIOVÁ, I. 2007. *Psychologická dimenzia kvality života dieťaťa s diabetes mellitus*. [online]. 2007. [citované: 2009-11-05]. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Dzuka3/10.pdf>
- PAYNE, J. a kol. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.
- RYBKA, J. 2006. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 288 s. ISBN 80-247-1612-7.
- SCHRÖNER, Z. 2004. *Cukrovka 1. typu*. 2004. [citované: 2009-11-11]. Dostupné na internete: http://www.diaslovakia.sk/contentData/0149/Akutne_komplikacie_DM.pdf
- SCHRÖNER, Z. 2004. *Edukácia diabetikov, samokontrola krvného cukru (glykémie), močového cukru (glykosúrie) a ketolátok v moči (acetonúrie)*. 2004. [citované: 2009-11-11]. Dostupné na internete: <http://www.diabetes-mellitus.sk/index.php?act=5a>.
- SCHRÖNER, Z. 2004. *Liečba inzulínom*. 2004. [citované: 2009-12-11]. Dostupné na internete: <http://www.diabetes-mellitus.sk/index.php?act=5a>.
- SZABOÓVÁ, E. 2003. Neznášajú režim, neúspech a ľutovanie. In: *Diabetik*, apríl 2003, roč.2, s. 5 - 8. ISSN 1336-0426.
- SZABOÓVÁ, E. 2004. Boj so sebou samým. In: *Diabetik*, máj 2004, roč. 3, s.13. ISSN 1336-0426.
- ŠAŠINKA, M., ŠAGÁT, T. 1998. *Pediatrica*. Košice: SATUS s.r.o., 1998. 1127 s. ISBN 80-967963-0-5.
- ŠAŠINKA, M. - ŠAGÁT, T. – KOVACS, L. 2007. *Pediatrica*. Bratislava: Herba, 2007. 1450 s. ISBN 978-80-89171-49-1.
- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2005. *Kvalita života a rovnosť príležitostí*. Prešov : PU v Prešove, Katedra sociálnej práce a andragogiky, 2005. 899 s. ISBN 80-8068-425-1.

Kontakt:

PhDr. Ľudmila Majerníková PhD. (majernikova@unipo.sk)

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov

Prešovská univerzita v Prešove

KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ U DIEŤAŤA S HYDROCEFALOM

Obročníková,A., Majerníková,L.

Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove

Abstrakt

V ošetrovateľskej praxi sa stretávame s rodinou dieťaťa s diagnosticky potvrdeným hydrocefalom, ktorým táto diagnóza mení život zo všetkých aspektov. Samotný život dieťaťa postihnuté nezvratným ochorením si vyžaduje dlhodobé hospitalizácie, prinášajúc mnohé závažné život ohrozujúce komplikácie. V príspevku prezentujeme relevantné intervencie sestry u dieťaťa pred a po chirurgickom drenážnom zákroku zahrňujúc elementárny manažment ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý je súčasťou multidisciplinárneho prístupu v starostlivosti o dieťaťa.

Kľúčové slová: Hydrocefalus. Dieťa. Ošetrovateľská starostlivosť. Drenážny systém.

Úvod

Hydrocefalus je často sa vyskytujúcou vrodenou vývojovou chybou mozgu, ktorý sa môže rozvíjať na základe iného ochorenia. Diagnóza hydrocefalus výrazne zasahuje do života nie len pacienta, ale aj jeho rodiny, blízkych a v neposlednom rade aj zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa veľkou mierou podieľajú na starostlivosti a liečbe pacienta s diagnózou hydrocefalus.

Symptomatologicky sa hydrocefalus u dieťaťa prejavuje širokou škálou príznakov, ktoré závisia od mnohých faktorov. Mozgové švy u detí nie sú uzavreté, čím dochádza následkom rozširovania komôr k dilatácii nezrastených švov, objektívne na základe antropometrického merania je možné zistiť zväčšenie obvodu hlavičky. Hlava dieťaťa môže dosahuje rôzne veľkostné rozmery, je ťažká a na dotyk bolestivá. Následkom asymetrického vývoja mozgovej a tvárovej časti, možno u dieťaťa pozorovať disproporciu hlavy (pomerne malú tvárovú časť). V popredí je typický plač silnej intenzity hlavne pri manipulácii s dieťaťom. Vyklenutie veľkej fontanely je jedným z príznakov hydrocefalu. Veľká fontanela je

napätá, vyklenutá a lesklá (Sameš, 2005). Narastá objem hlavy, mozgové švy sú rozostúpené, žily na hlave dieťaťa sú rozšírené, dobre viditeľné.

Habitus dieťaťa je zmenený v dôsledku ochabnutie svalového tonusu. Pozorované sú zmeny správania, porucha príjmu potravy, potenciálne prítomná nauzea a vracanie. Dieťa nie je schopné vertikálneho pohybu očných bulbov. „Čelo je široké a očné bulby sú deviované dole, čím dúhovka je z časti zakrytá dolným viečkom“ (Amblerová, 2006, s. 340). U dieťaťa s hydrocefalom možno pozorovať príznak zapadajúceho slnka – Parinaudov syndróm (Sameš, 2005). U staršieho dieťaťa patrí medzi dominujúce príznaky bolesť hlavy. Spomaľuje sa kognitívny vývoj a nastávajú tiež zmeny v osobnosti (Leifer, 2004). Je potrebné a veľmi dôležité sledovať celkový zdravotný stav hlavne z hľadiska možného výskytu intrakraniálnej hypertenzie. Objavujú sa aj u starších detí, ktoré už majú celkom alebo sčasti uzatvorené lebečné švy (Amblerová, 2006).

V súčasnosti v rámci terapeutických postupov je chirurgická liečba hydrocefalu veľmi účinná, ktorá využíva moderné vnútorné a externé drenážne systémy znižujúce mortalitu detí. Operačné zákroky sú realizované prevažne v celkovej, ako aj v lokálnej anestézii. „Najčastejšie vykonávaným zákrokom sú skratové operácie, ktoré sa vyznačujú vysokým percentom neskorých komplikácií“ (Lipina et al., 2004, s. 133).

Základom úspešnosti liečebných metód je koordinácia činností mnohých odborníkov, ktorí sa podieľajú na liečbe dieťaťa s diagnózou hydrocefalus. Mimo lekárov špecialistov, významné miesto zastáva vysoko erudovaná sestra spolu s kvalifikovaným fyzioterapeutom, ktorí prispievajú adekvátnymi intervenciami ku kvalite starostlivosti o dieťa.

Keďže dieťa s hydrocefalom je väčšinou hospitalizované v zdravotníckom zariadení v sprievode matky, spolupráca sestry s matkou dieťaťa je nesmierne dôležitá. Pri práci sestra uplatňuje holistický prístup s ohľadom na uspokojovanie všetkých bio-psychosociálnych a spirituálnych potrieb.

Intervencie sestry u dieťaťa s hydrocefalom v rámci predoperačnej starostlivosti

Starostlivosť o dieťa s hydrocefalom vyžaduje špecifický a individuálny prístup sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Ošetrovateľská starostlivosť je náročná a vyžaduje prítomnosť erudovaného tímu sestier, ktoré sú nevyhnutným subjektom v procese poskytovania kvalitnej a komplexnej starostlivosti.

Dieťa s novodiagnostikovaným hydrocefalom prijaté do zdravotníckeho zariadenia za účelom chirurgickej alternatívy liečby podstupuje špecifickú predoperačnú starostlivosť. V priebehu predoperačnej ošetrovateľskej starostlivosti sestra sleduje celkový zdravotný stav dieťaťa, prípadné nepriaznivé zmeny v zdravotnom stave dieťaťa ihneď hlási lekárovi. Pre senzitivnu vnímavosť dieťaťa sestra vytvára bezpečné a tiché prostredie. Pri prijatí dieťaťa na oddelenie sestra realizuje prvotné antropometrické merania (dĺžka dieťaťa, obvod hlavy a hrudníka), ktoré pravidelne aktualizuje počas celej hospitalizácie. Zistené údaje sestra zaznamenáva do príslušnej zdravotnej dokumentácie dieťaťa. Súčasťou záznamu je monitorovaný stav vedomia dieťaťa, stav fyziologických funkcií dieťaťa a saturáciu kyslíka v krvi.

Na základe ordinácie lekára sestra odoberá biologický materiál a zabezpečuje jeho transport do príslušného laboratória. Pravidelne aplikuje ordinovanú liečbu, bolesti hlavy zmierňuje aplikáciou analgetík podľa ordinácie lekára, zároveň spätne kontroluje ich žiaduce, ale aj nežiaduce účinky. Hygienickú starostlivosť o dieťa zabezpečuje v plnej miere, pričom zahŕňa starostlivosť o osobnú, posteľnú bielizeň a úpravu samotného lôžka z hľadiska prevencie vzniku intertriga a dekubitov (Šanta et al., 2007).

Zabezpečuje polohovanie dieťaťa každé 2 hodiny dieťa, v prípade potreby pomocou antidekubitárnych pomôcok predovšetkým predilekčných miest (hlava dieťaťa). Dieťa s hydrocefalom má sklon k vzniku rôznych infekcií, preto všetky úkony realizuje za prísnych aseptických podmienok (Leifer, 2004). Komplexnosť prístupu v starostlivosti o dieťa zabezpečuje spoluprácou s fyzioterapeutom pri realizácii rehabilitačných cvičení (Boledovičová, 2006).

Osobitnú pozornosť venuje starostlivosti o výživu (pozoruje druh a množstvo prijatej stravy, prítomné zvracanie, motorickú aktivitu, nepokoj, zmeny životných funkcií), podáva plnohodnotnú stravu v pravidelných intervaloch podľa ordinácie lekára, v prípade potreby v spolupráci so zákonným zástupcom. (Leifer, 2004, s. 373).

Dôležitou úlohou sestry v predoperačnom období je príprava dieťaťa na všetky ordinované diagnostické vyšetrovacie metódy, pričom nevyhnutnosťou je informovanie zákonného zástupcu o celkovom priebehu ošetrovateľskej starostlivosti v rámci kompetencií sestry. Pri každej intervencii u dieťaťa sestra pristupuje citlivo, využíva verbálnu aj neverbálnu komunikáciu. K dieťaťa pristupuje empaticky, s láskou a porozumením.

Intervencie sestry u dieťaťa s hydrocefalom v rámci pooperačnej starostlivosti

Pooperačná ošetrovateľská starostlivosť o dieťa s hydrocefalom závisí od druhu operačného zákroku. Vyžaduje odborné vedomosti, praktické skúsenosti, zručnosti a empatický prístup sestry pre uplatnenie adekvátnych špecifických intervencií.

Pooperačný stav dieťaťa vyžaduje intenzívny monitoring fyziologických funkcií, možný výskyt príznakov intrakraniálnej hypertenzie. Dieťa v dôsledku zavedenia ventrikuloperitoneálneho skratu má prítomné minimálne dve rany, ktoré sestra prísne asepticky ošetruje. Pri manipulácii a ošetrovaní dieťaťa sestra podobne dbá na zvýšenú hygienu a dezinfekciu rúk (zásady asepsy a antisepsy).

S ohľadom na narušenie kožnej integrity (prítomnosť operačných rán) a zavedenie skratu je dieťa exponované väčšiemu riziku vzniku infekcie. Sestra pozorne sleduje subjektívne a objektívne známky zápalu v okolí rán, pretože infekt ako život ohrozujúca komplikácia môže skomplikovať celkový ďalší pooperačný priebeh a následnú rekonvalescenciu zdravotného stavu. Pre prevenciu nepriaznivej komplikácie je povinnosťou sestry sledovať funkčnosť drenážneho systému. Na narušenie funkcie drenážneho systému môže sestru upozorniť zväčšenie obvodu hlavy, prípadne brucha a ICH príznaky.

Počas pooperačného obdobia sestra pravidelne polohuje dieťaťa a osobitnú starostlivosť venuje polohe hlavičky, keďže frekventovaným predilekčným miestom je oblasť zavedenia a uloženia ventilu drenážneho systému. Neurochirurgovia odporúčajú v prípade, ak je veľká fontanela vpadnutá sa dieťa ukladať do supinačnej alebo Trendelenburgovej polohy. Semi - Fowlerova poloha sa odporúča za účelom podpory funkcie drenážneho systému samospádom. Obrátená Trendelenburgová poloha sa indikuje v stave dieťaťa, ak dochádza k presakovaniu likvoru. Bezprostredne po operačnom zavedení externej ventrikulárnej drenáže, sestra v spolupráci s neurológom alebo neurochirurgom zabezpečí nastavenie drenážneho systému (Remová, 2005). Pravidelne meria a zaznamenáva množstvo likvoru v 6-8 hodinových intervaloch. Sleduje a zaznamenáva vzhľad, množstvo, farbu a prímеси v drénovanom likvore, pri odbere likvoru zabezpečuje transport odobratej vzorky do príslušného laboratória.

Pre zmiernenie pooperačných bolestí sestra aplikuje analgetiká podľa ordinácie lekára a sleduje ich efektívnosť.

Pri prepustení dieťaťa do domácej starostlivosti je setra povinná spolu s lekárom edukovať zákonného zástupcu (rodičov) o prísnom zákaze manipulácie s externou ventrikulárnou drenážou, šetrnom zaobchádzaní s dieťaťom ako i možnom vzniku i neskorších komplikácií u dieťaťa. Sestra „*musí odporučiť dôsledné dodržiavanie liečebných postupov, vysvetliť rodičom prognózu dieťaťa do budúcnosti, odporučiť vhodnú literatúru, upozorniť rodičov na nevyhnutnú úpravu domácnosti špeciálnymi zariadeniami*“ a pomôckami ako napr. špeciálne sedačky, držadlá a iné (Šanta et al., 2007, s. 87).

Rodičom a príbuzným vysvetliť dôležitosť a význam trpezlivého a láskavého prístupu k dieťaťu s hydrocefalom. Informovať o potrebe následnej multidisciplinárnej starostlivosti.

Záver

Diagnóza hydrocefalus mení život dieťaťu a jeho najbližším. Svet, v ktorom žije dieťa s hydrocefalom, je svetom cyklického kruhu dlhodobých hospitalizácií, operácií a častých komplikácií – svet neustáleho zápasu o každý deň života. Udržanie života dieťaťa a jeho kvality si vyžaduje komplexnú a nepretržitú odbornú starostlivosť všetkých zainteresovaných ako i laickej pomoci s akcentom na úroveň kvality.

Literatúra

AMBLEROVÁ, V. 2006. Nemoci nervové sústavy v detském věku. In *Základy dětského lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2006. ISBN 80-246-1067-1, s. 338-355.

BOLEDOVIČOVÁ, M. 2006. *Pediatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80-8063-211-1.

LEIFER, G.. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada publishing, a. s., 2004. 951 s. ISBN 80-247-0668-7.

LIPINA, R. – PALEČEK, T. 2004. Chirurgická léčba hydrocefalu v detském věku. In *Pediatra pro praxi*. ISSN 1213-0494, 2004, č. 3, s.133-136

REMOVÁ, A. 2005. Péče o děti se zevní komorovou drenáží s dg. hydrocefalus. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2005, roč. 15, č. 2, s. 39.

RYBÁROVÁ, Ľ. et al. 2008. *Starostlivosť o novorodenca*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2008. 180 s. ISBN 978-80-8068-769.

SAMEŠ, M. et al. 2005. *Neurochirurgie*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2005. 126 s. ISBN 80-7345-072-0.

ŠANTA, M. – CINOVÁ, J. – MAGUROVÁ, D. 2007. Hydrocefalus. In *Neurológia a neurologické ošetrovatel'stvo*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2007. ISBN 978-80-8068-578-2, s. 84-85.

Kontakt:

Mgr. Andrea Obročníková, PhDr. Ľudmila Majerníková, PhD.

Katedra ošetrovatel'stva

Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove

Partizánska1, 080 01 Prešov

saban@unipo.sk

OBEZITA V DETSKOM VEKU – MOŽNOSTI JEJ PREVENČIE

Ondriová,I., Slaninková,J., Pavelková,M.

PU v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Abstrakt

Analýzy International Obesity Task Force (IOTF) a Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) založené na zbere údajov zo 191 krajín sveta dospeli k zisteniu, že na svete je 1,1 miliardy dospelých jedincov s nadváhou a obezitou. A čo je najviac zarážajúce, obezita a jej rýchly nárast za posledných 20 rokov sa označuje ako epidemický.

Kľúčové slová: Obezita. Nadváha. Prevalencia. Incidencia.

Obezita je hlavným rizikovým faktorom mnohých chronických ochorení. Podstatné sú zdravotné riziká, psychologicko-sociálne dôsledky, ako aj finančné náklady vyplývajúce z obezity. Jednoducho povedané obezita a príberanie na hmotnosti je dôsledkom energetického príjmu, ktorý dlhodobo presahuje energetický výdaj. Táto definícia sa najčastejšie vyjadruje **rovnicou energetickej rovnováhy:**

$$\text{Príjem energie} = \text{výdaj energie} \pm \text{zmena energetických zásob organizmu}$$

Špecifiká detskej obezity

Dieťa sa nerodí obézne, ale stáva sa ním v priebehu svojho vývoja, vplyvmi dedičnosti, výchovným pôsobením rodiny, psychosociálnymi a kultúrnymi podmienkami spoločnosti, v ktorej žije (Kňourková Marie, 1990).

Každodenné nesprávne návyky dospelých sú mnohokrát prenášané aj do života našich detí. Nedodriavanie zásad zdravého stravovania, nedostatok pohybovej aktivity, absencia oddychu a relaxácie, stres a mnoho ďalších činiteľov dnešnej uponáhľanej doby sa podieľa na vzniku mnohých ochorení a možných komplikácií zdravotného stavu, už aj v detskom veku. Obezita, ktorá bola typická zvlášť pre populáciu dospelých, si nachádza svoje prioritné miesto aj medzi deťmi.

Dnes už môžeme konštatovať: „**Detská obezita - epidémia 3. tisícročia**“. A určite sa nemýlime! Predsa alarmujúce čísla štatistík a ulice plné obéznych detí sú tomu jasným dôkazom.

Uvádza sa, že v priemyselne vyspelých krajinách je 5 - 30 % detí obéznych, z toho v *dospelosti* ostáva obéznych **70 – 80 %**. Naopak, 30 % dospelých obéznych jedincov bolo obéznymi už v detstve (Kúšková M., 1998, In: Šašínska M., Šagát T.).

Najkritickejšími obdobiami sú:

- **dojčenecké obdobie** (*obezita, ako dôsledok prekrmovania*)
- **obdobie adolescencie** (*hormonálne a psychogénne faktory*) (Kúšková M., 1998, In: Šašínska M., Šagát T.).

Prevalencia detskej obezity

Odborníci na základe štatistík zameraných na problematiku *detskej obezity* poukazujú na to, že približne **22 miliónov** detí mladších ako 5 rokov vo svete trpí výraznou nadváhou. Podľa Medzinárodnej skupiny boja proti obezite (*IOTF – International Obesity Task Force*) epidémia detskej obezity a nadváhy sa zrýchľuje. Analýza prieskumov, ktoré sa vykonávali v celej Európe od polovice 70-tych rokov odhalila, že počas 90-tych rokov došlo *k rapidnej zmene* v trendoch obezity. Počet detí s nadváhou a obezitou sa v súčasnosti v *celej EÚ* zvyšuje o viac než **400 000 ročne**. *Prevalencia 24 %* v roku 2002 je *vyššia* než sa očakávalo podľa trendov z 80-tych rokov. A je tiež vyššia než očakávaný vrchol pre rok 2010.

Rizikové faktory detskej obezity:

- Genetické faktory
- Stravovanie v dojčenskom období
- Energetická nerovnováha
- Psychologické faktory
- Socioekonomické faktory
- Metabolické faktory (Kúšková M., 1998, In: Šašínska M., Šagát T.).

Základné príčiny obezity môžeme rozdeliť do následovných základných skupín:

- **genetické príčiny** – radíme sem receptory pre *leptin*, genetické faktory ovplyvňujúce *termogénny* efekt potravy a spotreby energie pri fyzickej aktivite a raste, a mnoho ďalších faktorov.
- **vonkajšie faktory** – sem je možné zaradiť vplyv výživy hlavne v prvých rokoch života, fyzickú aktivitu dieťaťa, spôsob života rodiny, „chaos“ v stravovaní, dôležitý vplyv má i pohybová aktivita dieťaťa ako aj jeho rodiny.

Diagnostické metódy

Správna **diagnostika obezity** spočíva v preukázaní nadmerného množstva tukového tkaniva. U detí sa vzťahuje hmotnosť tela vždy k výške, veku a pohlaviu. Priemerné hodnoty a smerodajné odchýlky pre jednotlivé vekové obdobia sú známe a uvedené na **percentilových grafoch**. Za *obézne* sa považujú tie deti, ktoré sa radia svojou hmotnosťou *nad 97. percentilov* v percentilovom grafe. Ďalšie hodnotenie stupňa obezity v grafe nie je možné, preto sa obézne deti radia do pásiem *smerodajných odchýlok*.

Medzi ďalšie postupy diagnostiky detskej obezity radíme:

- 1. dôkladná rodinná anamnéza**, v nej *pátrame* po nadmernej hmotnosti členov rodiny, po spôsobe stravovania a režime života, po výskyte chorôb, ktoré majú vzťah k obezite (napríklad *diabetes mellitus*, *kardiovaskulárne* choroby, choroby žľazy a ďalšie), po funkčnosti rodiny.
- 2. osobná anamnéza dieťaťa**, pri nej si *všímame* hmotnosť matky, jej hmotnostný prírastok počas *gravidity*, pôrodnú hmotnosť a dĺžku dieťaťa, dĺžku kojenia, spôsob stravovania, fyzickú aktivitu a celý režim dňa, prekonané choroby, predovšetkým tie, ktoré boli spojené s *imobilizáciou*, hmotnostný prírastok v prvom roku života a dĺžku trvania obezity
- 3. body mass index- BMI** = podiel telesnej hmotnosti (v kilogramoch) a telesnej výšky (v metroch na druhú).

Body mass index je v súčasnosti v celosvetovom meradle *najpoužívanejším* telesným indexom. Z minulosti je známy ako takzvaný „**Queteletov index**“. V období od narodenia do ukončenia rastu sa hodnoty tohto indexu veľmi významne *menia*. Pri interpretácii hodnôt BMI v pediatrii je nutné pracovať s ich percentilovými, respektíve normalizovanými hodnotami).

4. meranie kožných tukových rias kaliperom (Somet).

Komplikácie obezity

Obezita nie je dnes považovaná iba za kozmetickú závalu, ale má aj radu vedľajších následkov na zdravie dieťaťa. Vyvoláva vážne komplikácie už v detstve a podstatne zvyšuje riziko, že jedinec obézny v detstve, bude obézny i v dospelosti. S nadváhou a obezitou sú spojené závažné **zdravotné komplikácie**:

- *kardiovaskulárne zmeny (ateroskleróza ciev srdca a mozgu, artériová hypertenzia)*
- *pľúcne komplikácie (Pickwickov syndróm),*
- *metabolické a endokrinné komplikácie (porucha glukózovej tolerancie, diabetes mellitus, hyperlipoproteinémia),*
- *cholelitiáza, pankreatitída, stukovatenie pečene,*
- *bolesti chrbtice, kyfóza, lordóza, ploché nohy.*
- *záťaž svalového systém,*
- *psychické poruchy (deprimovanosť, úzkostlivosť, tendencia sociálne sa izolovať).*

Špecifiká liečby

Najvhodnejšou liečbou obezity v detskom veku je *spojenie* :

- **diéta**
- **zvýšená pohybová aktivita**
- **nácvik správnych stravovacích návykov.**

Musia byť stanovené **reálne ciele celej terapie**. Za bezpečný cieľ liečby je považovaný hmotnostný úbytok približne 0,5 kilogramu za týždeň, maximálny hmotnostný úbytok by sa mal pohybovať medzi 0,5-2 kilogramy za mesiac. Liečba obézneho dieťaťa by mala byť vedená **špecialistom endokrinológom**, ktorý úzko spolupracuje s obvodným detským lekárom.

Obmedzenie energie musí byť v detskom veku veľmi opatrné, pretože príliš prísna a jednostranná diéta by mohla viesť k poruche rastu dieťaťa. Bezpečný hmotnostný úbytok sa dá dosiahnuť obmedzením energetického príjmu približne o 20-25 %, to je približne o 2 100 kJ (500 kcal) na deň.

Dôležitou súčasťou liečby obezity je pravidelná životospráva, pravidelné raňajky, rozdelenie jedla do piatich menších porcií s tým, že večera musí byť podaná pred 18. hodinou, po ktorej už energeticky bohaté jedlo nenasleduje. Na jedlo musí mať dieťa dostatok času! Bez *spolupráce* celej rodiny sa liečba obezity nepodarí.

Pravidelná fyzická aktivita je ďalšou podmienkou. *Vhodným športovaním* pre schudnutie je bicyklovanie, chôdza, plávanie, gymnastika, *kalanetika*, beh na lyžiach, veslovanie. Silové športy, ako je vzpieranie, posilňovanie, nie sú pre liečbu obezity *vhodné*. Cvičenie musí byť *pravidelné*, 3 krát až 4 krát týždenne, pol hodiny až hodinu, s postupne vzrastajúcou primeranou záťažou.

Liečbu je možné doplniť pobytom v *kúpeľoch* a v rôznych špeciálnych *táboroch* pre obézne deti, ale najlepšie až v dobe, keď sa už dieťa za pomoci celej rodiny usiluje o zníženie váhy a darí sa mu to. Dlhodobou úspešná je kúpeľná liečba len pri *spolupráci* celej rodiny.

Preventívne opatrenia detskej obezity

Dojčenie

Obezita v mnohých prípadoch začína práve v prvom roku života. Na jej vzniku sa z určitej časti podieľajú stravovacie návyky. Obezita vzniká z nadbytku dodávky a nedostatku odovzdávania kalórií v strave. Nadbytok sa ukladá do tukového tkaniva, vedie k zmnoženiu tukových rezervných buniek. *Obezita teda vzniká už v prvom roku a mnohé deti bude sprevádzať v celom ich živote.* Mnohé obézne deti už boli obézne ako dojčatá. Preto treba dávať pozor na výživu už od najmladšieho veku. Najlepšou ochranou proti obezite je **dojčenie**, pretože dodáva kvalitné živiny, vytvára predpoklad pre ich správne trávenie, najmä tukových zložiek.

Výsledky výskumov, obzvlášť v posledných dvoch desaťročiach, poukázali na to, že v prvých 4 - 6 mesiacoch postnatálneho života fyziologického novorodenca je prirodzená výživa – dojčenie - optimálna a nenahraditeľná

Racionálna výživa v rodine

Základ prevencie detskej obezity spočíva v rodine, a to predovšetkým v jej zdravom životnom štýle, s dobrými stravovacími návykmi. Rodičia by mali byť vždy príkladom pre svoje deti, ktoré zvyklosti svojich rodičov kopírujú. Rozhodne to platí aj v oblasti výživy. V prvom rade musia mať zásady zdravej výživy *osvojené* rodičia, aby takto vytvorili *základ* pre svoje deti.

Pojem racionálna výživa označuje súbor odporúčaní pre príjem stravy, založený na najnovších vedeckých poznatkoch. Správna výživa, založená na vedeckých dôkazoch, vedie k optimálnemu rozvoju zdravého ľudského organizmu a vytvára podmienky na prevenciu ochorení, vysokú výkonnosť, reprodukciu zdravého potomstva a dosiahnutie dlhého veku.

Základné pravidlá správnej výživy sú nasledovné:

1. Pravidlo kvantity
2. Pravidlo kvality
3. Pravidlo vyváženosti
4. Pravidlo primeranosti

Potrebná je konzumácia primeraného množstva stravy **3 - 5 krát denne**. Potrebné je aj zdôrazniť význam ponechania potravín v natoľko **prirodzenom stave**, ako je to možné. Každá *zmena* či je to varenie, pečenie, konzervovanie, *ochudobňuje* potraviny o životne dôležité látky. (Buchanec, 2000)

Hlavné zásady výživy batoliat a detí v predškolskom veku

- dieťa by malo každý deň vypiť aspoň *0,5 l m*
- aspoň raz za deň by malo zjesť *mliečne výrobky* (jogurt, tvaroh, syr),
- *mäso* podávať každý deň,
- tri razy za týždeň podávať *vajcia* ako prídavok do polievky alebo inak upravené,
- *zemiaky a zeleninu* podávať raz až dva razy denne v rozličných úpravách, dávať prednosť najmä surovej zelenine,
- *chlieb*, najmä tmavý, by dieťa malo jesť niekoľkokrát za deň,
- *ovocie* najmenej dva razy denne,
- *strukoviny* raz za týždeň ako príkrm alebo ako polievka,
- pri príprave jedla uprednostňovať *rastlinné tuky a oleje*.

K najčastejším chybám vo výžive detí patrí:

- *jednostranne zostavený a málo pestrý* jedálny lístok - nedostatočné dávky mlieka, mliečnych výrobkov, zeleniny a ovocia, prejedanie sa pečivom, múčnymi jedlami, cukrom a sladkosťami,
- *nedostatočné raňajky* z hľadiska kvality aj spôsobu,
- *nedostatočné zosúladenie výživy* doma a v kolektívnych zariadeniach,
- *nízka úroveň* hygienických a spoločenských návykov.

Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je obvykle doporučovaná ako *terapeutický* i *preventívny* prostriedok. Kladne *ovplyvňuje* nielen hmotnosť, stavbu a zloženie tela, ale aj rad *biochemických* procesov a *kardiorespiračných* i *motorických* funkcií. Ďalej *prispieva* ku zvýšenej telesnej zdatnosti a fyzickej výkonnosti a má priaznivý *vplyv* i na psychický stav jedinca. Musí však byť *správne* indikovaná, dávkovaná a kontrolovaná *v spolupráci* rodinných príslušníkov s učiteľmi a ďalšími osobami, podieľajúcimi sa na jej aplikácii. *Rešpektovať* sa musí vhodnosť či nevhodnosť jednotlivých pohybových aktivít vždy s prihliadnutím k individuálnym zvláštnostiam každého dieťaťa.

Literatúra

BUCHANEC, J. a kol. : *Vademékum pediatra*. Martin: Osveta 2000,s.1115

ISBN 80-8063-018-6

CINOVÁ,J.,MROSKOVÁ,S.,CIBŘÍKOVÁ,S: *Detská obezita-epidémia 3.tisícročia*. In: Sestra, roč. IV., 2005, č.12, ISSN 1335-9444

ELLIOTTOVÁ, E.: *Jak ochrániť své dítě*. Praha: Portál,1997

KOVAĽ, J. a kol.: *Pediatric a pediatrické ošetrovatelstvo-vybrané kapitoly*. Prešov, 2008 s.251
ISBN 978 -808068-873-0

Kontakt:

PhDr. Iveta Ondriová, PhD.

ondriova@unipo.sk

HODNOTENIE KVALITY V PEDIATRICKOM OŠETROVATEĽSTVE

Reváková, O.

Detská fakultná nemocnica Košice

Pojem kvalita, či kvalitný používame v každodennom rozhovore ako výraz hodnotenia. Pritom si neuvedomujeme čo je dôvodom tvrdenia, že je niečo kvalitné. Tvrdenie jedného človeka o tom, že je nejaký výrobok alebo služba kvalitná nemusí sa stotožňovať s tvrdením iného človeka, jeho pohľadu na kvalitu toho istého výrobku, alebo služby. Z toho vyplýva, že pojem kvalita je subjektívnym pojmom, aby sa stal pojmom objektívnym musíme mu prideliť isté charakteristiky (znaky) a tieto znaky musia byť merateľné. V neposlednom rade je tiež dôležitý výber vhodných metód a nástrojov pre jej správne a účelné meranie. Jednou z možností hodnotenia kvality poskytovanej starostlivosti je hodnotenie kvality na základe kvantitatívnej analýzy pomocou indikátorov kvality.

Indikátory kvality môžeme definovať ako kvantitatívne opatrenia na monitorovanie a vyhodnocovanie kvality riadenia klinických a podporných funkcií, ktoré majú vplyv na zdravotný stav pacienta.

Indikátor je vždy číslo, je to výstražný signál, ktorý nás upozorňuje, že niečo nie je v poriadku, nie je neomylný a môže byť zameraný na sledovanie (hodnotenie) negatívnych ale aj pozitívnych javov. Vyjadruje sa ako pomer, kde čitateľ je napr. počet pacientov s prítomným indikátorom a v menovateli je počet všetkých pacientov.

Indikátory kvality nepredstavujú presne definovanú kategóriu. Zdravotnícke zariadenia používajú tzv. vnútorné ukazovatele zamerané na sledovanie a zlepšovanie výsledku procesov starostlivosti. Odborníci a manažéri ich využívajú na vyhľadávanie potenciálnych problémov a ich riešenie. Výsledok analýzy takýchto údajov poukazuje na potrebu zmeny procesu starostlivosti a využitie ukazovateľov na sledovanie následkov týchto pokusov o zlepšenie činnosti. Vládne inštitúcie a patientske organizácie využívajú na hodnotenie kvality poskytnutej zdravotnej starostlivosti, tzv. vonkajšie indikátory. Tie sa používajú aj pri porovnávaní kvality s výkonom ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Svetová zdravotnícka organizácia kvalifikuje indikátory kvality na základe cieľa na indikátory zamerané na hodnotenie kvality:

1. štruktúry – umožňujú analýzu kvality organizácie ošetrovateľskej starostlivosti,
2. procesu – hodnotia kvalitu ošetrovateľských postupov,
3. výsledku – hodnotia úroveň dosiahnutých výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti.

Podľa obsahu môžu byť indikátory kvality orientované na pacienta, na ochorenie, na starostlivosť a pod., pričom sa navzájom môžu prekrývať.

Vzhľadom k faktu, že organizácia nemôže monitorovať a vyhodnocovať všetko a všade pri tvorbe indikátorov kvality sa odporúča zamerať na činnosti:

- ovplyvňujúce vysoké percento pacientov,
- predstavujúce vážne riziko pre pacienta,
- sú vykonávané aj keď nie sú predpísané,
- nie sú vykonávané, aj keď sú predpísané,
- mali/ majú tendenciu byť problémové.

Tvorba indikátorov kvality je veľmi zložitý a dlhodobý proces. Vyžaduje si rozsiahle konzultácie a overovania. Pri tvorbe indikátorov kvality je potrebné zohľadniť tri základné aspekty:

1. zameranie indikátora (štruktúra, proces, výsledok),
2. iniciátor tvorby indikátora (poskytovateľ, pacient, manažér),
3. požiadavka na vysokú výpovednú hodnotu indikátora.

Správne formulovaný indikátor kvality musí spĺňať nasledujúce kritéria

- význam,
- platnosť,
- spoľahlivosť,
- potenciál pre používanie /zneužitie,
- vnímavosť pre hodnotenie

Pre splnenie týchto kritérií sa odporúča ich pravidelné preskúmanie, minimálne v trojročných intervaloch. Hodnotenie kvality na základe kvantitatívnej analýzy pomocou indikátorov kvality má svoje pozitíva ale aj negatíva.

Za pozitívne môžeme považovať

- monitorovanie kvality poskytovanej starostlivosti,
- sledovanie jej zmien, jej vývoj,
- nachádzanie systémových chýb, ich náprava a prevencia,

- zlepšovanie zdravia,
- spokojnosť pacientov,
- nákladová efekívnosť.

Monitorovanie a hodnotenie kvality poskytovanej starostlivosti je predpokladom kontinuálneho zvyšovania jej kvality.

Ako negatívum môžeme považovať jedine zvýšenú administratívnu činnosť.

Sledovanie indikátorov kvality je legislatívne upravené a je tiež požiadavkou zavádzania akýchkoľvek systémov kvality.

V Detskej fakultnej nemocnici v Košiciach pri zavádzaní systému riadenia kvality sme na základe požiadaviek ISO 9001:2008 na úseku Ošetrovateľstva začali sledovať indikátory kvality zamerané na hodnotenie kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti u detí. V spolupráci s vedúcimi sestrami jednotlivých oddelení sme sa snažili špecifikovať indikátory kvality, ktoré by sa dali sledovať na všetkých pracoviskách jednotne. Sledovali sme

- Výskyt NN,
- Lokálne komplikácie po zavedení PŽK, pričom sme využili klasifikáciu kritériá podľa Maddona,
- Výskyt dekubitov.

Vyhodnotené údaje sme však nemohli použiť na porovnávanie kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti na jednotlivých pracoviskách, vzhľadom na ich špecifickosť.

Po prvotných skúsenostiach s tvorbou indikátorov kvality a ich vyhodnocovaním sme vypracovali

indikátory kvality ušité na mieru pre jednotlivé pracoviská.

Tabuľka: Indikátory kvality DFN Košice pre roky 2009, 2010, 2011

1.	Počet identifikovaných prípadov NN zameraných na
	<ul style="list-style-type: none"> • i.v. kanylu a /alebo katéter, PMK, ostatné
1a.	Celkový počet prepustených pacientov, u ktorých bol/a zavedený
	<ul style="list-style-type: none"> • i.v kanyla a /alebo katéter, PMK, ostatné
2.	Počet pooperačných infekcií rán (okrem serómov)
2a.	Celkový počet pacientov po operáciách

3.	Počet sťažností
4.	Počet lokálnych komplikácií pri zavedenom PŽK (flebitíd, nekróz a pod.)
4a.	Celkový počet hospitalizovaných rizikových pacientov
5.	Počet pacientov, u ktorých počas hospitalizácie vznikol dekubit (primárne)
5a.	Počet hospitalizovaných rizikových pacientov
6.	Počet pacientov, u ktorých počas hospitalizácie došlo k narušeniu kože - intertrigo
6a.	Počet hospitalizovaných rizikových pacientov
7.	Počet pacientov, u ktorých počas hospitalizácie došlo k narušeniu kože v dôsledku použitia terapeut. a/ alebo monitorovacej techniky alebo zdravotníckej pomôcky
7a.	Celkový počet pacientov, u ktorých počas hospitalizácie bola použitá terapeut. a/ alebo monitorovacia technika alebo zdravotnícka pomôcka
8.	Počet hospitalizovaných pacientov, u ktorých bola diagnostikovaná ventilátorová pneumónia - včasná / neskorá
8a.	Celkový počet hospitalizovaných pacientov na UPV
9.	Počet identifikovaných prípadov NN z dôvodu vírusovej etiológie
9a.	Celkový počet hospitalizovaných pacientov
10.	Počet prípadov, u ktorých bola hospitalizácia predčasne ukončená pre objektívne zdôvodniteľnú nespokojnosť pacienta /zákonného zástupcu
10a.	Celková počet hospitalizovaných pacientov

Získané údaje z jednotlivých pracovísk spracovávame a vyhodnocujeme v štvrtročných a ročných intervaloch.

Výsledný údaj umožňuje sledovať:

- vývoj poskytovania kvality ošetrovateľskej starostlivosti v pozitívnom alebo negatívnom zmysle,
- diagnostikovať problém v procese poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti,
- prijímať správne nápravné a preventívne opatrenia,
- môže slúžiť ako prahová hodnota , čo je ešte kvalitné a čo už je pre nás nepriateľné,

Preskúmanie nastavenia indikátorov kvality z hľadiska efektivity a ich prínosu v procese zlepšovania a zvyšovania kvality vykonávame v trojročných intervaloch.

Monitorovanie a vyhodnocovanie kvality ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom konkrétnych indikátorov je v dnešnej dobe nutnosť a nevyhnutelný fakt. Cieľom nie je individuálny disciplinárny postih jednotlivých sestier, ale ide o nachádzanie systémových chýb, o ich zaistenie a nápravu.

ÚROVEŇ INFORMOVANOSTI RODIČOV O OČKOVANÍ V DETSKOM VEKU

Slaninková,J., Ondriová,I.

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove

Abstrakt

V dnešnej dobe už nikto nepochybuje o významnej úlohe prevencie, ochrany a podpory zdravia v dosiahnutí kvalitného a dostatočne dlhého života. V zmysle svetovej zdravotníckej organizácie je podpora zdravia proces, ktorý má umožniť ľuďom lepšie kontrolovať svoje zdravie, a tým zlepšiť svoj zdravotný stav. Očkovanie je v súčasnosti jedným z nesporne dôležitých faktorov prevencie mnohých závažných ochorení. V našom príspevku chceme prezentovať výsledky výskumu so zameraním na úroveň informovanosti rodičov o očkovaní v detskom veku.

Kľúčové slová: Prevencia. Ochrana a podpora zdravia. Očkovanie. Informovanosť.

Zdravie je jedným z hlavných pilierov koncepcie ľudského rozvoja. Úzke prepojenie medzi zdravím a ľudským rozvojom je dané ich vzájomnou interakciou. Človek, ktorý žije život v plnom zdraví, má zvyčajne lepšie podmienky na dosiahnutie plnohodnotného života ako jedinec sužovaný fyzickými alebo psychickými ťažkosťami. V spoločnostiach na vyššom stupni rozvoja sú populácie zdravšie – podľa vnímania vlastného zdravia, aj podľa štatistických ukazovateľov.

Prevencia ochorení je systém opatrení, ktoré znižujú výskyt ochorení redukciami rizikových faktorov, brzdia vývoj ochorenia a redukujú jeho následky, ak už ochorenie vzniklo. Najviac viditeľné je to v prípade infekčných ochorení. Infekčné ochorenia sú obvykle spojené s prítomnosťou nevyhnutného mikrobiologického, bakteriálneho, alebo vírusového vektora, avšak ten existuje v istom prostredí. Očkovanie je vysoko efektívna forma prevencie, ktorá výrazne dokáže znížiť počet ochorení, zamedziť ich vývoj, a tým aj následky ochorení. Je vynikajúcou formou prevencie.

Spoločná činnosť prevencie a podpory zdravia v celej šírke spoločnosti môže dosiahnuť trvalé a udržateľné zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva. Realizácia krokov, ktoré majú viesť k uvedomelej starostlivosti o zdravie ľudí ako zo strany spoločnosti, aj zo strany každého človeka je zakotvený v programe SZO „Zdravie pre všetkých v 21. storočí“.

ktorého 7. bodom je prevencia infekčných ochorení. Princípy tohto programu prevzala vláda Slovenskej republiky pod názvom „Národný program podpory zdravia“(Prcúchová, 2003).

Národný program však nikdy nezlepší zdravotný stav nášho obyvateľstva. To môžu dosiahnuť len jednotlivci v zodpovednom prístupe k vlastnému zdraviu, a to si vyžaduje zmenu v myslení, postojoch každého človeka aj úpravu spôsobu života. Tieto zmeny môžu nastať len vtedy, ak jedinci budú mať dostatok vedomosti v danej oblasti, budú si vedieť správne vybrať a slobodne sa rozhodnúť pre optimálne riešenie problémov, či ich predchádzaniu. Treba teda hľadať účinnejšie cesty na povzbudenie ľudí, aby zodpovedali za vlastné zdravie, správanie a životný štýl, ktoré ho ovplyvňujú. K tomuto cieľu určite vedie aj zlepšenie edukácie obyvateľstva v oblasti zdravia a tu majú veľké pole pôsobnosti práve sestry.

Výskumná časť

Cieľom výskumu je :

- ◆ Zhodnotiť aktuálnosť očkovania pre rodičov v súčasnosti
- ◆ Posúdiť úroveň vedomosti rodičov o preventabilných ochoreniach a ich komplikáciách
- ◆ Posúdiť úroveň vedomosti rodičov o očkovaacom kalendári
- ◆ Zistiť mieru schopnosti rodičov prebrať plnú zodpovednosť za zdravie svojich detí v oblasti prevencie infekčných ochorení

Hypotézy výskumu:

H 1 : Predpokladáme, že respondenti nie sú dostatočne pripravení prijať plnú zodpovednosť

za vlastné zdravie .

H 2 : Predpokladáme, že respondenti majú málo informácií o preventabilných ochoreniach a ich možných následkoch.

H 3 : Predpokladáme, že respondenti nemajú dostatok vedomosti o očkovaacom kalendári

H 4 : Predpokladáme, že respondenti nemajú dostatok vedomosti o komplikáciách po očkovaní.

H 5 : Predpokladáme, že respondenti v súčasnej dobe недоceňujú význam očkovania.

Metodický postup výskumu

V prvej prípravnej fáze sme sa zamerali na získanie odborných poznatkov a informácií v danej problematike. Informácie sme získali z knižnej a časopiseckej literatúry, knižníc, internetu, z osobných rozhovorov s rodičmi očkovaných detí na jednotlivých školách v Prešove.

V druhej etape sme sa zamerali na výskum, ktorý prebiehal u rodičov 11-ročných detí, žiakov piateho ročníka, ktorí podliehajú povinnému očkovaniu na prešovských školách. :

- ◆ Základná škola Československej armády
- ◆ Základná škola Matice slovenskej
- ◆ Základná škola a 8. ročné gymnázium Svätého Mikuláša

V tretej etape sme zozbierali empirické fakty pomocou dotazníkovej metódy. V hlavičke dotazníka, boli uvedené informácie a inštrukcia s poučením o vyplnení údajov, účel a cieľ výskumu informácia o zachovaní anonymity odpovedí a využitia výsledkov. V záhlaví dotazníka respondenti uviedli svoj vek v rozmedzí 10. rokov, ukončené vzdelanie a svoje pohlavie. Hlavnú časť dotazníka tvorili uzavreté štruktúrované a otvorené neštruktúrované, priame a nepriame, filtračné a kontrolné položky.

V štvrtej etape sme použili metódu generalizácie, v ktorej sme sa zamerali na zovšeobecnenie výsledkov.

Návratnosť dotazníkov bola 100%

Prieskumná vzorka :

- ◆ 40 respondentov boli rodičia 11 – ročných žiakov Základnej školy Československej armády, ktorá je školou pre spádovú oblasť okolie Prešova.
- ◆ 10 respondentov boli rodičia 11– ročných žiakov Základnej školy Matice slovenskej
- ◆ 10 respondentov boli rodičia 11-ročných žiakov Základnej školy Svätého Mikuláša
- ◆ 30 respondentov boli rodičia 11-ročných žiakov 8. ročného gymnázium Svätého Mikuláša pre spádovú oblasť okres Prešov.

Výsledky výskumu

Po podrobnej analýze odpovedí nášho dotazníka a zhodnotení výsledkov výskumu sme dospeli k týmto záverom. Rodičia očkovaných detí nemajú dostatok vedomostí

týkajúcich sa starostlivosti o ochranu zdravia svojich detí, nemajú ani presnú predstavu o tom, čo by mali ohľadom zdravotného stavu vedieť, aby sa dokázali zodpovedne rozhodnúť a postarať sa o zdravie svojich detí v oblasti prevencie infekčných ochorení.

Výsledky nášho výskumu sa týkajú vedomosti rodičov o preventabilných ochoreniach, ich možných následkoch, o možnostiach očkovania a ich komplikáciách. Po zhodnotení a analýze výsledkov výskumu sme dospeli k týmto záverom. Hypotézu číslo 2 sa potvrdila, odpovede na otázky uvádzajú, že len 28% respondentov poznalo preventabilné ochorenia, ich komplikácie, 65% respondentov malo len čiastočné vedomosti, 7% nemalo žiadne. Ďalej sme zistili, že až 63% respondentov si bolo plne vedomých nedostatku vedomosti ohľadom tejto problematiky a nevyvinuli nejaké väčšie úsilie, aby ich získali. 27% nemalo predstavu o rozsahu vedomosti, ktoré by mali ovládať. Ďalšou položkou sme si overili, že 65% respondentov pripúšťa, že je pre nich nutné rozšíriť svoje znalosti v tejto oblasti a 28% nedokázalo posúdiť úroveň svojich vedomosti, 7% vyjadrilo nezáujem o ďalšie informácie.

Podľa výsledkov výskumu a dôkladnej analýze odpovedí na ďalšie otázky sa jasne potvrdila hypotéza číslo 3. Ukazuje sa, že všetky ochorenia proti, ktorým môžu byť deti respondentov a očkované pozná len 6% respondentov, k nim môžeme zarátať aj tých, ktorí jedno očkovanie opomenuli alebo pridali. 36% respondentov pozná od 7 do 9 očkovaní, 30% pozná 4 až 6 očkovaní, 13% pozná len 1 až 3 očkovania a 3% nepoznajú žiadne očkovanie.

V nasledujúcich otázkach nás zaujímalo, či sú respondenti dostatočne informovaní o negatívnych prejavoch očkovania zo strany zdravotníkov a možnostiach ako tieto negatívne prejavy zvládnuť. Výsledky nám potvrdili hypotézu číslo 4, nedostatok vedomosti respondentov v danej oblasti. Respondenti uviedli spokojnosť s informáciami v 51% prípadov, 26% sa nepamätalo, či nejaké informácie dostali, 23% uviedlo, že nedostali žiadne informácie.

Vedomosti, ktoré respondenti majú v 55% pochádzajú od zdravotníkov, v 50% z časopisov, 47% z televízie, 43% z kníh, 33% zo školy, 31% z letákov, 22% z rozhlasu, 19% z internetu, z prednášok 9%, 4% z iných zdrojov, kde respondenti uviedli knižnicu, zdravotnícky krúžok a školenie uviedli 3% respondentov.

V dnešnej dobe, aj keď sme ovplyvňovaní množstvom informácií, je pre nás ťažké vybrať si to, čo je dôležité a dôveryhodné, neinformovaní ľudia sa tak môžu stať ľahkou korisťou rôznych skupín alebo jedincov, ktorí používajú absurdné, či zavádzajúce argumenty

proti ochrane pred preventabilnými ochoreniami, alebo ľahšie túto povinnosť dať svoje deti očkovať zanedbajú.

K ďalšej otázke o príaní respondentov rozšíriť svoj obzor v tejto oblasti sa pozitívne vyjadrilo 66% respondentov, 26% nevie posúdiť, či potrebujú ďalšie vedomosti v tejto problematike, 8% informácie odmieta.

Informácie by najradšej získali od zdravotníkov až 58% respondentov, aj keď sú často príliš odborné a pre nich málo zrozumiteľné. 47% respondentov by radi získali informácie už počas školskej dochádzky ako súčasť základnej výchovy. 33% by sa radi vzdelávali formou televíznej relácie, 30% z časopisov a brožúr. 22% by hľadalo informácie na internete a 3% respondentov by informácie získavali na školeniach a prednáškach.

Tieto údaje jasne ukazujú, že rodičia majú málo informácií ohľadom očkovacieho kalendára, z toho vyplýva, že plnú zodpovednosť za svoju ochranu a ochranu svojich detí plne presúvajú na zdravotníkov. V prípade nedorozumenia, alebo zanedbania sa často stáva, že deti sú oneskorene alebo vôbec neočkované pre nevedomosť svojich rodičov.

Uvedenej problematike je nutné venovať veľkú pozornosť, viesť rodičov k uvedomelému a zodpovednému prístupu k ochrane zdravia svojich detí. Snažiť sa ich aktívne zapojiť do očkovacieho programu, aby všetko prežívali uvedomelo, so záujmom a pocitom vlastnej zodpovednosti.

Tieto odpovede nám zároveň potvrdili hypotézu číslo 1, pretože len jedinec plne informovaný je schopný posúdiť kroky, ktoré urobí na ochranu zdravia a môže prebrať plnú zodpovednosť za ochranu zdravia svojich detí.

Hypotéza číslo 5 sa nám teda nepotvrdila. Po vyhodnotení otázok v ďalšej časti dotazníka sa ukázalo, že až 79% respondentov vysoko oceňuje význam očkovania, 9% sa vyjadrilo, že sú skôr áno pre dôležitosť očkovania aj v dnešnej dobe, 12% nevie posúdiť mieru dôležitosti očkovania pre súčasnosť. Ani jeden respondent nesúhlasí s tvrdením, že očkovanie má malý alebo dokonca žiadny význam. V nasledujúcej otázke nás zaujímalo, či je pre respondentov očkovanie prínosom alebo rizikom. 90% respondentov vyhlásilo, že očkovanie je pre ich deti prínosom, iba 10% uviedli, že je rizikom., tento názor bol však ovplyvnený negatívnou reakciou dieťaťa po očkovaní

Aj keď rodičia dávajú vysokú hodnotu očkovaniu, je dôležité v tejto oblasti urobiť množstvo opatrení a programov nielen zo strany zdravotníkov, ale celej spoločnosti, vlády a všetkých organizácií, ktoré sú spoluzodpovedné za zdravotné uvedomenie obyvateľstva.

Venovať tejto oblasti zvýšenú pozornosť, sprevádzanú opatreniami na zlepšenie vedomostného stavu obyvateľstva, so zvláštnou pozornosťou zameranou na rómske obyvateľstvo a tiež na ľudí z nižších sociálnych vrstiev, či ľudí žijúcich na okraji spoločnosti.

Záver

Zdravie svojou podstatou patrí medzi najdôležitejšie oblasti záujmu spoločnosti a zároveň určuje rozhodujúcou mierou hodnoty, ciele ako aj konanie väčšiny ľudí.

Svetová zdravotnícka organizácia definovala zdravie ako stav celkovej biologickej, psychickej a sociálnej pohody a nielen neprítomnosť choroby. V súčasnosti sa zdravie hodnotí na základe niekoľkých, vzájomne sa prelínajúcich dimenzií, ktoré nemožno chápať oddelene. Patrí sem dimenzia fyzická, psychická, sociálna, spirituálna a poslednou zložkou je komunitná dimenzia, ktorú určuje miera začlenenia jednotlivca do spoločnosti, ako aj miera akceptovania jedinca spoločnosťou. (Hanzlíková, 2004).

Moderné koncepcie zdravia sú vhodné najmä z hľadiska jeho podpory a prevencie. Z tohto pohľadu zdravie nie je cieľom, ale prostriedkom pre úspešný život a pohodu jedinca.. Iba tak možno dosiahnuť, aby všetky vlohy a talenty, ktoré dostal ako dar mohol odovzdať spoločnosti a tak byť jej platným a prospešným členom. Aby sa tento cieľ mohol dosiahnuť musí mať dostatok informácií a vedomosti, ktoré mu pomôžu dosiahnuť želaný efekt (Sedláková, 2004).

Infekčné ochorenia trápili ľudstvo od dávnoveku a opakované epidémie a pandémie kosili ľudské životy v státisícoch. Úľavu ľudstvu prinieslo objavenie sveta mikróbov, baktérií a vírusov a následné objavenie schopnosti ochrany organizmu očkovaním.

Očkovanie je najúčinnjšou súčasťou preventívnej medicíny. Od objavenia možnosti ochrániť ľudí pred infekčnými chorobami očkovaním, sa podarilo zachrániť milióny ľudských životov, ochrániť rodiny pred bolesťou zo straty blízkych, pred finančnou ujmom a stresom, ktorý so sebou prináša ochorenie člena rodiny a boj o jeho život.

Zlepšujúca sa situácia vo výskyte ochorení, môže vyvolať dojem, že očkovanie v dnešnej dobe už nie je také dôležité ako v minulosti. Z nedávnych skúsenosti však vieme, ako môže za krátky čas obchádzania povinnosti očkovať spôsobiť epidémiu ochorení, ktoré boli už pod kontrolou (Inger, 2003) .

Riziko zavlečenia ochorení zvyšuje aj fakt otvorenia hraníc a voľnej migrácie ľudí z krajín, kde situácia vo výskyte ochorení nie je na takej úrovni ako v našej krajine a tak sme

vystavení väčšej možnosti ochorieť na ochorenia, ktoré sú u nás už dlhodobo zvládnuté (Dluholucký, Oleár, 2004).

Ďalším dôležitým faktom je, že zmeny v spoločnosti priniesli so sebou aj zmeny v koncepte zdravia. Aby však ľudia mohli prebrať plnú zodpovednosť za svoje zdravie je nutné, aby mali dostatočné vedomosti, v oblasti svojho zdravia, aby vedeli ako svoje zdravie a zdravie svojich detí ochraňovať a ako ho zachovať (Sedláková, 2004).

Svetová zdravotnícka organizácia vo svojom programovom vyhlásení „Zdravie pre všetkých v 21.storočí“ zahŕňa jednotlivé body ochrany zdravia a správneho spôsobu života, ktorý by mal byť záväzný ako pre vlády a krajiny, tak aj pre samotných jednotlivcov. Postupne by mali prenikať hlboko do povedomia ľudí, aby aj sami dokázali správne ovplyvňovať a organizovať svoj život v prospech svojho zdravia .

Výsledky výskumu nám potvrdili, že aj napriek mnohým zmenám, ktoré nastali a mali by prispieť k zlepšeniu zdravia, v postojoch ľudí nedošlo ešte k veľkým premenám, je veľmi dôležité sústrediť sa na cielenú výchovu obyvateľstva nasmerovanú na zachovanie a upevňovanie takých postojov, ktoré vedú k aktívnemu prístupu k ochrane vlastného zdravia a zdravia svojich detí v oblasti prevencie infekčných ochorení. Táto úloha kladie veľké požiadavky na zdravotníkov po odbornej a ľudskej stránke. Závažnosť a rozsah problematiky však ďaleko presahuje hranice zdravotníctva. Je to celospoločenská úloha, úloha vlády, podnikov, každej organizácie a zároveň úlohou každého jednotlivca.

Navrhované opatrenia pre prax

- ◆ Prednášky zamerané na preventabilné ochorenia a ich možné následky, očkovací kalendár, možné komplikácie očkovanie a spôsoby ako ich zvládnuť
 - pre budúce matky v prenatalnej poradni
 - pre rodičov pri návšteve detského lekára
 - hravou formou pre deti v základných školách
 - venovať vyššiu pozornosť rodičom v rómskych osadách, zlepšiť spoluprácu s rómskymi asistentmi.
- ◆ V očkovacom preukaze, by okrem preventabilných ochorení mal byť uvedený termín očkovaní pri jednotlivých typoch očkovania , aby si rodičia sami mohli

- skontrolovať, či ich detí všetky povinné očkovania absolvovali v uvedenom termíne, tak by sa mohlo predísť niekedy aj viacročným sklzom očkovania,
- ◆ Pri každom očkovaní poskytnúť leták o príslušnom ochorení, očkovacej látke, o negatívnych reakciách po očkovaní a možnostiach ako ich zvládnuť, prípadne ako im predísť.

Literatúra

- DLUHOLUCKÝ S., OLEÁR V., 2004, Aktuality očkovacieho programu v detskom veku. In: *Zdravotnícke noviny*, príloha: Lekárske listy, ISSN 1335 – 4477, 2004, roč. 53, č.18, s. 5
- HANZLÍKOVÁ A. a kol., 2004, *Komunitné ošetrovatelstvo*, 1. vydanie, Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-155-7, s. 13 – 18.
- INGER M., 2003, Vláda schválila správu o imunizácii. In: *Zdravotnícke noviny*, ISSN 1335 – 4477, 2003, roč.52, č. 7, s. 3 .
- INGER M., 2003, Pripravujú novelu o očkovaní. In : *Zdravotnícke noviny.*, ISSN 1335 – 4477, 2003, roč. 52., č., 7, s. 3..
- PRCÚCHOVÁ K., 2003, Zachovať vysokú úroveň očkovania detí. In : *Zdravotnícke noviny.* ISSN 1335 – 4477, 2003, roč.52., č. 7, s. 3,
- SEDLÁKOVÁ D., 2004, Zdravie pre všetkých v 21. storočí. In: *Revue medicíny v praxi*, ISSN 1536 – 202X, 2004, 2. ročník, č. 2, s. 5.

INTOXIKÁCIA ALKOHOLOM V DETSKOM VEKU. ŠTATISTIKA

Sopková,J., Olejárová,M.

Detské oddelenie , NsP Sv. Jakuba n.o. Bardejov

Abstrakt

Intoxikácia alkoholom je najčastejšou otravou v detskom veku ,preto sme sa zamerali na tento stále aktuálny a často sa opakujúci problém. Veľký vplyv na prvú konzumáciu alkoholu u detí má spoločenské prostredie v ktorom dieťa vyrastá , partia v ktorej sa nachádza a v prvom rade rodina. Otrava alkoholom sa môže vyskytnúť už pri jeho prvej konzumácii , toxickosť závisí od jeho dávky, jeho tolerancia je u každého individuálna. Po požití alkoholických nápojov sa objavia zdravotné komplikácie ako strata vedomia ,zúrivosť,halucinácie , chrčavé dýchanie , zmena farby kože a pod. Dlhodobé účinky alkoholu spôsobujú zdravotné problémy ako je cirhóza pečene, nespavosť,podvýživa a mnoho ďalších problémov. Hlavným dôležitým aspektom je prevencia . Na detskom oddelení v NsP Sv. Jakuba bola vypracovaná štatistika o počte hospitalizovaných pacientov s intoxikáciou alkoholom / u chlapcov a dievčat /

Kľúčové slová: Alkohol. Dieťa. Rodina. Prevencia. Štatistika.

Alkohol

Názov alkohol pochádza z arabského slova **al – ka - hal** a znamená jemne zvláštnu látku. Tento názov neskôr prevzali stredoveký alchymisti a začali ho používať pre jemne rozptýlené pary z tekutín.Z chemickej stránky predstavuje alkohol bezfarebnú, priehľadnú, viskóznou, horľavú a horkú tekutinu (chemický vzorec je C_2H_5OH). Dá sa miešať s vodou v akomkoľvek pomere. Alkohol vriete pri teplote 78,4 stupňov Celzia. Medzi alkohol zaraďujeme pivo, víno, liehoviny.

Rozdelenie alkoholických nápojov :

♣ **pivo** - prekvasený nápoj s obsahom oxidu uhličitého pripraveného z obilnín u nás sa vyrába z jačmeňa po sladovaní s prídavkom chmeľu,podľa farby rozlišujeme svetlé a tmavé pivo, stupňovitosť piva závisí od množstva cukrov (80-85%), dusíkatých látok, minerálnych a živcových látok, glycerolu, trieslovín, farbív a vitamínov

♣ * **víno** - je to tzv. nápoj bohov, je nápoj získaný alkoholickým kvasením hroznového muštu. Surovina na výrobu vína je šľachtené hrozno viniča hroznorodého.

⤴ * **liehoviny** - sú nápoje, ktoré obsahujú najmenej 20 objemových % etylalkoholu získaného opakovanou destiláciou a rafináciou surového liehu, slabý roztok alkoholu vyrobený fermentáciou sa zahrieva trochu nad bod varu alkoholu približne na 78,4 stupňa Celzia, tým sa alkohol odparí a zostane hlavne voda.

Problém pitia alkoholu je jedným z najčastejších porúch zdravia v súčasnom svete. Ide pritom o viac či menej akceptovaný jav, ktorý nie je ničím iným, než obyčajnou drogovou závislosťou s obrovským dopadom na zdravotnícky systém a dĺžku života „konzumentov“, dotýka sa chudobných, ale aj bohatších, úspešných i celkom priemerných ľudí, skrátka dotýka sa všetkých spoločenských vrstiev Alkohol akosi patrí k nášmu každodennému životu, pije sa pri mnohých príležitostiach, sprevádza ľudí pri oslavách všetkých významných životných udalostí od narodenia až po smrť v súčasnosti narastá podiel spotreby alkoholu deťmi a mládežou.

V praxi môžeme pozorovať aj to, že rodičia vedia so sebou deti na miesta, kde sa verejne predáva a pije alkohol, dieťa je takýmto spôsobom posmeľované k tomu, aby vyskúšalo jeho požitie.

mnohí rodičia si neuvedomujú, že aj mále množstvo alkoholu môže u detí vyvolať otravu

Na rozdiel oproti minulým rokom sa pije viac, pije sa spravidla lepší, čiže kvalitnejší alkohol, pije

viac žien, rovnako sa zvyšuje počet máloletých a mladistvých osôb, súčasťou životného štýlu

ktorých je konzumácia alkoholu Deti a mládež sú chránené pred alkoholom aj legislatívne.

Alkohol nesmie byť na Slovensku podávaný osobám mladším ako 18 rokov .

Čo motivuje teenagerov k prvému sústu?

Dôvody sú rôzne, často sa uvádzajú:

- ⤴ podceňovanie zo strany rodičov, kolektívu, útoky na jeho sebavedomie
- ⤴ neriešené komplexy menejcennosti dieťaťa
- ⤴ zvedavosť* vplyv partie
- ⤴ tolerancia v rodine
- ⤴ alkoholizmus rodičov
- ⤴ nedostatočné zabezpečenie pozitívneho a zmysluplného využívania voľného času detí, .

mládeže

Etiologické aspekty zo strany spoločnosti

▲ bežná dostupnosť alkoholu

▲ nedostatočná kontrola štátnymi orgánmi /pohostinstvá, kde sa alkohol predáva

mladistvým,

v ekonomicky zaostalejších regiónoch/

▲ inštitúcie ,ktoré sa nedostatočne zaoberajú trávením voľného času predovšetkým mladej generácie

Etiológia vzniku akútnej otravy alkoholom

* alkoholický nápoj sa po požití rýchlo vstrebáva, jeho resorpcia začína už v žalúdku 20%-rýchlosť

vstrebávania závisí od jeho náplne, 80 % sa absorbuje v duodene

* alkohol vyvoláva pokles respiračného kvocientu, kvocientu pečene a zníženie glukoneogenézy,

čo pri požití nalačno môže spôsobiť hypoglykemickú kómu

* etanol má vysokú afinitu k nervovému tkanivu a má narkotizačné účinky

* alkohol sa komplexne zmetabolizuje v pečeni, iba mimimálne množstvo sa vydýcha a vylúči

močom

* alkohol sa komplexne zmetabolizuje v pečeni, iba mimimálne množstvo sa vydýcha a vylúči

močom

* otrava alkoholom sa môže vyskytnúť už pri jeho prvej konzumácii

* toxickosť závisí od jeho dávky, jeho tolerancia je u každého individuálna

* dlhodobým užívaním sa naň vytvára návyk

* konzumácia alkoholu má vplyv na celý organizmus

* najvýraznejšie ovplyvňuje nervový systém a psychiku

Klinický obraz

* alterované vedomie, agitovanosť, zúrivosť, halucinácie, stavy zmätenia, dezorientácia, časté sú

aj suicidiálne pokusy

* vracanie, nauzea, bolesť brucha

- * nepravidelné chrčavé dýchanie, aspirácia obsahu žalúdka do pľúc s možnosťou obštrukcie dýchacích ciest, alebo následnou bronchopneumóniou
- * neprirodzené sfarbenie kože /začervenanie, bledosť/, častá cyanóza
- * hypoglykémia, hypokalémia, hypotenzia, hypotermia
- * bezvedomie

Intoxikácia etylalkoholom má 4 štádia :

- * **excitačné** - /0,5 – 1 ‰/ - strata zábran, eufória
- * **hypnotické** - /1 – 2 ‰/ - poruchy rovnováhy
- * **narkotické** - /2 – 3,5 ‰/ - zmätenosť až bezvedomie
- * **asfyktické** - /3,5 – 5 ‰/ zástava dýchania, zlyhanie obehu, smrť

Posledné dve štádia sú charakterizované komatóznym stavom

Špecifické riziká

Okrem rizík vyplývajúcich z bezvedomia je množstvo rizikových faktorov súvisiacich priamo s intoxikáciou alkoholom:

- * nadmerná konzumácia alkoholu znemožní spoľahlivé odobratie anamnézy
- * maskuje amnéziu pri úrazoch lebky a mozgu /u opitého s amnéziou nikdy nevieme, či ju . nevyvolal predchádzajúci pád!!/
- * maskuje hypoxiu z chorobných príčin
- * prehľbuje bezvedomie inej etiológie, pod somnolenciou až kómou následkom overeného príjmu

alkoholu môže byť skrytá otrava liekmi a chemikáliami

Dlhodobé účinky alkoholu

- * choroba – alkoholizmus
- * vynechávanie pamäti
- * cirhóza pečene
- * podvýživa
- * nespavosť
- * psychické poruchy
- * skrátenie života

Diagnostika:

- * anamnéza
- * toxikologická diagnostika / odber krvi na alkohol , toxikologická analýza moču /

- * laboratórna diagnostika / glykémia , urea, elektrolyty, ABR , osmolalita v sére ,
hepatálne
testy
- * EKG
- * neurologické a psychiatrické vyšetrenie

Prevenia :

- * vôbec nezačať piť
- * hovoriť o alkohole, drogách, následkoch, štatistikách
- * u detí a mládeže pozitívne využívanie voľného času
- * medzi rodičom a dieťaťom – naučiť sa načúvať a vytvoriť pocit dôvery
- * učiť dieťa sebadôvere , aby nebolo strhnuté k alkoholu okolím a kamarátmi
- * rodičia musia byť príkladom pre dieťa
- * dostatočná informovanosť o drogových závislostiach
- * policajné kontroly zamerané na požívanie alkoholu u mladistvých

Čo by nemali rodičia robiť, ak zistia, že dieťa opakovane pije?

- * nepopierať problém
- * neskrývať to, vyhľadať psychologickú pomoc
- * neobviňovať sa z toho
- * nedávať peniaze, ktoré by mohlo dieťa použiť na alkohol
- * fyzicky dieťa netrestať
- * nezriekať sa dieťaťa, pomôcť mu
- * nekonať unáhle!
- * nikdy nestrácať nádej

Štatistika Detské oddelenie NsP Sv. Jakuba n.o. Bardejov

V období od roku 2007 až 2010 bolo hospitalizovaných na detskom oddelení 45 detí intoxikovaných alkoholom.

Ambulantní pacienti – hospitalizácia do 24 hodín

- * u chlapcov najvyššie promile dokázané laboratórnym rozborom – hodnota 3,32 ‰
- * u dievčat najvyššie promile dokázané laboratórnym rozborom – hodnota 3.02 ‰

- * hospitalizovaných chlapcov v počte 18 medzi 13.-17. rokom, hospitalizovaných dievčat v počte 16 od 13.-18. rokov
- * podľa osídlenia obyvateľstva – počet intoxikovaných chlapcov z vidieka 11, z mesta 7 chlapcov
- * podľa osídlenia obyvateľstva – počet intoxikovaných dievčat z vidieka 8, z mesta 8 dievčat

Štatistika Detské oddelenie NsP Sv. Jakuba n.o. Bardejov

Hospitalizovaní pacienti – hospitalizácia nad 24 hodín

- * u chlapcov najvyššie promile dokázané laboratórnym rozborom – hodnota 3,07 ‰
- * u dievčat najvyššie promile dokázané laboratórnym rozborom - hodnota 3,13 ‰
- * hospitalizovaných chlapcov v počte 8 medzi 10.-17. rokom, hospitalizovaných dievčat v počte 3 od 13.-17. rokov
- * podľa osídlenia obyvateľstva – počet intoxikovaných chlapcov z vidieka 5, z mesta 3 chlapcov
- * podľa osídlenia obyvateľstva – počet intoxikovaných dievčat z vidieka 1, z mesta 2 dievčat

Kontakt:

Jana Sopková – Detské oddelenie NsP Sv. Jakuba n.o. Bardejov

jana.sopkova@nsp-bardejov.sk

SOCIÁLNA SFÉRA A JEJ ŠPECIFIKÁ U DIEŤAŤA S OCHORENÍM DM

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

Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove, Katedra ošetrovateľstva

Úvod

Efektívna liečba DM 1.typ je zameraná na dosiahnutie čo najlepšej kompenzácie choroby, ktorá umožní dieťaťu plnohodnotný život. Liečba je kombináciou aplikácie inzulínu - diéty – pohybovej aktivity (Koval' a kol., 2008). Významnými podpornými činiteľmi, ktoré podmieňujú kvalitu života detí a mladistvých s ochorením diabetes mellitus sú interakcia chorého:

- so sociálnym prostredím,
- s rodinným zázemím,
- s prostredím, v ktorom sa denne nachádza (Ondrejka, 2003).

Každé dieťa sa socializuje, vytvára si vlastné práva a nároky. O to viac záleží na dobrých vzťahoch medzi rodičmi a dieťaťom - dospievajúcim diabetikom, aby k svojmu ochoreniu pristupoval zodpovedne. V tomto období sa do popredia oveľa intenzívnejšie dostávajú psychosociálne problémy, ktoré ovplyvňujú kvalitu života diabetického dieťaťa (Michálek, 2008). Ochorenie diabetes mellitus časom skôr či neskôr často invalidizuje pacienta, prináša sociálne, ekonomické i psychologické problémy, ktoré neodkladne musí riešiť diabetik, jeho najbližšie okolie, ale v neposlednej miere aj samotná spoločnosť. Týmto sa diabetes mellitus a jeho liečba stávajú závažným verejno – zdravotníckym problémom (Babčák a kol., 2008).

Školské zariadenia

K predškolskému veku patrí aj navštevovanie materskej škôlky. Je žiaduce, aby dieťaťu táto skúsenosť bola umožnená, aj keď len na niekoľko hodín. Dieťa si v prostredí rovesníkov okrem vedomostí v intelektovej oblasti osvojí zručnosti, ktoré bude potrebovať pre život medzi ľuďmi. Naučí sa spolupracovať, súcitiť, byť tolerantným, družným, obetavým, priateľským. Detská spoločnosť je aj pre úzkostné, tiché a neprispôsobivé detí veľkým lákadlom. Má aj terapeutický význam. Miestom, kde trávajú školáci - diabetici najviac času je práve skupina rovesníkov (Cviková, 2010).

Škola má v živote nezastupiteľné miesto, tak u zdravého, ako aj u dieťaťa trpiaceho chronickou chorobou. Rozhodne netreba dieťa vyčleňovať z kolektívu školy, ale treba ho na pozitívnych príkladoch učiť, ako prekonávať prekážky (Michálek, 2008).

Zásady pri navštevovaní školy diabetickým dieťaťom:

- Učiteľ vždy informovaný o ochorení dieťaťa.
- O ochorení informovaný vhodným spôsobom aj spolužiaci.
- Učiteľ by mal vždy dohliadnuť na aplikáciu inzulínu.
- Diabetické dieťa pri stravovaní v školskej jedálni musí dostať obed v časovej závislosti na inzulín.
- Vo fyzickej aktivite je potrebné dieťa neobmedzovať, ale prispôbiť mu športové činnosti (Rybka, 2006).

Dovolenka

Sociálnu sféru kvality života dieťaťa s ochorením diabetes mellitus ovplyvňuje aj možnosť dieťaťa dovolenkovat', zmeniť prostredie domova, spoznávať nove krajiny a zvyklosti.

Dovolenka je vždy pre dieťaťa plná očakávaní. No pre diabetické dieťa predstavuje hrozbu toho, že ho budú lákať veci, ktoré si doma odopiera. Okrem iných povinnosti je pri dovolenke nevyhnutne riešiť problém prepravy a skladovania inzulínu. Žiada sa venovať viac pozornosti inzulínovému režimu pri dlhých letoch, rozhodujúci je aj posun času, poistenie, v cudzom jazyku pripravené vyhlásenie o diabetickej identifikácii (Michálek, 2008).

Diabetologické centrá

V rámci sociálnej dimenzie detského diabetického pacienta majú významné postavenie diabetologické centrá. Občianske združenia, ktoré sa venujú problematike detského diabetu a diabetu u dospelých sú Diador, Spišiačik, Zväz diabetikov Slovenska. Prakticky v každom regióne je endokrinologická a diabetologická ambulancia pod vedením špecialistu (Michálek, 2007).

Kluby a svojpomocné skupiny

Kluby a svojpomocné skupiny zameriavajú svoje ciele predovšetkým na to, aby pomáhali chronicky chorým ľuďom prekonávať prekážky a žiť normálnym životom.

Znaky svojpomocnej skupiny:

- Rovnaký a spoločný osud, skúsenosť, symptóm, stav.
- Možnosť poskytnutia vzájomnej pomoci zdravotníckej, technickej, právnej, emocionálnej.
- Vzájomné poskytovanie informácií a rád, sprostredkovanie odborných poznatkov.
- Skupina je zdrojom posilňovania ega, zdrojom pre zlepšenie psychologického fungovania, miestom poskytovania emocionálnej podpory, ako aj miestom pre identifikáciu s inými.
- Umožňuje spoliehať sa na vlastné sily, byť sebestačným a autonómnym.
- Poskytuje siete pre spoločenské styky, spoločenský život.
- Nevyhnutná je kolektívna vôľa a energia, skupinové cítenie (Majerníková, 2008).

Zákon, deklarácie a dohody

Diabetes mellitus prináša so sebou radu sociálnych, osobnostných i ekonomických problémov. Jednou z nich je aj samotná liečba cukrovky a s ňou spojené vysoké finančné náklady (Slivka a kol., 2008).

Veľký vplyv na rozvoj diabetológie predstavujú deklarácie a dohody, ako Akropoliská afirmácia starostlivosti o diabetikov, Lisabonská dohoda, Istanbulske vyhlásenie, Otočecká deklarácia a Viedenská deklarácia (Mokáň, 2008).

Záver

Skôr či neskôr v závislosti od rôznych faktorov sa u dieťaťa prejavia negatívne emócie v podobe smútku, úzkosti, depresie, dieťa odmieta kolektív a ignoruje komplexnú liečbu diabetu. Z tohto dôvodu je nevyhnutné zvyšovať kvalitu života dieťaťa s ochorením diabetes mellitus vo všetkých jej dimenziách. Je dôležité, aby dieťa s ochorením diabetes mellitus svoje detstvo nielen prežilo, ale aby si počas detstva užívalo radosť, mohlo sa smiať, hrať, navštevovať škôlku a školu, nájsť si kamarátov i svoje lásky. A to je výzva, tak pre dieťa samotné, ako aj pre jeho rodičov, okolie, štát, pre všetkých odborníkov/špecialistov, nevynímajúc ani farmaceutické firmy, ktoré flexibilne prinášajú na trh nové monitorovania on-line in-time, modernizované technológie aplikácie inzulínu, farmaceutické a komunikačné technológie.

Literatúra

BABČÁK, M. a kol. 2008. Stručná história a súčasnosť diabetes mellitus. In: *Molisa*, Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva. ISBN 978-80-8068 - 882-0, 2008, č. 5, s. 9-11.

CVIKOVÁ, V. – HRABOVSKÝ, M. 2010 *Aj Vaše dieťa má diabetes?* [online] [Cit.2011-08-22]
Dostupné na internete:
http://www.dias.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=133&Itemid=1

KOVAL, J. a kol. 2008. *Pediatrica a pediatrické ošetrovatel'stvo- vybrané kapitoly*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove – Fakulta zdravotníctva, 2008. 270 s. ISBN 978- 80 8068- 837- 0.

MAJERNÍKOVÁ, Ľ. - JAKABOVIČOVÁ, A. - OBROČNÍKOVÁ, A. 2008. Úloha ošetrovatel'stva v svojpomocných kluboch a skupinách. In: *Molisa*, Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, ISBN 978-80-8068 - 882-0, 2008, č. 5, s. 134-136.

MICHÁLEK, J. 2007. Ochorenie na diabetes je behom na dlhé trate. In: *Medical practice*. ISSN 1336- 8109, 2007, roč. II., č. 9, s. 4 -5.

MICHÁLEK, J. - ŠTEFANKOVÁ, M. 2008. *Diagnóza cukrovka –odpovede na najčastejšie otázky*. 2.doplnené vyd. Bratislava: Kontakt, 2008. 184 s. ISBN 80- 968985-3-4.

MOKÁŇ, M. a kol. 2008. *Diabetes mellitus a vybrané metabolické ochorenia*. Martin: Vydavateľstvo P+M, 2008. 1003 s. ISBN 978-80- 969713-9-8.

ONDREJKA, I. - ADAMICOVÁ, K. 2003. Komplexne o kvalite života pacienta. In: *Sestra*, 2003, roč. II, č. 8- 9, s.

RYBKA a kol. 2006. *Diabetologie pro sestry*. Praha: GRADA Publishing, 2006. 288 s. ISBN 80- 247-1612-7.

SLIVKA, M. 2009. *Nutričná terapia diabetes mellitus*. Prešov: DAH, 2009. 71 s. ISBN 978- 80- 969-6-9.

Kontakt:

PhDr. Tatiana Šantová

santova@unipo.sk

PREVENTÍVNE OPATRENIA DETSKEJ OBEZITY

Šimová, Z., Šuličová, A., Šantová, T.

Fakulta zdravotníckych odporov Prešovskej Univerzity v Prešove

Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

V súčasnosti je obezita jedným zo závažných celospoločenských zdravotných problémov, ktorým sa je nevyhnutné zaoberať. Osobitné postavenie v tejto problematike má obezita detí a mládeže, pretože nie je len zdravotným problémom v tomto veku, ale predstavuje aj zvýšené riziko do dospelosti.

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

Obezita je ochorenie, pri ktorom je prevencia mnohokrát účinnejšia ako liečba. Nezastupiteľnú rolu v prevencii detskej obezity zohráva aj sestra v primárnej alebo komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra svojimi činnosťami zameraných na podporu zdravia a edukáciou dieťaťa alebo jeho rodičov o zásadách zdravého životného štýlu, tak môže obezite predchádzať už od útleho veku a pozitívne ovplyvniť zdravý štart dieťaťa do života.

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

Úvod

Obezita je charakterizovaná nadmerným hromadením tukového tkaniva, ktoré vzniká vplyvom pozitívnej energetickej bilancie u geneticky predisponovaného jedinca s nerovnováhou medzi príjmom a výdajom energie (Hrachová 2005, s.11). Najkritickejšie obdobie z hľadiska obezity je dojčenské obdobie, keď v dôsledku prekrmovania dochádza k zvyšovaniu tukových buniek. Druhým kritickým obdobím je adolescencia (Šašinka a kol., 2007).

Narastajúca prevalencia obezity vo všetkých vekových skupinách sa stáva globálnym epidemickým problémom. Podľa štatistík WHO je viac ako 22 miliónov detí do 5 rokov a 155 miliónov detí v školskom veku trpiacich nadváhou a obezitou. V Európskej únii je to viac ako 14 miliónov školopovinných detí s nadváhou a z nich 3 milióny sú už deti obézne (Hlavatá, 2007).

Podľa výsledkov antropometrických sledovaní Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky z roku 2001 z celkovej vzorky populácie 12,5 % chlapcov a 12,1 % dievčat malo hodnotu BMI nad hranicou nadhmotnosti (BMI>90 percentil), pričom 7,8% chlapcov a 6,9 % dievčar bolo obéznych (BMI>97 percentil) (Nováková, 2006).

Obezita je metabolické ochorenie multifaktoriálneho pôvodu. Na vznik obezity má vplyv rada faktorov pôsobiacich na jedinca pred a po narodení, pričom obezita vzniká interakciou genetických faktorov a vplyvu prostredia. Vznik a vývoj nadváhy a obezity sa deje na individuálnej úrovni jedinca a mnoho z pôsobiacich faktorov je možné ovplyvniť (Fabichová, 2005).

Základné príčiny obezity môžeme rozdeliť do nasledovných základných skupín:

- **genetické príčiny**– radíme sem receptory pre *leptin*, genetické faktory ovplyvňujúce *termogénny* efekt potravy a spotreby energie pri fyzickej aktivite a raste, a mnoho ďalších faktorov.
- **vonkajšie faktory**– sem je možné zaradiť vplyv výživy hlavne v prvých rokoch života, fyzickú aktivitu dieťaťa, spôsob života rodiny, „chaos“ v stravovaní, dôležitý vplyv má i pohybová aktivita dieťaťa ako aj jeho rodiny (Šašinka a kol., 2007).

Obezita v detskom veku predurčuje jedinca k obezite aj v dospelosti. Dospelí už len výnimočne dosiahnu požadovanú stratu hmotnosti, preto je prevencia a efektívna liečba obezity nevyhnutná už v detskom veku. Na prevencii obezity sa v plnej miere môže zúčastňovať aj sestra v primárnej a komunitnej starostlivosti. (Šašinka a kol., 2007).

Prevencia nadváhy a obezity je ďaleko účinnejšia ako liečba, preto by mala byť prvým a základným riešením problému obezity. Zdravotné komplikácie, ktoré sa objavujú v súvislosti s nadváhou a obezitou sú nielen dôvodom ku zvýšenej pozornosti venovanej liečbe, ale predovšetkým prevencii obezity. V odborných publikáciách sa uvádza, že u väčšiny obéznych detí tento stav pretrváva až do dospelosti. Preto je dôležitá hlavne primárna prevencia už v rannom detstve. Táto prevencia zahŕňa zdravú výživu a pohybovú aktivitu. Pre

zdravie dieťaťa je teda dôležitá rovnováha medzi energetickým príjmom, čo zaisťuje výživa a energetickým výdajom, o ktorý sa postará pohybová aktivita (Tlaskal, 2006).

Prevenciu obezity môžeme deliť na tri úrovne: na primárnu, sekundárnu a terciárnu prevenciu.

Primárna prevencia – jej cieľom je zabrániť vniku obezity u detí, to znamená znížiť incidenciu ochorenia v detskej populácii. Veľmi dôležitú rolu tu zohrávajú rodičia, ktorí by sa mali zaujímať o to, čo dieťa v priebehu dňa konzumuje a v akom množstve a hlavne, čo dieťa potrebuje pre svoj vývin a čo už nie je nutné. Ďalej by mali byť svojim deťom príkladom, pretože obézni rodičia sa môžu stať rizikovým faktorom vzniku obezity u detí. Ďalším významným činiteľom v primárnej prevencii obezity u detí je predškolské zariadenie a škola.

Sekundárna prevencia – je vyhľadávanie obézných detí. Dôležitú rolu tu zohráva pediater, ktorý má k dispozícii výškovo hmotnostné tabuľky a môže vždy vyhodnotiť výživový stav dieťaťa pri preventívnych prehliadkach. Pri tomto type prevencie je diagnostikovaná obezita u mnohých detí, s ktorými by rodičia sami nevyhľadali odbornú pomoc.

Terciárna prevencia – sa zameriava na komplexnú liečbu obezity a jej cieľom je zabrániť opakovanému vzniku, či komplikáciám ochorenia (Malková, 2001).

Preventívne opatrenia by mali byť zamerané hlavne na oblasť zdravej výživy a pohybovú aktivitu detí, nakoľko až v 96 % je príčinou detskej obezity nerovnováha medzi príjmom a výdajom energie v kombinácii s genetickými faktormi. V nasledujúcich častiach článku sa preto venujeme výžive a pohybovej aktivite v detskom veku.

Výživa dieťaťa a prevencia obezity

Výživa má v detskom veku kľúčový význam pre rast a vývin detského organizmu. Podľa najnovších poznatkov je racionálna výživa vhodnou prevenciou detskej obezity a civilizačných ochorení v dospelosti.

Racionálna výživa je výživa, ktorá prináša do organizmu potravu pripravenú z primeraného množstva a štruktúry potravín a nápojov s obsahom základných živín, minerálnych látok a vitamínov na úrovni odporúčaných výživových dávok príslušnej vekovej kategórie (Šramková, 2004).

Kľúčovú úlohu v oblasti výživy môže zohrávať aj sestra v primárnej starostlivosti alebo komunitná detská sestra. Jej hlavná úloha spočíva v edukácii rodičov, ako pripravovať správnu výživu pre ich dieťa. Sestra upozorní rodičov, že správnu výživou predídu mnohým komplikáciám zdravotného stavu dieťaťa vrátane nadhmotnosti až obezity.

Sestra môže zamerať edukačné programy výživy dieťaťa na odovzdanie teoretických poznatkov o výžive, ale aj na učenie a zvládnutie techník prípravy správnej výživy, ako je príprava jedla so správnou nutričnou hodnotou, vytvorenie jedálneho lístka, dodržiavanie rovnakých rituálov pri jedení, vytvorenie a dodržiavanie pitného režimu a podobne. Sestra svojimi aktivitami motivuje rodičov k prevencii, pretože spôsob výživy dieťaťa je do veľkej miery determinovaný výchovou v rodine, spôsobom života a vplyvom rodičov (Hanzlíková a kol., 2004).

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

Výživa v dojčenskom veku:

- matka dojčeného dieťaťa by mala vedieť, že plač a nepokoj dieťaťa nie sú vždy vyvolané hladom dieťaťa
- vo výžive dojčťa by malo byť preferované materské mlieko pred iným spôsobom výživy až do 6. mesiaca veku dieťaťa
- umelá výživa dojčťa by nemala byť obohacovaná (prídavok sacharidov) mimo doporučenia lekára
- malo by sa zabrániť predčasnému zaradovaniu nemliečnej stravy (u dojčených detí pred ukončeným 6. mesiacom, u nedojčených pred ukončeným 5. mesiacom života);
- pomaly a trpezlivo by do jedálnečka mala byť zaradovaná zelenina a ovocie tak, aby si dieťa na túto stravu zvyklo, tolerovalo ju a nevyhýbalo sa jej v neskoršom období (Kovaľ a kol., 2008).

Výživa v batolivom a predškolskom veku

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

Výživa v školskom a adolescentnom veku

- zaistiť správne stravovacie návyky (nezabúdať na raňajky, prijímať pestrú a energeticky vyváženú stravu rovnomerne počas celého dňa, dodržiavať pitný režim, obmedziť príjem sladkých jedál a nápojov)

- vyvarovať sa bufetovému stravovaniu typu „fast food“
- aspoň 3 – 4 krát denne prijímať ovocie a zeleninu (Koval' a kol., 2008).

Pohybová aktivita a prevencia obezity

Významnú úlohu má pohybová aktivita v prevencii obezity. Mala by platiť zásada, že každé dieťa by sa malo aktívne pohybovať minimálne 6 až 8 hodín týždenne. Za minimálnu pohybovú aktivitu sa považuje sústavné neprerušované cvičenie alebo športovanie 3 krát do týždňa po dobu aspoň 30 minút. Vhodné sú hlavne tie športové aktivity, ktoré nezaťažujú pohybový systém a ktoré môže dieťa robiť aj so svojimi rodičmi, napríklad chôdza, cyklistika, aerobik a plávanie. Priaznivo pôsobí aj pohybová aktivita, ktorá nemá charakter cvičenia (Stožický, 2005).

V súčasnosti je však pozorovaný trend znižovania pohybovej aktivity u detí. Deti chodia menej peši, menej jazdia na bicykli, čoraz viac sa spoliehajú na prepravu autom alebo prostriedkami hromadnej dopravy. Oveľa viac času ako pri športe trávia pri televízii, pri videohrách a počítačoch. Nadmerné sledovanie televízie je spájané s obezitou, pretože počas sledovania televízie sú jednak deti inaktívne a majú tendenciu stále niečo jesť. Na druhej strane sú vystavení množstvu reklám na nezdravé potraviny (Bašková, 2009).

Podľa štúdie WHO Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), do ktorej sa zapojilo po 1500 žiakov piatych, siedmich a deviatych ročníkov zo 41 krajín vrátane Slovenska, strávi 46 % detí dve až tri hodiny denne pri televízore. Počítačové hry pohltia cez pracovné dni 40% školákom dve hodiny z voľného času (Kovacs, 2008).

Aj v oblasti fyzickej aktivity detí zohráva sestra dôležitú úlohu. Preventívne opatrenia zo strany sestry sú nasledovné:

- poučiť rodičov o význame pohybovej aktivity a byť pozitívnym príkladom pre svoje deti v aktívnom životnom štýle,
- poučiť rodičov o tom, že výbornou motiváciou pre deti je víkendové rodinné športovanie, ktoré by si dieťa malo osvojiť už v predškolskom veku,
- pri voľbe športovej alebo pohybovej aktivity zohľadniť vek dieťaťa,
- odporúčať rodičom, aby stanovili v rodine pevné limity pre sedavé aktivity, podnecovať pohybovú aktivitu počas dňa,
- odporúčať fyzickú aktivitu aspoň 60 minút denne,
- snažiť sa doceniť vplyv aktívneho spôsobu transportu (chôdza, bicykel) do školy a domov po skončení vyučovania,

- zdôrazňovať prospech pravidelnej pohybovej aktivity pre zdravie – zlepšenie kardiovaskulárneho rizika, zvýšený výdaj energie, prevencia obezity, pocit duševnej pohody, zlepšenie medziľudských a kamarátskych vzťahov, ventil psychického napätia,
- neoslobodzovať deti od telesnej výchovy automaticky z dôvodov telesných alebo mentálnych obmedzení, prispôbiť telesnú záťaž schopnostiam a možnostiam dieťaťa,
- odporúčať rodičom limitovať deťom čas strávený pred televíznou obrazovkou alebo pri počítači na maximálne 2 hodiny denne (Kovács, Babinská a kol., 2008).

Preventívne stratégie detskej obezity si vyžadujú koordinované úsilie rodičov, zdravotníkov, učiteľov, výrobcov a predajcov potravín, reklamných agentúr a médií, ako aj celej širokej verejnosti (Cinová, 2005).

Záver

Obezita patrí medzi najrozšírenejšie malnutríce u detí a mládeže v ekonomicky vyspelých krajinách. Jedná sa o závažný celospoločenský zdravotný problém, ktorým je nevyhnutné sa zaoberať. Je nutné zdôrazniť, že u detí považujeme prevenciu obezity za oveľa účinnejšiu ako samotnú liečbu nadváhy a obezity, ktorá je často neúspešná.

Prevencia obezity je teoreticky veľmi jednoduchá, stačí dodržať princípy správnej výživy a pravidelne sa venovať telesnej aktivite. V praxi je to oveľa ťažšie. Nie je možné očakávať od zdravých detí alebo ich rodičov, aby počítali energetický obsah každého prijatého jedla a výdaj energie pri cvičení. Vhodnou edukáciou je však možné zvýšiť úroveň vedomostí detí a rodičov a dosiahnuť to, aby si osvojili princípy zdravej výživy a aspoň raz týždenne si kontrolovali svoju hmotnosť.

Literatúra

- BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraviu*. Martin: Osveta, 2009. 226s. ISBN 978-80-8063-320-2 .
- CINOVÁ, J., CIBRÍKOVÁ, S., MROSKOVÁ, S. 2005. Detská Obezita- epidémia 3. tisícročia. 2005. IV.roč., č. 12, s. 47. ISSSN 1335-9444.
- FABICHOVÁ, K. 2005. Hodnocení obezity u dětí a její léčba. *Zdravotnické noviny*, 2005. roč. 54. č. 12. s. 12-13. ISSN 1335-4477.

- HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2004. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2004. 279s. ISBN 80-8063-155-7 75.
- HLAVATÁ, A. 2007. Obézne dieťa v ambulancii lekára pre deti a dorast. In *Pediatrica pre prax*. 2007. S. 12-16. ISSN 1336-8168.
- HRACHOVÁ, J. 2005. Obezita. In *Revue medicíny v praxi*, 2005. roč. 3, č. 5, s.11-13. ISSN 1336-202x.
- KOVAL, J. a kol. 2008. *Pediatrica a pediatrické ošetrovatel'stvo- vybrané kapitoly*. 1. vyd. Prešov, 2008. 270 s. ISBN 978-808068-837-0.
- KOVÁCS, L., BABINSKÁ, K. a kol. 2008. *Obezita, výživa a pohybová aktivita u detí*. Univerzita Komenského v Bratislave, 2008. 44 s. ISBN 978-80-223-2552-3.
- KOVÁCS, L. 2008. Pitný režim u detí. In *Pediatrica pre prax*. č. 2, 2008. s. 86- 89. ISSN 1336-8168.
- MÁLKOVÁ, I. a kol. 2001. *SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu* 2. vyd. Praha : Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178- 521-0.
- NOVÁKOVÁ, J. 2011. *Hodnotenie nadhmotnosti a obezity u detí pomocou štandardov BMI*. [online]. [Cit. 2011-09-06]. Dostupné na internete: <http://lofely.webgarden.cz/statistiky>
- STOŽICKÝ, F. 2005. Prevence vzniku rozvoje nadváhy a obezity u dětí a adolescentů. In: *Vox pediatricae*. Roč. 5, č. 9, 2005. ISSN 1213-2241.
- ŠAŠINKA, M., ŠAGÁT, T., KOVÁCS, L. a kol. 2007. *Pediatrica*. 2.vyd. Bratislava: HERBA, 2007. 1449 s. ISBN 978-80-89171-49-1.
- ŠRAMKOVÁ, K. 2004. Zásady správnej výživy - nutričné odporúčania. In: *Revue medicíny v praxi*, roč. 2, 2004, č. 2. ISSN 1336-202x.
- TLÁSKAL, P. 2006. Obezita dítěte. In *Vox pediatricae*, roč. 6, č.3. 2006. s. 26-28. ISSN 1213-2241.

Kontakt:

Mgr. Zuzana Šimová

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej Univerzity

Katedra ošetrovatel'stva

Partizánska 1, 080 01 Prešov

zsimova@unipo.sk

ŠPECIFIKÁ STAROSTLIVOSTI O DIABETIKA S INZULÍNOVOU PUMPOU

Šinaľová, M., Hudáková, A

Oddelenie všeobecnej a úrazovej chirurgie NsP. n. o. Bardejov.

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove

Abstrakt

Inzulínová pumpa predstavuje metódu liečby inzulínom, ktorá najbližšie napodobňuje fyziologickú sekréciu inzulínu. Ošetrovateľstvo má možnosť výrazným spôsobom ovplyvniť kvalitu života diabetikov prostredníctvom odborných vedomostí sestier. Jeho konečným cieľom je kompenzáciu ochorenia diabetika.

Kľúčové slová: *Starostlivosť. Diabetik. Inzulínová pumpa. Sestra.*

Vývoj inzulínových púmp siaha do konca 70. rokov nášho storočia. Rýchly rozvoj technológie púmp a súčasný nárast praktických skúsenosti s kontinuálne subakútnym infúznym inzulínom viedol k rozšíreniu používania tejto metódy do klinickej praxe. (Rybka, 2006). **Inzulínová pumpa** predstavuje metódu liečby inzulínom, ktorá najbližšie napodobňuje fyziologickú sekréciu inzulínu. Pumpa je elektronicko-mechanickým zariadením, ktoré kontinuálne podáva inzulín cez kanylu, zavedenú do podkožia (Perušičová, 2008). Svojou veľkosťou sa dá porovnať s mobilným telefónom, umiestňuje sa na tele v špeciálnych obaloch, na opasku, alebo vo vrecku nohavíc, v náprsnom vrecku, resp. v spodnej bielizni. Na pumpu sa napája špeciálny infúzny set.

Význam inzulínovej pumpy spočíva v zlepšení metabolickej kompenzácie, a tým predchádzaniu komplikáciám diabetu. Najväčší benefit pumpy predstavuje zlepšenie kvality života. Jej prínos ocenia pacienti najmä v náročnom povolání, pri športových aktivitách. Uvedené riešenie má najväčší podiel u žien v čase gravidity, kedy im umožní zachovať kompenzáciu ochorenia spojenú s primeraným komfortom (Kvapil, 2010).

Naučiť sa žiť s chronickým ochorením nie je jednoduché. Pozitívne myslenie vo všeobecnosti pomáha pri každej chorobe a pri diabete je veľmi dôležité. Komplexná edukácia, ktorá sa realizuje počas hospitalizácie diabetika, neodmysliteľne patrí k jeho terapii. Diabetik musí efektívne ovládať selfmonitoring glykémie, technický manuál pumpy, riešiť úpravu

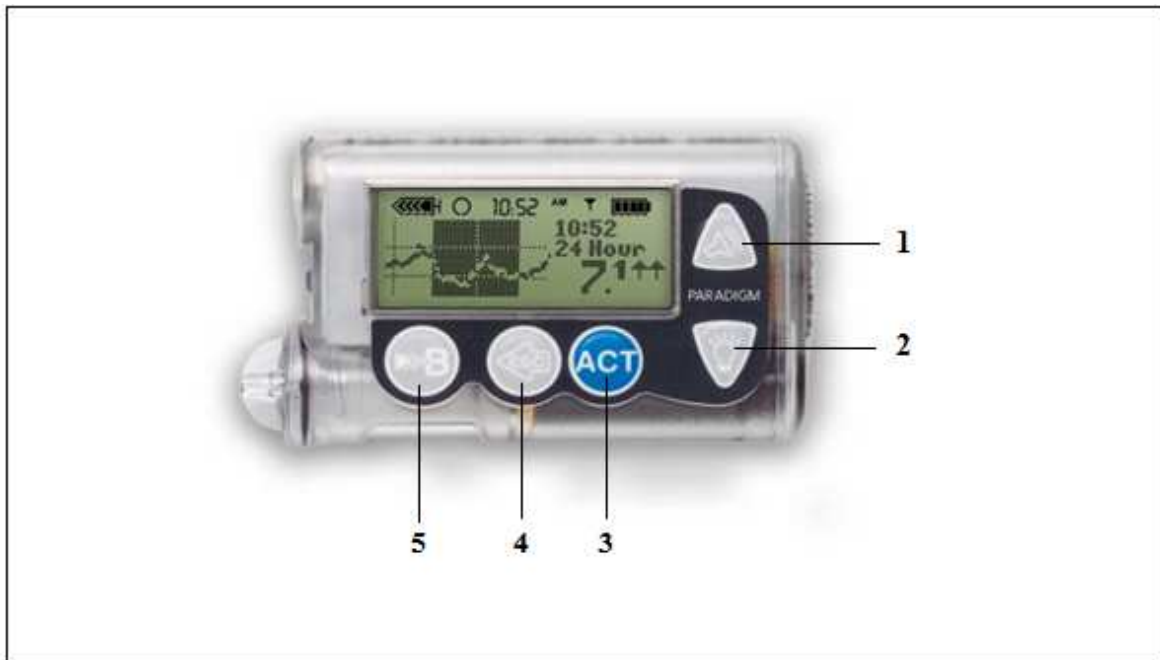
bolusov inzulínu, v niektorých prípadoch i bazálne dávky inzulínu, v súvislosti so životnými situáciami a iné požiadavky vyplývajúce z ochorenia. Uličiansky (2007) uvádza nasledovné problémy pri inzulínovej liečbe:

- nedostatočná edukácia o význame inzulínovej liečby,
- nedostatočné zručnosti pri aplikácii inzulínu,
- lokálna alergická, prípadne až generalizovaná reakcia,
- možný výskyt hypoglykémii,
- zložitosť inzulínových režimov,
- prírastky telesnej hmotnosti,
- nutnosť selfmonitoringu,
- nedostatočné pochopenie a ovplyvnenie vzťahov diéta – inzulín – pohyb,
- riziko inzulínovej lipodysfunkcie.

Edukácia je jednou z najdôležitejších a veľmi náročných úloh ošetrovateľstva. Vytvára priestor pre osvojenie nových poznatkov, nadobudnutie zručností či vytváranie hodnotových, emocionálnych, vôľových štruktúr osobnosti a dosiahnutie pozitívnej, očakávanej zmeny správania (Magurová, Majerníková, 2009).

Samotná inzulínová pumpa sa skladá z jednotlivých súčastí: displej, tlačidlá, konektor hadičky, priestor pre batériu, okienko zásobníka, ktoré slúži na sledovanie množstva inzulínu v zariadení. Zásobník je prepojený s konektorom pre kanylu, ktorá sa vkladá do samostatného dielu zásobníka na pumpe. Priestor na vkladanie sa nachádza oproti konektoru zásobníka pre kanylu. Do pumpy sa inštalujú zásadne **nové batérie** – odporúčajú sa používať iba alkalické batérie typu AAA. Nepoužívame batérie, ktoré boli skladované v chladnom prostredí.

Tlačidlá na pumpe sa používajú k zadávaniu hlavných operácií na displeji zariadenia, s cieľom programovania konkrétnych funkcií pumpy. Zobrazenie jednotlivých súčastí inzulínovej pumpy uvádzame v obrázku 1.



Obrázok 1 Zobrazenie jednotlivých komponentov inzulínovej pumpy.

Legenda k obrázku 1:

1 - tlačidlo posun nahor, 2 - tlačidlo posun nadol, 3 – tlačidlo ACT, 4 - tlačidlo ESC, 5 - tlačidlo Rýchly bolus.

Vizuálne zobrazenie inzulínovej pumpy (obr. 1) upresňujeme podrobným opisom jednotlivých komponentov a ich konkrétnych funkcií:

- **Tlačidlo 1 posun nahor** - predstavuje jednoduchý bolus (easy bolus) a v hlavnej ponuke sa toto tlačidlo používa na „prechádzanie položiek“, ktoré sú v ponuke displeja pumpy.
- **Tlačidlo 2 posun nadol** - sa používa na zapínanie a vypínanie podsvietenia displeja pumpy, tiež sa využíva na „prechádzanie položiek“, ktoré sú v ponuke displeja pumpy.
- **Tlačidlo 3 ACT** - zobrazuje hlavnú ponuku a používa sa na potvrdenie a aktivovanie vybranej položky.
- **Tlačidlo 4 ESC** - umožňuje vrátiť sa späť k predošlej ponuke, pokiaľ sme nepoužili tlačidlo ACT. Týmto tlačidlom sa dostaneme ku informáciám o pumpe napr. (posledný bolus, zostávajúce jednotky a iné).
- **Tlačidlo 5 Rýchly bolus** - poskytne rýchly prístup k oknu „Nastaviť bolus“, ktorý dávkuje po 0,1 j, čo je výhodné pri podávaní dávky inzulínu, ako je napr. 2,8 j inzulínu.

Pre lepšiu informovanosť popisujeme displej pumpy, ktorý má šesť informačných znakov (ikon):

1. **Batéria:** Ikona batérie označuje jej kapacitu a pozostáva zo štyroch dielov. Každý diel predstavuje približne 25% batérie a slúži ako výstraha pre možnosť ukončenia funkčnosti batérie (aj inzulínovej pumpy)..
2. **Zobrazenie času:** Aktuálny čas je zobrazený v hornej časti displeja pumpy, podľa možnosti vo vybranom formáte (12h. alebo 24h.).
3. **Objem zásobníku:** Ikona objemu zásobníku označuje aktuálne množstvo inzulínu v zásobníku. Skupina štyroch čiarových súčasti orientačne upozorňuje o aktuálnom objeme inzulínu. Jedna súčasť popisovaného označenia predstavuje 25% zostávajúceho objemu zásobníka. Presné množstvo zostávajúcich jednotiek v zásobníku môžeme skontrolovať v ponuke - okno STAV.
4. **Ikona alarmu a upozornenia:** Informačný znak v tvare prázdneho kruhu znamená upozornenie a ikona v tvare plného kruhu znamená alarm. Znak upozornenie je dôležitý pri situáciách ako: malé množstvo inzulínu v zásobníku, nízka kapacita batérie a iné problémy. Pri spustení alarmu ide však vážny problém - zastavenie aplikácie inzulínu, spôsobené technickými a inými príčinami, čo vyžaduje okamžitú intervenciu k obsluhu pumpy.
5. **Ikona senzoru:** prostredníctvom neho prebieha komunikácia pumpy so senzorom, avšak iba v prípade, že pacient má súčasne aplikovaný senzor na monitoring glykémie.
6. **Posuvník:** uvedený znak spĺňa funkciu akéhosi kľúča do obsahu pumpy. Ide o vyhľadávač následných informácií, ktoré sa nachádzajú v ponuke pumpy.

Všeobecné informácie pumpy sú ponúknuté vo funkcii „Hlavná ponuka“, do ktorej sa dostaneme stlačením tlačidla 3 - ACT. Následne nás uvedie do základného okna a potvrdí hlavnú ponuku, ktorá obsahuje:

- Bolus – obsahuje nastavenie a výdaj jednotlivých dávok vo forme bolusov. Pomocou tlačidla 5 - Rýchly bolus môžeme získať priamy prístup k oknu Ručný bolus (priama aplikácia inzulínu) alebo k funkcií Bolus wizard (podanie inzulínu podľa hodnoty glykémie) a nie je nutné prechádzať cez ďalšie ponuky.
- Zastavenie (tlačidlo Zastaviť) – slúži k zastaveniu aktuálneho výdaju inzulínu (bazálna dávka, bolus). Pumpa bude po celý čas zastavenia signalizovať každých 15 minút

zvukový alebo vibračný signál, aby upozornila chýbanie inzulínu. Alarm sa vypne až vo chvíli, keď sa znovu obnoví činnosť inzulínovej pumpy.

- Senzor - v prípade aplikácie glykemického senzora do tela pacienta využíva funkcie pre komunikáciu medzi glykemickým senzom (aplikovaného na tele pacienta) a inzulínovou pumpou.
- Bazálna dávka – obsahuje funkcie pre nastavenie a výdaj bazálnej dávky.
- Plniaci bolus – obsahuje funkcie, potrebné pre výmenu zásobníka a naplnenie infúzneho setu inzulínom.
- Príslušenstvo – obsahuje funkcie pre bezpečnosť pacienta a užívateľský štandard. V tejto položke sú nasledovné funkcie: uzamknutie klávesnice, alarm, celková denná dávka inzulínu, čas/dátum, budík, možnosti glukometra, možnosti diaľkového ovládania, blokovanie, autotest, užívateľské nastavenia a jazyk pumpy (Perušičová, 2008).

Okrem potreby zvládnuť technické náležitosti obsluhy inzulínovej pumpy je nevyhnutné informovať našich diabetikov o **špecifikách inzulínovej pumpy**. Inzulínová pumpa je veľkým prínosom pre udržiavanie komfortu diabetika, je však žiaduce rešpektovať určité výnimky, ktoré život s inzulínovou pumpou prináša. Ponúkame ich vo forme praktických odporúčaní pre diabetikov:

- pri návšteve nemocničného zariadenia existujú vyšetrenia ako RTG, CT alebo MR, alebo iný typ vyšetrenia, kde budete vystavení žiareniu alebo pôsobeniu iných substancií, vypnite svoju inzulínovú pumpu a odstráňte ju z miestnosti;
- počas cesty v lietadle môžete používať inzulínovú pumpu, na jej prítomnosť je potrebné upozorniť iba pri kontrole na letisku;
- inzulínová pumpa sa nesmie ponoriť do vody, pokiaľ chcete plávať alebo vykonávať iné vodné športy, je potrebné pumpu odpojiť, zároveň aj pri iných športoch je potrebné dbať na bezpečnosť pumpy, k čomu poslúži športové puzdro na ochranu pumpy pred jej odpojením;
- zariadenie môžu poškodiť extrémne teploty, a to nad 42°C alebo pod 1°C (Fábry, 2001).

Aj napriek všetkým opatreniam môže nastať situácia, kedy bude nutné pumpu odpojiť. Musíme však pamätať, že v prípade jej odpojenia je organizmus závislý od príjmu inzulínu.

Z uvedeného dôvodu je nevyhnutné, aby ste sa o náhradnom spôsobe podávania inzulínu poradili s Vaším ošetrojúcim lekárom.

V prípade, že nastanú technické problémy v spojitosti s inzulínovou pumpou, je nevyhnutné alarmovať servisné číslo. Spomínaný kontakt poskytuje každá spoločnosť, ktorá pumpu odovzdáva do užívania pacientovi. Rovnako musí byť sprístupnený zoznam medzinárodných kontaktov danej spoločnosti, vzhľadom na obrovskú migráciu populácie a vycestovania do zahraničia.

Ošetrovateľstvo má možnosť výrazným spôsobom ovplyvniť **kvalitu života** diabetikov. Jeho konečným cieľom je **kompenzáciu ochorenia** diabetika. Diabetici majú právo na komplexnú starostlivosť, ale súčasne majú povinnosť rešpektovať pokyny zdravotníckeho tímu. Z uvedeného dôvodu musia sestry disponovať kvalifikovanými vedomosťami i adekvátnou starostlivosťou o diabetikov.

Literatúra

FÁBRY, J. 2001. *Praktická príručka diabetika*. Levice: Levické tlačiarne. LVT, 2001, 89 s. ISBN 80-968340-2-9.

KVAPIL, M. 2010. *Diabetologie*. Praha: TRITON, 2010, 282 s. ISBN 978-80-7387-381-3.

MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, Ľ. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2009. 48s. ISBN 978-80-8063-326-4.

PERUŠIČOVÁ, J. 2008. *Diabetes mellitus 1. typu*. Praha: GEUM, 2008, 211s. ISBN 978-80-86256-62-7.

RYBKA, J. 2006. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 288 s. ISBN 80-247-1612-7.

ULIČIANSKY, V. a kol. 2007. *Odporúčania Slovenskej diabetologickej spoločnosti pre diagnostiku a liečbu diabetes mellitus 2. typu*. Turany: P+M, 2007, 87 s. ISBN 978-80-968742-7-9

ULIČIANSKY, V., SCHRÖNER, Z. 2009. *Čo je to cukrovka?* [citované: 2010-10-22]. Dostupné na internete: <http://www.viadia.sk/stranka/co-je-to-cukrovka-8.html>

Kontakt:

Bc. Mária Šinaľová

NsP Sv. Jakuba, n.o., Bardejov

ul. Sv. Jakuba 21

085 01 Bardejov

email : maria.sinalova@gmail.com

t. č. : 0904/ 496 405

PhDr. Anna Hudáková, PhD

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove

Partizánska, 1

080 01 Prešov

email : aahudak@gmail.com

t. č. : 0907/ 412 206.

SYNDRÓM CAN – PROBLÉM OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Tuchyňová, J.

Detská fakultná nemocnica, Košice

Úvod

Naša dnešná spoločnosť je nepochybne pediocentrická zameraná na deti a deti chrániaca. Detstvo má vo všeobecnej rovine v dnešnej spoločnosti hodnotu ako nikdy pred tým ešte nemala. Toto storočie, ako to označila Florenc Kelly, je „storočím dieťaťa“. Dohovor o právach dieťaťa môžeme pokladať za jeden z najvýznamnejších historických dokumentov o kultúrnej úrovni ľudstva dosiahnutej na samom konci 2. tisícročia. Ale aj napriek týmto snahám v našej spoločnosti žijú deti, ktorým je odopierané jedlo, sú bité, nedostáva sa im ani základného vzdelania, starostlivosti a lásky. Preto sú na mieste otázky: „prečo sa deťom ubližuje?“, „kto je za to zodpovedný?“, „spoločnosť, rodina, rodič alebo dieťa?“. Jednoduchá odpoveď neexistuje. Zámerné ubližovanie nie je priamočiary proces, ktorý vedie od páchatela smerom k obeti. Pri jeho vzniku zohráva úlohu niekoľko desiatok faktorov jednak zo strany dieťaťa, jeho rodičov, prostredia v ktorom rodina žije a na koniec aj zo strany celej spoločnosti.

Historický vývin a formovanie definície CAN

Syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa, všeobecne označovaný v anglosaskej literatúre ako Child Abuse and Neglect - skratka CAN. Predstavuje súbor nepriaznivých príznakov v najrôznejších oblastiach stavu a vývoja dieťaťa i jeho postavenia v spoločnosti a predovšetkým v rodine. Ani zďaleka však nejde iba o jednostranný akt zo strany pôvodcu – abusora, ale ide o zvláštnu interakciu všetkých zúčastnených osôb, zložiek a podmienok, v ktorých tento proces prebieha.

Syndróm CAN, jeho zložitost a rôznorodosť, môžeme sledovať predovšetkým v jeho vývoji. V prvopočiatkoch hlavná pozornosť bola venovaná predovšetkým fyzickému násiliu na deťoch a jeho dôsledkom, nedostatočnej starostlivosti a výžive. Tak sa začala formovať hlavná obsahová stránka CAN syndrómu - **fyzické týranie**. V roku 1946 Caffey a v roku 1953 Silvermann rozlíšili a popísali zložitá poranenia – zlomeniny rebier, lopatiek, vnútro lebečné krvácania a pod. od následkov úrazu a označili ho ako **Non accidental injuries „NAI“** –

zranenia nezavinené nehodou, t.j. neúrazové úmyselné poškodenie v rámci krutého zaobchádzania s dieťaťom. Fyzické ubližovanie dieťaťu sa už od samého začiatku rozlišovalo na aktívnu formu, kde je dieťa ohrozované, alebo poškodzované násilím v jeho najrôznejších podobách a dosahu a pasívnu formu, pre ktorú je charakteristické poškodzovanie dieťaťa, najmä v telesnej oblasti, nedostatočným uspokojovaním jeho životných potrieb. V roku 1962 Henry Kempe (USA) súbor týchto príznakov pomenoval ako **syndróm bitého dieťaťa**. Hlbšie a širšie vnímanie násilia na deťoch a v ďalších oblastiach života dieťaťa a spoločnosti vyústilo do nového širšieho pojmu syndrómu – **zneužitie dieťaťa**.

Fyzické týranie je úzko späté s duševným a citovým týraním a to vo forme aktívnej – ponižovanie, nadávky, výsmech alebo pasívnej – nedostatočná stimulácia, zanedbávanie základných duševných potrieb, aj potrieb citových. Identifikácia „pasívneho“ psychického a emocionálneho týrania významne prispelo k formulácii druhej časti syndrómu CAN - **zanedbávané dieťa**, v bezprostrednej nadväznosti na pasívne formy telesného týrania. Koncom 60. a začiatkom 70. rokov do syndrómu CAN bolo zahrnuté aj **sexuálne zneužívanie**, čo svedčí o veľkom rozsahu a premenlivosti tohto syndrómu. Východiskom tohto procesu bolo násilie spojené so sexuálnou aktivitou – znásilňovanie žien najčastejšie psychopatickým agresorom. To sa začalo pozvoľna prenášať od dospelých obetí na adolescentov a ž do najútlejšieho veku. Organizované a rituálne zneužívanie detí je zradené k zvláštnym formám CAN syndrómu.

Pre samotnú definíciu CAN syndrómu musí byť splnená jedna zo základných podmienok. Tou je príčinná súvislosť medzi aktivitou páchatel'a voči dieťaťu a priamymi a nepriamymi následkami tejto aktivity na stav a vývoj dieťaťa, alebo na jednotlivé oblasti jeho života. Existuje celý rad definícií , ktoré sa týkajú násilia všeobecne, jeho jednotlivých foriem a druhov ako napr. :

Násilie – je akýkoľvek akt, alebo zanedbanie, ktoré ovplyvňuje život, psychologickú integritu alebo slobodu, alebo ktorý vážne poškodzuje rozvoj jeho/ jej osobnosti. (Rada Európy, 1986)

Zneužívanie / týranie - je nespravodlivé využívanie fyzickej psychickej moci, sily voči iným, ktorí nie sú schopní chrániť seba samých, pretože nedisponujú rovnocennou fyzickou, alebo sociálnou mocou, silou. To či je proces alebo vzťah zneužívajúci, závisí od schopnosti jednotlivca alebo skupiny chrániť sa. (Mindell, A., 1995).

V našich podmienkach najmä, pri výskume a monitoringu problematiky násilia sa najčastejšie používa definícia podľa Dunovského:

Týranie, zneužívanie a zanedbávanie je akékoľvek nenáhodné, prevetabilné, vedomé (prípadne aj nevedomé) konanie rodiča, vychovávateľa, alebo inej osoby voči dieťaťu, ktoré je v danej spoločnosti neprijateľné a odmietané, a ktoré poškodzuje fyzický, duševný a spoločenský stav dieťaťa a jeho vývin, prípadne spôsobuje jeho smrť (Dunovský, Ditrich, Matějíček a kol., 1995,).

Syndróm CAN je potrebné chápať ako multifaktoriálny spoločenský jav, ktorý má nielen svoj časový a priestorový rozmer ale aj svoj rozmer vecný. Preto jeho poznávanie, zisťovanie, terapia a rehabilitácia je záležitosťou interdisciplinárnou.

Pojem „riziko“ v súvislosti s CAN syndrómom

Pojem „riziko“ v súvislosti s CAN syndrómom sa dnes používa pomerne často. Myslí sa tým potenciálne nebezpečenstvo ohrozujúce život, zdravie, normálny telesný a duševný vývoj dieťaťa t.j. nebezpečenstvo ktoré je v stave latencie, a za určitých okolností sa môže uskutočniť a za iných okolností nie. Toto riziko predstavujú na jednej strane rizikové skupiny ľudí, deti a dospelí, a na strane druhej rizikové životné situácie.

1) Rizikové skupiny detí

Rizikovú skupinu detí tvoria :

a) deti aktívne zaťažujúce rodičov

- malé deti v noci plačúce, deti labilné, citlivé, úskostlivo ladené
- hyperaktívne, nepokojné, impulzívne, deti s poruchami správania

b) deti, ktorých prejavy sú dospelým málo zrozumiteľné

- deti s autizmom, s poruchami učenia – dyslexia, dysgrafia, deti s tikmi,
- deti adoptované, vychovávané v náhradných rodinách (genetická výbava)

c) deti, ktoré nespĺňajú očakávania rodičov

- deti s ľahším stupňom mentálnej retardácie, s intelektom v pásme podpriemeru, s ľahkou mozgovou disfunkciou
- deti neohrabané, nešportové v rodinách športovcov, hudobne nenadané v rodinách koncertných majstrov

2) Rizikové skupiny dospelých

Bez ohľadu na intenzitu a početnosť rizikových faktorov stojí na začiatku ubližovania dospelý jedinec, ktorý sa v danej chvíli môže slobodne rozhodnúť, či svoju fyzickú a intelektovú prevahu voči dieťaťu zneužije a vynúti si u neho svoju vôľu aj za cenu utrpenia bolesti dieťaťa. Predpoklad uváženeho rozhodovania a ovládania pudového potenciálu však vždy neplatí. Do tejto rizikovej skupiny patria:

a) duševné ochorenia

- laktačná psychóza, rôzne demencie najmä u starých rodičov

b) emočná a sociálna nezrelosť

- neschopnosť vzdať sa vlastných potrieb, očakávanie silnej podpory okolia

c) „slobodné matky“

- nedostatok finančných prostriedkov a materiálneho zázemia, diskriminačné pracovné podmienky, nevýhodné spoločenské postavenie

d) nadmerné očakávania voči dieťaťu

- premietanie nenaplnených ambícií rodičov – jazyky, balet, šport
- e) alkoholizmus alebo iná drogová závislosť

3) Rizikové životné situácie

Dieťa sa narodí do určitej rodiny a do určitej životnej situácie, ktorú si samo nemohlo zvoliť. Najmä malé deti nemôžu výrazne ovplyvňovať psychopatológiu svojich rodičov, ich podivné a traumatizujúce správanie. Dieťa je teda akousi „ obeťou“ osudu, ktorý bol pre nich pripravený. Rizikovou situáciou je pre ne spolunažívanie s rodičmi, ktorí sú postihnutí duševnými chorobami, alebo inou vážnou zdravotnou poruchou. Ako uvádza Dunovský (1995) problém nie je len v tom, že dieťa je v dôsledku zmenenej psychiky svojich vychovávateľov týrané, zanedbávané, alebo zneužívané, ale aj v tom, že preberá od svojich patologicky sa chovajúcich rodičov, nesprávne životné hodnoty, postoje voči sebe samému a voči okoliu, skreslené pohľady na svet a také vzorce správania, ktoré ho môžu pripraviť v ďalšom živote k vlastnému zlyhaniu v záťažových situáciách.

Do skupiny rizikových životných situácií patria:

a) mladiství rodičia - „deti majú deti“

- mladá matka nestíha povinnosti, cíti sa vyčerpaná, podráždená
- mladí otcovia sa vyhýbajú pomoci a domácnosti – časté konflikty

b) narodenie poškodeného dieťaťa

- deti, ktoré sa narodia s určitým defektom do rodín, ktoré obzvlášť očakávali od dieťaťa naplnenie svojich ambícií, majú vo väčšine prípadov, ale nie vždy, neľahký život.

c) nechcené deti

- matka nemá s dieťaťa radosť, stáva sa pre ňu príťažou a v dôsledku toho môže začať dieťa nenávidieť a neprimerane aj fyzicky trestať alebo zanedbávať.

d) deti narodené mimo manželstva

- matka je traumatizovaná postojom svojej rodiny a najbližšieho okolia. Dieťa takejto matky môže byť zanedbávané fyzicky aj psychicky, matka sa s ním nechváli, nemá z neho radosť, stáva sa pre ňu výraznou prekážkou v živote

e) deti rozvedených rodičov

- pri rozpade rodiny a pri rozvode sú obaja partneri tak zaujatí problémami súvisiacimi s ich životnou situáciou, že venujú len minimálnu pozornosť deťom. Zanedbávanie dieťaťa má pochopiteľne rôzne formy vzhľadom k veku dieťaťa.

f) deti nevlastných rodičov

- v takýchto rodinách najčastejšie dochádza k sexuálnemu zneužívaniu.

g) rodiny v mimoriadnych situáciách

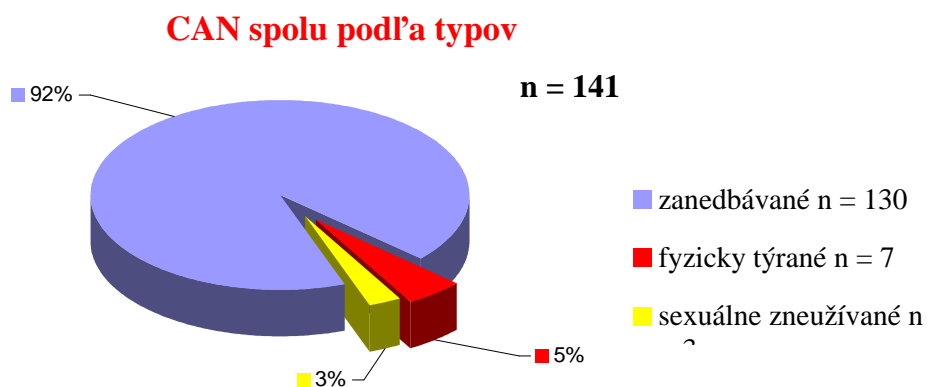
- nízka sociálno-ekonomická úroveň rodiny
- vysoká sociálno-ekonomická úroveň rodiny - paradox

Formy a prejavy syndrómu CAN

Forma	Aktívnej povahy	Pasívnej povahy
	Zatvorené poranenia otrasy, pomliaždenia, vytrhávajúce vlasov pohryznutie, poranenie svalov,	nedostatok zdravotníckej starostlivosti, nedostatok vo vzdelaní a výchove, deti vykorisťované, poruchy v prospevaní

<p>Telesné týranie a zanedbávanie</p>	<p>šliach, ciev, kĺbov, poranenia kostí – zlomeniny, poranenia hlavy – „Shaken Infant Syndróm“</p> <p>Otvorené poranenia roztriešenie lebečných kostí, vnútroočné krvácanie, poranenie hrudníka pneumotorax, popáleniny, mnohopočetné poranenia</p>	<p>neorganického pôvodu – nedostatočná výživa po stránke kvantitatívnej a kvantitatívnej - ťažká dystrofia alebo atrofia, nedostatočná osobná hygiena, nedostatočný dohľad a ochrana pred úrazmi</p>
<p>Psychické, emocionálne týranie</p>	<p>ponižovanie, nadávky, výsmech, strašenie, stres, šikana, agresia</p>	<p>nedostatočná stimulácia, zanedbávanie, základných duševných potrieb, zanedbávanie základných citových potrieb</p>
<p>Sexuálne zneužívanie</p>	<p>obťažovanie-bozkávanie, obchytávanie, slovné obťažovanie, sexuálny útok-použitie sily, znásilnenie, incest</p>	<p>exibicionizmu, harasment, zapájanie detí o sexuálnych hier dospelých,</p>
<p>Zvláštne formy CAN</p>	<p>systemové týranie organizované týranie, rituálne zneužívanie, komerčné sexuálne zneužívanie, Munchhausenov syndróm v zastúpení</p>	

Analýza výskytu CAN syndrómu v podmienkach DFN za obdobie piatich rokov

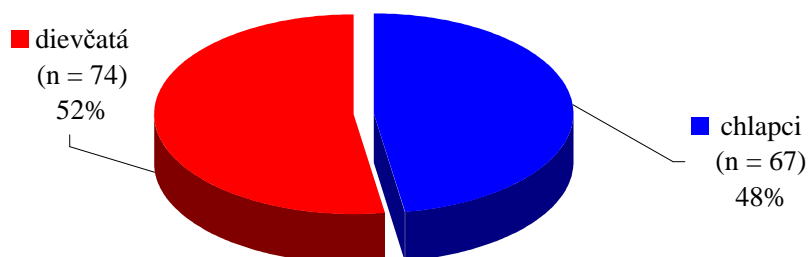


Z celkového počtu **141** prípadov CAN syndrómu hospitalizovaných v DFN bolo:

- 130 detí, tj. 92 % boli deti zanedbávané
- 7 detí, tj. 5 % boli deti fyzicky týrané
- 3 deti, tj. 3% boli deti sexuálne zneužívané

Formy CAN podľa pohlavia

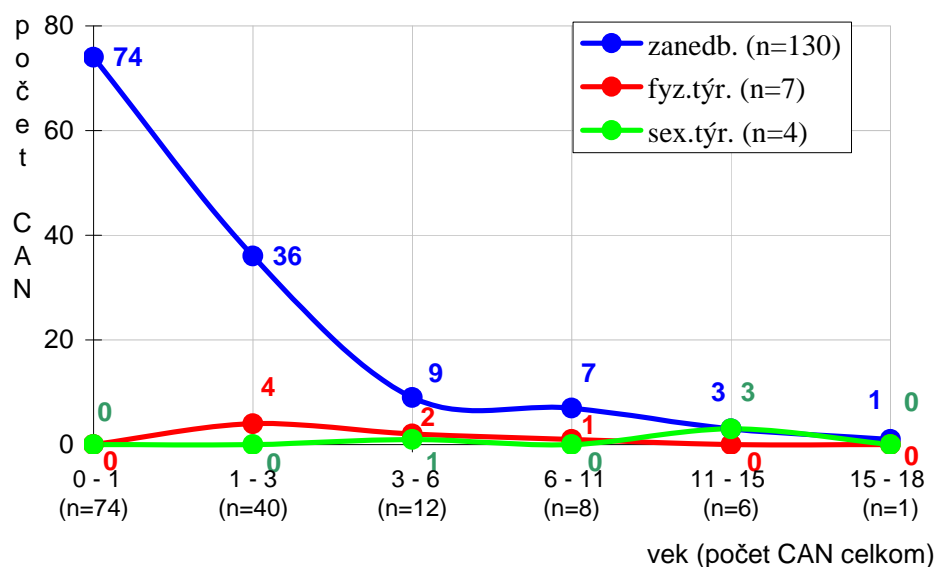
n = 141



Z analýzy vyplýva, že z celkového počtu **141** detí s CAN syndrómom 74, tj. 52% bolo dievčat a 67 detí, tj. 48 % boli chlapci. Môžeme konštatovať, že za sledované obdobie 5 rokov sme zistili, že pohlavie nezohráva rozhodujúcu úlohu pri CAN syndróme ako takom.

Formy CAN podľa veku dieťaťa

n = 141

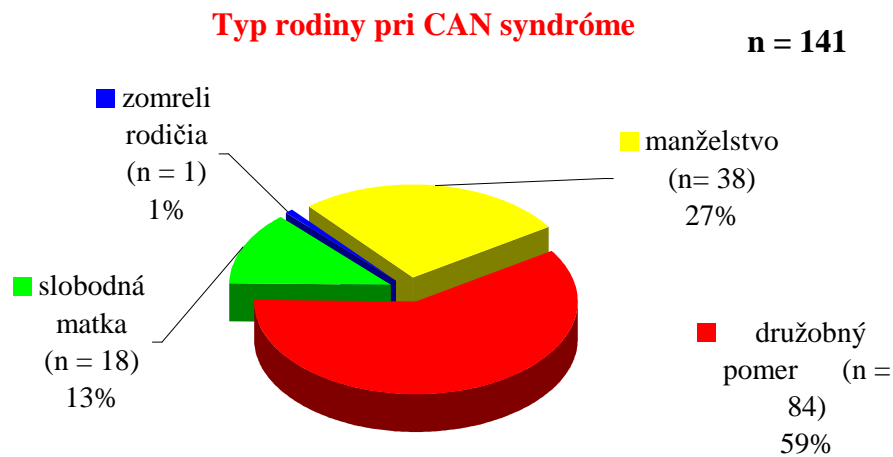


Z analýzy údajov o formách CAN syndrómu vo vzťahu k veku dieťaťa vyplýva, že najväčšou skupinou detí boli **deti zanedbávané** a to: 74 detí vo veku od 0-1 roka, 36 detí vo veku 1-3 rokov, 9 detí vo veku od 3-6 rokov, 7 detí od 6-11 rokov, 3 deti vo veku od 11-15 rokov a vo veku od 15-18 rokov iba 1 dieťa. Tento vývoj súvisí s prirodzenou odkázanosťou na starostlivosť iných a s neschopnosťou najmladšej skupiny detí postarať sa o seba a z ich neschopnosťou brániť sa agresorovi.

Skupinu **fyzicky týraných** detí v sledovanej skupine tvorilo 7 detí z toho vo veku od 1-3 rokov 4 deti, od 3-6 rokov 2 deti vo vekovej skupine od 6-18 rokov: nebol zistený žiaden prípad fyzického týrania.

Aj v tomto prípade možno konštatovať, že terčom fyzického násillia sú deti bezbranné, neschopné brániť sa dospelému agresorovi.

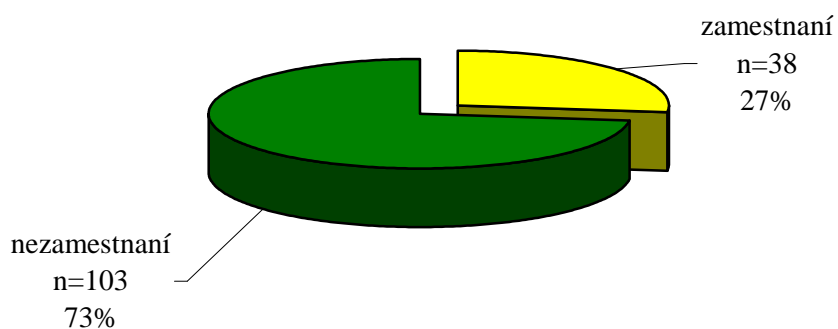
Skupinu **sexuálne zneužívaných** detí tvorili 4 deti, z toho 1 dieťa vo veku od 3-6 rokov a 3 deti vo vekovej skupine od 11-15 rokov.



Pri analýze údajov o type rodiny sme zistili, že najväčšiu skupinu z celkového počtu 141, tvorili rodiny v ktorých rodičia žili v družobnom pomere a to až 83 rodín, tj. 59 % , v 38 prípadoch tj. 27 % išlo o manželstvá, v 18 prípadoch tj. 13 % išlo o slobodné matky. V jednom prípade to bola rodina, ktorej zomreli obaja rodičia a tieto deti sa dostali do náhradnej starostlivosti príbuzných

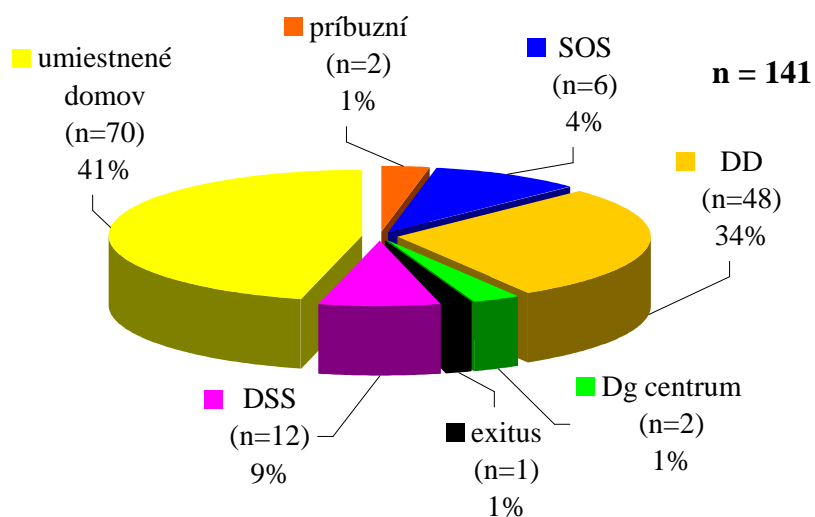
Sociálna odkázanosť rodín s CAN syndrómom

n = 141



Uvedená analýza poukazuje na nepriaznivú ekonomickú situáciu sledovaných rodín, čo je jedným z možných rizík pre vznik syndrómu CAN.

Riešenie prípadov



Z celkového počtu 141 prípadov CAN syndrómu bolo riešených nasledovne:

- do DSS bolo umiestnených 12 detí tj. 9 %,
- do diagnostického centra boli umiestnené 2 deti tj. 1 %,
- do detských domov bolo umiestnených 48 detí tj. 34 % ,
- do staníc opatrovateľskej služby bolo umiestnených 6 detí tj. 4 %,
- do rodiny príbuzných boli umiestnené 2 deti čo predstavuje 1 %,
- v 1 prípade došlo k úmrtiu dieťaťa na následky ťažkého zanedbávania,
- do domácej starostlivosti v zmysle platnej legislatívy bolo vrátených 70 detí tj. 50 % z toho v 29 prípadoch bol nariadený zvýšený sociálny dohľad. Práve táto skupina detí sa najvyšším percentom podieľa na rehospitalizáciach v súvislosti so zanedbávaním a ich následné riešenie potom spočíva v zmysle náhradnej starostlivosti.

Postup riešenia pacientov hospitalizovaných s podozrením na syndróm CAN v podmienkach DFN

1. Ošetrojúci lekár kontaktuje sociálnu sestru
2. Sociálna sestra zabezpečí
 - písomné oznámenie príslušnému ÚPSVaR
 - písomné oznámenie na príslušný PZ
 - spoluprácu so sociálnou pracovníčkou ÚPSVaR, s ošetrojúcim lekárom, klinickým psychológom, psychiatrom
 - sprostredkuje riešenie problémov v rodine

Proces riešenia je v kompetencii orgánu sociálno – právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR

PREVENCIA

Stará medicínska múdrosť hovorí, že lepšie je chorobe predchádzať ako ju liečiť a táto pravda platí aj v prípade CAN syndrómu. Doterajšie skúsenosti so všetkými formami CAN jednoznačne poukazujú na to, že prevencia sa stáva vedúcou ideou všetkej snahy o nápravu.

1. Primárna prevencia - podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie znamená konať tak, aby k určitému neblahému spoločenskému javu nedochádzalo t. j. predísť jeho vzniku, potlačiť ho v zárodku, nedať mu príležitosť a pôdu v ktorej by mohol zapustiť korene. V primárnej prevencii CAN rozlišujeme tri stupne prevencie:

a) *pôsobenie zamerané na širokú verejnosť* – širokou verejnosťou sa myslí spoločnosť ako celok, ktorý zahŕňa všetky vrstvy obyvateľstva definované vekovo, ekonomicky, vzdelaním, zamestnaním a pod. Prostriedkom k pôsobeniu je široko založená osвета, ktorej úlohou je pôsobiť na spoločnosť tak, aby bola citovejšia, citlivejšia a vnímavejšia ku záujmom a potrebám dieťaťa a aby dieťa malo v spoločnosti vyššiu hodnotu ako hmotné statky a pôžitky. Činiteľmi osvety sú všetky inštitúcie so širokou spoločenskou pôsobnosťou, ktoré sa dotýkajú nejakým spôsobom života detí. Sú to predovšetkým orgány štátnej legislatívy a nimi vytvorené zákony, vyhlášky, smernice, nariadenia, politické strany, cirkev, školy a školstvo, oznamovacie prostriedky, nevládne organizácií a mnohé ďalšie.

b) *pôsobenie zamerané na rodičov, vychovávateľov* – primárna prevencia na tejto úrovni špecifickejší objekt pôsobenia, špecifickejšie ciele a pracovné prostriedky. Ide o dieťa v jeho najvlastnejšom prostredí t.j. v rodine s jeho najbližšími vychovávateľmi. Cieľom pôsobenia je vybudovať v systéme ich hodnôt, postojov, názorov a vedomostí podmienky pre psychické – vnútorné prijatie dieťaťa takým ako je. Prostriedkom primárnej prevencie na tejto úrovni sú všetky všeobecné opatrenia v prospech rodín s deťmi: finančná podpora, ponuka najrôznejších služieb, rekreačné možnosti a pod. Činiteľmi tohto pôsobenia sú všetky inštitúcie uvedené v odseku a). Všetky tieto opatrenia zvyšujú pocit bezpečia a istoty členov rodiny. Rozhodujúca úloha v príprave detí na budúce rodičovstvo pripadá samotnej rodine. Významne pri tom stúpa úloha školy s jej programom sexuálnej výchovy a výchovy detí k rodičovstvu. Stúpa však i úloha mladých samotných ľudí a to predovšetkým v súvislosti s neplánovaným, nechceným tehotenstvom. V súvislosti s nechceným tehotenstvom vystupuje do popredia propagácia antikoncepcie a plánovania rodiny. Primárna prevencia na tejto úrovni zahŕňa všetko čo zabraňuje, aby nevznikali rizikové skupiny obyvateľstva a rizikové životné situácie, ktoré sú živnou pôdou pre vznik CAN syndrómu.

c) pôsobenie zamerané na odborných pracovníkov a verejných činiteľov – na tejto úrovni už nejde o základné informácie, ale o sprostredkovanie poznatkov z výskumu, odborných štúdií a prieskumov obyvateľstva. Cieľovou skupinou potencionálnych príjemcov sú ľudia najrôznejších vedných odborov a spoločenskej praxe, ktorí sa zaoberajú otázkami CAN.

2. Sekundárna prevencia

Za sekundárnu prevenciu v spojení s CAN syndrómom sa pokladá v prvom rade vytypovanie rizikových skupín obyvateľstva a rizikových životných situácií v ktorých najčastejšie dochádza k týraniu, zanedbávaniu a zneužívaniu detí a cielené, programované pôsobenie na tieto skupiny ľudí a životné situácie tak, aby sa riziko CAN znížilo na minimum. Prevencia na tejto úrovni je zameraná na odhaľovanie týchto rizík, ich poznávanie, objasňovanie a kontrolovanie. Dôležitým krokom je, aktívnym pôsobením, ich znižovať. Týranie, zneužívanie a zanedbávanie dieťaťa je v tejto fáze iba potencionálne prítomné. Ide teda o to, chrániť dieťa a potencionálnych páchatel'ov CAN tak, aby sa doteraz iba „možné“ nestalo skutočnosťou. Prvým krokom k dosiahnutiu tohto cieľa je, že rizikovní ľudia si budú svojej rizikovosti vedomí. Druhým krokom je, že rizikovní ľudia si prevedú toto vedomie do skutkov a budú ochotní pre seba niečo urobiť. Tretí krok je vecou spoločnosti, ktorá im v tomto snažení podá pomocnú ruku.

3. Terciálna prevencia

Terciálna prevencia je založená na pomoci, nie na represii, na prevýchove a resocializácii, terapii a na práci s rodinou. V nej sa musia spojiť všetky zúčastnené odbornosti v synergickom pôsobení na túto sociálnu patológiu