

**SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK
SEKCIA SESTIER PRACUJÚCICH V AMBULANTNÝCH
ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH
REGIONÁLNA KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK
V POPRADE**



**IV. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH
V AMBULANTNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH
V POPRADE**

10.06.-11.06.2011

13

v rozsahu trvania hodín



ZBORNÍK

IV. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V AMBULANTNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH

10.-11. jún 2011, Poprad

organizovaná

**Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek
Sekciou sestier pracujúcich v ambulantných zdravotníckych zariadeniach
Regionálnou komorou sestier a pôrodných asistentiek v Poprade**

Zostavovatelia: Mgr. Jaroslava Lunterová, Revúca

Výroba: FaxCopy Poprad, Ul. 1. mája 19/220 058 01 Poprad, pp@faxcopy.sk

Náklad: 250 kusov

Rok výroby: 2011

ISBN: 978 – 80 – 89542 – 03 – 1

EAN: 9788089542031



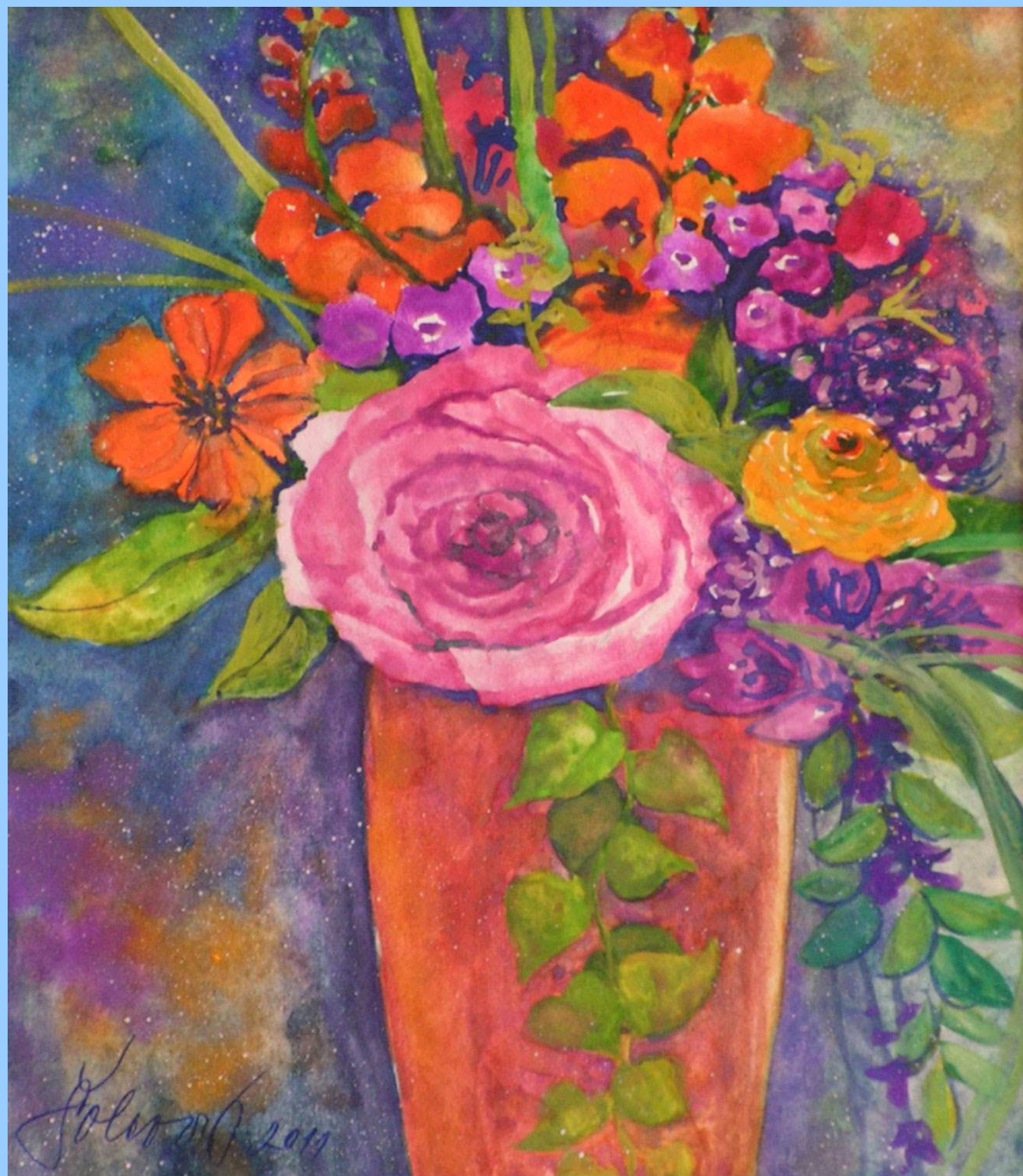
ZBORNÍK PREDNÁŠOK
ZO IV. CELOSLOVENSKEJ KONFERENCIE SESTIER
PRACUJÚCICH V AMBULANTNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH
ZARIADENIACH V POPRADE



POĎAKOVANIE A PREDSLOV



*Za úspešný priebeh konferencie ďakujeme všetkým
zúčastneným, organizačnému tímu i prispievateľom za
podnetné príspevky.*



*Milé sestry, milé kolegyně, vážení hostia, všetci prítomní počas
IV. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v ambulantných ZZ
v Poprade...*

...náš výbor nesmierne teší, že sme sa znova stretli! Znie to ako klišé, ale verte nám – je to tak! Prečo? Za tých pár rokov, počas ktorých si vedíme „našu“ ambulantnú sekciu sme už mali možnosť presvedčiť sa, aké sú ambulantné sestry skvelé, humánne, skromné, inteligentné...

Úspešne sme organizovali niekoľko konferencií, seminárov a nedá nám nepochváliť tú úžasnú kolegiálnu atmosféru, ktorá v našej komunite panuje.

„Cítila som sa tu tak...rodinne,“ povedala jedna účastníčka v Bojniciach.

„Po dlhom čase som znova pyšná, že som sestrou...“, napísala iná do dotazníka spokojnosti v Trenčíne.

Čím to asi je? Túto otázku sme položili samé seba a tak si odpovedáme:

1. je to tým, že sa nehráme na „*nič viac, než sme, nič menej, než sme*“,
2. je to tým, že sa k sebe správame maximálne *ľudsky*, občas s humorom, občas vážne,
3. je to asi tým, že počas kolektívnych sedení vieme jedna druhú „*podržat*“, brániť sa útokom na našu prácu, na naše vystupovanie, ktoré – v špecifických situáciách pre nás nie je únosné zvládnuť, pretože veľa sa od nás očakáva – málo sa nám dostáva,
4. je to asi tým, že podvedome *hľadáme* to, čo nám chýba – porozumenie, úctu, ľudskosť, menej dominantnosti vo vzťahu k nám zo strany verejnosti,
5. je to asi skrátka tým, že nám je spolu počas našich vzdelávacích podujatí *dobré...?*

Za tých pár rôčkov vieme, že ambulantné sestry sú „hladné“ po nových vedomostiach, po tom, aby sa naučili nové veci. Neraz sa počas prednášky pozrieme okolo seba a s pýchou vidíme záujem, písanie si poznámok...

Pomaly sa osmeľujete a dvíhate ruky v diskusii. Máte síce ešte občas strach verejne vystúpiť, ale viete povedať neskutočne prínosné a zaujímavé veci spôsobom, ktorý by nezvládla ani profesionálna moderátorka. Vaša pripomienka máva cenu zlata – je totiž z praxe a hoci nie je vpísaná do grafov, ovplyvní naše myslenie.

Za pár rokov, čo Vás spoznáваме, vidíme sestry nesmierne ľudské, ľudsky krásne, ktoré tak veľmi chcú byť tými najlepšími, ale často sú „podupané“ neúctou okolia, nadriadených, či samotných prijímateľov ošetrovateľskej starostlivosti, najmä z radov tých agresívnejších.

Hovoria nám: „*Zvládajte to!*“, ale návod, skutočný, zo života nám nepovie nik. Motivujeme a povzbudzujeme sa navzájom a viem, že to má cenu zlata.

Tohto roku sa hlavnou ideou našej konferencie stáva školská sestra, resp. sestra komunitná. Prednáša sa o obezite, dojčení, drogách, klinických témach ktoré – ak by boli ľuďom správne vštepované od raného detstva – nemali by také strašné následky. Sme presvedčené, že ambulatná sestra je potenciálom ovplyvnenia zdravotného stavu obyvateľstva.

Vidíme Vaše prednášky, z roka na rok je ich viac a sála z nich novátorstvo, inovačné myslenie, pomenovávanie doposiaľ nepomenovaného. Pokračujte týmto tempom – ste na to predurčené, milé kolegyne.

A napokon – použijeme výrok ženy, ktorej literárnu tvorbu nečítame a trocha ju poopravíme: „*Byť sestrou je úžasné!*“ Len musíme vylepšiť model, o vylepšenie ktorého už výrobca nestojí, pretože sa slabo predáva...

S úctou k Vám za Výbor sekcie sestier pracujúcich v ambulatných ZZ Vaše

Jaroslava Lunterová, predsedníčka,

Emília Kloudová, podpredsedníčka,

Zuzana Matovičová, administratíva a ekonomické záležitosti sekcie,

Marusia Hlubina, členka výboru,

Tatiana Harhová, náhradný člen výboru.

OBSAH

PREDSLOV	4
I. MANAGEMENT	7
Management práce sestry v ambulantnej ošetrovateľskej starostlivosti.....	7
II. OBEZITA, VÝŽIVA, PRAX	14
Diagnostický manažment detskej obezity pre sestry.....	14
Obezita a diabetes – takmer nerozlučná dvojica.....	18
Vplyv médií a rodiny na vznik detskej obezity.....	21
Typické a atypické príčiny obezity.....	25
Základné aspekty a mýty vegetariánskej výživy.....	28
III. KLINIKA – APLIKOVANÉ OŠETROVATEĽSKÉ ODBORY	32
Odporúčania pre včasnú detekciu karcinómov prsníka.....	32
Neoperačná liečba diskopatií v lumbálnej oblasti.....	41
Periradikulárna terapia.....	48
IV. EDUKÁCIA, PREVENCIA	53
OSP u pacientov s vírusovou hepatítidou.....	53
Edukácia zameraná na podporu dojčenia.....	62
Preventívne opatrenia vzniku postradiačných zmien na koži.....	68
Jogging v prevencii (nielen) obezity a hypertenzie.....	73
Účinná prevencia ileosakrálnej bolesti.....	77
Diéta pri perorálnej antikoagulačnej terapii.....	81



MANAGEMENT

MANAGEMENT PRÁCE SESTRY V AMBULANTNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Súhrn: Ambulantná ošetrovateľská starostlivosť je definovaná ako starostlivosť poskytovaná vo forme všeobecnej a špecializovanej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou, ktorá sa vykonáva v ambulanciách, zariadeniach na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, stacionároch, mobilných hospicioch. Najčastejší spôsob jej poskytovania je formou všeobecnej ošetrovateľskej starostlivosti v ambulanciách (Farkašová).

Kľúčové slová: Sestra. Ambulancia. Management. Ambulantná starostlivosť.

Rozsah činností sestier v ambulantnej starostlivosti spadá do niekoľkých oblastí ako je:

- management,
- klinika,
- komunikácia,
- audit a výskum (Cox).

Management zahŕňa organizáciu práce, zaistenie a udržiavanie klinických zásob, spolupráca na organizačnej a odbornej úrovni, vrátane postupov, protokolov, štandardov kvality a vzdelávacích potrieb.

Klinika zahŕňa hodnotenie starostlivosti o pacientove potreby, ošetrovateľské výkony, vykonávanie testov a zdravotného skríningu, očkovanie, asistenciu pri menších chirurgických výkonoch a management chronických ochorení.

Komunikácia zahŕňa poskytovanie informácií, podporu a pomoc pacientom a ich opatrovateľom, poradenstvo, podporu zdravia, edukáciu pacientov, iných sestier a študentov, spoluprácu s ostatnými členmi tímu ambulantnej starostlivosti, sociálnou službou a inými agentúrami a telefonické konzultácie.

Audit a výskum predstavujú hodnotenie poskytovanej starostlivosti, zostavovanie štatistík a správ o sesterských činnostiach a identifikáciu možností zlepšenia sesterskej praxe (Hampson).

Práca sestry v ambulantnej starostlivosti si vyžaduje vedomostí z niekoľkých akademických disciplín:

- antropológie - v ošetrovateľskej starostlivosti predstavuje pochopenie kultúry, hodnôt a identity / zahŕňa organizačnú kultúru, profesijnú kultúru a iné, rovnako ako idey a prax z rôznych etnických skupín),
- biomedicíny - chorobné procesy a liečbu chorých a ako ich liečiť,
- epidemiológie - prevenciu a management chorôb a rizikových faktorov v populácii (infekčné ochorenia, obezita),
- zdravotnej ekonomiky - distribúcia a spotreba tovaru a služieb v oblasti zdravotnej starostlivosti, modely platieb za primárnu starostlivosť a problémy dostupnosti a prístupu,
- práva – zákonné práva pacientov, právne povinnosti zdravotníckych pracovníkov, ale aj informovanie o základoch lekárskej etiky,
- filozofie - morálnu filozofiu či etiku, ktorá sa týka toho, čo je správne, ako žiť a správať sa a povahu vedomostí, napríklad rozdiely medzi vedeckými poznatkami a skúsenostnými vedomosťami alebo know-how,
- psychológie - faktory, ktoré ovplyvňujú konanie ľudí, a to najmä kognitívne a emočné vplyvy, motiváciu, stimuly, odmeny, citové potreby a vplyvy,
- sociálnej psychológie - interpersonálne vplyvy, role, modelovanie, normy,
- sociológie - vedy o ľudskej spoločnosti a vzťahmi medzi jej členmi, najmä vplyv sociálnych štruktúr a noriem na správanie a konanie. Zahŕňa lekársku sociológiu, organizáciu rodiny a vzťah medzi i podobnými štruktúrami. Ďalej tu patria skupinové normy a hodnoty a sociálne vplyvy na klinické správanie (napr. osvojenie).

Sekundárne disciplíny

Medzi sekundárne disciplíny, ktorých poznatky využíva sestra v ambulantnej starostlivosti patrí :

- pedagogika - najmä ako vedomostiam porozumieť, použiť ich a oceniť, čiže získavanie a uplatňovanie vedomostí tak ako od pacientov, aj od profesionálov,
- podpora zdravia - stratégie a postupy zamerané na zlepšenie zdravia a zdravého žitia populácie, prevencia chorôb a zdravý životný štýl,
- organizačné štúdie - organizačné faktory ovplyvňujúce prístupnosť, proces starostlivosti, finančnú výkonnosť a výsledky v oblasti zdravia,
- politológia - rozvoj a implementácia politiky (Green).

Byť sestrou je umenie, starostlivosť, veda, stredom záujmu je pacient, zdravotná edukácia, ochrana zdravia a prevencia ochorení (Kozier). Znaky alebo vlastnosti, ktoré definujú profesiu sestry sú altruizmus, dôveryhodnosť, odborné zručnosti, súbor vedomostí a schopností a profesionálna autonómia (Sellman).

Po celý svoj pracovný život sestry pracujú s rôznymi ľuďmi, v rôznych súvislostiach a z mnohých rôznych dôvodov. Počas týchto sociálnych interakcií potrebujú byť schopné efektívne komunikovať a mať vzťah k iným ľuďom. Ako také je ošetrovatelstvo spoločenská aktivita a sestry musia byť sociálne kompetentné. Musia byť zručné v umení medziľudskej komunikácie a v budovaní medziľudských vzťahov. Medziľudské vzťahy medzi pacientmi a sestrou humanizujú zdravotnú starostlivosť, pretože sú nástrojom, prostredníctvom ktorého sestry reagujú na pacientove subjektívne skúsenosti. Vzťah tvorí súcit sestier a vedomosti s pacientovými skúsenosťami z iných zdravotných prípadov. Prostredníctvom vzťahov s pacientmi sestry vyjadrujú obavy, starostlivosť a odhodlanie. Pri absencii týchto medziľudských vzťahov môžu byť pacienti považovaní za predmety, klinické stavy alebo rad problémov, ktoré je potrebné riešiť. Ošetrovateľská starostlivosť ponúkaná bez ľudského pripojenia je chudobná (Parbury).

Vzťah sestra - klient

Vzťah sestra - klient vyžaduje, aby sestra reagovala na potreby klienta. Tento vzťah je zvyčajne krátky. Začne, ak ľudia potrebujú služby, ktoré im umožnia zachovať alebo obnoviť svoje zdravie a predchádzať chorobám. Končí, keď klienti dosiahli samostatne svoje ciele v oblasti zdravia. Tento typ vzťahu má všeobecne popisované tri fázy: úvodná, pracovná a ukončenie.

V ambulantnej starostlivosti sa veľkú dôraz kladie najmä na úvodnú, stretávaciu fázu. Do tejto fázy si každá osoba obvykle prináša predsudky o iných na počiatočnú interakciu. Tieto predpoklady sa nakoniec buď potvrdia alebo zamietnu. Klient iniciuje vzťah tým, že určí jeden alebo viac zdravotných problémov, pre ktoré potrebuje pomoc sestry. Je dôležité, aby sestra preukázaním svojej láskavosti, aktívnym počúvaním, empatiou, schopnosťami a komunikačnými zručnosťami zabezpečila pozitívny začiatok vzťahu (Timby).

Jedným z hlavných kľúčov k vytváraniu a udržiavaniu pozitívneho vzťahu sestra - klient je spôsob a štýl komunikácie sestry (Timby). Je nevyhnutné, aby sestry rozvíjali a udržiavali kvalitné komunikačné a interpersonálne zručnosti. Sestra by mala počúvať empaticky a mať jasnú predstavu o svojich neverbálnych a verbálnych komunikačných zručnostiach. Efektívne komunikačné zručnosti sú potrebné na uľahčenie terapeutických interakcií, hodnotenie potrieb klienta a vykonávanie zásahov, ktoré podporujú optimálnu úroveň fungovania človeka. Skoré formy komunikácie a interakcie so sestrou v primárnej sfére poskytujú začiatok dôvery a bezpečnosti a celoživotných medziľudských vzťahov a komunikačných vzorcov. Neskoršie sú tieto interakcie základom pre iné vzťahy sestra - pacient, vlastnú sebaúctu a dôveru v ostatných zdravotníckych pracovníkov (Otong).

Transkultúrne správanie/ transkultúrna komunikácia

V dnešnej spoločnosti sa od sestry vyžaduje aj transkultúrne správanie, ktoré je podmienené prítomnosťou rôznych etnických skupín v rámci domáceho obyvateľstva. Sestra sa stáva kultúrne kompetentnou. Kultúrna kompetencia je kontinuálny proces zvyšovania povedomia, znalostí, zručností a citlivej interakcie, ktorá sa prejavuje medzi tými, ktorí starostlivosť poskytujú a medzi službami, ktoré poskytujú. Kultúrna kompetencia je dynamický, premenlivý a kontinuálny proces, ktorým osoba, systém, alebo poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vyhľadáva zmysluplné a užitočné stratégie poskytovania starostlivosti na základe poznatkov o kultúrnom dedičstve, viere, postojoch a správania tých, ktorým sa starostlivosť poskytuje. Rozvíjanie kultúrnej kompetencie je nevyhnutnosťou pre zdravotníkov.

Práca s príslušníkmi etnických skupín si vyžaduje aj určité zmeny v komunikácii.

Komunikácia často prezentuje bariéry medzi sestrami a klientmi, najmä keď sestry a klienti sú z rôznych kultúrnych prostredí. Ak sestra a klienti nehovoria rovnakým jazykom alebo sa líšia komunikačným štýlom a vzorom, obe strany sa cítia odcudzené a bezmocné.

Ak je narušená komunikácia, môže byť narušený aj fyzický proces liečby. Sestry však môžu cítiť tiež zlosť a bezmocnosť, ak ich komunikácii pacient nechápe alebo ak oni samé nemôžu pochopiť klienta. Bez schopnosti komunikovať bude poskytnutá starostlivosť nedostatočná. Sestry musia mať nielen odborné znalosti komunikácie s klientmi z rovnakej kultúry, ale aj dôkladnú informovanosť o rasových, kultúrnych a sociálnych faktoroch, ktoré môžu mať vplyv na komunikáciu s osobou z iných kultúr (Giger).

Ochrana súkromia a poskytovanie informácií

Dôležitou súčasťou práce sestry v ambulantnej starostlivosti je ochrana súkromia pacienta.

Všetka činnosť zdravotníckeho personálu, či už v ordinácii praktického lekára, v odbornej ambulancii či na lôžkovej časti nemocnice, silne zasahuje do súkromia pacienta, dotýka sa jeho vlastného „ja“. Súkromie pacienta je súčasťou lekárskeho tajomstva, ktoré patrí k základným etickým požiadavkám zdravotníckeho pracovníka. Povinnosť a poslanie sestry týkajúce sa mlčanlivosti, sú omnoho jednoznačnejšie ako u lekára. Sestra nie je oprávnená poskytovať informácie o pacientovi nikomu, a to ani najbližším príbuzným. I ona je povinná dodržiavať určité zásady vo svojej každodennej činnosti, ku ktorým ju zaväzuje aj etický kódex sestry.

S poskytovaním informácií úzko súvisí aj ich získavanie, a to najmä v ambulantnej sfére.

Mnohokrát sa v ambulancii sestier nachádzajú aj niekoľkí pacienti, a získavanie informácií prebieha aj pred nimi. Od pacienta sa očakáva, že má poskytnúť sestre informácie, ktoré tají aj pred väčšinou ľudí, ako napríklad niektoré anamnestické údaje. Zdravotník k týmto veciam časom otupí a neuvedomuje si rozpaky, s ktorými pacient tieto informácie zdieľa. Je teda nutné osvojiť si a cítiť i určitú ohľaduplnosť a šetrnosť, zdržať sa zbytočných komentárov ku získaným informáciám. Okrem dodržiavania týchto etických zásad pri práci s pacientom by sestra nemala zabúdať ani na záležitosti, ktoré sa týkajú organizačného a prevádzkového chodu ambulancie. Veľkým zásahom do súkromia pacienta je odhaľovanie, a to ako v ordinácii lekára, tak aj na izbe pred ostatnými pacientmi. Pacient prežíva rozpaky, niekedy aj zahanbenie, ak je jeho telo na niektorých miestach deformované úrazom alebo ochorením. Stud sa ešte zvyšuje, keď sa človek obáva bolesti pri vyšetrení alebo ošetrení a je svojimi prejavmi zahanbený (Zacharová, s. 26).

Sebarealizácia sestier v ambulancii

Predpokladom na sebarealizáciu, spokojnosť a profesionálny rast sestry v ambulancii všeobecného lekára je pozitívny vzťah so samotným zamestnávateľom – lekárom. Je založený na dôvere a spoľahlivosti. Len lekár, ktorý plne dôveruje svojej sestre, považuje ju za svojho partnera, nie podriadeného, presúva na ňu kompetencie, čo v konečnom dôsledku vedie k zvýšeniu kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a následne k spokojnosti pacienta aj sestry. Sestra má po dohode so svojím zamestnávateľom – lekárom písomne stanovené kompetencie a právomoci.

Záver a odporúčania pre prax

Byť sestrou pracujúcou v ambulantnej starostlivosti si vyžaduje vedomosti, zručnosti, veľkú dávku trpezlivosti a ochoty pomôcť a poradiť. A to vie len sestra, ktorá má svoju prácu naozaj rada a robí ju srdcom.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

- ANTAI – OTONG, D. *Nurse – client communication*. Sudbury : Jones&Bartlett Publishers, 2006. 251 s. ISBN 978-0-7637-3588-3
- COX, C. – HILL, M. *Professional issues in primary care nursing*. Chichester : [John Wiley and Sons Ltd](#), 2010. 336 s. ISBN 978-1-4051-8755-8
- FARKAŠOVÁ, D., a kol. *Ošetrovateľstvo teória*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2009, 244 s. ISBN 978-8-0806-3322-6
- GIGER, J. N. – DAVIDHIZAR, R. E. *Transcultural nursing*. 4th ed. Missouri : Mosby, 2003. 688 s. ISBN 978-0-32302-295-8
- GREENHALGH, T. *Primary health care – theory and practice*. Oxford : Blackwell Publishing, 2007. 336 s. ISBN 978-0-7279-1785-0
- HAMSON, G. *Practice Nurse Handbook*. 5th ed. Oxford : Blackwell Publishing, 2006. 344 s. ISBN 978-1-4051-4421-6
- KOZIER, B. et al. *Fundamentals of nursing*. Harlow : Pearson education limited, 2007. 808 s. ISBN 978-0-13-197653-5
- PILIAROVÁ, Z. Sestra v ambulancii 2. časť. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. V., č. 5-6, s. 10

SELLMAN, D. et al. *Becoming a nurse*. Harlow : Pearson education limited, 2009. 496 s. ISBN 978-0-1323-8923-5

STEIN – PARBURY, J. *Patient and person*. 4th ed. Chatswood : Elsevier Australia, 2008. 320 s. ISBN 978-0-7295-3891-6

TIMBY, B. K. *Fundamental Nursing skills and concepts*. 9th ed. Philadelphia : Lippincott Williams&Wilkins, 2009. 992 s. ISBN 978-0-7817-7909-8

ZACHAROVÁ, E. a kol. *Zdravotnícka psychologie*. Praha : Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

PhDr. Katarína Majerčíková,

Štúrova 727/13,

Liptovský Hrádok

PhDr. Darina Wiczmányová, PhD.,

Trnavská univerzita, Trnava

Drahomíra Rysulová,

Liptovský Hrádok



OBEZITA, VÝŽIVA, PRAX

DIAGNOSTICKÝ MANAŽMENT DETSKEJ OBEZITY PRE SESTRY

Súhrn: V súčasnosti patrí obezita medzi najväznejšie novodobé choroby. V súčasnosti má vo svete miliarda ľudí nadváhu, alebo sú obézni. Pri súčasnom trende sa tento počet zvýši do roku 2015 na 1,5 miliardy. V Európe obezitou trpí 145 miliónov ľudí. Obezita predstavuje veľký problém i u detí. V najbližších 5 rokoch má počet obéznych detí a adolescentov v Európe prekročiť 10 miliónov. V EÚ ročne pribúda 400 000 detí s nadváhou, pričom viac ako 80 000 z nich má obezitu. Od 80. rokov počet obéznych detí stúpol za 15 rokov 3 – násobne.

Kľúčové slová: Obezita. Obézne deti. Nadváha. BMI.

Najnovšie štúdie poukazujú na nasledovné fakty:

- Obezitou častejšie trpia deti, ktorých matky mali prvú menštruáciu v skorom veku.
- Dievčatám, ktoré menštruujú skôr hrozí, že budú v neskoršom veku obézne.
- Vyššou hmotnosťou, ako ich rovesníčky sa tieto dievčatá vyznačujú už v puberte.
- Ženy, ktoré začali menštruovať pred 11. rokom, boli 5 x častejšie obézne ako tie, ktoré mali prvú menštruáciu v 15. rokoch.
- Deti, ktoré rýchlejšie rastú, sa skôr dostanú do puberty, ale tiež prestanú skôr rásť, takže pri rovnakom konzume jedla sa v porovnaní s rovesníkmi stávajú obéznymi.
- Vek menarché sa u dievčat neustále znižuje.

BMI

1 rok = 16 až 18

6 rokov = 15 až 17

7 rokov = 15 až 17

8 rokov = 15 až 17

9 rokov = 15 až 18

10 rokov = 16 až 19

2 roky = 15 až 17

3 roky = 15 až 17

11 rokov = 16 až 20

12 rokov = 16 až 20

13 rokov = 17 až 21

14 rokov = 18 až 21

15 rokov = 18 až 22

4 roky = 15 až 17

5 rokov = 15 až 17

16 rokov = 19 až 22

17 rokov = 19 až 23

18 rokov = 20 až 24

Manažment obezity sa skladá zo 7 známych krokov:

Krok 1: zistiť obezitu, porovnať hmotnosť dieťaťa s percentilovým grafom BMI.

Krok 2: zistiť genetické pozadie obezity, zistiť výskyt obezity v rodine a iné znaky, ktoré nepriamo ukazujú genetický substrát nadhmotnosti a obezity.

Krok 3: zistiť prítomnosť iných rizikových faktorov, získať a posúdiť stav lipidového metabolizmu, zistiť prítomnosť hypertenzie, asistovať pri USG srdca a pod.

Krok 4: zistiť telesnú zdatnosť dieťaťa a odporučiť vhodnú fyzickú aktivitu, všetky deti s nadhmotnosťou a obezitou musia začať cvičiť, ak k tomu nie je kontraindikácia zo strany lekára.

Krok 5: hodnotiť úspech pri cvičení, kontrolovať, či dieťa dodržiava program cvičenia, ak sa hmotnosť znižuje minimálne, je nutné zvýšiť intenzitu a dĺžku fyzickej záťaže.

Krok 6: úprava životosprávy dieťaťa, zostavenie jedálneho lístka, pacient (rodič) si má viesť diétny denník, v ktorom vyznačí prijatú stravu, pri každej kontrole heteroanamnesticky analýza stravovacích návykov pacienta, ktoré sú uvedené v diétnom denníku, u detí považujeme za optimálnu takú diétu, kde znížime kalorický príjem o 15 – 30 %.

Krok 7: trvalá zmena životných a hodnotových návykov dieťaťa, trvalá zmena stravovacích návykov dieťaťa a trvalé zvýšenie pohybovej aktivity.

Algoritmus vyšetrenia dieťaťa s obezitou /Hlavatá, 2007/:**Rodinná anamnéza:**

- Obezita u rodičov a starých rodičov
- Prvá menštruácia u matky
- Metabolické ochorenia v rodine
- Obezita u súrodencov
- Stravovacie návyky v rodine
- Vzťah rodiny k aktívnemu pohybu

Osobná anamnéza:

- Gestačný vek pri narodení
- Pôrodná hmotnosť a dĺžka

- Dĺžka dojčenia
- Psychomotorický vývin dieťaťa
- Svalová hypotónia v dojčenskom veku
- Dojčenská makrozómia
- Úrazy hlavy
- Chronické ochorenia
- Od akého veku sa manifestuje obezita u dieťaťa?
- Sú prvé prejavy obezity už v 2. až v 5. roku života?

Určenie stupňa obezity:

- Sledovanie rastovej krivky, určenie percentil podľa BMI

Fyzikálne vyšetrenie

- Stav kože
- Ochlpenie
- Typ uloženia tukového tkaniva
- Krvný tlak

Syndromologické znaky:

- Akromikria /skrútenie končatín/
- Hyperfágia /prekrmovanie/
- Hypogonadizmus /porucha funkcie pohlavných žliaz/
- Visceromegália /nadmerné zväčšenie vnútorností/
- Gynekomastia /zväčšenie prsných žliaz u mužov/
- Hirzutizmus /nadmerné ochlpenie/

Znepokojujúce fakty

Exogénnu obezitu spôsobujú 2 faktory: nadbytočný príjem potravy a nedostatok pohybu.

Údaje z USA poukazujú na smutný fakt, že za posledných 35 rokov sa veľkosť porcií vo fastfoodoch zdvojnásobila. Na Slovensku sa počet detí, ktoré aspoň raz mesačne konzumujú jedlo vo fastfoodoch za posledných 5 rokov zvýšil 3 – násobne. U detí tiež klesá dostatok pohybu vo voľnom čase. Súčasné školopovinné dieťa trávi vo voľnom čase približne 3 – 4 hodiny pred TV, pričom „súčet sedavých aktivít“ dieťaťa /televízia, internet, štúdium, čítanie/

presahuje 6 až 7 hodín. Vo viac ako $\frac{3}{4}$ domácností prevažujú vo voľnom čase činnosti nevyžadujúce vyšší výdaj energie

Záver a odporúčania pre prax:

Liečba obezity by mala byť komplexná a mali by sa na nej podieľať odborníci z odborov ošetrovateľstva a medicíny - praktického lekárstva, špecialisti z odboru endokrinológie, diétológie. V prípade potreby je do riešenia problému potrebné a vhodné zapojiť aj fyzioterapeuta a psychológa /detského/. Spontánne vyrastenie dieťaťa z obezity sa týka len asi 1/7 obéznych detí, aj to s uplatnením kombinácie telesnej aktivity a striedamejšej stravy.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

KAJABA, I., GINTER, E. Diagnostika a vývoj prevalencie obezity v detskej populácii Slovenska. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2009, č. 34, s. 13-14

JARČUŠKOVÁ, M. Obezita v detskom veku. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2008, č. 18, s. 6-8

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Anna Szabóová,

Ambulancia praktického lekára pre deti a dorast,

MUDr. Marta Sviatková, Revúca

mobil: 0908 968 656

Alena Laurenčíková,

Ambulancia praktického lekára pre deti a dorast,

MUDr. Oľga Viestová,

mobil: 0918 790 812



OBEZITA A DIABETES – TAKMER NEROZLUČNÁ DVOJICA

Súhrn: Zem, ktorá dostala po antickej bohyni krásny názov Gaia je obývaná inteligentným obyvateľom – homo sapiens. Napriek nepopierateľnej inteligencii však človek robí množstvo chýb, ktoré ho doslova likvidujú. Tam, kde má prístup k potrave sa prekrmuje a súčasne vytvára sofistikované zariadenia, ktorých cieľom je znižovať namáhavú prácu a tým aj svoj energetický výdaj. Človek si sám pod sebou píli konár, čo sa odráža na zhoršovaní jeho zdravotného stavu. Najmenej 300 miliónov obyvateľov zeme napríklad trpí závažnou obezitou a práve pravdepodobnosť vzniku diabetu stúpa kontinuálne so zvyšovaním výskytu obezity u oboch pohlaví homo sapiens a pri všetkých etnických skupinách. 90 % diabetikov typu 2 má nadváhu, alebo – ešte častejšie obezitu. V roku 2007 malo takmer 250 miliónov ľudí /dospelých/ diabetes typu 2 /DM2/. Globálne je DM2 jednou z najrozšírenejších neprenosných chorôb a v ekonomicky rozvinutých krajinách sa uvádza na 4. až 5. mieste v príčinách smrti.

Kľúčové slová: Obezita. Nadváha. Diabetes mellitus typu 2. Riziko. Prevalencia.

Prevalencia vo svete a v SR

Najvyššia prevalencia DM2 je v Severnej Amerike /9,2%/ a v Európe /8,4%/. V dohľadnej dobe bude mať v štátoch USA každý druhý občan diabetes. Kým v roku 1985 malo na svete diabetes „iba“ 30 miliónov ľudí, v roku 2000 sa toto číslo zvýšilo na viac ako 150 miliónov, v roku 2005 šlo o vzostup na 380 miliónov. Začiatkom 21. storočia sa diabetes začal objavovať aj v rozvojových krajinách – táto alarmujúca výpoveď vychádza z urbanizácie, „westernizácie“ životného štýlu /automobilizmus, televízia, zmena stravovania/ a z rýchleho ekonomického rozvoja v pôvodne slabých sociálnych krajinách.

Skríning v SR potvrdil vysokú prevalenciu nadhmotnosti ako rizikového faktora vzniku diabetu, obezity, ako aj abdominálnej obezity u 40 – ročných slovenských žien a mužov.

Vzťah medzi abdominálnou obezitou, metabolickým syndrómom /prediabetom/ a DM2

Riziko rozvoja DM2 sa zvyšuje paralelne s narastaním nadhmotnosti a obezity. Podľa klinických štúdií /Nurses Health Study, Health professionals Follow-up Study/ redukcia hmotnosti o 5 kg viedla k redukcii rizika rozvoja DM2 približne o 50 %. Tieto sledovania boli

neskôr potvrdené aj v ďalších štúdiách /Diabetes Prevention Study/, v ktorých nefarmakologická intervencia vedúca k redukcii hmotnosti znížila prevalenciu DM2. Pre rozvoj DM2 u osôb s nadhmotnosťou alebo obezitou je charakteristické progresívne zhoršovanie tolerancie glukózy v priebehu rokov /prediabetes/. Závery však vychádzajú z toho, že proces rozvoja DM2 je chronický a prevencia zameraná proti rozvoju DM2 u vysoko rizikových osôb s nadhmotnosťou, obezitou a metabolickým syndrómom musí začať veľmi včasne, najmä u osôb s pozitívnou rodinnou anamnézou. Z tohto uhla pohľadu pod pojmom primárnej prevencie rozumieme prevenciu vzniku nadhmotnosti a obezity /MS – prediabetického stavu/ ako nositeľa mnohopočetných kardiometabolických rizikových faktorov.

Patogenéza DM2 pri obezite

- Koncentrácia voľných mastných kyselín: zvýšená u obéznych jedincov a predstavuje hlavné spojivo medzi obezitou, inzulínovou rezistenciou a DM2.
- Tukové tkanivo sa považuje za endokrinný orgán vylučujúci adipocytokíny – pričom niektoré z týchto cytokínov sú vylučované exkluzívne tukovým tkanivom /leptín, adiponektín a rezistín/. Deficit adiponektínu je dôležitý pre patogenézu inzulínovej rezistencie /IR/ - 7 %-ná redukcia hmotnosti /dosiahnutá kombináciou redukcie kalorického príjmu a zvýšením pohybovej aktivity počas 6 mesiacov/ viedla k zvýšeniu hladín adiponektínu u obéznych diabetikov. Pripomíname, že zvýšené hladiny adiponektínu chránia pred rozvojom DM2, zatiaľ čo znížené hladiny môžu viesť k predispozícii k DM2 nezávisle od obezity.
- Leptín je vylučovaný tukovým tkanivom. Pôsobí priamo v metabolicky zaujímavých tkanivách, a /alebo nepriamo aktiváciou špecifických centier v hypotalame, ktoré vedú k zníženiu chuti do jedla a k zvýšeniu energetického výdaja. Produkcia leptínu je 2x vyššia u obéznych v porovnaní s populáciou s normálnou hmotnosťou. Mutácia génu leptínu u ľudí vedie k závažnej obezite, glukózovej tolerancii a IR.
- Asociácia medzi akumuláciou viscerálneho tuku /zmenou distribúcie tuku/ a IR je pripisovaná zvýšenej citlivosti viscerálneho tuku na lipolytické podnety, čo zvyšuje tok VMK do portálnej a systémovej cirkulácie.

Záver a odporúčania pre prax

Liečba obezity /diabezity/ je založená na fyziologických princípoch. Nie je jednoduchá ani pri vytýčení reálnych cieľov a predstavuje dlhodobý, dokonca celoživotný záväzok pre pacienta, tiež pre zdravotníkov. Musí byť volená individuálne – jej najdôležitejšou zložkou je prevencia a edukácia. Na celom svete sa stráca tradičný životný štýl a skromný spôsob stravovania – je aj v rukách sestier a na ich prístupe k pacientom – či, a ako tento nepriaznivý trend ovplyvnia.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

FÁBRYOVÁ, L. Obezita a diabetes mellitus 2. typu (diabezita): dve úzko súvisiace, preventabilné ochorenia. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2008, č. 14, s. 21-28

GINTER, E., KAJABA, I. Globálny explozívny nárast obezity a diabetu. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2009, č. 16, s. 4-6

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Bc. Jana Dorčáková,

Ambulancia praktického lekára pre dospelých,

Revúca

MUDr. Anna Jolšvaiová

mobil: 0915 364 888



VPLYV MÉDIÍ A RODINY NA VZNIK DETSKEJ OBEZITY

Súhrn: Epidémia obezity vznikla v posledných desaťročiach ako následok zmien v sociálnom, ekonomickom, kultúrnom a fyzickom prostredí. Energetickú nerovnováhu spustilo dramatické zníženie fyzickej aktivity a zmeny v stravovacích modeloch, vrátane zvýšenej konzumácie vysokoenergetických, no na živiny chudobných jedál a nápojov v spojení s nedostatočnou konzumáciou zeleniny a ovocia. Významnú úlohu na vzniku a upevňovaní nevhodných stravovacích návykov a preferencií, rovnako ako aj na rastúcej inaktivite detí a adolescentov zohráva rodina a médiá.

Kľúčové slová: Obezita. Médiá. Rodina. Vplyv. Inaktivita.

Faktory ovplyvňujúce vznik obezity:

- Nutričné faktory: pozitívna bilancia energie vzniká na základe nerovnováhy medzi príjmom a výdajom. Tento faktor sa vyskytuje u väčšiny obéznych osôb.
- Genetické faktory: v súčasnosti rozhodujúce. Obezita u oboch rodičov je spojená s 80 % rizikom jej vzniku u detí, ak ju má len jeden rodič, riziko je nižšie o polovicu /40%/.
- Familiárne faktory: súvisia s rodinnými zvykmi a tradíciami týkajúcimi sa príjmu jedla z hľadiska množstva, štruktúry, prípravy a stolovania potravín.
- Sociálno – ekonomické faktory: významné u osôb s nižším sociálno – ekonomickým postavením, kde sa vyskytuje obezita častejšie.
- Psychické faktory: ktoré v stresových situáciách môžu u niektorých osôb iniciovať zvýšený príjem potravy /u iných zasa paradoxne anorexiu/.
- Fyzická aktivita: u žien a mužov sa znižuje v 2. až 3. decéniu života – celodenný príjem energie však zostáva rovnaký, alebo dokonca sa zvyšuje.

Vplyv rodiny na obezitu u detí

Rodičia sú pre obézne dieťa vzorom – hovoríme o sociálnej príčine obezity, pretože dieťa na podvedomej úrovni preberá naučené stravovacie návyky rodičov. Sociálne prostredie rodiny nesprávnym smerom formuje biologickú potrebu dieťaťa – prijímanie potravy, stravovanie.

Nesprávne stravovacie návyky a prístup k jedlu ako prostriedku útechy sú praktiky, ktoré často prechádzajú z rodičov na dieťa. V rodinách, kde majú deti nadváhu, často absentuje fyzický pohyb a rodičia, ktorí sú si toho vedomí sa to pokúšajú kompenzovať vykrmovaním dieťaťa. Mnoho obéznych pacientov hovorí: „Mojí rodičia mi prejavovali lásku len vykrmovaním.“ Ide o lacný a falošný prejav skutočnej lásky rodiča. Je pravdepodobnejšie, že obéznym sa v rodine stane najmladšie dieťa, pričom ide o prejav neschopnosti rodičov nechať dieťa žiť samostatne a uvedomiť si, že svoju úlohu už splnili. Matky jedináčikov, ktoré dieťa až priveľmi ochraňujú tiež riskujú, že ich dieťa sa stane závislé od jedla. Mnohí obézni pacienti tvrdia, že ich rodičia sú posadnutí predstavou o správnom tele a kontrolovaní hmotnosti. Pri terapii tiež pripúšťajú, že zakaždým, keď vzdorujú matkiným pokusom ovládnuť ich, sa dávajú na diétu.

Východiská

U dospievajúcich býva bežné zlé držanie tela a denné vysedávanie pri PC. Ako motivovať mladých k cvičeniu? Ťažko budeme v období puberty nútiť k športu človeka, ktorý k nemu nemá vôbec vzťah. Lásku k športu je preto potrebné rozvíjať už od predškolského veku.

U dospievajúcich chlapcov sú vhodné najmä kolektívne športy /futbal, basketbal, floorball, hokej/. Posilňovanie a fitnesscentrá nie sú vhodné, lebo telo sa ešte vyvíja, mohlo by sa deformovať a spôsobiť funkčné poškodenie svalových skupín, šliach.

Pre dievčatá sú vhodné tanečné krúžky, individuálne formy cvičenia na DVD či videokazetách, ľahšie formy aerobiku, zostavy na tvarovanie postavy, kondičný tréning spojený s posilňovaním jednotlivých častí tela. Športoví lekári v období dospievania odporúčajú pravidelné behanie, plávanie, bicyklovanie, rôzne športové hry alebo cvičenia na zlepšenie ohybnosti a pohybovej koordinácie /džudo, zápasenie, či ázijské bojové umenia/. Dôležité je precvičovať hlavné svalové skupiny celého tela. U detí však nemožno zabúdať na to, že pohyb zvyšuje spotrebu energie. Zvýšený výdaj energie u teenagerov treba kompenzovať dostatočným a správnym stravovaním, v ktorom nesmú chýbať základné živiny, vitamíny, minerály a stopové prvky.

Kombinovaná strava podľa Dr. Haya má viaceré výhody:

- Lepšia stráviteľnosť jedál,

- Odbremenenie vnútorných orgánov,
- Tkanivá sa lepšie zbavujú metabolitov a prebytku kyselín,
- Väčšia energia a výkonnosť,
- Pravidelné znižovanie hmotnosti až po vytúžený cieľ,
- Celá rodina môže jesť spolu, netreba sa starvovať dvojmo,
- Princíp: bielkoviny sa môžu konzumovať v prvej polovici dňa, cukry /uhl'ohydráty/ poobede a večer,
- Ide o stravovanie bez obmedzenia a jednostrannosti.

Vplyv médií

Televízia má okamžitý vplyv na detské krátkodobé stravovacie preferencie, zvlášť ak expozícia mala opakovaný charakter. Ak vychádzame z toho, že reklamované sú hlavne zdraviu nie veľmi prospešné potraviny /sladkosti, cukrovinky, sladené nápoje, džúsy/, môžeme predpokladať negatívny dopad televíznej reklamy na výživovú preferenciu dieťaťa a sekundárne na stav výživy. Pri sledovaní médií majú deti tendenciu siahnuť po jedlách s vysokým obsahom cukrov a tukov, sladených tekutinách a výrazne sa znižuje príjem ovocia a zeleniny, či vlákniny. Súčasne existuje vzájomne posilujúci vzťah medzi časom stráveným sledovaním televízie a mierou výskytu obezity. Výskyt obezity je najvyšší u detí, ktoré sledovali televíziu štyri a viac hodín denne a najnižší u detí, ktorých pobyt pred TV bol jednu hodinu a menej denne. Ak má dieťa televíziu vo svojej izbe, toto riziko sa zvyšuje o ďalších 31 % na každú hodinu sledovania TV.

Média zvyčajne prinášajú informáciu v zhrnutnej podobe, čo u detského diváka vedie k tzv. fenoménu objektívne irelevantných informácií.

Pri otázke: „Čo je kalcium?“ deti, respondenti odpovedajú zvyčajne neprávne, s využitím slov a slovných spojení asociovaným s podnetovým slovom, ktoré počuli a videli v reklamách, napr. „Kalcium je vitamín, kalcium je jogurt, kalcium je v zubnej paste, kalcium je liek a pod.“.

Záver a odporúčania pre prax - východiskové stratégie

U rodičov:

- nutnosť zintenzívnenia osvetovej činnosti /zo strany sestier/ v oblasti negatívneho dopadu médií na výživový stav,
- rodičia by mali limitovať čas strávený sledovaním médií /nie viac ako 10 hodín týždenne/, vplývať na výber programu, ktorý dieťa sleduje problémové otázky rozoberať spoločne /prevencia fenoménu objektívne irelevantných asociácií/,
- odstrániť TV z izby dieťaťa, u detí do 2 rokov redukovať čas strávený pred médiami na minimum, vyplňať voľný čas detí inými záujmovými aktivitami /s uprednostnením tých, ktoré v sebe zahŕňajú fyzický pohyb/.

U učiteľov:

- dovzdelávanie v tejto problematike, propagácia telesnej aktivity,
- nadobúdanie mediálnej gramotnosti, základy položené rodičmi.

Je dôležité voliť efektívne teórie vplyvu médií na deti a dospelých tak, aby konečný výsledok bol v prospech spotrebiteľa – dieťaťa a nie naopak.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

GULÁŠOVÁ, I. Medicínske a psychosociálne aspekty obezity. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2007, č. 14, s. 25-26

MROSKOVÁ, S., POŽONSKÁ, M. Vplyv médií na obezitu u detí. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2008, č. 38, s. 4-6

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Mgr. Jaroslava Lunterová

Interná a kardiologická ambulancia, Revúca

e-mail: jaroslavalunterova@gmail.com

mobil: 0907 870 616



TYPICKÉ A ATYPICKÉ PRÍČINY OBEZITY

Súhrn: Národný program prevencie obezity /prijatý 9. januára 2008/ vznikol v rámci podpory priorít MZ SR a WHO /SZO/. Gestorom programu sa stal Úrad verejného zdravotníctva, úzko spolupracujúci s ďalšími relevantnými orgánmi – napríklad so Slovenskou potravinárskou komorou, ktorá program pripomienkovala. Nedostatkom programu bol fakt, že autori vychádzali pri hodnotení zdravotných a ekonomických dopadov obezity na populáciu zo zahraničných zdrojov, pretože absentovali relevantné údaje zo zdrojov domácich. V rámci tohto programu sa získali poznatky o typických, i netypických príčinách obezity.

Kľúčové slová: Obezita. Problém. Potraviny. Aktivita.

NPPO stanovil tri základné ciele:

- Zabrániť vzniku nadhmotnosti a obezity u detí.
- Zastaviť nárast nadhmotnosti a obezity u dospeljej populácie.
- Znížiť počet obyvateľov trpiacich nadhmotnosťou a obezitou.

Dôraz sa pritom kládol na všeobecnú spoločenskú podporu správnej výživy a zvýšenie pohybovej aktivity vo všetkých vekových kategóriách.

Typické príčiny obezity, ako prejedanie sa, nedostatok pohybu, stres a „zajedanie problémov“ dnes nie je potrebné opakovať – poznáme ich, napriek tomu sa tieto aspekty len veľmi ťažko darí ovplyvňovať. Benevolentný prístup pacientov a ignorácia edukácie nie sú len dôsledkom nezáujmu zdravotníckej verejnosti problém riešiť. Ak zdravotná poisťovňa vyhlási, že pacientov, ktorí dodržiavajú liečebný režim bude odmeňovať benefitmi a tá istá zdravotná poisťovňa verejne v médiu vyhlási, že tých, ktorí liečebný režim nedodržiavajú nebude postihovať – akoby vyhlásila: „Pokojne konzumujte alkohol, drogy, fajčite – nik Vás nepotrestá,“ čo je absolútnou kontraindikáciou k navodeniu spolupráce zdravotníka a pacienta s cieľom ovplyvniť nadhmotnosť, obezitu, či svoj zdravotný stav celkovo.

V súčasnej spoločnosti v SR nie je výnimkou, ak diabetik roztopašne povie, že má rád sladké.

Ak pacient s kardiovaskulárnym ochorením, s vysokou hypercholesterolémiou a dilatačnou kardiomyopatiou, obezitou povie, že sa rád naje chleba, denne konzumuje mäso, či požíva vysokotučné potraviny – zamyslieť sa

nesmie sestra, či lekár, ktorý vlastne naprázdno edukuje a „hádže hrach na stenu“, zamyslieť sa musí spoločnosť, ktorá pacientovi dala najavo, že NEMUSÍ vyvinúť žiadne úsilie, aby svoj stav ovplyvnil.

Netypické príčiny obezity

MUDr. Jozef Beňačka, PhD z Kardiologickej ambulancie v Piešťanoch zaraďuje k atypickým príčinám obezity aj príčiny, ktoré niekedy uvádzajú sami pacienti, stavajúci sa k svojej obezite nekriticky, konzistentne, zaujímajúc pózu nevinného „bystandera“ vlastnej obezity /“ja priberám aj z vody, my sme už taká fajta...“/.

K atypickým príčinám obezity však zaraďujeme seriózne informácie zo správ významných odborných periodík, podľa ktorých k atypickým príčinám patria:

- Nedostatok spánku – Leptín je zodpovedný za pocit sýtosti, pri nedostatku spánku nastáva porucha tvorby Leptínu / klesá počas nespavosti o 18 %/, vyšší počet obéznych pracujúcich na zmeny.
- Pobyť v klimatizovaných miestnostiach počas väčšiny dňa.
- Demografické starnutie populácie.
- Znečistené životné prostredie, rozšírené užívanie liekov zasahujúcich do metabolizmu tukov a cukrov /antidepresíva/.
- Materstvo v neskoršom veku, viacnásobné gravidity, podvýživa matky počas gravidity alebo vo včasnom detskom veku /retrospektívne analýzy potvrdili, že deti, ktoré sa narodili počas II. svetovej vojny boli často vo vyššom veku obézne/.
- Podvedomý výber životného partnera /chudšie ženy dávajú prednosť chudším mužom a naopak, rodičia s vyšším BMI majú viac potomkov/.

Motivácia ľudí k redukcii rizikových faktorov

Podľa prof. Farského samotná edukácia nestačí.

Nespokojnosť pacientov s prístupom lekárov k ich nadváhe vyplýva najmä z kvality postihnutých informácií – ústna rada nestačí, je príliš všeobecná a z psychologického hľadiska nie motivujúca.

Optimálna by bola podľa Farského ekonomická motivácia /zo strany poisťovní, zamestnávateľa a pod./ . Tiež je dôležité udržiavať verejnú diskusiu /masmédiá/.

Je notoricky známe, že s abdominálnou obezitou stúpa komorbidita, tiež je známe, že samotné cvičenie nestačí na redukciu telesnej hmotnosti a musí sa kombinovať s redukčnou diétou. Na to, aby cvičenie viedlo k chudnutiu je nutné, aby jedinec cvičil stredne intenzívne/ veľmi intenzívne 6 – 7 hodín týždenne, čo ale v reálnom živote nie je dosť možné. Denné cvičenie v trvaní 1 hodiny vedie totiž k spáleniu iba asi 700 kcal, čo však nekryje zvyčajný denný kalorický príjem

Záver a odporúčania pre prax

Nefarmakologický prístup udržuje príjem energie /kalórií/ s potrebami tela pre energiu. Je dôležité obmedziť spotrebu jedál s vysokou kalorickou hodnotou a/ alebo nízkou nutričnou kvalitou a udržať fyzickú aktivitu, aby bol pacient telesne zdatný. Pre dosiahnutie poklesu váhy treba, aby výdaj energie prevýšil príjem energie.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

BÁNSKA, K. Obezita nie je len estetický problém. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2008, č. 7, s. 4-11

MURÍN, J. Epidémia obezity a jej dôsledky – čo možno očakávať od rimonabantu? In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2006, č. 14, s. 31-32

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Jana Dorčáková,

Revúca,

Ambulancia praktického lekára pre dospelých,

MUDr. Anna Jolšvaiová

e-mail: jana.dorcakova@azet.sk

Katarína Mikušová,

Ambulancia praktického lekára pre dospelých,

Istebné,

MUDr. Anna Machajová,

e-mail: k.mikusova@zoznam.sk

ZÁKLADNÉ ASPEKTY A MÝTY VEGETARIÁNSKEJ VÝŽIVY

Súhrn: Denná tlač, či internetové médiá sú preplnené vášnivými spormi laikov a medicínskej verejnosti o vegetariánskej a vegánskej výžive. Je potrebné objektívne a bez emócií analyzovať súčasné poznatky o výhodách a rizikách vegetariánstva. V súčasnej „prekrmovanej“ spoločnosti si ľudia, ktorí sa dobrovoľne vzdávajú určitých dôležitých zložiek výživy zaslужujú uznanie, ale je dôležité, aby sa súčasne nevystavovali riziku deficitu viacerých esenciálnych nutričov.

Kľúčové slová: Vegetarián. Vegán. Výživa. Výhody. Riziká.

Vegetariánstvo /lat. vegetus a vegetare - oživiť/ je životný štýl zameraný na starostlivosť o zdravie, výživou, abstinenciou, nefajčením, pohybom, telesnou hygienou i psychohygienou.

Vegetariánstvo vo svojej podstate kombinuje nielen životosprávu ale aj úctu k zvieratám a ich právam. Vegetariáni prijímajú bezmäsitú stravu a nekonzumujú všetky produkty z mŕtvych zvierat ako vnútornosti, kaviár a želatína. Zo živočíšnych produktov obyčajne iba mlieko, syry, jogurty a vajcia. Často sú proti používaniu živočíšnych produktov ako koža, kožušina, hodváb, vlna, perie a produktov testovaných na zvieratách.

Pragmatický a ideologický vegetarián

Pragmatickým vegetariánom je človek, ktorý z objektívnych racionálnych zdravotných dôvodov /obezita, hypercholesterolémia/ uprednostňuje bezmäsitú potravu a niekedy je vďaka nej aj úspešný. Pre ideológov je vegetariánstvo a najmä vegánstvo hygienickým náboženstvom – títo ľudia sa pokladajú za morálne nadradených a z „princiálnych dôvodov“ chcú priviesť ľudstvo na „správnu cestu“. Skepticizmus je im cudzí, prehávajú výhody vegetariánstva, eliminujú všetky argumenty namierené proti ich dogme. Tvrdia, že vegetariáni žijú o 10 rokov dlhšie, ako bežný občan – u odborníkov však takéto tvrdenia vyvolávajú skôr úsmev a iróniu.

Vegetariánstvo a dlhovekosť

Najzdravšími ľuďmi v Európe sú obyvatelia Islandu, Švajčiarska, Švédska a Nórska, ktorí majú v potravinách najviac živočíšnych produktov /mlieko, syry, vajcia a ryby/. Aj preto sa

zdá byť tvrdenie, že ľudia konzumujúci mliečne produkty, mäso, vajíčka a ryby, žijú kratšie, nezmyselné. Podľa údajov WHO je stredná dĺžka života v popísaných krajinách najdlhšia v Európe – muži 78-80 rokov, ženy 83-84 rokov. Nie je možné porovnávať vegetariánov s celou populáciou, pretože prípadné zistené rozdiely by bolo možné pripísať vyššej sociálno – ekonomickej úrovni vegetariánov. Zavádzajúce by bolo porovnanie dĺžky života Bratislavčanov s Rómami na východnom Slovensku, ktorí žijú v osadách. Metaanalýza doteraz publikovaných štúdií /76 000 mužov a žien/ ukázala veľmi podobnú štandardizovanú úmrtnosť vegetariánov a zdravotne uvedomelých ľudí.

Vegetariánstvo a onkologické ochorenia

Relatívne rozšírené je presvedčenie, že najmä bravčové a hovädzie mäso zvyšuje riziko rakoviny. Najviac podozrenia padá na údeniny. Bolo by možné predpokladať, že vegetariáni budú mať nižšiu úmrtnosť zapríčinenú onkologickými ochoreniami. Tento predpoklad sa však nepotvrdil – úmrtnosť na zhubné nádory pri 28 000 vegetariánoch sledovaných v priemere vyše 10 rokov nebola štatisticky odlišná od kontrolných osôb konzumujúcich mäso. Výskyt karcinómu žalúdka, pľúc, prostaty a prsníka bol u oboch skupín podobný.

Vegetariánstvo a kardiovaskulárne ochorenia

Toto je hlavná oblasť, kde možno objektívne nájsť pozitíva vegetariánskej výživy. Vyššie spomínaná metaanalýza úmrtnosti vyše 76 000 ľudí, z toho 28 000 vegetariánov sledovaných vyše 10 rokov potvrdila nižšiu kardiovaskulárnu /KV/ úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca.

Pokles úmrtnosti na mozgové príhody nebol štatisticky potvrdený a vierohodný.

Existujú najmenej 4 dôvody pre nižšiu úmrtnosť vegetariánov na KV ochorenia:

- U vegetariánov je zreteľne nižší výskyt obezity zapríčinený nižšou energetickou denzitou rastlinnej potravy.
- Vegetariáni majú nižšiu hladinu celkového cholesterolu v krvi, pretože z potravy prijímajú oveľa menej cholesterolu a živočíšnych nasýtených tukov.
- V spojení s nízkym výskytom nadváhy a obezity majú vegetariáni mierne znížený aj krvný tlak. Vysoký príjem ovocia a zeleniny zapríčiňuje, že vegetariáni sú lepšie

zásobení antioxidantmi pôsobiacimi vitamínmi a ďalšími užitočnými fytochemikáliami /flavonoidy, karotenoidy/.

Oproti tomu, vegáni majú často deficit vitamínu B12 a následne vysoké hladiny homocysteínu /patologické zmeny na stenách artérií/ v krvi. Je možné, že priaznivý účinok vegetariánskej diéty na cievny systém by bol vyšší, ak by vegáni nemali nedostatok vitamínu B12 – na to by im stačil 1 pohár mlieka.

Mýty ideologických vegánov

- **Vitamín B12 možno získať z rastlinných zdrojov:** najnebezpečnejší mýtus. Lakto – ovo – vegetariáni majú zdroje kobalamínu v mlieku a vajčkách, ale vegáni nie. Tvrdenia vegánov o výskyte kobalamínu v riasach, kvasinkách a fermentovanej sóji sú nepravdivé. Vitamín B12 sa nachádza jedine v živočíšnych potravinách.
- **Vegánom nehrozí nedostatok dlhoreťazcových n-3 nenasýtených mastných kyselín /MK/:** tiež nepravda. Dve najdôležitejšie dlhoreťazcové n-3 MK – kyselina eikozapentaeonová a dokozahehexaenová sa nachádzajú hlavne v tuku morských rýb. Majú významnú úlohu v tvorbe bunkových membrán /najmä v mozgu/ a vznikajú z nich biologicky dôležité prostaglandíny s protizápalovým účinkom. V materskom mlieku vegániek sa takmer nenachádzajú, takže zdravie ich detí je ohrozené a možno u nich pozorovať poruchy v učení a správaní.
- **Pračlovek bol vegetarián a ľudstvo sa vyvíjalo na vegetariánskej potrave:** tiež mýtus. Pračlovek mal trvalý problém nájsť dostatok výživy a preto bol všežravec – omnivor. Vo svojej pravlasti – v Afrike, konzumoval dokonca termitov.
- **Konzumácia mäsa vyvoláva agresivitu. Vegetariáni sú empatickí, nenásilní ľudia:** mýtus, mýtus! Niektorí úctyhodní ľudia ako Voltair, Zola, Rolland, Einstein, Gándhí a Schweitzer boli skutočne vegetariánmi. Na druhej strane bol vegetariánom aj vodca mongolských nájazdníkov Džingischán, kat kambodžského obyvateľstva Pol Pot a dokonca Adolf Hitler.

Záver a odporúčania pre prax

Z uvedeného vyplýva potreba zvýšenej opatrnosti sestier pri odporúčaní alternatívnych náhrad stravovania, či pri výbere vhodnej diéty – najmä u starších, chorých ľudí, či u detí.

Rozhodovanie a konzultácia je v tomto smere výlučne v pôsobnosti obezitológa, sestra výťahom z vyššie uvedeného môže prispieť v ohraničenej miere k ovplyvneniu názoru, či rozhodnutia pacienta, avšak do miery nezasahujúcej do dogmatických odporúčaní. Komerčne orientované ambulancie, či pracoviská majú na tieto účely špeciálne vyškolené sestry, či poradkyne, ktoré výpočtom nutričných hodnôt v korelácii s rôznymi antropometrickými meraniami môžu odporučiť konkrétnu vegetariánsku výživu, aj tu však s ohľadom na celkový zdravotný stav klienta. Zohľadňujeme tiež socio – ekonomické prostredie klienta, či pacienta.

Naopak, každá sestra môže byť poradkyňou pacienta, či akýmsi usmernením u pacientov, ktorí sa striktne rozhodli stať sa vegánmi a ohroziť tak nielen svoj život, ale napríklad život nenarodených detí /u budúcich mamičiek/. Správnou informáciou v štýle Evidence Based Practice môže byť tou, ktorá pomôže pacientovi v prehodnotení svojich predsavzatí, ak sa javia byť zbytočne prehnanými, či neúplne zargumentovanými samým sebou.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

GINTER, E. Vegetariánska výživa bez predsudkov aj bez ilúzií. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2008, č. 25, s. 4-6

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Mgr. Jaroslava Lunterová,

Interná a kardiologická ambulancia,

Revúca,

MUDr. Karol Urbanec,

Mobil: 0907 870 616

e-mail: jaroslavalunterova@gmail.com

KLINIKA – APLIKOVANÉ OŠETROVATEĽSKÉ ODBORY

ODPORÚČANIA PRE VČASNÚ DETEKCIU KARCINÓMOV PRSNÍKA

Súhrn: Rakovina prsníka je najčastejšou príčinou úmrtí európskych žien vo veku od 35 – 59 rokov. 35 % žien s rakovinou prsníka má menej než 50 rokov. Neexistuje známa primárna príčina tohto ochorenia, všeobecne sú však publikované jeho rizikové faktory. Vyznačuje sa vysokou incidenciou, mortalitou, ako aj prevalenciou. Vyskytuje sa najmä v Severnej Amerike, severnej a západnej Európe. V SR sa karcinóm prsníka ešte stále zisťuje až v pokročilom štádiu. V roku 2003 bolo vyše 20 % karcinómov prsníka u žien v III., IV. a neznámom štádiu ochorenia.

Kľúčové slová: Rakovina. Prsník. Samovyšetrenie. Prevencia. Príznaky.

K príčinám vzniku zaradujeme súhrn genetických, fyzikálnych, chemických a biologických faktorov. Nakoľko v praktickom živote nemožno uplatniť primárnu prevenciu – zvýšenú pozornosť je potrebné venovať prevencii sekundárnej. Jej súčasťou je edukácia. Ročne z vyše 2000 novo diagnostikovaných karcinómov prsníka na Slovensku je až 1/5 v pokročilom štádiu – príčinou je slabá edukácia, tiež strach a nezodpovednosť žien voči vlastnému zdraviu.

Rizikové ženy

Do rizikovej skupiny patria pacientky a ženy, ktoré:

- Nerodili, alebo otehotneli po 30. roku života,
- Ktorých blízka príbuzná /matka, sestra/ mala karcinóm /CA/ prsníka,
- Už v minulosti prekonalí CA jedného prsníka, pričom je ohrozený aj druhý,
- Staršie než 50 rokov,
- S problémovou mastopatiou, keď:

- sa prehmataním zistí uzlinová zmena v prsníku,

- mamografia ukáže početné mikrokalciifikácie,
- sa v prsníku pri operácii v odobratej vzorke tkaniva zistia mikroskopické znaky zvýšeného rizika malígneho zvrhnutia.

Rizikové príznaky

Najčastejšie rizikové príznaky ochorenia prsníkovej žľazy sú nasledovné:

- novozistená hrčka prsníka,
- novozistená hrčka v oblasti pazuchy, pod kľúčnou kosťou a nad ňou,
- vtiahnutie kože prsníka,
- retrakcia bradavky,
- ekzém bradavky,
- sekret z bradavky, najmä červený, alebo jednostranný,
- zápal prsníka,
- dlhodobé bolesti prsníka, alebo bolesti prsníka nezávislé od menštruačného cyklu.

K chorobným prejavom spomíname aj niekoľko zásadných a tými sú:

- Rakovina sa môže vyskytnúť v ktorejkoľvek časti prsníka, ale vyše polovica nálezov sa zisťuje v horných kvadrantoch v podobe tuhého vajcovitého útvaru.
- Rakovina sa šíri miestne, v samotnom prsníku, pričom môže prerásť do kože, alebo do tkanív hrudnej steny.
- Lymfatickými cestami sa dostáva do lymfatických uzlín v podpazuší a do vnútrohrudníkových uzlín pri okraji hrudnej kosti.
- Krvnou cestou sa šíri do vzdialených orgánov /kostí, pečene, pľúc a iných/.

Diagnostika

Len včasná diagnostika umožní ochorenie zvládnuť. Pre určenie správnej diagnózy je potrebné:

- celkové klinické vyšetrenie,
- laboratórne vyšetrenie,
- palpačné vyšetrenie,
- mamografia /od 40 rokov/, sonografia, RTG,
- scintigrafia skeletu,
- biopsia,
- cytologické vyšetrenie.

Najčastejšie problémy pri včasnej diagnostike nádorov prsníka sú strach, nízka informovanosť, bagatelizácia ochorenia, nezáujem zo strany samotných žien, ale aj chyby a omyly zdravotníckych pracovníkov. Po stanovení diagnózy ako sestry dbáme, aby:

- sme zvládli strach pacientky pred operáciu, predovšetkým pred radikálnou – rozhovor aj s príbuznými,
- pacientky zamerali svoje myslenie na veci a ľudí, ktoré im v minulosti dávali nádej a silu,
- sa pacientky neuzavreli do seba, aby hovorili o svojich pocitoch a obavách.

Odporúčania pre včasnú detekciu CA prsníka:

- Vysvetliť ženám rizikové faktory /RF/ a príznaky CA prsníka.
- V gynekologických a prsníkových ambulanciách vysvetliť a na fantómoch prakticky predviesť samovyšetrenie prsníkov. Viest' ženy k pravidelnému a správne samovyšetreniu.
- Podľa potrieb pracoviska, na základe spolupráce tvoriť edukačné materiály /www.lpr.sk/.
- U žien s CA prsníka edukovať rodinných príslušníkov o potrebe častejšej lekárskej kontroly a podľa potreby zabezpečiť genetickú konzultáciu /v BA, p.p. adresu dáva gynekológ/.
- Zabezpečiť dostatok propagačného materiálu o prevencii CA prsníka /na každej ambulancii!!!!/.
- Osveta – aj v médiách.

Realizácia samovyšetovania

Pravidelné a správne samovyšetovanie prsníkov sa realizuje bruškami troch stredných prstov ruky. V literatúre sa uvádza, že asi $\frac{3}{4}$ ženskej populácie vie o možnosti samovyšetovania prsníkov, vykonáva ho však asi len 10 %. Samovyšetrenie by mali realizovať všetky ženy každý mesiac asi 3.-4. deň po skončení menštruácie. Je nevyhnutné vyšetriť všetky časti prsníka a to tromi spôsobmi: lúčovito, vertikálne, kruhovo.

Samovyšetrenie prsníkov sa vykonáva pohľadom, pohmatom, expresiou.

Pri vyšetrení pohľadom:

- ruky voľne spustené pozdĺž tela,
- vzpažené,
- za hlavou,
- vbok,
- v predklone, voľne spustené.

Žena si všíma:

- vtiahnutie kože prsníka,
- vtiahnutie bradavky,
- výtok z bradavky, najmä červený, alebo jednostranný,
- začervenanie kože prsníka.

Potom si treba dať ruky nad hlavu a prezrieť si prsníky spredu a z oboch strán.

Vyšetrenie pohmatom:

- vykonáva sa v ľahu a v stoj
- začína sa v stoj a musí sa robiť pred zrkadlom, aj pod sprchou
- je zamerané na odhalenie novej hrčky v prsníku, v oblasti pazuchy, nad kľúčnou kosťou a pod ňou
- bruškami troch stredných prstov sa vyšetruje každý prsník krúživými, vertikálnymi, alebo lúčovitými pohybmi smerom k bradavke
- ľavý prsník sa vyšetruje pravou rukou a naopak
- prvýkrát jemným tlakom vyšetrujeme povrchové vrstvy žľazy, druhýkrát výraznejším tlakom hlbšie vrstvy
- všímame si všetky zmeny, ktoré pri poslednom samovyšetrení neboli prítomné
- pri vyšetrení poležiačky si žena podloží vyšetrenú stranu malým vankúšom
- samovyšetrenie žena ukončí **expresiou** bradavky, pričom pozornosť zameriava na výtok z bradavky:
 - *samovoľný, alebo na tlak, jednostranný, obojstranný,*
 - *farbu sekrétu: bezfarebná, biela, rôzna.*



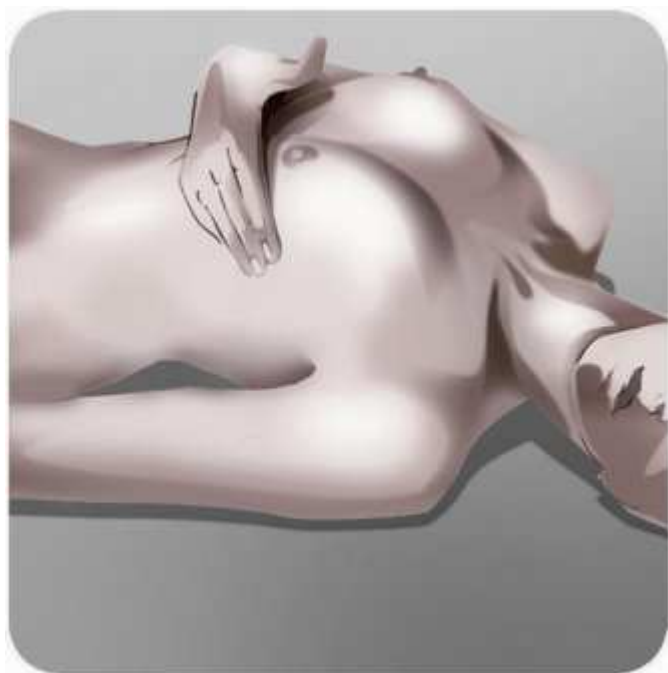
1. Postavte sa pred zrkadlo, ruky pripažte a na svetle skúmajte zmeny tvaru prsníkov a ich okolia. Ak nemáte obidva prsníky rovnako veľké, je to prirodzený jav. Potom ramená zdvihnite a otáčajte sa sprava doľava a naopak.



2. Uchopte prsníky jeden po druhom medzi svoje dlane a vodorovným, potom zvislým klzavým pohybom ich prehmatajte.



3. Ľavé rameno spustíte dolu, pravou rukou dookola prehmatajte ľavú bradavku vo vnútri dvorca, potom ju jemne stlačte, či z nej nepresakuje výtok. To isté zopakujte aj na pravom.



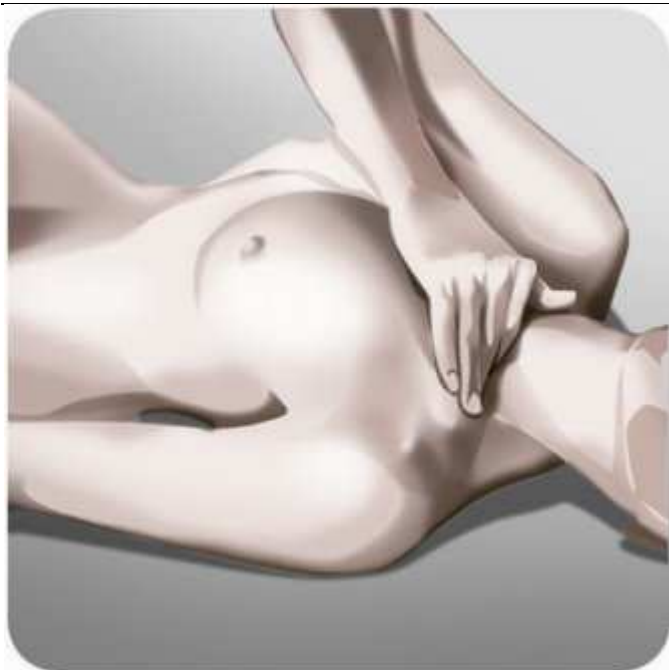
4. Ľahnite si na chrbát, pod ľavú lopatku si položte uterák tak, aby ste mali prsník vo vyvýšenej polohe. Pravou rukou si prsník i okolie prehmatajte. Postup zopakujte na pravom prsníku.



5. Ľavý prsník si prehmatajte jemným tlakom troch stredných prstov – nie ich končekmi! Začnite zvonka zospodu, krúživými pohybmi dookola, vždy bližšie k stredu bradavky. Toto urobte dvakrát. Raz majte ruku založenú pod hlavou a raz voľne pripaženú. Takisto postupujte pri prehmatávaní pravého prsníka.



6. Ľavú ruku si založte pod hlavu a pravou rukou podobnými pohybmi ako v predchádzajúcom prípade prehmatajte podpazušie, či v ňom nie je hrčka. Takisto si vyšetrite aj pravé podpazušie.



7. Voľne pripažte ľavú ruku. Pravou

rukou si prehmatajte jamku nad kľúčnou kosťou. Takisto si vyšetrite aj pravú stranu.

1. Postavte sa pred zrkadlo, ruky pripažte a na svetle skúmajte zmeny tvaru prsníkov a ich okolia. Ak nemáte obidva prsníky rovnako veľké, je to prirodzený jav. Potom ramená zdvihnite a otáčajte sa sprava doľava a naopak.

Záver a odporúčania pre prax

Mackovčáková v zmysle výroku H. de Balzaca „*rezignácia je každodennou samovraždou*“, odporúča sestry, aby podporovali svoje pacientky nevzdávať sa, bojovať s ochorením, nezanedbávať prevenciu, dodržiavať životosprávu.

Ako vidieť z vyššie uvedených poznatkov – prevencie a edukácie nikdy „nie je dost“, pretože napriek veľmi dobre sa čítajúcim správam o tom, ako „skvele“ ako sestry edukujeme, zdá sa, že výsledky hovoria o niečom inom...

Úžasná kampaň Ligy proti rakovine je zrejme jednou z najúčinnějších metód, ako prinútiť ženy k samovyšetrovaniu a hoci nemáme k dispozícii výsledky ovplyvnenia LPR – Deň narcisov má v aktuálnej masovej podobe svoj význam. Je totiž evidentné, že Siracká je oduševnená a vidieť na nej, že jej na ženách skutočne záleží....

Z odporúčaní pre prax spomenieme jediné – veriť edukácii, chcieť edukovať, pracovať na sebe samej, aby som ako sestra presvedčila, mala fluidum dokonalého edukátora a aby som pozitívne ovplyvnila. Ide totiž o všetko – ide o život...

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

MACKOVČÁKOVÁ, J. Podporiť pacientky. In: *Sestra a lekár v praxi*. 2008, č. 7-8, s. 29. ISSN 1335-9444

ZÁMEČNÍKOVÁ, E. Prevencia karcinómu prsníka. In: *Sestra a lekár v praxi*. 2008, č. 7-8, s. 28-29. ISSN 1335-9444

<http://www.cas.sk/clanok/92578/samovysetrenie-prsnika-vam-moze-zachranit-zivot.html>

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Bc. Terézia Hurárová

Rybany,

FN Trenčín, OÚCH

e-mail: hurarterka@centrum.sk

mobil: 0907 109 353



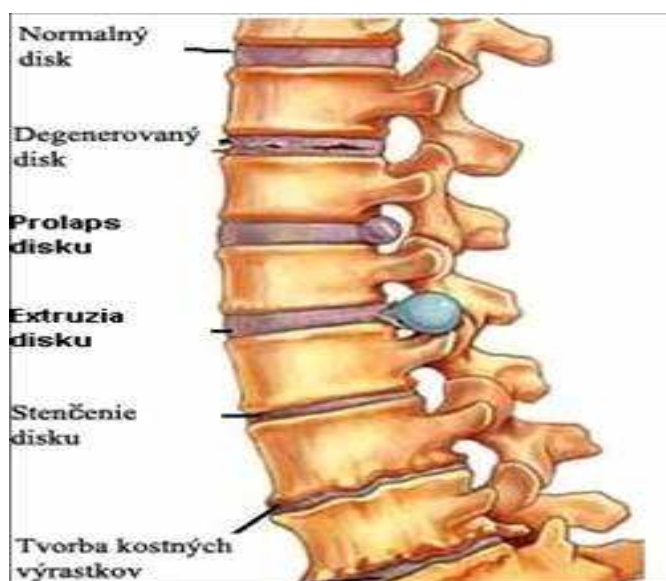
NEOPERAČNÁ LIEČBA DISKOPATIÍ V LUMBÁLNEJ OBLASTI.

Súhrn: Diskopatie patria medzi časté choroby medzistavcovej platničky, ktoré sa prejavujú okrem zmien na chrbtici aj nervovými poruchami, najmä z iritácie a lézie miechových koreňov, najčastejšie zadných. Vznikajú pri nerovnomernom, nadmernom statickom a dynamickom zaťažení chrbtice /sedenie, státie/ z funkčnej nedostatočnosti paravertebrálnych a brušných svalov a z ich zlej vzájomnej koordinácie. Následne vznikajú chorobné zmeny medzistavcových platničiek /vytlačenie alebo vykľutenie/, zmeny na stavcoch samých, z okrajov ktorých môžu vyrastať osteofyty / tzv.Modické zmeny/.

Kľúčové slová: Diskopatie. Bolesť. Liečba. Analgetiká.

Najčastejšie diskopatie

Klinické príznaky vyvoláva tlak týchto patologických útvarov na miechové korene, a ďalšie sekundárne reflexné zmeny. K najčastejším diskopatiám zaraďujeme diagnózy ako cervikobrachiálny /CBSy/, lumboischiadický syndróm/LIS/ a mnohé iné. Pri diskopatiách, hoci sa chorobné zmeny chrbtice prejavujú na jednom mieste, ide vždy o ochorenie celej chrbtice. Lumbosakrálna oblasť je pri chôdzi a stoji zaťažená takmer 2/3 telesnej hmotnosti.



V patogenéze diskopatií sú dôležité aj psychické vplyvy. Depresívne stavy, pracovné, rodinné a iné starosti vedú často k hypotónii, chabému držaniu chrbtice a svalovej dyskoordinácii. Niekedy naopak - neurotické stavy sú spojené s kŕčovitým držaním, hypertóniou a diskoordináciou pohybov.

Vznik klinických príznakov môže byť vyprovokovaný prudkými nevyváženými pohybmi, dvíhaním ťažkého bremena, otrasmi pri jazde autom a podobne.

Liečba diskogénnych ťažkostí je prevažne symptomatická a jej cieľom je odstránenie bolesti. Liečbu môžeme rozdeliť na neoperačnú, chirurgickú a fyziatricko-balneologicko-rehabilitačnú liečbu.

Neoperačná liečba

Neoperačná liečba zahŕňa:

A. Kľud na lôžku /v akútnom štádiu, úľavová poloha/

B. Medikamentózna liečba:

- Nesteroidné antireumatiká – antiflogistiká /NSA/ vo forme tbl.,inj.,infúzií /patrí sem Almiral, Veral, Diclobene, Diclofenac, Dolmina, inf.Neodolpasse, Ibuprofen, Brufen, Ketonal, Surgam/,
- Analgetiká : neopioidné analgetiká/Acylpyrin,Aspirin, Superpyrin, Medypyrim, Paralen, Eunalgit, Novalgin, Algifen/
- Opioidné analgetiká/ Morfín, MST Continus, Dipidolor, náplaste Durogesic 25,50,75,100ug/h, Sufenta, Dolsin, Tramal, Tramadol, Mabron, DHC Continus, Fortral, Temgesic/
- Myorelaxanciá: Baclofen, Mydocalm, Sirdalud, Myolastan, Guajacuran, Scutamil C, Dorsiflex, Dimexol, Diazepam, Apaurin
- Kortikosteroidy: Solu medrol v infúzii, Depo medrol, Diprophos, Kenalog na obstreky, Methylprednisolon, Betamethason, Medrol tbl.
- Lokálnu aplikáciu anestetík: Mesocain, Procain inj.
- Iné lieky:
 1. *systémová enzymoterapia-enzýmové preparáty /Wobenzym, Phlogenzym/*
 2. *antidepresíva -majú analgetický efekt pri neuropatických bolestiach*
 3. *antiepileptiká-pri liečbe neuropatickej bolesti/Gabapentin, Timonil, Tegretol*

4. neuroleptiká

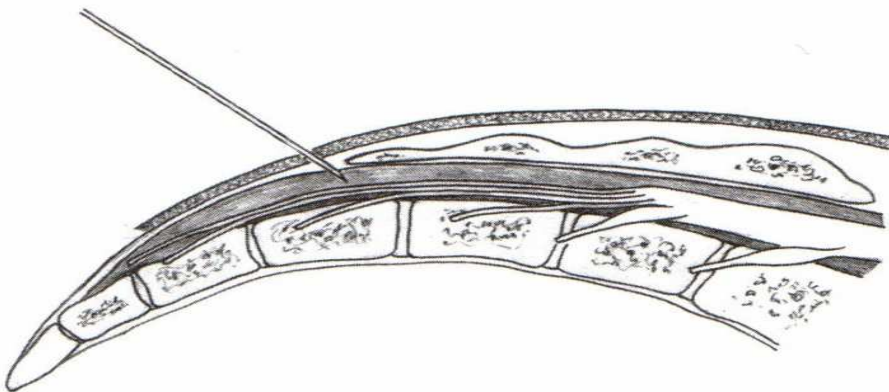
- injekčné a infiltračné techniky :
 1. intrakutánne techniky/kožné pupence/
 2. infiltračia svalov a väzov
 3. lumbálna epidurálna infiltračia
 4. kaudálna tlaková blokáda
 5. fazetová blokáda
 6. periradikulárna terapia

Injekčná a infiltračná liečba predstavuje účinný prostriedok na zvládnutie bolestivých stavov pri vertebrogénnych ochoreniach. Umožňuje lokálne podanie – dopravenie liečivých látok do miesta poškodenia. Je významnou súčasťou liečby, umožňuje redukcii celkovo podávaných liekov, čím znižuje ich nežiadúce účinky a robí liečbu lacnejšou.

KAUDÁLNA TLAKOVÁ BLOKÁDA /KTB/

Anatómia kaudálneho epidurálneho priestoru

Os sacrum je tvorená 5 sakrálnymi stavcami, cez ktoré prechádza sakrálny kanál a ten je prirodzeným pokračovaním chrbticeového kanála. Sakrálny kanál sa končí kaudálne otvorom - hiatus sacralis, ktorý je uzatvorený membránou - ligamentum sacrococcygeum. V krížovej oblasti bývajú časté anatomické zmeny, čo často sťažuje punkciu kaudálneho kanála. Vtedy je možná aj aplikácia pod CT kontrolou.



Obr. č. 85: Prístup do hiatus sacralis.

Technika kaudálnej tlakovej blokády

Inštrumentárium je podobné ako pri lumbálnych epidurálnych blokádach, používame spinálnu ihlu s mandrénom alebo injekčnú ihlu.

Hiatus sakralis predstavuje vstup do sakrálneho kanála, ktorý leží v oblasti S5. Hiatus sacralis vyhmatáme kaudálne pod výbežkom processus spinosus S4.

Aplikáciu KTB môžeme vykonávať u pacienta:

- na bruchu,
- na boku alebo
- na bruchu s podloženými bedrovými kĺbmi.

Výkonu predchádza psychická príprava pacienta. O priebehu výkonu informuje pacienta lekár. Pred výkonom dezinfikujeme punkčné miesto za aseptických podmienok. U senzitívnych pacientov môžeme vykonať lokálne znecitlivenie kože v mieste hiatus sacralis - používame spray Cryos.

Pri vpichnutí spinálnej ihly alebo vhodnej jednorazovej ihly do hiatus sacralis je ihla sklonená v 45° - 60° uhle k povrchu. Pri preniknutí cez membránu pocíti lekár jasné lupnutie, následne skloní ihlu paralelne so sakrálnym kanálom, zasunie ju o 2-3 cm hlbšie, ihlu nezasúva hlbšie, aby nenapichol tvrdú plenu. Pred aplikáciou liečebnej zmesi sa vykoná aspirácia na krv a likvor. Po aspirácii môžeme insuflovať 2 ml vzduchu, ak je ihla správne zavedená, pacient udáva rôzne pocity v oblasti sakrálnej inervácie. V prípade, ak je ihla zavedená nad sakrálnou kosťou, môžeme nahmatať krepitácie v podkoží a ak aplikujeme roztok, pozorujeme opuch.

Aplikácia liečebnej zmesi kaudálnym epidurálnym prístupom je bezpečnejšia pri skiaskopickej kontrole.

Rôzne pracoviská majú vypracované individuálne terapeutické schémy, líšiac sa objemom /20-90ml/, zložením liečebnej zmesi a tiež počtom/1-9 v jednej sérii/ a frekvenciou aplikácií. Časový interval medzi jednotlivými blokádami závisí od intenzity ťažkostí a odpovede na predchádzajúce aplikácie.

Po identifikácii epidurálneho priestoru podávame zmes Diprophos 1amp. + 9ml Mesocain 1%, fyziologický roztok 20-80 ml. Počas podávania liečebnej zmesi lekár kontroluje stav pacienta, pýta sa ho na celkové pocity, pocity tlaku v chrbticovom kanáli. Po výkone mávajú pacienti niekedy nepríjemný pocit tlaku v perianogenitálnej a sakrálnej oblasti. Pacient si po výkone ľahne na stranu radikulárnych bolestí.

Výhody KTB:

- lacnejšia liečebná metóda
- efektívnejšia ako lumbálna blokáda
- technicky menej náročná
- kaudálny prístup je bezpečnejší hlavne u pacientov, ktorí sú po operácii lumbálnej chrbtice
- roztok podaný kaudálnym prístupom sa šíri kraniálne k miestu kompresie
- pri KTB dochádza k mechanickému odtlačaniu dury, koreňových pošiev a rozrušeniu epidurálnych zrastov

Indikácie KTB:1. neoperovaní pacienti:

- akútny LIS /okrem syndrómu kaudy a akútnych pacientov pri rýchlej progresii zánikových príznakov
- chronický LIS /po zlyhaní bežnej farmakologicko rehabilitačnej liečby/

2. operovaní pacienti:

- s recidívou klinických ťažkostí, ale s vylúčením recidívy hernie intervertebrálneho disku /HID/ do 3 mesiacov po laminektómii / jazva po operácii/
- pacienti od 3 mesiacov od operácie s CT verifikovanou, ale operačne nepotvrdenou HID
- pacienti s novou akútnou HID v rovnakom alebo inom priestore

Kontraindikácie KTB:

- absolútne: nevyhnutnosť operácie, alergia na podávané lieky, poruchy hemokoagulácie, deštrukcia stavcov LS oblasti, infekcia kože v mieste vpichu, sepsa, imunodeficiencia, neschopnosť lekára zvládnuť nežiaduce účinky, neschopnosť zabezpečiť sterilitu aplikácie
- relatívne : nesúhlas pacienta, hyperalgický pacient, rozsiahla venózna sieť v kanáli, vyšší vek s ťažkou osteoporózou, nevhodné anatomické pomery a vývojové
- chyby v oblasti os sacrum, výrazná systémová hypotenzia, celkový závažný zdravotný stav pacienta a pod.

Možné komplikácie KTB:

- reakcia organizmu na podané farmaká
- toxicita kortikoidov /lézia nervového tkaniva - minimálne pri bežnom podaní/, lokálnych anestetík /CNS, myokard, hypotenzia, retencia moča, hnačky, bolesti hlavy/,
- z technickej stránky výkonu - punkcia durálneho vaku, epidurálne krvácanie, infekcia v epidurálnom priestore, lézia nervového tkaniva.

Záver a odporúčania pre prax

KTB je na rozdiel od operačnej liečby menej náročná pre pacienta, má menší počet komplikácií, je lacnejšia, môžeme ju realizovať ambulantne. Pri aplikácii liečiv epidurálnym priestorom je žiaduce, aby sa dostali čím bližšie k poškodenej oblasti, a čo najvhodnejšou aplikačnou formou.

Kortikosteroid aplikovaný do epidurálneho priestoru má protizápalový, protiedémový a membrány stabilizujúci efekt. Tlak roztoku počas KTB mechanicky odtláča durálny vak z miesta kompresie, rozrušuje zrasty a čiastočne môže zmeniť aj polohu dislokovanej platničky.

Tieto mechanické javy sa verifikujú pomocou CT, MR vyšetrení.

Oproti prvým rokom v súčasnosti je pre aplikáciu KTB charakteristický menší počet KTB v sérii /3-4x/, predĺženie intervalu medzi KTB/v sérii/, väčší dôraz sa kladie na komplexnú starostlivosť o pohybový aparát - fyzikálna terapia, aktívna pohybová liečba, škola chrbta/správny sed, pohybové stereotypy/ ako aj niektoré nové metódy v aplikácii KTB.

Záverom môžeme povedať, že kaudálne tlakové blokády je možné aplikovať v akútnom aj v chronickom stave, vždy by mali predchádzať operačnej liečbe/okrem absolútnych indikácií ako je sy kaudy a pacienti s akútnym postihnutím pri rýchlej progresii zánikových prejavov/.

Je možné opakovať KTB podľa potreby, pri aplikácii je minimálny výskyt nežiaducich účinkov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

DVORÁK, M., HORNÝ, V., MATÚŠOVÁ, I., VYLETELKA, J. *Neoperačná liečba diskopatií v lumbálnej oblasti*. ISBN 80-88939-40-2

GEISTOVÁ, T., MARTULIAK, I., SCHWARC, P. (*Centrum pre štúdium a liečbu bolesti, NsP F.D.Roosevelta Banská Bystrica*)

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Martina Šelbická,

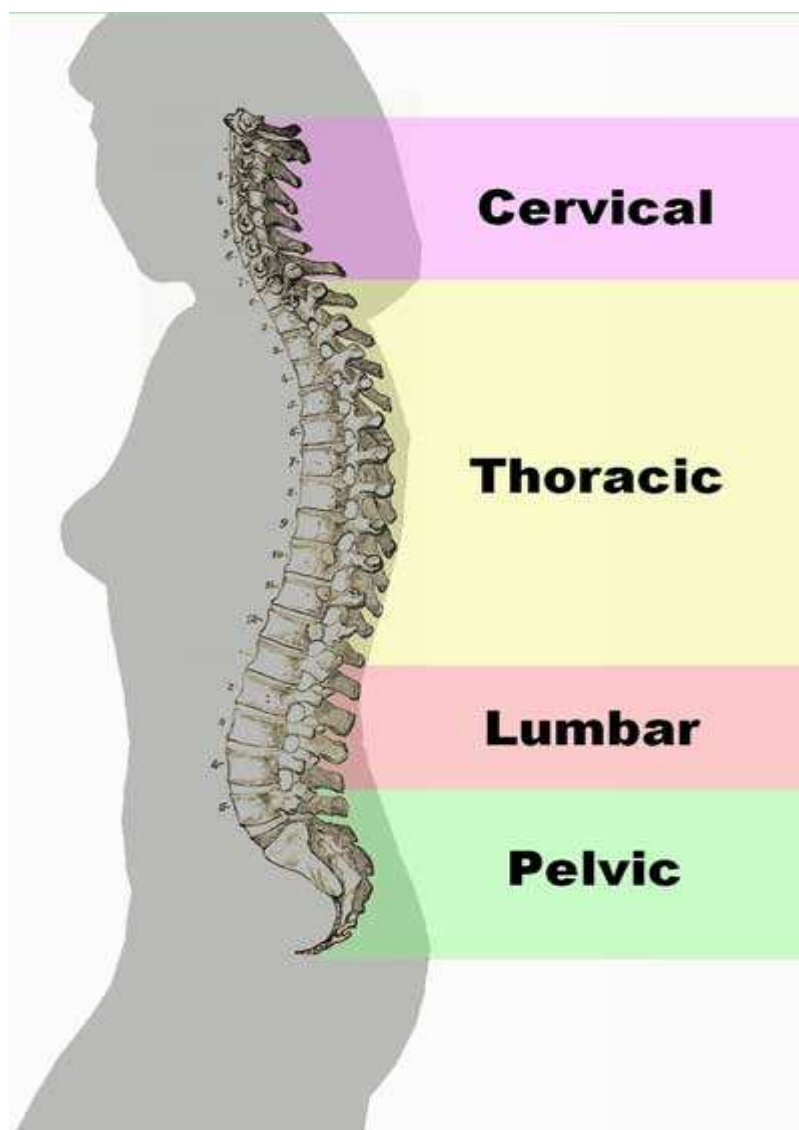
Žilina,

KK NEURO s.r.o., Neurologická ambulancia, Horný Val 17, Žilina

Miroslava Maleczová,

Brezany 1, Žilina

KK MED s.r.o., CT – pracovisko, Horný Val 17, Žilina 010 01



PERIRADIKULÁRNA TERAPIA

Súhrn: Jednou z ďalších metód infiltračných techník v miniinvazívnej terapii diskopatií je periradikulárna terapia (ďalej PRT). PRT kortikostereoidom je indikovaná na zmiernenie bolesti zápalových prejavov u pacientov s herniou disku v cervikálnej a lumbálnej oblasti. Na našom pracovisku sa špecializujeme na PRT u pacientov s diskopatiami v LS oblasti.

Kľúčové slová: Miniinvazívna terapia. Diskopatie. Bolesť. Hernia. Pomôcky.

Pre PRT sa lekár rozhodne na základe anamnézy, posúdenia klinického obrazu, výsledkov zobrazovacích a elektrofyzilogických vyšetrovacích metód. Ak nie je možné zvládnuť bolesť a svalové spazmy kľudom, teplom a analgetikami, po zlyhaní perorálnej, infúznej a rehabilitačnej liečby, prichádza do úvahy PRT.

Klinické indikácie zákroku:

- pseudoradikulárny syndróm
- LIS
- kombinácia oboch

CT nálezy vhodné k PRT:

- protrúzia platničky
- hernia bez väčšej kraniokaudálnej propagácie
- stenóza spinálneho kanálu
- zúženie intravertebrálnych foramim
- pooperačná fibróza

Absolútne kontraindikácie:

- syndrom kaudy
- gravidita
- kardiálna dekompenzácia
- hemoragická diatéza
- ťažký celkový stav pacienta
- nespolupráca pacienta

Relatívne kontraindikácie:

- akútne infekčné ochorenie
- polyvalentná alergia
- menzes: fertílne ženy tesne pred, počas a po menzes (10 dní celkom)
- ťažká svalová paréza
- ťažká neurastenia.

Kontraindikácia podania kortikoidu:

- vredová choroba žalúdka
- ťažká osteoporóza
- infekcia
- stav po ochrannom očkovaní
- herpes simplex a zoster

Ak sa lekár rozhodne pre PRT a pacient súhlasí s touto možnosťou terapie, lekár pacientovi vysvetlí podrobný priebeh zákroku a možný očakávaný efekt.

Pacient je upozornený na to, že je potrebné sa cca 1,5 hodiny pred zákrokom najesť, rovnako je potrebné zabezpečiť si po zákroku odvoz domov. U pacientov, ktorí sú citliví na bolesť sa podávajú cca 2 hodiny pred zákrokom analgetiká a myorelaxanciá.

Priebeh zákroku

Pri PRT spolupracujú súčasne lekár, sestra a rádiologický technik. Pred výkonom sestra pripraví pomôcky:

- lumbálne ihly SPINOCAN 20G
- sterilné tampóny
- sterilné rukavice
- sterilnú náplasť na miesto vpichu
- jednorázové rúšky
- dezinfekčný prostriedok
- CRYOS – mraziaci spray
- liečebná zmes podľa ordinácie lekára.

Na našom pracovisku podávame liečbnú zmes dvojakým spôsobom:

1. 1ml Diprophosu + 9ml 1% Mesocain (ak sa aplikuje do jedného medzistavcového priestoru napr. L4-L5)
2. 1ml Diprophosu + 4ml 1% Mesocain + 5ml Aqua ad iniectabilia (pri aplikácii do viacerých medzistavcových priestorov napr. L4-L5, L5-S1 l.dx, L4-L5 bilat).

- Pred samotným zákrokom pacient podpisuje informovaný súhlas so zákrokom.
- Potom sa pripraví na zákrok – vyzlečie sa do spodného prádla.
- Rádiologický technik uloží pacienta na vyšetrovací stôl, pacient leží v polohe na bruchu, ruky má vzpažené nad hlavou, s podložením v oblasti brucha (neuroforaminá – miesta výstupu nervového koreňa v LS oblasti sú rozšírené a lepšie prístupné).
- Rádiologický technik nastaví pacienta k snímkovaniu v oblasti LS chrbtice a na oblasť LS priloží vodiaci drôtik - sondu. Vykoná kontrolné scany v oblasti poškodenej platničky.
- Sonda pomáha rádiologickému technikovi lepšie určiť miesto optimálneho zavedenia ihly k postihnutej medzistavcovej platničke. Sonda umožní presné vymeranie miesta vpichu (na mm).
- Po vytvorení plánu prístupu k danému nervovému koreňu pomocou CT, môže byť na koži určený bod zavedenia ihly a uhol punkcie. Všetky merania, ako aj aplikácia sa vykonávajú po zadržaní dychu v expíriu a podľa možností bez pohybu pacienta. Plánovanie vedenia ihly na obrazovke sa realizuje na základe súradnicového systému.
- Následne technik vydezinfikuje danú oblasť, miesto vpichu lokálne anestetizuje sprayom CRYOS a lekár zavedie ihlu. Potom nasleduje kontrola vedenia ihly pomocou CT.
- O správnom zavedení ihly sa informujeme na základe kontrolných scanov na externej obrazovke. Lokálne aplikujeme liečbnú zmes podľa typu pracoviska. Priemerné trvanie výkonu je 20 minút.
- Po skončení aplikácie a vytiahnutí lumbálnej ihly sa miesto vpichu sterilne prekryje.
- Počas celého zákroku lekár a sestra s pacientom komunikujú.



Po zákroku pacient leží na lôžku 2 hodiny v polohe na boku, ak sa obstrekuje medzistavcová platnička na jednej strane, alebo sa polohuje na bruchu a potom striedavo na bokoch, ak sa obstrekuje obidve strany medzistavcovej platničky.

Po dvoch hodinách pacient odchádza do domáceho prostredia, odporúča sa po zákroku dodržiavať kľudový režim. Lekár určí následnú kontrolu na neurologickej ambulancii – u nás po 14 – 21 dňoch.

PRT pri koreňových syndrómoch v lumbálnej oblasti sa môže opakovať. Počet aplikácií môže byť 1-5, niektorí lekári po 3 aplikáciách v prípade neúspechu liečby prehodnocujú nález a zvažujú iný spôsob liečby, vrátane operačného riešenia. Rovnako PRT pomáha preklenúť obdobie do operačného zákroku.

Úspešnosť PRT v prípade radikulárnych príznakov sa pohybuje od 60 – 90%.

Súhrn a odporúčania pre prax

Hlavným cieľom liečby diskopatií je odstránenie bolesti a zlepšenie kvality života.

Napriek pokroku v liečbe existuje skupina pacientov, ktorá nereaguje primerane na štandardné terapeutické postupy. Jednou z alternatív liečby je používanie infiltračných techník. Infiltračná liečba pri dodržaní indikačných kritérií a správnej technickej realizácii vedie k ústupu bolesti, zlepšeniu mobility a kvality života.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

Dvorák M., Horný V., Matúšová I., Vyletelka J.: Neoperačná liečba diskopatií v lumbálnej oblasti,
s.208, ISBN 80-88939-10-2

www.chirogeek.com

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Miroslava Maleczová,

Martina Šelbická,

Žilina,

KK NEURO s.r.o. neurologická ambulancia



EDUKÁCIA, PREVENCIA

OŠETROVATEĽSKÝ PROCES U PACIENTOV S VÍRUSOVOU HEPATITÍDOU

Súhrn: Vírusové infekcie pečene predstavujú jeden z najzávažnejších celosvetových zdravotníckych problémov. Tento fakt je vyvolaný jednak obrovským množstvom ľudí, ktorí sú infikovaní a jednak závažnosťami dôsledkov, ktoré môžu v niektorých prípadoch vzniknúť po dlhšom trvaní infekcie. Z týchto dôvodov je vírusovým infekciám pečene venovaná veľká pozornosť.

Kľúčové slová: Vírus. Pečeň. Hepatitída. Ošetrovateľský proces.

Vírusová hepatitída

Ide o súhrnné označenie pre šesť vírusových chorôb hepatitída A,B,C,D,E a G. Patrí medzi najrozšírenejšie nakažlivé choroby. Spoločným znakom je poškodenie pečene zápalom a podobný klinický obraz. Vyvolané sú primárne hepatotropnými (pečeň poškodzujúcimi) vírusmi.

Medzi jednotlivými typmi neexistuje skrížená imunita - prekonanie jedného typu hepatitídy nevyvoláva obranyschopnosť proti ostatným typom. Výraznejšie sa líšia dĺžkou inkubačného času.

Vírusová hepatitída - inkubačný čas:

hepatitída A, E- rozmedzie 15-60 dní

hepatitída B, D, G- rozmedzie 50-180 dní

hepatitída C- rozmedzie 40-90 dní

Vírusová hepatitída A - VHA

Prameňom nákazy je chorý človek, ktorý vylučuje vírus stolicou 1-2 týždne pred začiatkom ochorenia a 1-4 týždne po ňom. Prenáša sa feko-orálnou cestou, resp. neumytými rukami cez ústa

do tráviaceho traktu, alebo po požití kontaminovanej vody a potravín, alebo kontaktom s nakazenou osobou. Ochorenie sa vyskytuje sporadicky, alebo epidemicky. Najväčšia chorobnosť sa zaznamenáva u detí a mládeže s maximom v jesenných mesiacoch.

Vírusová hepatitída B - VHB

Prameň nákazy je chorý s akútnou alebo chronickou infekciou. Prenos sa uskutočňuje kontaminovanou krvou alebo jej derivátov, kontaminovanými injekčnými ihlami alebo striekačkami. Možný je prenos slinami, pohlavným stykom, z matky na dieťa počas tehotnosti alebo pri pôrode. Vyskytuje sa sporadicky, rozšírená na celom svete

Vírusová hepatitída C - VHC

V súčasnosti najčastejšie vyvoláva potransfúznou hepatitídu. Prenos podobne ako pri VHB, často u intravenózných narkomanov a homosexuálov. Nevylučuje sa ani prenos z matky na plod počas gravidity. Niekoľkonásobne nákazlivejšia ako AIDS! Prenos je zriedkavý aj pri klasickom pohlavnom styku.

Vírusová hepatitída D, E a G

- VHD výlučne u osôb u ktorých došlo k súčasnej infekcii vírusmi hepatitídy B a D
- VHE prenos feko-orálnym spôsobom u nás sa ešte nediagnostikovalo, môže byť do SR importované
- VHG prenos krvou v SR nebola doteraz zaznamenaná

Klinický obraz

Líši sa podľa toho či ide o akútnu alebo chronická hepatitídu. U akútnych býva často rozmanitý. Zradná je v tom, že prebieha inaparentne - asymptomatický priebeh (postihnutý o tom ani nemusí vedieť) alebo môže byť priebeh fulminantný – resp. veľmi dramatický, končí často pečeňovým zlyhaním a smrťou.

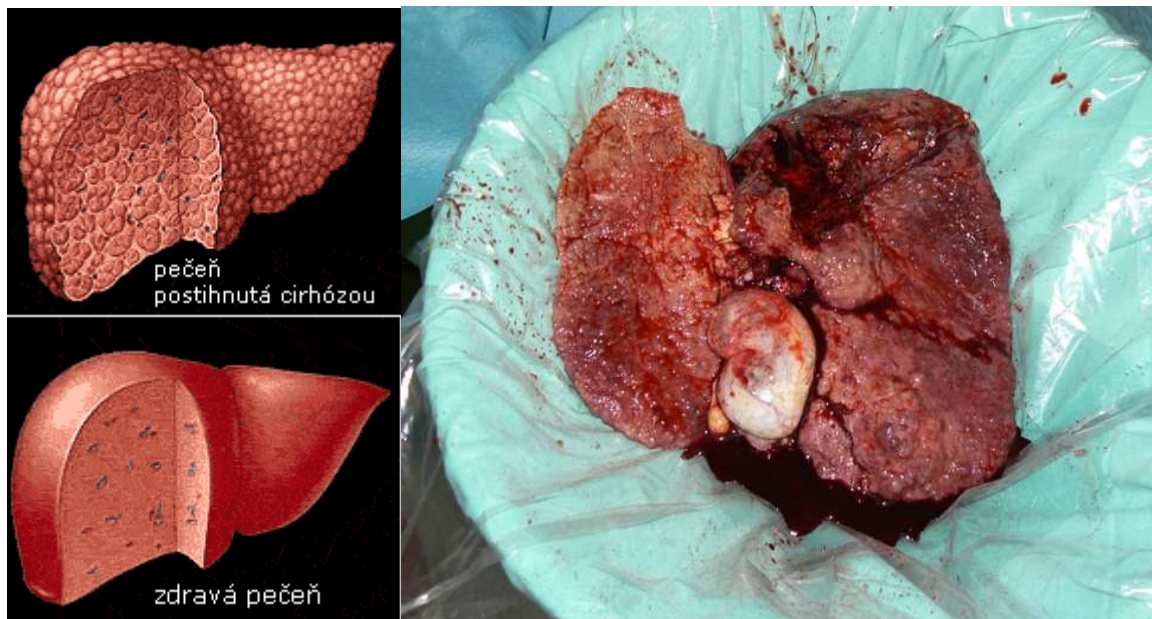
Akútna VH najčastejšie prebieha ako ikterická forma so žltáčkou v 3 štádiách. U detí začína niekoľko dní trvajúcim predikterickým štádiom, štádiom včasných príznakov, prejavuje sa príznakmi chrípkového ochorenia (slabosť, ↑ TT, bolesť hlavy, nádcha a kašeľ), alebo žalúdočno- črevné ťažkosti (nechutenstvo, vracanie, mierna hnačka, tupá bolesť pod pravým rebrovým

oblúkom). Pacient menej močí, moč tmavne, stolica získava bledšiu farbu. Štádium žltacky (ikteru) môže byť rôzne intenzívne, postupne sa vyvíjajúce ožltnutie sklér, sliznice mäkkého podnebia a kože, pečeň je zväčšená, má oblý okraj, na pohmat je bolestivá. U niektorých pacientov môžu byť zväčšené uzliny, najmä nebolestivé zväčšenie lymfatických uzlín na krku.

Štádium hojenia nastupuje po 2 až 4 týždňoch, subjektívne ťažkosti a žltacka vymiznú, veľkosť pečene sa normalizuje. Štádium rekonvalescencie býva rovnako dlhé ako predikterické a ikterické štádium.

Komplikácie

Závažným následkom hepatitídy B,C,D a G býva chronická hepatitída, alebo cirhóza. Cirhóza po VHB je častejšie spojená s výskytom karcinómu.



Diagnostika

- Epidemiologická anamnéza, klinický nález a laboratórne vyšetrenia.
- Pozitívne sú tzv. markery vírusových hepatitíd (H) v krvi, jedná sa o protilátky proti jednotlivým typom H., podľa ich prítomnosti môžeme určiť, či sa jedná o akútne, prekonané, chronickú infekciu alebo o asymptomatické nosičstvo.
- Môže prebiehať aj úplne bez príznakov, nemusí byť nijako zvlášť nápadný.

LIEČBA

Akútna VH prebieha v nemocnici na infekčnom oddelení. Klud na lôžku je samozrejmosťou.

Diétny režim sa prispôsobuje štádiu a aktivite ochorenia (zo stravy vylúčiť mastné a ťažko stráviteľné jedlá, alkohol, nikotín, kofeín). Uprednostňuje sa ľahká strava, ovocie a zelenina, podávajú sa vitamíny skupiny B, vit. C, K. Medikamentózna liečba zahŕňa hepatoprotektíva.

Chronická VH závisí od štádia, typu a aktivity choroby. V niektorých prípadoch ďalšia liečba nie je nutná. Nutné je však dlhodobé sledovanie pacienta, fyzické šetrenie a diéta. Nutné podávanie kortikosteroidov a imunosupresív, v niektorých prípadoch interferón.

Prevenia

- Dominantným bodom a pilierom prevencie je zachovávanie základných hygienických pravidiel.
- Nesmie sa piť voda a jesť jedlo, ktoré môžu byť kontaminované (pozor na vodu zo studne, žriediel, neznámych potokov).
- Očkovanie pri type A, B. Preventívne očkovanie proti VHB je u nás zaradené medzi povinné očkovania v detskom veku. Očkovanie aj proti VHA majú hrazené poisťovňou vybrané skupiny obyvateľstva podľa sociálnej situácie, povolania, resp. spôsobu života. Inak sa očkovanie vykonáva dobrovoľne a na žiadosť pacienta.

Represívne (postexpozičné) opatrenia u sestier :

V prípade poranení je nutné zvážiť riziko možného prenosu nákaz, ktoré sa prenášajú krvou a to hlavne vírusových hepatítid a HIV infekcie.

Veľmi významným je časový faktor - doba od použitia ihly či nástroja do poranenia (dĺžka expozície). Vírusy infekčných hepatítid sú veľmi odolné na vonkajšie prostredie (prežívajú v zaschnutej krvi až 7 dní). Vírusy HIV infekcie sú zasa veľmi citlivé na podmienky vonkajšieho prostredia, v ktorom hynú vo veľmi krátkom časovom intervale. Riziko prenosu VHB je asi 2% pri negatívnom HBeAg a 40% pri pozitívnom HBeAg. Novšie poznatky potvrdzujú epidemiologickú závažnosť nosičov s pozitívnymi protilátkami antiHBeAg. HBsAg sa objavuje pred nástupom príznakov, jeho maximum je pri plne rozvinutej chorobe. Potom klesá na nemerateľné hodnoty v 3 až 6 mesiaci. HBeAg, HBV-DNA, a DNA polymeráza sa ukazuje v sére skoro po HBsAg.

Pri kontaminácii biologickým materiálom obsahujúcim vírus C je riziko prenosu od 3 do 10%. VHC sa môže v rámci zdravotníckych zariadení častejšie vyskytovať skôr u dlhodobo hospitalizovaných pacientov po invazívnych zákrokoch.

	HIV	VHB
Minimálne množstvo krvi potrebnej k prenosu infekcie	0,4 ml	0,00004 ml
Riziko nákazy po poranení ihlou s krvou pozit. pacienta	<0,5%	7-30%

Stupeň rizika prenosu infekcie je ovplyvnený:

- koncentráciou vírusu v krvi,
- objemom kontaminujúcej krvi (priemer ihly),
- hĺbkou poranenia,
- imunitným stavom zdravotníka.

Primárne ošetrovanie ihneď po poranení zahŕňa nasledovné opatrenia:

- V mieste poranenia sa maximálne pokúsiť o vytlačenie krvi. Pri slabom výtoku krvi je možné ho zvýšiť kompresiou a súčasným stláčaním cievy nad miestom poranenia. Previazanie a stláčanie oblasti vpichu môže zvýšiť riziko zavlečenia patogénu do hlbších vrstiev tkaniva.
- Ranu intenzívne vyplachovať vodou a mydlom.
- Na miesto poranenia fixovať tampón s virusinaktivačným antiseptikom (napr. 1% Jodonal B, 0,2-0,5% Persteril) a aspoň 10 minút ho nechať na mieste vpichu za stáleho zvlhčovania antiseptikom.

Na profylaxiu HIV sa odporúčajú prípravky s obsahom jodoformu na báze etanolu (na rozdiel od čistého alkoholu má jód aj intracelulárny účinok).

Pri reznom poranení sa výtok krvi podporí roztiahnutím rany.

Pri kontaminácii oka sa musí oko dôkladne vymyť dostatočným množstvom vody či 5% roztokom PVP jódu.

Pri kontaminácii ústnej dutiny - infekčný materiál vyplúť a ústa vypláchnuť 80% nezriedeným alkoholom.

- Overiť platnosť očkovania proti tetanu. Ak je očkovanie nekompletné alebo od posledného očkovania uplynul dlhší ako 10 - 15-ročný interval - je nutné podať booster /extra dávka po základnom očkovačom cykle/ dávku vakcíny proti tetanu, evnt. doplniť pasívnou imunizáciou hyperimúnnym tetanickým sérom.
- Preventívnym opatrením proti možnému vzniku VHA u neočkovaných osôb je možná aplikácia 1 dávky normálneho ľudského imunoglobulínu (0,06-0,12 ml/kg hmotnosti).
- U neočkovaných sestier podať simultánne dostupné špecifické hyperimúnné imunoglobulíny proti VHB napr. Hepatect, resp. Aunativ alebo Hepaga B a zároveň aktívne imunizovať 1 dávkou Engerixu (resp. Euvax B). Ďalšie 2 dávky Engerixu podať vždy v mesačných intervaloch tak, aby bola rešpektovaná tzv. zrýchlená schéma 0. - 1. - 2. mesiac. Preočkovanie je nutné vykonať po roku od podania 1. dávky. U očkovaných sestier revakcinovať 1 dávkou Engerixu do 24 hodín, najneskôr do 7 dní po expozícii.
- HIV infekcia - zhodnotenie rizika infekcie po konzultácii s infektológom.

Osvojenie preventívnych zásad a správneho spôsobu ošetrovania sú základnou a nevyhnutnou podmienkou zachovania vlastného zdravia a predchádzania prenosu infekčných ochorení.

Nevedomosť totiž neospravedlňuje a v tých najrozmernejších dimenziách hrozí smrťou.

Kontrolované správanie je základným pilierom zachovania zdravia sestry pri práci.

Odporúčania pre sestry - prax:

- Osvojenie zásad prevencie a ich automatizácia
- Kontrolované správanie
- Šírenie vedomostí v rámci mesta, regiónu
- Dôsledná anamnéza + heteroanamnéza v prípade nejasností
- Zodpovedný postoj k sebe a svojmu okoliu
- Dokumentovanie rizikových informácií

Ošetrovateľský proces

Aktuálne ošetrovateľské diagnózy

Zvracanie a nevoľnosť v súvislosti s metabolickými poruchami prejavujúce sa zblednutím, potením, pocitom kyslosti v ústach

INTERVENCIE SESTRY:

- zistiť príčiny, ktoré vyvolávajú u dieťaťa nevoľnosť a zvracanie
- zaznamenať častotú, charakter a obsah zvratkov
- zaistiť dieťaťu po zvracaní výplach úst čistou vodou
- podávať antiemetiká podľa ordinácie lekára a zaznamenať ich účinok
- informovať dieťa a rodiča aby jedol a pil v malých dávkach

Zmenená výživa- menší príjem ako telesná potreba v súvislosti so zmenou zdravotného stavu prejavujúca sa nevoľnosťou po jedle

INTERVENCIE SESTRY:

- sledovať u dieťaťa celkový denný príjem potravy
- zistiť stravovacie návyky, ktorým jedlám dáva prednosť
- zaistiť kontakt rodiča s diétnou sestrou
- sledovať pravidelne hmotnosť dieťaťa
- informovať dieťa a rodiča o dôležitosti energetických hodnôt u jednotlivých potravín
- dodržiavať zásady a kultúru stolovania

Znížený objem telesných tekutín v súvislosti s vracaním prejavujúci sa pocitmi smädu, suchosťou kože a slizníc

INTERVENCIE SESTRY:

- sledovať a zaznamenať vitálne funkcie dieťaťa
- sledovať koncentráciu moču, suchosť slizníc
- zaistiť dostatočný prísun tekutín
- sledovať bilanciu tekutín, zmeny hlásiť lekárovi
- vysvetliť dieťaťu-rodičovi nutnosť zvýšeného príjmu tekutín

Porucha spánku v súvislosti so zmenou prostredia prejavujúca sa ťažkosťami pri zaspávaní

INTERVENCIE SESTRY:

- zistiť faktory ktoré spôsobujú poruchy spánku
- zbytočne nerušiť spánok dieťaťa
- umožniť dieťaťu pred spaním činnosti, na ktoré je zvyknutý
- zabezpečiť kľudné a tiché prostredie bez rušivých vplyvov z okolia

Akútna bolesť hlavy a pod pravým reberným oblúkom v súvislosti s prebiehajúcim zápalovým ochorením prejavujúca sa nekludom a vyhľadávaním úľavovej polohy

INTERVENČIE SESTRY:

- zistiť a zaznamenať druh a intenzitu bolesti
- zistiť faktory, ktoré ovplyvňujú intenzitu bolesti
- pomôcť pri zaujatí úľavovej polohy
- podať analgetiká podľa ordinácie lekára, sledovať a zaznamenať ich účinok
- odporučiť odpúťavacie aktivity rodičov

Rizikové diagnózy

Riziko narušenia rodičovskej starostlivosti

Riziko sociálnej izolácie

Záver a odporúčania pre prax

Ako vždy a všade inde – zásadným pilierom prevencie je edukácia. Ideálna edukácia by mala vychádzať z úst dnes nejestvujúcej školskej sestry, ktorá by problematiku vzniku vírusových hepatítíd pečene zachytila od raného predškolského veku (edukácia by mala byť zahájená už v spolupráci s rodičom dieťaťa počas gravidity ako s edukantom), pokračujúc školským vekom až včasnej dospelosti. Intervencie súvisiace s prevenciou rôznych druhov závislostí (alkohol, drogy) by mali byť samozrejmosťou tejto prevencie, ktorá – pri akomkoľvek kritickom pohľade na ňu, priznajme si, by nemohla byť neefektívnou, resp. nemohla by byť neefektívnejšou ako súčasný stav „takmer needukácie“.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. a kol. Gastroenterologie a hepalologie

BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. Pediatrické ošetrovateľstvo, Martin: OSVETA,

[http://www.google.sk/imgres?imgurl=http://www.cirhoza.info/zdrava-chora-pecen.](http://www.google.sk/imgres?imgurl=http://www.cirhoza.info/zdrava-chora-pecen)

<http://www.google.sk/imgres?imgurl=http://www.pluska.sk/images/gallery/fotoreportaz/2011/03/pecen/pecen11.jpg>

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HiwO2100CYoJ:www.ruvzpp.sk/oddelenia/epi/Dokumenty/ppaz.rtf+ambulantn%C3%A9+zdravotn%C3%ADcke+zariadenia&cd=9&hl=sk&ct=clnk&gl=sk>

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Bc. Terézia Hurárová

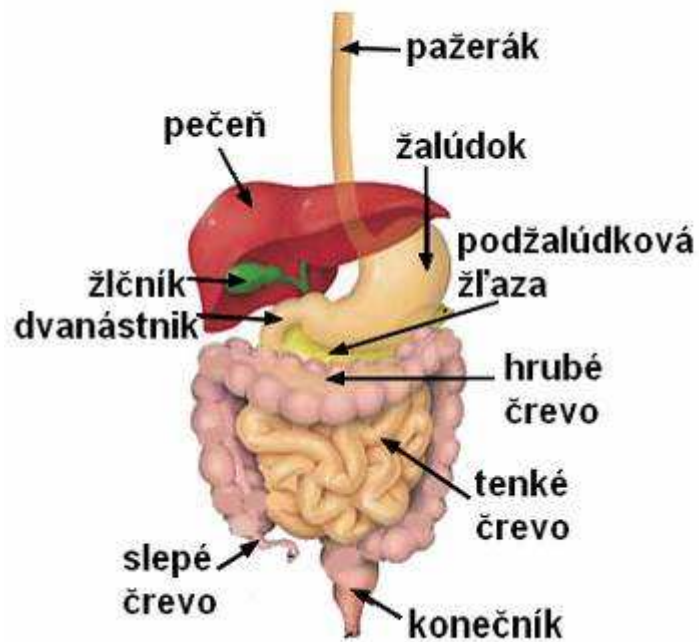
Rybany,

FN Trenčín, OÚCH

e-mail: hurarterka@centrum.sk

mobil: 0907 109 353

Tráviaca sústava



EDUKÁCIA ZAMERANÁ NA PODPORU DOJČENIA

Súhrn: Dojčiť dieťa nie je vrodená schopnosť matky. Dojčeniu sa musí žena naučiť. Prvé informácie týkajúce sa tejto problematiky má žena získať v rámci prenatálnej starostlivosti. Veľkú pozornosť treba venovať zo strany sestier a pôrodných asistentiek práve edukácii, pričom najdôležitejším cieľom je správne podanie informácií o prirodzenej výžive, fyziologických poznatkoch, o dôležitosti a technike dojčenia, psychosociálnych aspektoch a možných problémoch spojených s dojčením – tiež o spôsoboch, ako ich prekonávať.

Kľúčové slová: Dojčenie. Laktácia. Materské mlieko. Zdravie.

Tvorba mlieka a faktory ovplyvňujúce proces laktácie

Mlieko je tvorené epitelovými bunkami alveol mliečnej žľazy. Z alveol je odvádzané vývodnými kanálkami a hromadí sa v sínusoch, ktoré vyúsťujú na bradavke. Laktácia je proces, na ktorý sa organizmus budúcej matky pripravuje súčasne s vývojom plodu. Je riadený hormónmi hypofýzy – prolaktínom a oxytocínom. Prolaktín priamo podporuje tvorbu mlieka v mliečnej žľaze. Najvyššiu hladinu dosahuje v krvi matky v prvej hodine po pôrode.

Oxytocín zabezpečuje vylučovanie už vytvoreného mlieka. Tvorbu materského mlieka nemožno navodiť, udržať liekmi, ani inými prostriedkami, ale len vhodnou stimuláciou – saním z prsníka.

Zloženie materského mlieka /MM/

Kolostrum sa líši od zrelého mlieka vyšším obsahom bielkovín a solí a nižším obsahom sacharidov a tukov. Obsahuje sekrečný imunoglobulín, laktoferin a lyzozým, tiež ďalšie typy imunoglobulínov a je bohaté na vitamín A.

MM je v porovnaní s mliekom ostatných cicavcov chudobné na bielkoviny a soli.

Laktalbumín prevažuje nad kazeínom /aminokyseliny na výstavbu tkanív/ – preto je materské mlieko ľahšie stráviteľné, než kravské. S trvaním laktácie sa znižuje obsah tuku v mlieku, obsah tuku sa pohybuje v MM len od 3,5 – 4,0 g/100 ml. Hlavným sacharidom MM je laktóza, okrem nej obsahuje oligosacharidy. Nízky obsah minerálov, predovšetkým sodíka, chráni dieťa pred funkčným preťažením obličiek. Vápnik a fosfor sú obsiahnuté v MM v pomere 2:1, využiteľnosť železa je takmer 50 %. Vitamíny rozpustné vo vode sú prítomné

v MM v potrebnom množstve za predpokladu, že sú zastúpené vo výžive dojčiacej matky – vegetariánstvo môže byť príčinou deficitu vitamínu B12. Z vitamínov rozpustných v tukoch obsahuje MM dostatok vitamínov A a E. Zastúpenie vitamínu K je nedostatočné /podáva sa deťom do 1. roka/.

Pozitíva MM v porovnaní s umelou výživou

MM je pre svoju jedinečnosť a druhovú špecifickosť vo výžive dojčaťa nenahraditeľné.

Dojčenie priaznivo ovplyvňuje rast, vývoj a zdravotný stav dojčaťa. Imunitný systém dieťaťa výhradne dojčeného je preukázateľne lepší a deti sú menej často hospitalizované, než deti umelo živené. Prirodená výživa znižuje výskyt hnačkových ochorení, zápalu stredného ucha, ochorení dýchacieho systému, bakteriémií, infekcií močového systému, nekrotizujúcej enterokolitídy, obmedzuje výskyt alergóz, chronických porúch výživy, znižuje riziko obezity, diabetu, kardiovaskulárnych komplikácií a syndrómu náhleho úmrtia dojčiat. Sociálna interakcia dojčaťa a matky, založená už prenatálne na báze dojčenia vzťah upevňuje, pôsobí emocionálne a biologicky, poskytuje dieťaťu pocit istoty a bezpečia. Dojčenie poskytuje výhody aj matke – chráni ju pred otehotnením, laktačná amenorea znižuje straty krvi, dojčiace ženy sú zaťažené menším rizikom vzniku karcinómu ovárií a prsníkov a zlomenín krčka femuru. Významné sú aj ekonomické aspekty dojčenia.

Piliere edukácie

Edukáciu treba prispôbiť individuálnym potrebám a sociálnemu prostrediu, v ktorom tehotná žije. Viacrodička, ktorá svoje deti úspešne dojčila, nevyžaduje toľko pozornosti ako prvorodička prichádzajúca z prostredia s negatívnym postojom k dojčeniu. Pri prvom kontakte s tehotnou má sestra /PA/ odhadnúť jej postoje, názory, vedomosti, skúsenosti.

Anamnéza by mala obsahovať informácie o sociálnom prostredí, stravovacích zvyklostiach, o stravovaní ostatných členov rodiny. Pri vyšetrení ženy kontroluje sestra /PA/ bradavky – vyhľadáva prípadné anatomické deformácie, ktoré by mohli byť prekážkou dojčenia. Budúcim matkám je nutné poskytnúť kvalitné informácie o výžive v tehotnosti, omamných látkach a liekoch. Priemerný prírastok hmotnosti počas gravidity je 12,5 kg.

Správna výživa má byť pestrá, s dostatočným obsahom bielkovín, vitamínov a ostatných základných živín. Matky treba viesť k tomu, aby sa vyhýbali alkoholu, nikotínu, nepotrebným liekom a drogám.

Výživa a životospráva dojčiacej matky

Potreba energie

Potreba energie je vyššia ako v tehotenstve asi o 600 kcal/deň – energetická hodnota 12 000kJ /2870 kcal/. Chudnutie počas dojčenia je nevhodné!

Kvalita výživy – bielkoviny

Zdroje bielkovín sú: živočíšne /mäso, morské ryby, vajcia, mlieko/, zdroje rastlinné /orechy, semená, strukoviny/.

Kvalita výživy – tuky

Medzi vhodné tuky patrí olivový olej, výnimočne maslo a bravčová masť v malom množstve, polievky bez zápražky, príprava mäsa varením, pečením /v sáčkoch na pečenie/, grilovaním – nie však vyprážaním!

Kvalita výživy – uhľohydráty

Zdrojom sú potraviny rastlinného pôvodu, resp. zemiaky, obilniny, ovocie, zelenina, chlieb, pečivo /celozrnné/, vynechať treba cukrárenské sladkosti!

Kvalita výživy – vitamíny, minerály, stopové prvky

Potrebné sú vitamíny A, B1, B2, B6, B12, vitamín C, D, z minerálnych látok je dôležitý vápnik, horčík, železo, jód.

Kvalita výživy – tekutiny

Vhodné sú minimálne 3 l tekutín denne počas dojčenia, vhodné sú stolové neperlivé vody, ovocné a bylinkové čaje, 100 % ovocné šťavy riedené minerálnou vodou, vynechať nápoje s obsahom cukru, kofeínu, alkoholu, chinínu, surové mlieko.

Dojčiaca matka nesmie fajčiť, piť alkohol a užívať drogy. Lieky smie užívať len na odporúčanie lekára.

Uskladnenie materského mlieka a techniky dojčenia

Dieťa má mať možnosť dojčenia podľa potrieb, nie podľa časového rozvrhu. Časté sanie z prsníka podporuje tvorbu mlieka a silné sacie pohyby stimulujú vyplavenie prolaktínu

a oxytocínu. Dôležitá je hygiena prsníka pred dojčením /umytie vlažnou vodou pred každým dojčením/. Potrebné je aj správne uchopenie nielen bradavky, ale čo najväčšej časti dvorca.

Vhodná poloha dovoľuje dieťaťu voľne dýchať a je predpokladom toho, že matku dojčenie nebude bolieť a nebude viesť k tvorbe ragád. Bezprostredne po pôrode je vhodná poloha pre dojčenie v ľahu, neskôr v sede. Po cisárskom reze môže matka dojčiť v ľahu, alebo polosede, s podloženými nohami. Časový rozvrh sa neurčuje – niektoré deti sajú 5 minút, iné potrebujú čas aj 4 x dlhší. V prvých týždňoch života by malo byť dieťa dojčené 10 – 15 minút 8 – 12 x v priebehu 24 hodín. Fyziologický hmotnostný úbytok vyrovnáva dieťa počas 2 – 3 týždňov a má denne dostatok pomočených plienok.

Mlieko sa odstriekava čistými rukami z vodou umyťého prsníka do vyvarenej nádoby, väčšinou dojčeneckej fľaše. Čerstvo odstriekané mlieko možno v chladničke skladovať 24 hodín, pri dlhšom skladovaní sa musí zmraziť na -18 st. Celzia – takto sa môže skladovať najviac 3 mesiace, ničí sa v ňom však časť živých buniek, leukocytov, pasterizáciou niektoré enzýmy, imunoglobulíny a ďalšie cenné súčasti. Var je pre zachovanie predností materského mlieka nevhodný. Rozmrazovanie by malo byť šetrné a pozvoľné ohrievaním vo vlažnej vode. Mikrovlnná rúra sa neodporúča.

Darcovstvo mlieka

Darkyňou mlieka môže byť zdravá žena, ktorá nemá vlastné dieťa staršie ako 6 mesiacov a ktorá:

- Nemá alergické ochorenie,
- Nemá žiadne systémové a chronické ochorenie,
- Neužíva dlhodobo žiadne lieky, ani homeopatiká,
- Nemá žiadne infekčné ochorenie /ani ona, ani dieťa/,
- Nesmie fajčiť, piť alkohol a užívať omamné látky,
- Neprekonala infekčnú hepatitídu typu B a C,
- Nedostala za posledných 12 mesiacov transfúziu krvi,
- Nebola liečená pred rokom 1985 ľudským rastovým hormónom,
- Má správnu životosprávu,
- Nevedie promiskuitný život,

- Od prípadného ukončenia liečby antibiotikami kvôli infekcii môže mlieko odovzdávať až po 2 týždňoch, kvôli miestnej infekcii prsníka po 48 hodinách od ukončenia liečby ATB,
- Je poučená o zásadách odstriekavania MM v domácnosti /ruky si umyje mydlom a vodou, prsníky opláchnu vodou, pri každom odstriekavaní 5 ml – prvých, mlieka vyleje, uprednostňuje ručné odsávanie pred odsávačkou, odstriekava priamo do sterilnej fľaše z banky, fľašu plní do výšky 3 cm od povrchu fľaše, po odstriekaní menšieho množstva mlieka dá fľašu do mrazničky a doplní ju pri ďalšom odstriekavaní, odstriekané mlieko uskladní v mrazničke v samostatnom priestore oddelene od ostatných potravín/.

Dôležité je vyšetrenie:

1/ Darkyne ženského mlieka pred začatím darcovstva

2/ Vyšetrenie ženského mlieka z prvej vzorky novej darkyne

3/ Pasterizácia ženského mlieka podľa HOLDERA trvá 30 minút pri teplote 62,5 st. Celzia, zahrievacia fáza trvá 20 minút. Po pasterizácii sa fľaše s mliekom schladia na teplotu +4 st. Celzia pod tečúcou vodou za 20 minút. Zmrazené pasterizované mlieko sa môže použiť do 1 mesiaca. Rozmrazuje sa vo vodnom kúpeli pri 37 st. Celzia a musí sa použiť do 24 hodín.

Prekážky a problémy dojčenia

Zo strany matky sú to nasledujúce prekážky:

- Vtiahnuté, ploché bradavky, popraskané a bolestivé bradavky
- Bolestivé naliatie prsníkov
- Retencia mlieka v mliečnej žľaze a zápal prsníka /mastitis, absces/

Kontraindikácie:

- Celkové závažné ochorenie matky /zlyhanie srdca, závažné ochorenie obličiek, pečene, pľúc, psychózy, popôrodná depresia/,
- Infekčné choroby – BK pozitíva fáza tuberkulózy

Zo strany dieťaťa:

- Zlé prisatie k prsníku
- Dojčenie nedonosenca, ktorý sa narodil po 32 týždni tehotnosti
- Dojčenie dieťaťa s rázštepom podnebia
- Dieťa s vrodenou chybou srdca
- Deti s vrodenými metabolickými chorobami

Záver a odporúčania pre prax

V rámci holistickej ošetrovateľskej starostlivosti je tento príspevok vhodný nielen pre PA v SR, ale pre všetky sestry z ambulancií praktického lekára pre dospelých, či interných a iných ambulancií, do ktorých prichádzajú pacientky v rámci interného vyšetrenia počas gravidity. Zvýšiť povedomie žien o dojčení je výzvou – najmä v dobe, kedy sa /nielen/ v mienkotvorných médiách prezentujú tzv. „celebrity“, ktoré dojčenie zaznávajú v zmysle preferencie zovňajšku a konzumného spôsobu života pred materinskými prioritami, medzi ktoré patrí najmä zdravie dieťaťa. Preto odporúčame všetkým sestram, ktoré prídu do kontaktu s tehotnou nastávajúcou mamičkou, aby ju poučili o výhodách dojčenia a navodili tú správnu materinskú „atmosféru“ a náladu. Nedá sa nespomenúť absencia roly školskej sestry, ktorá by uvedené mohla aplikovať medzi mladé dievčence a teenagerky, ktoré sa raz stanú matkami a žiaľ, rozhodne budú tieto informácie pri súčasnom trende vývoja zdravotnej starostlivosti v SR postrádať...

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

ONDRIOVÁ, I., SINAIOVÁ, A. Význam edukácie pre podporu dojčenia. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2007, č. 40, s. 8-10

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Anna Szabóová,

Revúca,

Ambulancia praktického lekára pre deti a dorast,

MUDr. Marta Sviatková,

mobil: 0908 968 656

Alena Laurenčíková,

Revúca,

Ambulancia praktického lekára pre deti a dorast,

MUDr. Oľga Viestová,

Mobil: 0918 790 812

PREVENTÍVNE OPATRENIA VZNIKU POSTRADIAČNÝCH ZMIEN NA KOŽI

Súhrn: Liečba nádorových ochorení ionizujúcim žiarením /rádioterapia/ je po chirurgickej druhou najstaršou liečebnou modalitou. Cieľom modernej rádioterapie /RT/ je aplikovať presne zmeranú dávku žiarenia do nádorového objemu s minimálnym poškodením zdravých tkanív. Napriek dôslednému plánovaniu a vykonávaniu ožarovania musíme rátať s tým, že sa vyskytnú nežiadúce sprievodné reakcie.

Kľúčové slová: Rádioterapia. Edukácia. Nežiadúce účinky. Koža.

Zmeny na koži počas RT sa z klinického hľadiska delia na včasné a neskoré. Prvý orgán, ktorý prichádza do styku s ionizujúcim žiarením je koža. Účinky žiarenia na kožu môžeme pozorovať na prvý pohľad, preto je jej správne ošetrovanie počas liečby veľmi dôležité.

Zmeny na koži sa objavujú najmä pri lokálnom ožiarení a v mieste ožarovaných polí.

Dôležitá je ochrana ožarovaného poľa. Závažnosť neskorých komplikácií spočíva v tom, že sa zjavujú po šiestich a viacerých mesiacoch, nemusia im predchádzať akútne zmeny na koži a môžu znížiť výsledný efekt liečby.

Predrádioterapeutická starostlivosť

Už počas prípravy na RT liečbu musíme pacienta oboznámiť a dať mu informácie o postupe, realizácii a možných komplikáciách liečby. Prvým krokom ošetrovateľskej starostlivosti je:

- Celkové posúdenie ZS chorého a telesnej zdatnosti,
- Posúdenie stavu výživy a stravovacích zvyklostí,
- Zváženie zdravotných rizík,
- Posúdenie životného štýlu, uznávaných hodnôt a prežívaného stresu.

Prevenia vzniku postradiačných zmien na koži

Cieľom prevencie je zabrániť maximálnym úsilím vzniku postradiačných zmien. Opierame sa o nasledovné zásady:

Chrániť kožu pred mechanickým žiarením: nosiť voľný bavlnený odev, bez golierov, bavlnenú spodnú bielizeň, zásadne sa vyvarovať nosenia odevov z priliehavých syntetických materiálov.

Chrániť kožu pred fyzikálnymi vplyvmi: neslniť sa počas liečebnej série, nenavštevovať solárium, nepoužívať horské slnko, nemasírovať ožarované miesta, neprikladať na ožarované miesta termofor, teplé, či horúce obklady.

Chrániť kožu pred chemickými vplyvmi: používať mydlá s neutrálnym pH, nepoužívať parfémy, deodoranty, púdre /okrem detského, kozmetické krémy a prípravky.

Dodržiavať zvýšený hygienický režim: chrániť kožu pred zaparením, vysúšať bavlnenými uterákmi, ale netrieť – len ich prikladať, fúzy holiť elektrickým strojčekom, ak sa zjaví erytém – už neholiť, kožu premasťovať indiferentnými a epitelizačnými masťami /Calcium panthotenicum, Dermazulen, Erevit, Panthenol gél/ a tieto jemne vtierať do pokožky, nenechávať súvislý film krému na pokožke.

Kritériá hodnotenia stupňov radiačnej toxicity

Tieto kritériá rozdeľujeme nasledovne /osvojenie by malo byť automatické pre sestry pracujúce s pacientmi absolvujúcimi RT/:

RTOG KRITÉRIÁ HODNOTENIA STUPŇOV AKÚTNEJ RADIAČNEJ TOXICITY/ DO 90. DŇA OD ZAČIATKU OŽAROVANIA (Jurga a kol., 2000)				
0. stupeň	1. stupeň	2. stupeň	3. stupeň	4. stupeň
Bez zmeny oproti normálu	Erytém, alopecia, suchá deskvamácia, znížené potenie	Výrazný erytém, ložisková vlhká deskvamácia, mierny edém	Splývajúca vlhká deskvamácia, zjavný edém	Ulcerácia, hemorágia, nekróza

RTOG A EORTC KRITÉRIÁ HODNOTENIA STUPŇOV NESKOREJ RADIAČNEJ TOXICITY (Jurga a kol., 2000)					
	0. stupeň	1. stupeň	2. stupeň	3. stupeň	4. stupeň
Koža	Bez zmeny	Ľahká atrofia, pigmentácia, čiastková strata vlasov	Ložisková atrofia, obyčajné telengiektázie	Výrazná atrofia, ťažké telengiektázie	Ulcerácia
Podkožné tkanivo	Bez zmeny	Ľahká fibróza a strata podkožného tuku	Stredne ťažká asymptomatická fibróza	Ťažká indurácia strata podkožného tkaniva	Nekróza

Ošetrovateľské postupy

Ošetrovateľské postupy pri akútnych postradiačných zmenách na koži rozdeľujeme a aplikujeme podľa stupňa poškodenia nasledovne:

1. stupeň: kožu premasťovať, obklady 2 x denne, prípadne sedacie harmančekové kúpele.
- 2., 3. stupeň: niekoľkodenná pauza v ožarovaní, omývanie kože 1 % peroxidom vodíka, aplikácia ATB mastí, antiflogistických prostriedkov – kortikoidné masti, epitelizačné masti.
4. stupeň: konzultácia o chirurgicko – plastickom výkone.

Ciele pacienta

Ciele pacienta diferencujeme do troch oblastí:

- afektívne
- kognitívne
- behaviorálne

AFEKTÍVNE /POSTOJOVÉ/ CIELE:

- pacient prejavuje sestre dôveru,
- vyjadruje ochotu a záujem doplniť si informácie o liečbe žiarením,
- včas rozpozná komplikácie liečby a chráni sa pred nimi,
- uvedomuje si význam správneho ošetrovania kože počas liečby,
- získava presvedčenie o pozitívnej účinnosti liečby a dodržiavanie správneho životného štýlu počas nej.

VEDOMOSTNÉ /KOGNITÍVNE/ CIELE:

- pacient opisuje nežiadúce účinky a prejavy na koži počas liečby žiarením,
- verbalizuje zásady prevencie nežiadúcich prejavov na koži,
- pozná spôsoby ochrany kože pred mechanickým, fyzikálnym a chemickým poškodením počas ožarovania,
- verbalizuje zásady zvýšenej hygienickej starostlivosti o kožu,
- vie vysvetliť význam správneho ošetrovania kože počas liečby,
- verbalizuje zásady správneho životného štýlu počas liečby žiarením a po nej.

PSYCHOMOTORICKÉ /ZRUČNOSTNÉ/ CIELE:

- pacient sleduje zmeny na koži počas liečby a hlási ich ošetrovateľskému personálu,
- dodržiava zásady hygienickej starostlivosti a ošetrovania kože počas liečby žiarením,
- aktívne sa zapája do edukačného procesu,
- otvorene rozpráva o problematike, vyjadruje svoje obavy a potreby,
- dodržiava správny životný štýl počas liečby,
- zapája do procesu starostlivosti aj rodinu.

Prekážky dosiahnutia participácie

Samozrejme, keďže sa jedná o onkologického pacienta, existuje riziko vzniku prekážok pri dosahovaní participácie pacienta na vlastnej starostlivosti a preto si všímame:

- nadmerná úzkosť, strach – riešime holisticky – neslobodno zanedbať, pred sebou máme živú, trpiacu bytosť,
- slabá motivácia pre edukáciu – je benefitom dobrej edukátorky vedieť presvedčiť a získať si pacienta pre edukáciu, potrebné je vysvetlenie pozitív aj rizík,
- zvýšená únava, psychické vyčerpanie – prispôbiť edukáciu pacientovi – vhodná maximálne 30 minút,
- nízka schopnosť dôvery k personálu – fenomén dnešnej doby,
- maladaptácia na onkologické ochorenia – nutné riešiť!

Záver a odporúčania pre prax

Byť nápomocnou pacientovi v tak ťažkej situácii, akou onkologické ochorenie nepochybne je, je zodpovednou a náročnou úlohou. Dokonalé vedomosti a humánný prístup sú jediné piliere, ktoré nám zaručia spokojnosť pacienta a jeho ľahšie zvládanie svojej neľahkej choroby. V praxi to znamená byť tou „múdrou sestrou“ a „ostať človekom“ s veľkým srdcom.

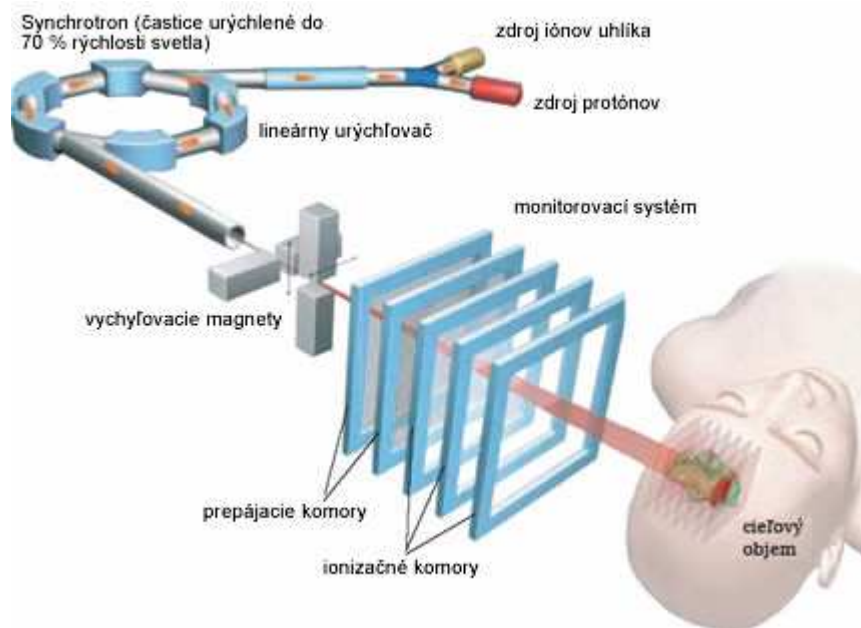
Jedinej veci sa treba vyvarovať – rutine. Pacient nesmie byť stránkou, ďalším v poradí...Na jeho mieste môžeme byť aj my, preto stačí zamyslieť sa nad tým, čo by sme od sestry očakávali na mieste človeka, ktorý stojí, či leží pred nami so svojím vnútorným svetom plným otázok bez odpovedí...

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

VIŠŇOVCOVÁ, N., KELČÍKOVÁ, S., HRUBÝ, R. Edukácia pacienta v prevencii postradiačných zmien na koži. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2005, č. 17, s. 6-8

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Mgr. Petra Oláhová,
Spišská Nová Ves,
Ambulancia praktického lekára pre dospelých,
mobil: 0905 154 730



JOGGING V PREVENCIÍ (NIELEN) OBEZITY A HYPERTENZIE

Súhrn: Beh je jedna z foriem fyzickej aktivity, ktorá sa dá praktizovať všade – v meste, horách, pri mori a na rozdiel od iných športov vyžaduje veľmi skromnú výbavu: pár dobrých tenisiek, krátke nohavice a tričko. Pravidelný beh znižuje kardiovaskulárne riziko o takmer 50 % a pomáha znížiť hlavné rizikové faktory, ako sú hypertenzia a obezita. Pravidelná fyzická aktivita zvyšuje HDL-ch a znižuje LDL-ch, pomáha udržiavaniu kostnej hmoty a spomaľuje tým proces osteoporózy v neskoršom veku, ktorá sa spája s rizikom fraktúr v starobe. Mobilizácia veľkých svalových skupín, ktorá vzniká počas behu, zvyšuje efektívnosť inzulínu v tkanivách a podľa epidemiologických štúdií preventívne pomáha a chráni pred vznikom diabetu nezávislého od inzulínu. Takisto sa vie, že niektoré druhy rakoviny sa vyskytujú častejšie u obéznych ľudí.

Kľúčové slová: Beh. Jogging. Obezita. Prevencia. Hypertenzia.

Ako starneme, menej sa hýbeme a súčasne konzumujeme také isté množstvo, alebo viac, ako sme jedli v mladosti. Robíme presný opak toho, čo by sme mali. Nízka fyzická aktivita spolu so spomalením metabolizmu vedie k množstvu fenoménov starnutia. Obezita a sedavý spôsob života sú dobrou živnou pôdou pre neskoršie zdravotné problémy v dospelosti.

Keď pozorujeme, ako sa deti hrajú, uvedomíme si, koľko energie do tejto aktivity vkladajú: behajú, skáču, lezú a najmenej zo všetkého kráčajú. Beh by sa mal preto počas dospelosti zachovať a pestovať ako pravidelná fyzická aktivita – pričom sa nemusí nevyhnutne spájať so súťažami.

Ako začať?

Pre starších ľudí je jogging vhodným typom behu. Tridsať minút denne aspoň 4 x týždenne strednou intenzitou má významné priaznivé účinky pre zdravie. Pri joggingu je potrebné dbať na 4 faktory:

- Rozohriatie sa a vychladnutie
- Strečing
- Hydratácia
- Správne oblečenie

Rozohriatie sa a vychladnutie

Cieľom rozohriatia je zvýšiť teplotu svalov tak, aby mohli pracovať v optimálnych podmienkach. Je to dôležité najmä v zime, keď človek prejde z teplého prostredia do chladného počasia.

Zahriatie spočíva v skákaní na mieste, alebo ľahkých gymnastických cvikoch približne 5 – 10 minút. Význam vychladnutia po fyzickej námahe spočíva v návrate kardiovaskulárneho systému do podmienok v pokoji, predovšetkým spomalenie srdcovej frekvencie.

Beh by sa nemal ukončiť náhle, ale na jeho konci sa odporúča ešte chvíľu kráčať, urobiť niekoľko gymnastických cvičení a strečing, aby sa zabránilo pocitom svalovej tuhosti a bolesti.

Frekvencia, Intenzita a Čas /FIT/

Minimálna potrebná fyzická aktivita k zabezpečeniu adekvátneho tonusu KVS a zlepšeniu fyzickej kondície je jogging 3 – 5 x týždenne /frekvencia/ s intenzitou medzi 65 – 80 % maximálnej pulzovej frekvencie a v trvaní 20 – 60 minút. Maximálna pulzová frekvencia sa vypočíta podľa vzorca:

$$\text{Max } f = 220 - \text{vek}$$

Počas joggingu je možné merať si PF na krku, alebo zápästí počas 10 sekúnd a údaj vynásobiť číslom 6. Je dôležité, aby človek nevenoval pozornosť rýchlosti, ale dĺžke trvania joggingu. Na začiatku je vhodné bežať pomalšie, po prirodzenom povrchu /zem, tráva/ a prejsť do chôdze, ak sa prejaví dýchavica. Po jej vymiznutí môžeme znova bežať. Zo začiatku sa odporúča v 15 minútových intervaloch striedať beh a chôdzu. Zo strečingových cvičení sa odporúčajú cviky, pri ktorých sa naťahuje m. gastrocnemius, hamstringy, m quadriceps, abduktory a svaly dolnej časti chrbtice. Strečing sa má robiť so zameraním na obe strany tela a napätie v svaloch sa nesmie prepínať.

Zabezpečenie výbavy

Oblečenie by malo byť ľahké, aby umožnilo dýchanie pokožky, najmä v lete. Neodporúča sa nosiť príliš veľa vrstiev oblečenia, alebo nepremokavé súpravy. Na beh sa odporúča obuv, ktorá je určená na tento druh športu. Používanie obuvi, ktorá je určená na iné druhy športu, môže viesť k zraneniu, pretože sa zmení mechanika chodidiel. Beh v opotrebovaných teniskách vedie k mechanickej nerovnováhe chodidla, ktorá je častou príčinou tenditídy

Achillovej šľachy. Joggeri by si mali kupovať obuv o polovicu čísla, alebo aj o celé číslo väčšie, ako majú číslo topánok, pretože chodidlo má počas behu tendenciu opúchať, čoho výsledkom môže byť kompresia palca, najmä zóny priliehajúcej k nechtu s následnými hematómami a stratou nechta.

Tenisky zvyčajne vydržia 700 – 800 km, v niektorých prípadoch aj 1200 km. Väčšina však už po 500 – 600 km stráca podstatnú časť otrasy absorbujúcej kvality.

Hydratácia počas joggingu

Hydratácia je dôležitá v každom športe. Vo všeobecnosti platí, že ľudia, ktorí sú menej trénovaní, sa potia viac, ich beh je menej efektívny, využívajú k svalovej činnosti viac uhl'ohydrátov a návrat do východiskového stavu im trvá dlhšie. Niektorí ľudia stratia pri intenzívnom cvičení a v horúcom počasí 2 – 3 l tekutín v priebehu hodiny. Odporúča sa počas športovania nečakať na pocit smädu, pretože smäd znamená už podstatnú dehydratáciu.

Vhodné je vypiť 1 – 2 poháre vody, či minerálky, resp. čaju ešte pred začiatkom behu a dopĺňať tekutiny každých 15 – 20 minút. Po skončení behania je vhodné vypiť nápoj, ktorý obsahuje elektrolyty aj glukózu. Vo všeobecnosti platí, že úbytok hmotnosti po cvičení znamená 1,5 – litrovú stratu tekutín, ktorú je nutné doplniť. Tekutina by sa mala dopĺňať malými dúškami a nie nárazovým vypitím veľkého objemu.

Výživa pre joggerov

Podstatou je vyvážená strava – resp. diéta podľa konceptu tzv. pyramídy výživy /Nutrition Guide Pyramide/. Počas dlhodobého cvičenia na čerstvom vzduchu, na slnku, alebo v mestskom ovzduší nasýtenom výfukmi sa vytvára veľké množstvo voľných radikálov.

Užívanie antioxidantov môže zabrániť ich negatívnym účinkom. K exogénnym antioxidantom patria:

- vitamíny C a E, betakarotén, ubichinón, lycopén, luteín, zeaxantín, žen – šeň.

Záver a odporúčania pre prax

Všetky epidemiologické štúdie dospeli k záveru, že jogging, alebo iná pravidelná fyzická aktivita znižujú mortalitu. Pre ambulantné sestry z tejto prednášky plynie odporúčanie edukovať pacientov o potrebe fyzickej aktivity, nie však slovami „*pohybujte sa viac*“, ale

v spolupráci s pacientom aj vhodným výberom športu podľa možností pacienta. Jogging je vynikajúcou alternatívou u pacientov, ktorí nemajú ortopedické ťažkosti a chcú kondične behať.

Okrem tejto aktivity môžeme odporúčať napríklad nordic walking, spinning, walking, plávanie, horské bicyklovanie a pod.

Podstatné je vychovávať verejnosť k tomu, aby odstraňovala zlovyky, ako alkohol, drogy a fajčenie a nahradila ich aktivitami, ktoré budú osožné, nie zabíjajúce...

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

BÁNSKA, K. Význam joggingu pre zdravie. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2006, č. 20, s. 38-39

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Mgr. Jaroslava Lunterová,

Revúca,

Interná a kardiologická ambulancia,

MUDr. Karol Urbanec,

mobil: 0907 870 616



ÚČINNÁ PREVENCIA ILEOSAKRÁLNEJ BOLESTI

Súhrn: Podľa Mareka Krasuskiho /špecialista na medicínsku rehabilitáciu/ bolesti v driekovej časti chrbtice /bolesti v krížoch / sa v našej civilizácii vyskytujú takmer u každej dospeléj osoby. Nie vždy musia byť zapríčinené vážnou chorobou. Ich najčastejšou príčinou je insuficiencia brušných svalov a svalovo-väzivového okolia chrbtice. Bolesti krížov môže sprevádzať veľa chorôb nesúvisiace bezprostredne s chrbticou /choroby bedrového kĺbu, močového systému, pohlavných orgánov a iných orgánov brušnej dutiny/.

Kľúčové slová: Bolesť. Driek. Chrbtica. Rehabilitácia. Populácia.

Vedeli ste?

- Štyri z piatich dospelých osôb zažijú bolesti krížov aspoň raz za život.
- Bolesťou krížov pravidelne trpí až 25% osôb vo veku 30 až 50 rokov a výskyt sa zvyšuje s pribúdajúcim vekom.
- Bolesť chrbtice sa objavuje ako chorobný stav u 5% populácie.

Pri diferenciacii týchto nedostatkov je potrebné brať do úvahy:

- diskopatiu,
- degeneračné zmeny chrbtice,
- bolesti zapríčinené vývojovými chybami chrbtice,
- posttraumatické zmeny,
- rôzne chorobné procesy kostných štruktúr,
- chorobné zmeny nervového systému,
- skupinové funkčné a psychogénne bolesti.

Faktory spôsobujúce bolesti krížov:

- nadmerné a dlhotrvajúce preťažovanie chrbtice vyplývajúce z nadváhy
- nesprávna pozícia pri sedení alebo ležaní, dlhotrvajúca jazda automobilom,
- nesprávne nosenie predmetov,
- „fotelový“ životný štýl /pohybová pasivita/,
- starnutie organizmu /opotrebenie tkanív/,

- úrazy v oblasti drieku.

Liečenie a profylaxia bolestí krížov

Účinnosť liečenia bolesti krížov je závislá od správnej diagnózy, spočívajúcej na zistení, ktorá štruktúra vyvoláva bolesť, ako aj na adekvátnom rozpoznaní povahy poruchy. Liečenie bolestí chrbtice musí byť komplexné a má si kvalifikovať primerane udržiavací liečebný postup.

Udržiavacie liečenie spočíva v:

- adekvátnom zotavení,
- užívaní protizápalových liekov /obvykle nesteroidné/ a liekov proti bolesti, liekov uvoľňujúcich
- svalový systém ,
- po utíšení akútnych bolestí, praktizovanie fyzikoterapie,
- náuke rehabilitačných cvičení a ich správnom praktizovaní,
- náuke správneho vykonávania denných činností, tak v práci ako aj doma.

Liečenie pohybom – kineziterapia

Kineziterapia je základnou súčasťou pri liečení a profilaxii bolestí krížov. Jedným z elementov správnej kineziterapie je výber adekvátnych východzích pozícií cvičení. Vo všeobecnosti sú cvičebné úkony realizované z pozície v ľahu na boku alebo podopretého v kľaku. Vykonávané cvičenia nesmú vyvolávať bolesť a ich intenzita by mala byť prispôsobená výkonnosti cvičiaceho.

Príkladové cvičenie je potrebné vykonávať pokojne vo vyrovnanom tempe, zachovávajúc si rytmický, rovnomerný oddych. Cvičenia by mali vykonávať počas 20 minút. Snažíme sa o to, aby sme každé cvičenie zopakovali 10 krát. Miestnosť v ktorej vykonávame cvičenia by mala byť čistá /bez prachu/, vyvetraná /v lete pri otvorenom okne/. Cvičenia sa vykonávajú na žinienke /alebo matraci/, vo väčšej vzdialenosti od nábytku a iných rôznych domácich zariadení.

Profylaxia bolestí a dysfunkcie chrbtice

Je potrebné dbať na udržiavanie vyrovnanej postavy v pracovnom čase a čase odpočinku. Jedným zo základných aktov je kontrolovanie postavy, ako aj polohy chrbtice v momentoch

pohybu a to takým spôsobom, ktorý umožní vyhnúť sa dyskomfortu spôsobeného bolesťou a tiež čo najpravidelnejšie vykonávanie pohybov. Liečebnú a profylaktickú gymnastiku je potrebné dopĺňovať cvičeniami vykonávanými v každých podmienkach, dokonca aj v kancelárii, či sesterni, resp. v ambulancii počas pracovnej doby.

Vlastné skúsenosti ako aj pozorovania mnohých autorov ukazujú, že nebezpečné pozície pre chrbticu sú pohyby zohnutia a vyrovnávania sa spojené s rotáciami trupu. Aby sa ohraničilo stupňovanie bolesti, je potrebné zredukovať na minimum pohybovú aktivitu vyžadujúcu takéto pohyby. Všetky pohyby by mali byť sprevádzané udrжанím si podľa možností správnej krivky chrbtice.

POZOR:

Návšteva u lekára je nevyhnutná v prípade, keď bolesť chrbtice sprevádzajú:

- ťažkosti s močením alebo vyprázdňovaním,
- znecitlivenie okrajových oblastí, perinea alebo genitálií,
- nestabilita vo vzpriamenom postoji a ťažkosti s pohybom nôh,
- horúčka,
- úbytok telesnej hmotnosti.

Návšteva u lekára je tiež nevyhnutná, keď bolesť:

- sa zosilní a neustúpi počas 4 – 6 týždňov,
- je veľmi silná,
- sa objavuje v pokoji, nečinnosti
- zobúdzá zo spánku.

Záver a odporúčania pre prax:

Tak pre sestry a pôrodné asistentky, ako pre pacientov je skutočne prínosné poznať určité špecifické preventívne opatrenia a správne ich uplatňovať. Často sa totiž stáva, že obídenným prevenciou, či už z pohodlnosti, ležérneho prístupu k sebe, nedostatkom času na seba, alebo z iných rôznych dôvodov sa nájdeme v ambulancii, či na oddelení v role pacientov. Práca sestry a pôrodnej asistentky je vysoko náročná na fyzickú oblasť zdravia. Poznajme preto a správne uplatňujme nové vedomosti v záujme pomôcť sebe i iným.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

Capko, J. *Základy fyziatrické léčby*. Praha: Grada, 1998. 396 s. ISBN 80-7169-341-3

Haladová, E. a kol. *Léčebná telesná výchova*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských odborů, 2003. 135 s. ISBN 80-7013-384-8

Kim, Davics. *Zdravý chrbát*. Bratislava: Slovart, 2009. 96 s. ISBN 9788-0808-5556-7

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Valéria Bányászová,

Svodín,

Ambulancia praktického lekára pre dospelých,

e-mail: valeria.banyaszova@gmail.com



DIÉTA PRI PERORÁLNEJ ANTIKOAGULAČNEJ TERAPII – EDUKÁCIA PACIENTOV

Súhrn: Antikoagulačná liečba predstavuje zásah do potenciálu krvného zrážania a má viesť k jeho zníženiu. Pacientov liečených u nás perorálnymi antikoagulanciami /PoA/ u nás neustále pribúda. Antikoagulačná liečba prináša prospech skupinám pacientov. Kolísanie účinku liečby má rôzne príčiny – významnú úlohu hrá vitamín K v potrave. Vitamín K patrí k vitamínom rozpustným v tukoch /ďalšie z nich sú vitamíny A, D a E/. Jeho názov pochádza z nemeckého die Koagulation, jedná sa o pomerne stabilný vitamín, ktorý sa nemení tepelnou úpravou, ani skladovaním. K značným stratám vitamínu K dochádza, keď je potraviná vystavená dennému svetlu. Množstvo vitamínu K v organizme kolíše v závislosti od ročného obdobia. Vysoký príjem vitamínu K možno pozorovať v listovej zelenine. A hoci zatiaľ neexistujú jednoznačné závery, môžeme konštatovať, že obsah vitamínu K vyšší ako 250 mg denne môže významne ovplyvniť účinok kumarínov /perorálnych antikoagulancií/, najmä pokiaľ je tento prísun pravidelný.

Kľúčové slová: Antikoagulačná terapia. Vitamín K. Diéta. Edukácia. Potrava. INR.

Diéta doporučená pri užívaní perorálnych antikoagulancií je založená na dodržiavaní takých opatrení, aby nedochádzalo ku kolísaniu aktivity perorálnych antikoagulancií. Vzhľadom na to, že účinnosť perorálnych antikoagulancií je založená na blokovaní účinku vitamínu K, antikoagulačná aktivita okrem iného závisí od prívodu vitamínu K diétou.

Zníženie aktivity perorálnych antikoagulancií /PoA/ vedie k ich nedostatočnému účinku a vzniku trombóz a tým zároveň k nesplneniu indikácie, kvôli ktorej sú PoA podávané.

Naopak, zvýšenie ich aktivity môže viesť k zníženiu koagulačnej schopnosti a vzniku spontánneho krvácania, alebo k vzniku krvácajúcich komplikácií na podklade veľmi malého podnetu – pri zakopnutí, náraze na prekážku a pod.

INR a slovník pojmov

INR znamená international normalized ratio /medzinárodný normalizovaný pomer/, ide o pojem zavedený Svetovou zdravotníckou organizáciou, kedy je protrombínový čas porovnávaný s medzinárodným štandardom. Protrombínový /Quickov/ čas je čas, ktorý meria dobu tvorby krvného koagula, po pridaní faktoru III /tromboplastínu/ a vápnika k dekalifikovanej plazme pacienta. Protrombín je koagulačný faktor II – ide o jeden zo základných koagulačných faktorov produkovaný pečeňou – jeho tvorba je závislá na vitamíne K.

Pozor – čo ovplyvňuje hladinu INR

- Prísun potravín s vysokým obsahom vitamínu K – rizikové potraviny
- Náhla zmena príjmu potravy s významným množstvom vitamínu K /kontrolované potraviny/
- Pitie bylinných čajov, zeleného čaju, žihľavového čaju
- Užívanie ATB, probiotík
- Užívanie vitamínu K v kvapkách
- Užívanie niektorých liekov /kyselina acetylsalicylová, nesteroidné antireumatiká/
- Horúčkové ochorenia, hnačky
- Redukčná diéta

Zásady diéty v číslach a µg

Správne dodržiavaná diéta by preto mala dodávať pacientovi stabilný prísun vitamínu K, pričom jej správne dodržiavanie by malo zabrániť kolísaniu antikoagulačnej aktivity. Správne vytvorená diéta by mala vychádzať zo zásad zdravej výživy, mala by zohľadňovať ďalšie diétne odporúčania, ktoré pacient dodržiava /nízkocholesterolová, diabetická.../, mala by vychádzať zo stravovacích návykov pacienta a pri tom všetkom by mala zabezpečovať pravidelný prísun vitamínu K bez výkyvov v jeho príjme. Nevhodný je vysoký prísun vitamínu K, nevyrovnané množstvo vitamínu K v diéte, ale tiež jeho nízky prísun. Vhodná dávka vitamínu K zodpovedá jeho dennej doporučenej dávke 70 – 80 µg denne, doporučená denná dávka by nemala presiahnuť 250 µg. Pokiaľ pacienti užívajú potraviny obsahujúce dávku vitamínu K medzi 50 – 300 µg denne, nie sú nutné žiadne opatrenia a INR nebude

pravdepodobne ovplyvňované diétou. Nebezpečne vysoký prísun vitamínu K, presahujúci približne 9 – 10 y doporučený príjem /t.z. nad 750 µg/ je nebezpečný a veľmi pravdepodobne povedie k rozkolísaniu INR a rizikám z toho vyplývajúcim.

Rozdelenie potravín

Podľa množstva vitamínu K rozdelíme potraviny nasledovne:

- *Potraviny bezpečné:* hladinu INR neovplyvňujú, je možné konzumovať ich podľa potreby a chuti, prípadne podľa diétnych odporúčaní.
- *Potraviny kontrolované:* obsahujú vitamín K v množstve, ktoré môže hladinu INR v závislosti od množstva ovplyvniť, ich dennú dávku je potrebné starostlivo sledovať. Sem patrí: *ibišek, kapusta, rebarbora, sušené slivky, fazuľa, listy zeleru, uhorka, hrach, borovnice, dyňa, tuniak, mango, sója, kiwi, paradajkový pretlak, miešaná zelenina, ostružiny, artičoky, maliny, karfiol, mrkva, dresing, margarín.*
- *Potraviny rizikové:* obsah vitamínu K je v nich veľmi vysoký, kolíše, ich užívanie závažne ovplyvňuje hladinu INR. Sem patrí: *kapusta, špenát, žerucha, brokolica, hlávkový šalát, zelený petržlen, chren, ľadový šalát, čakanka.*
- *Potraviny doplnkové:* s vysokým obsahom vitamínu K, ktoré sa však používajú v minimálnych množstvách.
- *Potraviny nestabilné:* obsah vitamínu K v nich kolíše.

Sortiment vhodných a nevhodných potravín

Zelenina: listová zelenina nie je vhodná a patrí do kategórie potravín rizikových. Pokiaľ je to možné – je vhodné nahradiť ju ovocím, alebo koreňovou zeleninou – medzi bezpečné potraviny z radu koreňovej zeleniny radíme mrkvu, zeler, petržlen, reďkovku, tiež však zrelé paradajky, uhorky, papriku, zemiaky, šampiňóny.

Ovocie: patrí do kategórie bezpečných potravín, preto je možné ho voľne konzumovať. K výnimkám ovocia, ktorým sa treba vyhnúť patria sušené slivky, mango, kiwi, ostružiny a maliny, ktoré zaraďujeme medzi potraviny kontrolované.

Mäso a živočíšne produkty: kuracie a morčacie mäso patrí medzi typické potraviny s nepravidelným obsahom vitamínu K, tento obsah kolíše v závislosti od toho, čím je hydina

kŕmená /kurčatá z veľkochovu majú obsah vitamínu K zväčša nízky, kým kurčatá kŕmené zeleným krmivom majú obsah vitamínu K vo svojom mäse vyšší. Aj z týchto dôvodov zvažujeme jeho vhodnú výmenu za mäso bravčové, ktoré má hodnoty vitamínu K nízke.

Tento postup je obhájitelný u pacientov, ktorí netrpia obezitou. Kuracie či morčacie mäso upravené vhodným spôsobom však je povolené, napríklad vo forme rizota, zapečených zemiakov s kuracím mäsom, kuracie knedličky, či živánska. Z rovnakého dôvodu, ako u kuracieho a morčacieho mäsa, zvažujeme diétu spojenú s hovädzím mäsom, resp. regulujeme jeho prijímané množstvo do 100 g porcie. Čo sa týka živočíšnych produktov – veľmi vysoký obsah vitamínu K je v pečeni /hovädzej i bravčovej, u hydiny/ - pacienti by sa tejto diéty mali vyvarovať.

Tuky: väčšie množstvo vitamínu K je v tuku olivovom a sójovom, jeho nízka koncentrácia je v slnečnicovom a repkovom oleji. Olivový a sójový olej preto zamieňame za iný druh olejov. V žiadnom prípade však tuky nevyklúčujeme – v malom množstve dokonca môžeme použiť napríklad lyžičku olivového oleja do zeleninového šalátu.

Vajcia: množstvo vitamínu K v 1 žĺtku je približne 44 µg, preto je v takomto množstve vajce povolené.

Cereálie: z hľadiska obsahu vitamínu K patria medzi bezpečné potraviny a sú povolené.

Sója: obsah vitamínu K v sóji nie je úplne jednoznačný, v našej literatúre je obsah vitamínu K v sóji, či cíceri okolo 200 µg/ 100 g, v americkej databáze je tento obsah relatívne nízky /okolo 20 µg/100 g/.

Nápoje: z nápojov obmedzujeme bylinné čaje, najmä žihľavový a zelený. V prípade, že sa jedná o dávku 1 – 2 šálok takéhoto čaju výnimočne, netreba sa negatívneho účinku obávať, skôr však nahrádzame tieto čaje čajom čiernym, či ovocným zo sušeného ovocia.

Vitamínové doplnky: pozor dávame na suplementy a výťažky z ginkgo biloba, alebo zeleného čaju.

Alkohol: pri liečbe PoA je možné bez rizika užívať 1 drink denne, prípadne 1 x týždenne zvýšiť dávku na 2 drinky. Ak je pacient zvyknutý piť denne 2 drinky – dá sa táto dávka tolerovať. Vyššie množstvo je však rizikové. Za drink sa považuje také množstvo alkoholického nápoja, ktorý obsahuje približne 20 – 30 g alkoholu /0,5 l 10 – 12 st. piva, 2 dcl vína, 0,5 dcl destilátu/. Alkohol však významne zhoršuje priebeh niektorých ochorení!

Príklady tvorby jedálneho lístka

Jedálny lístok s vysokým a obsahom vitamínu K:

Raňajky: Chlieb. Rastlinný tuk. Lučina. Zelený čaj.

Desiata: Ovocie.

Obed: Brokolicová polievka. Pečené kurča. Zemiaková kaša. Zelený šalát.

Olovrant: Jogurt s musli.

Večera: Karfiolový nákyp. Zemiaky.

Upravený jedálny lístok:

Raňajky: Chlieb. Rastlinný tuk. Lučina. Ovocný čaj.

Desiata: Ovocie.

Obed: Zeleninová polievka s brokolicou. Filé zapečené so syrom a paradajkami. Zemiaková kaša. Zelený šalát.

Olovrant: Jogurt s musli.

Večera: Cestoviny s údeným mäsom. Šopský šalát.

Jedálny lístok s vysokým a obsahom vitamínu K:

Raňajky: Dalamánka. Rastlinný tuk /alebo syrová pomazánka/. Kuracia šunka. Žihľavový čaj.

Desiata: Listová zelenina /hlávkový šalát/.

Obed: Hovädzia polievka s pečeňovými haluškami. Hovädzie mäso v kapuste. Knedlík.

Olovrant: Ovocný tvaroh.

Večera: Rizoto. Šalát z kyslej kapusty.

Upravený jedálny lístok:

Raňajky: Dalamánka. Rastlinný tuk. Kuracia šunka /1 – 2 plátky/. Čierny čaj.

Desiata: Koreňová zelenina /mrkva/.

Obed: Hovädzia polievka s cestovinou. Bravčové mäso so zeleninou /mrkva, ružičková kapusta, hrášok/. Knedlík.

Olovrant: Ovocný tvaroh.

Večera: Rizoto. Uhorkový šalát.

Ďalšie vhodné jedlá:

Raňajky: Syrová pomazánka, kávia, celozrnný chlieb, uhorka, reďkovky.

Desiata: Pomaranč. Kiwi.

Obed: Ryža. Mrkvový šalát. Zemiaková polievka. Dusená mrkva. Hlávkový šalát.

Olovrant: Ovocný jogurt. Biely jogurt. Be-be sušienky. Jogurtový nápoj. Musli.

Večera: Zeleninové lečo. Špagety so syrom a kečupom. Zapečená brokolica so zemiakmi. Šalát z červenej repy.

OBSAH VITAMÍNU K V POTRAVINÁCH

POTRAVINY	µg/100 g	POTRAVINY	µg/100 g
Brokolica surová	130 – 200	Avokádo	20
Brokolica varená	270	Slivky	12
Zeler lodyha	300	Šípky	100
Čínska kapusta	175	Jahody	12
fenykel	240	Kiwi	29
Kapusta listová	817	Jablko	5
Kapusta kučeravá	750	Pomaranč	5
Kôpor	400	Boby mango	170
Karfiol	170 – 300	Fazuľa	40
Mrkva karotka	14	Hrach zelený	39

Uhorka	16	Hrach varený	23
Paprika	15	Kukurica	25 – 40
Petržlenová vňat'	620 – 700	Orechy kešu	26
Paradajky	10 – 23	Pistáciové jadrá	60
Žerucha	57 – 300	Vlašské orechy	2
Šalát hlávkový	120 – 200	Syr	25
Špenát	335 – 500	Maslo	30 – 60
Kapusta biela	80 – 175	Mlieko	3
Kapusta kyslá	62 – 154	Tvaroh	35
Kapusta červená	25 – 300	Vajce	45
Zemiaky	4 – 8	Žltok	147
Šampióny	9 – 14	Med	24
Ovos zrno	50	Káva	24
Ovos vločky	63	Zelený čaj	712
Pšenica	17	Hovädzie mäso	210
Pšenica naklíčená	350	Bravčové mäso	18
Sója	190	Kuracie mäso	300
Sójová múka	200	Kuracie srdce	720
Olej sójový	193 – 542	Kuracia pečeň	80
Olej olivový	200 – 400	Hovädzia pečeň	75 – 93
Olej slnečnicový	7 - 10	Bravčová pečeň	25 – 88

		Treščia pečeň	100
		Slanina	46

Záver a odporúčania pre prax

Úprava režimových opatrení nespočíva v úplnej eliminácii jednotlivých potravín, ale v pravidelnom a kontrolovanom režime ich príjmu a podrobných vedomostiach o nich. Sestra v akejkoľvek ambulancii je v rámci holistickej ošetrovateľskej starostlivosti potenciálnou edukátorkou pacienta užívajúceho PoA o diéte, ak v zázname pacienta existuje zmienka o užívaní PoA, alebo ak sa o liečbe pacient vyjadrí verbálne počas sesterskej anamnézy.

Dôsledná edukácia pacientom môže pomôcť, povrchná, či nesprávna uškodiť. Preto je vyššie uvedený príspevok návodom, ktorý pomôže našim sestram v tom, aby zasa ony pomohli pacientovi, či príbuzným pacienta.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

KOHOUT, P., KESSLER, P., RÚŽIČKOVÁ, L. *Diéta při antikoagulační léčbě*. Praha: Forsapi, s.r.o. Vydanie 1. ISBN 978-80-903820-1-5.

PENKA, M. Perorálna antikoagulačná liečba a jej ovplyvnenie diétou a súčasne podávanými liekmi. In: *mediNEWX – časopis pre lekárov*. 2004, č. 1. ISSN 1336-3239. s. 40-43

KONTAKTNÉ ÚDAJE AUTORA /-OV/:

Mgr. Jaroslava Lunterová,

Revúca,

Interná a kardiologická ambulancia,

mobil: 0907 870 616

Miroslava Jadallahová,

Neurologická ambulancia,

Revúca

MENNÝ ZOZNAM AUTOROV

- ♣ Valéria Bányászová – sestra, ambulancia Svodín (praktický lekár pre dospelých)
- ♣ Doc. PhDr. Mária Boledovičová, PhD. – vysokoškolský pedagóg, vedúca Katedry ošetrovateľstva FSVaZ UKF Nitra
- ♣ PhDr. Mária Cibulková – predsedníčka Sekcie sestier ADOS, ADOS Mária Žilina
- ♣ Bc. Jana Dorčáková – sestra, ambulancia Revúca (praktický lekár pre dospelých)
- ♣ Miroslava Jadhahová, sestra, ambulancia Revúca (neuroológia)
- ♣ JUDr. Mária Jančušová, UDZS Prešov
- ♣ Bc. Terézia Hurárová – sestra, lôžkové zariadenia FN Trenčín
- ♣ Mgr. Mária Kóšová – vedúca sestra, ZSS Kreatív, Klasovo
- ♣ Alena Laurenčíková – sestra, ambulancia Revúca (ambulancia praktického lekára pre deti a dorast)
- ♣ Mgr. Viktória Lukacková – sestra, lôžkové zariadenie Humenné (ARO)
- ♣ Mgr. Jaroslava Lunterová – sestra, ambulancia Revúca (interné a kardiológia)
- ♣ Bc. Michaela Macháľková – sestra, ambulancia Dubnica nad Váhom (alergológia a imunológia)
- ♣ Danka Masárová – sestra, ambulancia Martin (angiológia)
- ♣ PharmDr. Dagmar Mikušová – Monsea, spol. s.r.o.
- ♣ PhDr. Katarína Majerčíková – Úrad hlavného lekára, Ružomberok
- ♣ Miroslava Maleczová – sestra, CT pracovisko Žilina
- ♣ Mgr. Iveta Michalcová – hodnotiteľka sústavného vzdelávania (Prešov)
- ♣ Ing. Dušan Nemčko, Prievidza
- ♣ Mgr. Petra Oláhová – sestra, ambulancia Spišská Nová Ves (praktický lekár pre dospelých)
- ♣ Drahomíra Rezníková – sestra, ambulancia Liptovský Hrádok (praktický lekár pre dospelých)
- ♣ Eva Slivoňová, - sestra, ambulancia Dubnica nad Váhom (praktický lekár pre dospelých)
- ♣ Anna Szabóová – sestra, ambulancia Revúca ((ambulancia praktického lekára pre deti a dorast)
- ♣ Martina Šelbická- sestra, ambulancia Žilina (neurologická ambulancia),
- ♣ PhDr. Darina Wiczmányová, PhD., Trnavská univerzita, Trnava,
- ♣ Bohumil Zábojník, Žilina

Ďakujeme za príspevky



V Zborníku boli použité obrázky zo serveru www.google.sk

Upozornenie.

Ospravedlňujeme sa všetkým erudovaným odborníckam OŠE za spracované témy, s ktorými možno po obsahovej, či štrukturálnej stránke neboli celkom profesionálne stotožnené. Mnohé boli „akousi kopírkou“ odborných článkov z lekárskeho periodík. Samozrejme, zdroje sme uviedli.

Niektoré témy však boli natoľko „horúce“, že sme pokladali za potrebné vypracovať čo najzrozumiteľnejšiu informáciu, ktorú naše sestry posunú čo najskôr medzi pacientov a klientov našich ambulancií (obezita, detská obezita).

Nakoľko sestry z praxe často nemajú prístup k zdrojom, z ktorých sme čerpali, bolo podľa nás nanajvýš vhodné ich medzi sestry distribuovať formou našich prednášok.

Dôležité je použiť jazyk a formu, ktorej pacienti budú rozumieť. Každopádne – zdroje uvádzame, často sme však použili jeden výstižný bibliografický zdroj, ktorý sám o sebe bol zhrnutím renomovaných domácich a zahraničných medicínskych periodík, spracovaný perom našich erudovaných sestier, či lekárov.

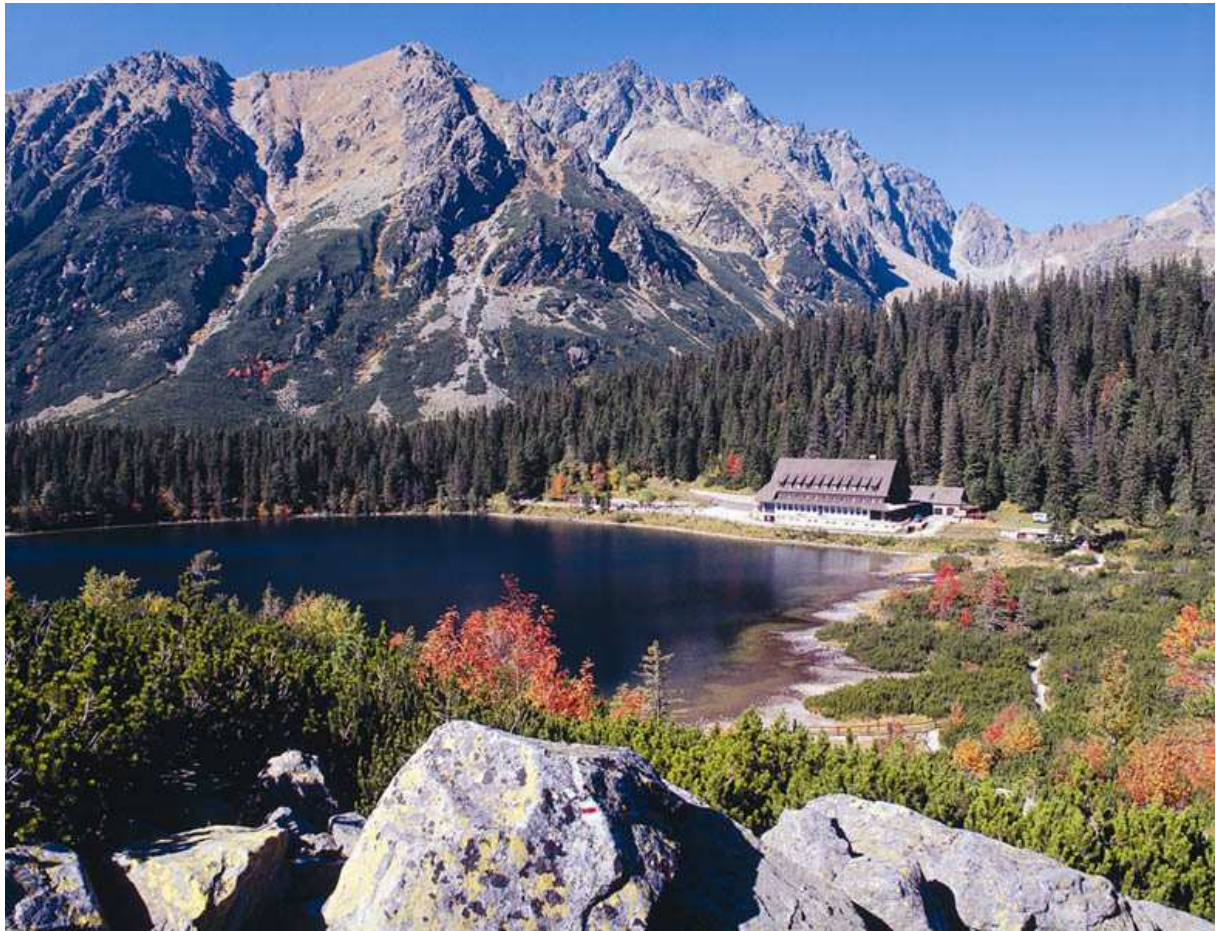
Ďakujeme za pochopenie. V popredí nášho záujmu je pacient, kvôli nemu zvolené témy. Niektoré kolegyně prednášku do zborníka nedodali – napriek tomu ide o sestry, ktoré majú a mali doposiaľ na vzdelávacích akciách úspech, pretože ich power point prezentácie boli vysoko prínosné a skutočne profesionálne, osožné pre prax. Ide predovšetkým o naše ambulantné sestry z terénov, ktoré svoju prácu a prezentácie ku konferenciám vypracúvajú na úkor svojho voľného času, relaxu, či rodiny. Denne nastupujúce do práce, denne odovzdávajúce to najlepšie, čo v nich je...

Ďakujeme, milé sestry. Za Váš čas, ochotu, snahu, pracovitosť, odvahu. Ste skvelé!











AMBULANTNÉ SESTRY SÚ NEDOCENENÉ

(26.02.2011; Televízna stanica Markíza; Televízne noviny; 19.00; por. 7/23; GLABAZŇOVÁ Zuzana)

Karol FARKAŠOVSKÝ, moderátor:

"Nedocenené a neohodnotené sa cítia ambulantné sestry na Slovensku. Preto sa spojili, píšú petíciu na ministerstvo a vytvorili si aj svoj deň, ktorý je práve dnes."

Zuzana GLABAZŇOVÁ, redaktorka:

"Stanovenie minimálnej hodinovej mzdy, skorší odchod do dôchodku či podpora sústavného vzdelávania. To sú hlavné požiadavky zdravotných sestier, ktoré už strácajú trpezlivosť. Po desaťročiach odsúvania problémov Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek pritvrdila. Pod mottom, keď sa nepostaráme my o seba, kto sa postará o vás, koluje v týchto dňoch ich petícia. Pod petíciu sa môže podpísať ktokoľvek, nielen zdravotnícky pracovníci, do 15. apríla chcú sestry vyzbierať čo najviac hlasov, aby s ňou mohli predstúpiť pred poslancov Národnej rady."

Jana KOBELOVÁ, vedúca regionálneho centra:

"A povedať im, že táto miera zaťaženia sestier v rámci psychickej práci, nedostatočného finančného ocenenia je už neúnosná."

Katarína ZOLLEROVÁ, hovorkyňa ministerstva zdravotníctva:

"Ministerstvo zdravotníctva robí všetko preto, aby situáciu stabilizovalo a veríme, že všetky opatrenia, ktoré v súčasnosti realizujeme prispievajú k tomu, aby boli v blízkej budúcnosti aj sestry lepšie zaplatené."

Z. GLABAZŇOVÁ:

"Aj napriek ťažkým podmienkam a frustrácii, sestry tvrdia, že svoju prácu milujú a chcú sa ňou stále zlepšovať, napríklad dnes sa v Trenčíne učili, ako pomôcť drogovým závislým ľuďom a hlavne ako identifikovať, od akej návykovej látky sú závislí."

Jaroslava LUNTEROVÁ, ambulantná sestra:

"Máme užívateľov marihuany, ktorí prichádzajú zhruba po nejakých desiatich rokoch od užívania s problémami, ako sú úzkostné stavy, búšenie srdca."

Aneta DUBROVAJOVÁ, ambulantná sestra:

"Aby sestry prvého kontaktu mali možnosť zistiť pomocou, či už sú to krátke laboratórne testy alebo sú to možno slinné testy na drogy, či tento človek je chorý, nadrogovaný, opitý."

Z. GLABAZŇOVÁ:

"Syndróm vyhorenia sa údajne najčastejšie zo všetkých povolání prejavuje práve u zdravotných sestier. Ony si myslia, že aj to je dôkazom, aká ťažká je ich práca a teraz už nechcú, aby bola vnímaná len ako samozrejmosť. Z Trenčína Zuzana GLABAZŇOVÁ, televízia Markíza."

(26.02.2011; Televízna stanica Markíza; Televízne noviny; 19.00; por. 7/23; GLABAZŇOVÁ Zuzana)

Karol FARKAŠOVSKÝ, moderátor:

"Nedocenené a neohodnotené sa cítia ambulantné sestry na Slovensku. Preto sa spojili, píšú petíciu na ministerstvo a vytvorili si aj svoj deň, ktorý je práve dnes."

Zuzana GLABAZŇOVÁ, redaktorka:

"Stanovenie minimálnej hodinovej mzdy, skorší odchod do dôchodku či podpora sústavného vzdelávania. To sú hlavné požiadavky zdravotných sestier, ktoré už strácajú trpezlivosť. Po desaťročiach odsúvania problémov Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek pritvrdila. Pod mottom, keď sa nepostaráme my o seba, kto sa postará o vás, koluje v týchto dňoch ich petícia. Pod petíciu sa môže podpísať ktokoľvek, nielen zdravotnícky pracovníci, do 15. apríla chcú sestry vyzbierať čo najviac hlasov, aby s ňou mohli predstúpiť pred poslancov Národnej rady."

Jana KOBELOVÁ, vedúca regionálneho centra:

"A povedať im, že táto miera zaťaženia sestier v rámci psychickej práce, nedostatočného finančného ocenenia je už neúnosná."

Katarína ZOLLEROVÁ, hovorkyňa ministerstva zdravotníctva:

"Ministerstvo zdravotníctva robí všetko preto, aby situáciu stabilizovalo a veríme, že všetky opatrenia, ktoré v súčasnosti realizujeme prispievajú k tomu, aby boli v blízkej budúcnosti aj sestry lepšie zaplatené."

Z. GLABAZŇOVÁ:

"Aj napriek ťažkým podmienkam a frustrácii, sestry tvrdia, že svoju prácu milujú a chcú sa ňou stále zlepšovať, napríklad dnes sa v Trenčíne učili, ako pomôcť drogovým závislým ľuďom a hlavne ako identifikovať, od akej návykovej látky sú závislí."

Jaroslava LUNTEROVÁ, ambulatná sestra:

"Máme užívateľov marihuany, ktorí prichádzajú zhruba po nejakých desiatich rokoch od užívania s problémami, ako sú úzkostné stavy, búšenie srdca."

Aneta DUBROVAJOVÁ, ambulatná sestra:

"Aby sestry prvého kontaktu mali možnosť zistiť pomocou, či už sú to krátke laboratórne testy alebo sú to možno slinné testy na drogy, či tento človek je chorý, nadrogovaný, opitý."

Z. GLABAZŇOVÁ:

"Syndróm vyhorenia sa údajne najčastejšie zo všetkých povolaní prejavuje práve u zdravotných sestier. Ony si myslia, že aj to je dôkazom, aká ťažká je ich práca a teraz už nechcú, aby bola vnímaná len ako samozrejmosť. Z Trenčína Zuzana GLABAZŇOVÁ, televízia Markíza."

[Deň ambulatných sestier](#)



Dňa **26. februára 2011** sa v Trenčíne uskutočnil I. ročník **Dňa ambulatných sestier**, spojený s krajským vzdelávacím seminárom.

Vonkajšie okolnosti a pozorovania sestier boli dôvodom, prečo sa dominantnou témou akcie stala práve problematika **drogovej** závislosti. Napriek snahám iných zainteresovaných rezortov sa nedarí závislosti v SR eliminovať – skôr naopak. Nie je výnimkou, ak sa k ambulatnému vyšetreniu dostaví pacient pod vplyvom návykovej látky, či pacient, ktorého zdravotné problémy vyplývajú z cieľavedomého sebaškodzovania návykovou látkou.

Osveta v rámci SR je **nedostatočná** a nepokrýva dopyt. Aj preto sa 120 ambulatných sestier v Trenčíne zameralo na zvýšenie vlastnej informovanosti v súvislosti s drogovou, či alkoholovou závislosťou, s cieľom využiť poznatky v benefit **prijímateľa** zdravotnej starostlivosti. Vysoká kvalita prednášok poukázala na erudovanosť ambulatných sestier, inovačné myšlienky, ktoré odzneli napr. v prednáške **Seberealizácia v ambulatnej praxi** /Mgr. Lýdia Komiková/ sú schodnou cestou k rozvoju osobnosti sestry a zvýšenia kvality práce na pracovisku. Sestry chcú byť informované a chcú správne uplatňovať legislatívu – jednoznačný záujem o prednášky JUDr. Doktora /riaditeľa UDZS Trenčín/ poukázal na to, že sestrám nestačí požiadavka na systém práce zo strany zamestnávateľa, resp. poskytovateľa ZS. Prítomné sestry počas svojho dňa jednoznačne podporili aktuálne prebiehajúcu petíciu SK SaPA „Ak sa nepostaráme my o seba, kto sa postará o Vás?“ a vyjadrili nádej na zlepšenie situácie sestier a PA v SR, ktorá je neúnosná – dôchodok mnohých sestier v sume 260 € je výsmechom a posúva sestru v SR do pozície chudobnej dôchodkyne, ktorá nemôže svoj dôchodkový vek využiť na oddych, ale na hľadanie a využitie možností s cieľom doslova prežiť, primerane sa užiť a udržať si aspoň základný štandard.

Kolegiálna atmosféra bola - ako vždy na podobných akciách skvelá – platí pravidlo, že sestry sú inteligentné a distingvované dámy, ktoré si prednes niečoho nového skutočne

vychutnávajú.

Podakovanie patrí nielen organizátorom a hosťom /Mgr. Kobelová, Bc. Klimová, Mgr. Chromiak, JUDr. Doktor, Zuzana Glabazňová z TV Markíza/, ale najmä **120** sestram, ktoré neváhali a sobotu venovali svojmu poslaniu a zvyšovaniu kvality svojej profesie.

Veríme, že z Dňa ambulantných sestier sa stane tradícia, ktorá svojimi hodnotami pozdvihne status sestry v spoločnosti, verejnosti ukáže skutočný profil slovenskej sestry a pacientovi poskytne o niečo vzdelanejšiu, rozhl'adenejšiu sestru, ktorá predsa čím viac vie – tým viac smie a tým viac aj pomôže.

Komentáre sestier k semináru /vyberáme/:

...Veľmi dobrá úroveň, len tak ďalej. Ďakujeme.

...Sme spokojné a sme na Vás, na nás pyšné!

...Sestry, boli ste super, nemám žiadne negatíva, iba superlatívy. Zás mám lepší pocit, že je fajn byť sestrou!

...Great!

...Odnášam si pozitívne povzbudenie.

...Príjemné prostredie, stretnutie s kolegyňami, pútavé témy...

Ako **najprínosnejšie** a najkvalitnejšie boli sestrami označené všetky prednášky o drogách /Mgr. Aneta Dubrovaiová, Bc. Eva Kopecká, Mgr. Jaroslava Lunterová/, Právne predpisy v ošetrovateľskej starostlivosti /Mgr. Janka Kobelová/, Seberealizácia v ambulantnej praxi /Mgr. Lýdia Komiková/, Zdravotná dokumentácia v ambulancii /JUDr. Zdenko Doktor/, Život človeka s alergiou na jed hmyzu /Bc. Michaela Macháľková/, Právo na uznanie – právo na úctu /Mgr. Jaroslava Lunterová/, Úloha sestry v ambulantnej zdravotnej starostlivosti /Mgr. Chromiak/.

Ďakujeme!

Mgr. Janka Kobelová, vedúca Regionálneho centra HSV Trenčín

Mgr. Jaroslava Lunterová, Sekcia sestier pracujúcich v ambulantných ZZ SK SaPA

Ambulantné sestry sa venovali aj drogám

Dominantnou témou I. ročníka Dňa ambulantných sestier, spojeného krajským vzdelávacím seminárom, bola problematika drogovej závislosti. Napriek snahám zainteresovaných rezortov sa nedarí závislosti eliminovať - skôr naopak. Nie je výnimkou, ak na vyšetrenie príde pacient pod vplyvom návykovej látky, či pacient, ktorého zdravotné problémy vyplývajú z cieľavedomého sebapoškodzovania návykovou látkou. Osveta v SR je nedostatočná a nepokrýva dopyt. Aj preto sa 120 ambulantných sestier v Trenčíne zameralo na zvýšenie vlastnej informovanosti v súvislosti s drogovou, či alkoholovou závislosťou, s cieľom premeniť poznatky v benefit prijímateľa zdravotnej starostlivosti. Inovačné myšlienky, ktoré odzneli napr. v prednáške Seberealizácia v ambulantnej praxi Mgr. Lýdie Komikovej sú schodnou cestou k rozvoju osobnosti sestry a zvýšenia kvality práce na pracovisku. Záujem o prednášku riaditeľa pobočky Úradu pre dohľad v Trenčíne JUDr. Zdenka Doktora ukázal, že sestram nestačí požiadavka na systém práce zo strany zamestnávateľa, resp. poskytovateľa, chcú byť informované a chcú správne uplatňovať legislatívu.

Sestry podporili petíciu SK SaPA Ak sa nepostaráme my o seba, kto sa postará o Vás? A vyjadrili nádej na zlepšenie situácie, ktorá je neúnosná - dôchodok mnohých sestier 260 € je výsmechom a posúva ich na hranicu chudoby. Aj Deň ambulantných sestier môže pozdvihnúť status sestry v spoločnosti a pacientovi poskytne o niečo vzdelanejšiu, rozhl'adenejšiu sestru, ktorá predsa čím viac vie, tým viac smie a aj môže.

(jk)

Zdroj: Zdravotnícke noviny č.12/2011, str. 3 (24.03.2011)

Cieľom je vzájomné plnohodnotné partnerstvo

Diskusia predstaviteľov ambulantných lekárov a sestier o problémoch svojich stavov

Lekári a sestry, sestry a lekári... Sú v ambulanciách partnermi, spolupracovníkmi, či je sestra len vykonávateľov pokynov lekára, svojho zamestnávateľa a nadriadeného? Skúsime hľadať odpoveď v diskusii prezidenta Asociácie súkromných lekárov (ASL) SR MUDr. Ladislava Pásztora, MSC. a predsedníčky sekcie sestier pracujúcich v ambulantných zdravotníckych zariadeniach Bc. Jaroslavy Lunterovej.

ZdN: Aký bol štart, začiatky a činnosť sekcie?

Bc. J. Lunterová: Naša sekcia vznikla pred rokom na októbrovej ustanovujúcej konferencii v Martine. Skompletizoval sa výbor sekcie, nadviazali sme spoluprácu s občianskym združením Liga proti rakovine, ktorá zastrešuje našu ošetrovateľskú starostlivosť. Cením si to, že sa nám podarilo nadviazať kontakty a spoluprácu s ASL SR. Myslím si, že je v záujme oboch strán zintenzívniť ju. Takisto je pre mňa dôležité, že sme usporiadali 2. celoslovenskú konferenciu ambulantných sestier v Ziline.

MUDr. L. Pásztor: Privítal som možnosť byť na žilinskej konferencii, rovnako ako vlni na jeseň v Martine. Každý, kto má poznať, a hovoril som to aj na ustanovujúcej konferencii, vie, že považujem sestru za svojho partnera. Viem, že nie všade je to také ružové, ale vytrvalo budem pokračovať aj v presvedčaní svojich kolegov, členov asociácie o správnosti a nevyhnutnosti takéhoto postoja. Veľmi sa mi páči výraz, ktorý používajú v Maďarsku - asistentka. Podľa mňa to oveľa presnejšie vystihuje a lepšie definuje termín sestra, ktorý je zaužívaný u nás.

ZdN: O koľkých sestrách vlastne hovoríme? Aká je ich špecializácia?

Bc. J. Lunterová: Pred žilinskou konferenciou záujemkyne o členstvo pribúdali, môžeme hovoriť približne o 470 členkách. Podľa počtu lekárov - ak je asi 3500 ambulantných lekárov, dedukujeme aj približne rovnaký počet sestier - do 4000 sestier, lebo sú ambulancie, kde má lekár aj dve sestry. Ide teda o sestry všeobecnej, špecializovanej a inej špecializovanej sféry, nielen sestry z ambulancií prvého kontaktu, ale napr. aj z gynekologických či zubnolekárske ambulancií, okrem záchranej zdravotnej služby, ktoré majú svoju sekciu.

MUDr. L. Pásztor: Sestry v ambulanciách zastupujú prakticky všetky odbory, resp. všetky formy poskytovania zdravotnej starostlivosti, ako ich definuje zákon 577/2004 o rozsahu uhrádzanej zdravotnej starostlivosti.

ZdN: Čo vlastne ambulantné sestry chcú?

Bc. J. Lunterová: Predovšetkým sa chceme vzdelávať, pozitívne motivovať, mať pekné medzilidské vzťahy a veľmi pomáhať.

MUDr. L. Pásztor: Cením si, že na prvom mieste spomínate vzdelávanie. Kto viac môže edukovať pacienta ako sestra? Tu je obrovský priestor, aby to sestry vedeli ponúknuť pacientovi, spokojnosť pacientov by to určite znásobilo. Na to potrebujeme v ambulanciách vzdelané sestry.

ZdN: Aké problémy ambulantné sestry trápia najviac? Sú to ešte stále ich mzdy - svojho času bolo verejným tajomstvom, že mnohé pracovali za minimálne mzdy...

Bc. J. Lunterová: To nie je podľa mňa dnes dominantný problém. Áno, sú sestry s extrémne nízkou mzdou a sú sestry veľmi dobre, až nadštandardne ohodnotené. Problémy sa skôr týkajú kolegiality, väčšej kooperácie medzi lekárom a sestrou, medzi zamestnávateľom a sestrou. Chýbajú podmienky, ktoré by zefektívňovali proces vzdelávania a pomáhali v ňom, lebo chýbajú také podmienky ako dovolenka - sestry, ktoré sa vzdelávajú, študujú na úkor

svojho voľna a dovolenky. To sú problémy, ktorá nás najviac trápia, zaujímajú a volajú po riešení.

MUDr. L. Pásztor: Dnes je minimálne európskym problémom nedostatok lekárov. Sú krajiny, ktoré vážne uvažujú o tom, že by niektoré lekárske úkony mohli robiť aj sestry - napríklad vo Veľkej Británii sestra s určitou praxou môže predpisovať niektoré jednoduchšie lieky. Nemyslím si, že v našom regióne je to aktuálna otázka, pacienti by to asi veľmi ťažko prijímali. Ak má lekár dobre manažovanú ambulanciu, je sestra skutočne jeho asistentkou. Je faktom, že nie celkom doceňujeme sestry, asistentky finančne. Cesta na zlepšenie a zvýšenie efektivity výkonnosti zdravotníctva vedie práve cez zlepšenie postavenia sestier aj prostredníctvom ich vzdelávania. Keď v 90. rokoch začala privatizácia, každý naháňal body a kapitáciu, teda peniaze, ale na vzdelanie a vzdelávanie ambulantných sestier sa zabúdalo.

ZdN: Sú známe a relevantné čísla o mzdách ambulantných sestier?

MUDr. L. Pásztor: Istý čas - ale to bolo skôr v „hrdinských“ časoch privatizácie ambulancií, v štádiu raného kapitalizmu boli sestry skutočne veľmi zle platené. Mnohé dostávali len minimálnu mzdu, pritom boli nútené robiť aj iné práce - prať bielizeň, upratovať a pod. Dnes je skôr problém to, že sestier, predovšetkým dobrých, vynikajúcich a najlepších, je akútny nedostatok. Platy sestier v ústavnej starostlivosti, najmä vo veľkých fakultných nemocniciach, aj keď je to trojzmenná prevádzka a je to pre ne viac zaťažujúce, rastú rýchlejším tempom, ako si to môžu dovoliť ambulantní lekári. Ale čísla... Plat je vecou dohody oboch strán. Nevieme, aký je priemerný plat sestry v ambulancii, ale určite to nie je na úrovni minimálnej mzdy. Skôr je dnes snaha udržať si sestru, najmä ak je neďaleko fakultná nemocnica. Pri určovaní mzdy dnes už reálne platí prvok konkurencie, najmä vo väčších mestách si treba dobrú sestru veľmi vážiť a primerane ju aj finančne ohodnotiť.

Bc. J. Lunterová: Sú obecné známe mzdy v zdravotníctve, ako ich prezentuje napr. Štatistický úrad SR alebo Slovenský odborový zväz zdravotníctva a sociálnych služieb. Presne povedať, aká je priemerná mzda sestier v ambulancii, sa nedá.

ZdN: Obaja ste sa dotkli problému vzdelávania sestier. Majú sestry naň optimálne podmienky? Majú sa vzdelávacie akcie organizovať na regionálnej, krajskej či celoslovenskej úrovni?

Bc. J. Lunterová: Vzdelávanie je prioritou. Preto chceme s prezidentom ASL SR naplánovať, začať, rozvíjať a udržať spoluprácu medzi regionálnymi subjektami ASL SR a ambulantnými sestrami príslušného regiónu. Naša predstava je, že by sme sa zúčastňovali na vzdelávacích akciách regionálnych asociácií. Dohodli sme sa so Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek a s regionálnymi komorami, že by sme za účasť na vzdelávacích akciách dostávali aj kredity. Pozitívum vidím v tom, že by sme na akciách boli s lekármi ako kolegyne, boli by sme vzdelané a splnili by sme povinnosť sústavného vzdelávania.

MUDr. L. Pásztor: Tieto snahy komory, resp. sekcie vítame. Budeme aj v rámci asociácie poukazovať na možnosti, ktoré tu sú. Vidím v tom obrovskú príležitosť, aby sestry boli ešte vzdelanejšie. Úroveň sestier je u nás veľmi dobrá, ale treba si uvedomiť, že vývoj v každom odbore ide veľmi dopredu, preto ani lekári, ani sestry si nemôžu dovoliť zaostávať. Práve z tohto dôvodu sme v asociácii začali o riešení uvažovať, premýšľať, ako dostať vzdelávanie do regiónov. Vzdelávacie akcie sú pre ambulantné sestry takmer nedostupné, pretože sa robia počas plnej prevádzky ambulancie a keď pred ňou čakajú pacienti. Lekár aj sestra majú byť rovnako vzdelaní, či pracujú v centre alebo na periférii. Sú rozdiely v možnostiach napríklad v krajských mestách a inde. Chceme spolupracovať so sekciami v nešťátnych zdravotníckych zariadeniach tak, aby mali sestry dostatočný časový priestor dostať sa na vzdelávacie akcie. Ešte keď som prevádzkoval polikliniku v Komárne, chcel som, aby každá sestra mala príslušné vzdelanie. Podľa toho sa v špecializácii vzdelávala, ale narazilo to na problém, že sa napríklad sestra v očnej ambulancii nemala kde vzdelávať. Na tomto poli má komora sestier i sekcie ambulantných sestier čo robiť. Lenže aj prílišná špecializácia nie je na dobro veci -

sestra je podstatne menej mobilná, ťažšie sa uplatní na trhu, ak je zameraná vyslovene na jeden odbor. Také konferencie, aká sa konala v Žiline, sú nesporne podnetné, ale možno sa bude treba sústrediť skôr na vzdelávanie sestier podľa odbornosti.

ZdN: *Podľa vás ide o príliš široký rozptyl?*

Bc. J. Lunterová: Aj v úvode konferencie som poukázala, že niektoré prednášky budú možno sestrám známe, iné budú pre ne úplnou novinkou. Nemyslím si, že by to bolo na škodu veci.

MUDr. L. Pásztor: Dovolím si oponovať. Je to skutočne príliš široký rozptyl - napríklad prednáška o inkontinencii bola vynikajúca, ale sestru v oftalmologickej ambulancii zrejme nezaujme, ani jej nepomôže pri zvýšení kvalifikácie. Sestra v gynekologickej ambulancii potrebuje a má úplne iné portfólio vedomostí a zručností ako sestra v kožnej ambulancii. Podľa nás je skôr vhodnejšie a efektívnejšie pripraviť vzdelávanie pre všeobecné, detské, ženské sestry, chirurgické, internistické odbory a pod. Určite nájdeme možnosť aktívne sa zúčastňovať na týchto vzdelávacích akciách, prednášať pre sestry. Nájdeme aj ekonomický priestor, aby sa sestry dostali na takéto akcie, čo je nepochybne najväčší problém. V Komárne veľmi dobre funguje sekcia sestier, pravidelne pripravujú lokálne konferencie, ale ak sa začína konferencia napoludnie, ako sa tam môže dostať sestra všeobecného lekára? Nehovoriac o doprave - ak sú aj lekári mobilnejší, o sestrách sa to pri ich príjmoch povedať nedá. Sú to skôr organizačné záležitosti, ale je potrebné sa im venovať a riešiť ich. Ak ich budeme chcieť riešiť, určite ich vyriešime.

Bc. J. Lunterová: Podľa mňa aj sestru v oftalmologickej ambulancii má zaujímať inkontinencia, pretože trendom súčasného ošetrovateľstva je pracovať holistický. Ak na očné vyšetrenie príde pacientka so stresovou inkontinenciou a zdôverí sa s týmto problémom sestry, tá by mala zaujať postoj a pomôcť.

ZdN: *Nie je lekárom trňom v oku vzdelanie sestier - bakalárov či magistier? Je už okrídlenou frázoou istého zubára, že nepotrebuje vysokoškolsky vzdelanú sestru, lebo keď ju pošle po cement, ide do stavebnín...*

Bc. J. Lunterová: Tých, ktorým je vysokoškolské vzdelanie ambulantných sestier trňom v oku, tu ani nebudem riešiť. Poviem konkrétne, že môj šéf je rád, že má po svojom boku vzdelanú sestru. Vzdelaná sestra uľahčuje lekárovi prácu a prispieva k spokojnosti pacientov.

MUDr. L. Pásztor: O vzdelaní sestier by sme mohli viesť ďalekosiahlu polemiku. Investovať do vysokoškolského vzdelania je veľmi slušný peniaz a je to už skôr pre úroveň manažérskej funkcie. Koho však má manažovať sestra v ambulancii? Bakalárske a magisterské vzdelanie je v ambulancii podľa mňa v súčasnosti prehnané. Zbytočné je to aj v ústavnej starostlivosti, pretože sme pápežskej ši ako pápež a pomaly nebude mať, s prepáčením, kto pacientovi utrieť zadok, lebo tam budú len bakalárky. Každé vzdelanie je určite dobré, ale potom je potrebné presnejšie a detailnejšie definovať, kto je to ošetrovateľka, sestra, zdravotnícky asistent. V ambulantnej sfére by som túto otázku ani neotváral.

Bc. J. Lunterová: Bakalár a magister ošetrovateľstva v ambulancii? Pozor, nie všetky študujeme pre postup a kariéru. Som živým príkladom toho, že štúdiom si rozširujem svoj obzor, a hoci nebudem manažérkou, štúdium ma posunulo a dalo mi veľa aj do bežnej praxe, bežnej interakcie s pacientmi a ich rodinami. Ja štúdium ambulantných sestier a sestier vôbec plne podporujem.

ZdN: *Komunikácia medzi ambulantnými sestrami je zrejme na inej úrovni ako medzi sestrami v nemocnici či inom ústavnom zariadení?*

Bc. J. Lunterová: Je realitou, že ambulantná sestra ráno príde a popoludní odíde z ambulancie domov. Nie sú tu nejaké veľmi kolektívne vzťahy, ale nevnímame to negatívne vzhľadom na to, že je málo priestoru na intrigovanie či naštrbené medziľudské vzťahy. Staršie kolegyne neraz hovoria, že medziľudské vzťahy sa v oddeleniach výrazne zhoršili. Sme skôr

samotárky, aj preto veľmi komunikujeme medzi sebou modernými technológiami a veľmi sa motivujeme práve vo vzdelávaní.

ZdN: *Prezident ASL SR spomenul, že vníma sestru ako partnerku. Je to bežná realita, alebo cieľ, ku ktorému sa chceme dostať? Či ďaleký a nereálny sen?*

Bc. J. Lunterová: Často sú vzťahy lekár - sestra veľmi dobré. Lekár si váži, že má pri sebe erudovanú kolegyňu. Stretávam sa aj s tým - a čoraz častejšie, že v ich vzťahu je aj neúcta, nevďačnosť, dokonca otravná povinnosť sestru mať a platiť. Dostalo sa mi do uší, že mnohé sestry boli v dôsledku hospodárskej krízy prepustené a lekári si zamestnávajú ako sestry ekonómky. To je absolútne nemysliteľné už aj vzhľadom na to, že sestra je regulované povolanie a lekár musí mať v ambulancii sestru. Niekde zas sestry nahrádzajú zdravotní asistenti, finančne zrejme výhodnejší. Tí sú málo erudovaní na to, aby dokázali pristupovať k pacientovi holisticky.

MUDr. L. Pásztor: Možno taký pohľad zvrchu pretrváva u starších kolegov, ale mladší už s tým podľa mňa nemajú žiadny problém. Je to realita, aj keď možno nie celkom bežná, je to aj cieľ a reálny sen.

ZdN: *V Žiline zaznela aj ponuka predsedu zdravotníckych odborov na odborárske „organizovanie“ ambulantných sestier? Dopadla na úrodnú pôdu?*

Bc. J. Lunterová: Pre túto myšlienku je potrebné sestry ešte získať, potrebujeme čas. Nestačí len jedna ponuka či informácia predsedu SOZ, aby sestry videli do celej problematiky, vedeli zvážiť, čo je pre ne prínosom, prečo by to pre nich bolo dobré. Musíme sa tejto téme venovať a analyzovať ju, ale môžem povedať, že ak ambulantné sestry doteraz neboli zastúpené v SOZ, prikláňam sa k tejto myšlienke. Podľa mňa by sme potom mohli mať väčší priestor, a nie len formálne, napríklad aj na vyjednávanie v rámci rokovaní o kolektívnej zmluve vyššieho stupňa.

MUDr. L. Pásztor: Prekvapila ma táto myšlienka, resp. argument predsedu SOZ o kolektívnom vyjednávaní a možnostiach, ktoré ambulantným sestrám otvorí a poskytne. ASL SR je riadnym členom Asociácie zamestnávateľských zväzov a združení SR, teda máme povinnosť kolektívne vyjednávať. Kolektívne vyjednávanie máme ešte od čias Daniela Repáša, ktorý bol predsedom SOZ v rokoch 1995 až 2003. Každý rok podpisujeme zmluvu, ale ak mám správne informácie, ani jedna sestra nie je v odboroch. Ak sa stanú nejakým spôsobom súčasťou SOZ, nemám s tým problém, aj keď si myslím, že šikovný súkromný lekár nepotrebuje odbory.

Branislav Janík

Zdroj: *Zdravotnícke noviny č. 37/2009, str. 8 (22.10.2009)*