

Edukačné pôsobenie sestier v ambulantnej sfére



Kolektív autorov

OŠETROVATEĽSTVO 2022

Edukačné pôsobenie sestier v ambulantnej sfére



Edukačné pôsobenie sestier v ambulantnej sfére

Kolektív autorov

Zoznam autorov

PhDr. Bc. Ľudmila Andraščíková, MBA, MPH

VŠ ZaSP sv. Alžbety, n.o., Bratislava

Mgr. Kristína Baluchová

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelstvá, porodní asistencie a neodkladné péče Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

MUDr. Ahmadullah Fathi

PULSE medicine, s.r.o., Poprad, Ambulancia VLD Svit, Šuňava

PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH

PULSE medicine, s.r.o., Poprad, Ambulancia VLD Svit, Šuňava

Mgr. Ivana Harvanová, PhD., MPH

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy

doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

VŠ ZaSP sv. Alžbety, n.o., Bratislava

PhDr. Lukáš Kober, PhD., MPH

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Mgr. Eva Kováčová, MBA

BIOHEM, spol. s r.o., Zlatovská 2211, Trenčín

Pavel Mihaľák

ČERVENÝ NOS Clowndoctors

PhDr. Dagmar Richnáková

TeamPrevent Sante, s.r.o., Ružinovská 10 Bratislava

Mgr. Petra Sekulová, MPH

Ambulancia 01 Spišská Nová Ves,

PhDr. Andrea Ševčovičová, PhD., MPH

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., detašované pracovisko Rožňava

Kolektív autorov

Edukačné pôsobenie sestier v ambulantnej sfére

Táto odborná publikácia je určená sestrám a iným zdravotníckym pracovníkom zaoberajúcim sa procesom edukácie. Dôležité upozornenie:

Príspevky od autorov v publikácii sú vypracované v súlade s aktuálnymi poznatkami vedy ku dňu uverejnenia.

Autori nemôžu prevziať záruku za údaje týkajúce sa ich aktuálnosti v budúcnosti. Je na každom, kto chce používať tieto informácie, aby si kontroloval aktuálnosť uvedených referencií.

Všetky práva vyhradené. Žiadna časť tejto publikácie sa nesmie reprodukovať akýmkoľvek spôsobom, ani byť šírená (elektronicky, papierovo, fotograficky a pod.) bez písomného súhlasu vlastníka autorských práv.

Editor: PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH

Recenzenti: PhDr. Andrea Ševčovičová, PhD., MPH
PhDr. Mgr. Ľubica Trnková, PhD., MPH

Zborník odborných prác

Vydanie: prvé
Rok vydania: 2022
Počet strán: 106
Náklad: elektronický
Vydavateľ: Infodoktor, o.z.
Grafická úprava: PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH
ISBN: 978-80-973660-2-5
EAN: 9788097366025

Príspevky neprešli jazykovou úpravou. Autori sú plne zodpovední za ich obsah a formu.

PREDHOVOR

Vzhľadom na situáciu v zdravotníctve si pomaly zvykáme na dlhodobý nedostatok zdravotníckych pracovníkov, a to naprieč ambulantnou, ako i ústavnou starostlivosťou. Oblasť zdravotníctva dlhodobo zanedbávaná politikmi a kompetentnými inštitúciami odкрýva svoje nedostatky. Na čo si však nikdy nezvykneme, je pojem nevzdelaný zdravotnícky pracovník lekár/sestra. Pacient nám zveruje do rúk svoje zdravie a to si zaslúži tú najlepšiu starostlivosť. Na to, aby mu bola zdravotná starostlivosť poskytovaná v najvyššej možnej kvalite, je potrebné vzdelávať sa, reagovať na potreby praxe, zavádzať inovatívne prvky a pritom vychádzať z aktuálnych overených informácií.

Aktivity sústavného vzdelávania ponúkajú možnosť nielen získať nové poznatky, ale ich aj rozšíriť interdisciplinárne.

Zborník odborných prác ponúka príležitosť osvojiť si informácie potrebné pre každodennú prax, aby sme dokázali reagovať na dynamické zmeny v oblasti medicíny a ošetrovateľstva, ako aj podporiť výchovu, vzdelávanie a výskum ošetrovateľskej profesie a obohatiť odbornú prax ambulantných sestier a pôrodných asistentiek.

Dovolíme si pripomenúť múdre slová indického filozofa, politika a najmä veľkého mysliteľa-Mahátma Ghándího o význame vzdelávania: *„Tvoje myšlienky sa stávajú tvojimi slovami... tvoje slová sa stávajú tvojimi činmi..., tvoje činy sa stávajú tvojimi zvykmi..., tvoje zvyky sa stávajú tvojimi hodnotami..., tvoje hodnoty sa stavajú tvojím osudom“*.

Ďakujeme všetkým, ktorí sa podieľali na vypracovaní zborníka a zdieľali svoje neoceniteľné vedomosti a skúsenosti so zdravotníckymi pracovníkmi zaujímavými sa o edukáciu pacientov. Ich skúsenosti nás inšpirujú a motivujú k správnej edukačnej praxi. Vaša spätná väzba a rady sú vítane.

PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH
Vedúca autorského kolektívu
Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Svit, Šuňava

OBSAH

| | |
|--|----|
| VPLYV CELIAKIE NA ZDRAVIE ÚSTNEJ DUTINY | 7 |
| ROZŠÍRENÁ STAROSTLIVOSŤ PÔRODNEJ ASISTENTKY V DOMÁCOM PROSTREDÍ | 13 |
| ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PODPORA NEFORMÁLNÍM (RODINNÝM) PEČOVATELŮM V JIHOČESKÉM KRAJI V ČESKÉ REPUBLICE | 15 |
| KAZUISTIKA „VIEM ČO MI JE, MÁM ZAPRÁŠENÉ PLÚCA PO BRÚSENÍ SÁDROVEJ OMIETKY“ | 20 |
| PRÁCA SESTRY NA AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH | 27 |
| ÚLOHA SESTRY V MANAŽMENTE HYPERTONIKA S DYSLIPOPROTEINÉMIOU | 33 |
| PRACOVNÁ ZÁŤAŽ SESTIER PRACUJÚCICH NA COVID ODDELENIACH | 43 |
| ÚLOHA OŠETROVATEĽSTVA PRI DESTIGMATIZÁCII PORÚCH DUŠEVNÉHO ZDRAVIA | 53 |
| PROBLEMATIKA MOTIVÁCIE A FLUKTUÁCIE SESTIER | 58 |
| PERITONEÁLNA DIALÝZA ALEBO HEMODIALÝZA? | 63 |
| ČERVENÝ NOS Clowndoctors Humor v zdravotníctve | 69 |
| MOŽNOSTI EDUKÁCIE V PRACOVNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBE | 72 |
| OČKOVANIE PRED CESTOU DO ZAHRANIČIA | 79 |
| SKÚSENOSTI SESTIER S TETOVANÍM A JEHO RIZIKAMI PRI OŠETROVANÍ PACIENTOV | 85 |
| ZÁKLADNÉ ZNALOSTI O RIEŠENÍ PROBLÉMU NEPLODNOSTI V AMBULANTNEJ SFÉRE | 95 |

VPLYV CELIAKIE NA ZDRAVIE ÚSTNEJ DUTINY

Ľudmila ANDRAŠČÍKOVÁ, Zuzana DUDÁŠOVÁ

Prešovská univerzita v Prešove. Fakulta zdravotníckych odborov. Katedra dentálnej hygieny.

Abstrakt

Úvod: Zdravie ústnej dutiny je kľúčovým faktorom pre zachovanie celkového zdravia, a naopak. Celiakia ako autoimunitné celkové ochorenie má zvyšujúcu prevalenciu a sekundárne ovplyvňuje vznik orálnych ochorení ako je zubný kaz, erózie, zmeny na slizniciach a zápaly ďasien.

Cieľ: Zistiť, aký vplyv má ochorenie celiakia na vznik orálnych ochorení a poukázať na význam pravidelného dentálno-hygienického ošetrovania.

Metodika: Prostredníctvom anonymného dotazníka vlastnej konštrukcie sa realizoval zber dát so zameraním na zisťovanie úrovne informovanosti pacientov s celiakiou o vplyve ochorenia celiakia na stav ústnej dutiny, vznik orálnych ochorení a vplyv stravy. Stav ústnych tkanív sme klinicky vyšetrili za použitia dentálno-hygienických indexov, motivácie a inštruktáže pacientov dentálnymi pomôckami, s následným profesionálnym ošetrovaním dentálnym hygienikom.

Výsledky: Najčastejšie sa vyskytujúcim orálnym ochorením je u 34 % pacientov s celiakiou zubný kaz, u 29,2 % krvácanie ďasien, u 17 % výskyt áft a suchosť v ústach uviedlo 15,8 % opýtaných. Až 70 % respondentov prejavilo záujem o získanie informácií o orálnom zdraví.

Závery: Zvyšovanie informovanosti pacienta o význame profesionálnej a individuálnej dentálnej starostlivosti u pacientov s celiakiou má priaznivý vplyv na elimináciu defektov v ústnej dutine, čo posilňuje aj pozitívny prístup k ústnemu i celkovému zdraviu.

Kľúčové slová: Celiakia. Orálne zdravie. Zubný kaz. Gingivitída. Prevencia.

Úvod

Medzi autoimunitné ochorenia so zvyšujúcou sa prevalenciou patrí v posledných rokoch aj ochorenie celiakia. Od roku 2004 v gastroenterologických ambulanciách stúpol počet potvrdených prípadov z 2986 pacientov s ochorením celiakia, na 22 735 za rok 2019 (NCZI, 2021). Pri autoimunitných ochoreniach dochádza k vzniku imunitných reakcií namierených proti vlastným bunkám, čo vedie k ich poškodeniu. Silná imunitná reakcia vyúsťuje ku chronickému zápalu sliznice tenkého čreva a aliterácií imunitného systému (imunologicko-biochemická reakcia). Vzniká atrofia slizničných klkov, prehlbujú sa krypta a hromadia sa zápalové bunky, čo sa prejavuje narušením látkového metabolizmu. Vplyvom zvýšenej intestinálnej permeability a poruchy slizničnej a systémovej imunity má celiakia nielen klasické črevné príznaky, ale aj mimočrevné prejavy (Minárik et al., 2020).

S ústnou dutinou veľmi úzko súvisí gastrointestinálny trakt, čo sa zvyčajne aj prejavuje poruchami funkcií v ústach a stomatologickými symptómami. Zmeny v správnej funkcii tráviaceho traktu sú často sprevádzané epizódami refluxu či zvracania. Kyslý obsah žalúdka sa dostáva do ústnej dutiny, v ktorej vznikajú patologické zmeny (Kabátová, 2019). V ústach sa celiakia prejavuje najčastejšie ochoreniami ako je glositída (zápaly jazyka, atrofické glositídy – vyhladený jazyk), zmeny na sklovine trvalého chrupu, recidivujúce aftózne stomatitídy, erózie zubnej skloviny, halitóza, nedostatok sliny a suché sliznice, ktoré sa aktívne podieľajú na zvýšenom výskyte zubných kazov (Minárik et al., 2020).

V prípade celiakie je spúšťačom ochorenia lepok (glutén). Najviac lepku obsahuje chlieb,

cestoviny, pizza, pečivo, cereálie, múka, koláče, sušienky, buchty, bulgur, kuskus, pivo, slad a iné. Lepok sa môže vyskytovať aj v potravinách ako omáčky, instantné polievky, údeniny, koreninové zmesi, polotovary, horčica, kečup, zmesi kávy a všetky výrobky, do ktorých mohol byť lepok pridaný ako stabilizátor alebo zahusťovadlo (Mečárová, 2021).

Prevenca a zamedzenie vzniku zubného kazu a ochorení parodontu je hlavnou úlohou dentálneho hygienika v praxi. Motivácia k starostlivosti o ústnu dutinu s inštruktážou, pravidelné návštevy zubnej a dentálno-hygienickej ambulancie a vhodná životospráva pacienta vedú k zlepšeniu stavu ústnej dutiny celiatika (Tvrdoň, Čižmarovičová, 2013). Komplexným vyšetrením ústnej dutiny v rámci dentálno-hygienického ošetrovania je možné eliminovať nepriaznivé následky celiakie v ústnej dutine.

K základným činnostiam v rámci komplexného vyšetrenia dentálnym hygienikom patrí anamnéza (zdravotná a osobná), extraorálne vyšetrenie, klinické vyšetrenie stavu slizníc a jazyka, stavu chrupu a zubných náhrad, stavu ústnej hygieny, stavu parodontu, stavu mukogingiválnej oblasti, diagnostické rtg. vyšetrenie zubov a parodontu. Kovaľová a Novák (2013) odporúčajú u pacientov s ochorením slizníc (zápaly, nádory) realizovať okrem základného vyšetrenia, aj mikrobiálne a histologické (imunofluorescenčné) vyšetrenie, vyšetrenie rizikových faktorov. Zvyšovaním informovanosti pacientov o vplyve ochorenia celiakia a s ňou súvisiacej výživy sa pomáha predchádzať vzniku a rozvoju ochorení ústnej dutiny. Dentálny hygienik správne cielenou motiváciou pacienta (celiatika), poskytnutím odborného poradenstva pri používaní pomôcok pre ústnu hygienu, odporúčaním mechanickej a chemickej liečby, či zostavením individuálneho plánu prevencie a liečby, dokáže účinne eliminovať následky celiakie v ústach. V rámci motivácie pacienta mu dentálny hygienik poskytuje informácie aj o mikrobiálnom povlaku, baktériách a ich vplyve na ústnu dutinu, o vplyve bezlepkovej diéty na stav tvrdých zubných tkanív a parodontu, ako aj o význame profesionálneho dentálno-hygienického ošetrovania. Mechanická liečba predstavuje profesionálne ošetrovanie pacienta v ambulancii dentálneho hygienika za použitia ultrazvuku, airpolišingu (airflow) a ručných dentálno-hygienických nástrojov. Chemická liečba je dopĺňujúcou liečbou mechanickej liečby, pretože žiadne ústne vody a iné prípravky nedokážu samy vyliečiť zápal, ktorý vznikol hrubnutím mikrobiálneho povlaku na zuboch a jazyku. Povlaky a zubný kameň je potrebné mechanicky odstrániť, tak je možné zuby a ďasná doliečiť chemicky, ak je to potrebné.

Celiatici s vysokým rizikom vzniku zubného kazu by mali používať vhodné antibakteriálne preparáty s kladným nábojom, ktoré ovplyvňujú orálny mikrobióm v ústnej dutine. Účinnou látkou je chlórhexidín, cetylpyridíniumchlorid, ethyl lauroyl arginate, amínflourid s cínfluoridom v chemických preparátoch ako je Corsodyl, Oral B, Listerine Professional Gum Therapy, Meridol. Pri zápalových zmenách v ústach a aftách sú vhodné výplachy sódou bikarbónou na neutralizáciu pH v ústnej dutine. Pri suchých slizniciach a nedostatku sliny sa odporúčajú náhrady slín ako napríklad Xerostom, Gum Hydral, Oral Seven. Odporúča sa tiež v rámci príjmu stravy nahradiť rafinovaný cukor náhradným sladidlom xylitolom, ktorý má bakteriostatický účinok na najviac kariogénnu baktériu – Streptococcus Mutans, brzdí rast plaku a bráni jeho tvorbe na zubnej ploche (Kovaľová et al., 2017; Dolinajcová, 2015).

Celiakia má preukázateľný vplyv na stav ústnej dutiny. Prevencia orálnych ochorení u pacientov s celiakiou je zameraná najmä na zvyšovanie informovanosti pacientov i odborníkov dentálnej praxe.

Cieľ

Cieľom realizovanej štúdie bolo zistiť, aký vplyv má ochorenie celiakia na vznik orálnych

ochorení a overiť význam pravidelného dentálno-hygienického ošetrovania.

Súbor

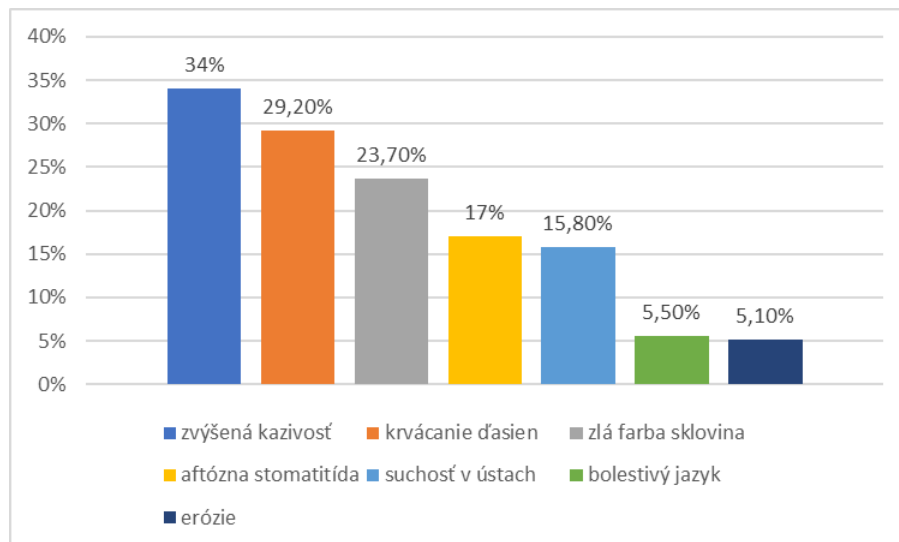
Prieskumnú vzorku tvorilo 253 pacientov vo veku 18-60 rokov s diagnózou celiakia. Najmladší účastník štúdie mal 19 rokov a najstarší 55 rokov. Najväčšie zastúpenie v štúdiu mali pacienti vo veku 31-45 rokov (n=128; 50,6 %) a vo vekovej kategórii 18-30 rokov (n=64; 25,3 %). Prieskumu sa zúčastnilo 94,1 % žien (n = 238) a 5,9 % (n = 15) mužov.

Metodika

Zber dát sa realizoval prostredníctvom anonymného dotazníka vlastnej konštrukcie. Dotazník bol distribuovaný osobne pri návšteve ambulancie dentálneho hygienika a online prostredníctvom dotazníkovej platformy Survio. V dotazníku sme sa zamerali na informovanosť pacientov s celiakiou o vplyve ochorenia celiakia na stav ústnej dutiny, vznik orálnych ochorení a vplyv stravy. Dotazník obsahoval 26 položiek (uzatvorené, poloopené a s možnosťou viacerých odpovedí). Získané výsledky dotazníka boli spracované do tabuliek a grafov v programe Microsoft Word a Microsoft Excel, Microsoft Office 365. Prieskumná štúdia sa realizovala so súhlasom respondentov a majiteľov dentálnej praxe v mesiacoch október 2021 až január 2022.

Výsledky

V našej štúdiu sa v posledných rokoch na ochorenie celiakia lieči až 85,4 % opýtaných (n = 216), pričom 41 % (n = 104) z nich zároveň trpí celkovými ochoreniami ako je chudokrvnosť, depresia, cukrovka, štítna žľaza, hypertenzia, osteoporóza. Najčastejšie sa vyskytujúcim problémom v ústnej dutine je zvýšená kazivosť (n = 86; 34 %), krvácanie ďasien (n = 74; 29,2 %), aftózna stomatitída (n = 37; 17 %), suchosť v ústach (n = 25; 15,80 %), bolestivý jazyk (n = 3; 5,50 %) a erózie (n = 3; 5,10 %) respondentov (Graf 1).

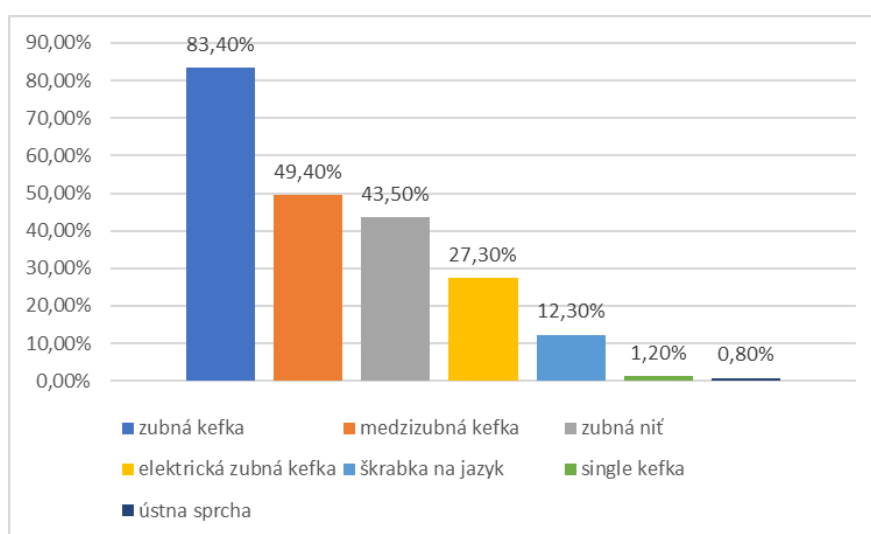


Graf 1 Problémy u celiatikov v ústnej dutine

Zdroj: vlastné spracovanie

Ambulanciu dentálnej hygieny 2-krát ročne navštívili len 47 % (n = 18,6 %) opýtaných, 1-krát ročne 28,1 % (n = 71) respondentov a nikdy ambulanciu nenavštívilo 19,4 % (n = 49). Minárik (2020) uvádza, že pacienti s ochorením celiakia by sa mali starať o svoje orálne zdravie absolvovaním preventívnych prehliadok dvakrát do roka a navštevovať aspoň dvakrát ročne

ambulanciu dentálnej hygieny. Zuby si ráno a večer čistí síce 70,4 % (n = 178) respondentov, ale 24,1 % (n = 61) si ich čistí iba 2-krát denne, čo nestačí. Veličová (2013) udáva, že zuby by sme mali čistiť minimálne 3 minúty, nie je to však podmienka. Čas nie je rozhodujúci, najdôležitejšia je kvalita čistenia. Manuálnu zubnú kefku používa 83,4 % (n = 211) opýtaných, elektrickú zubnú kefku 27,3 % (n = 69), medzizubnú niť 49,4 % (n = 125) a škrabku na jazyk iba 12,3 % (n = 31) respondentov (Graf 2). Zuby je potrebné posilňovať používaním fluoridov v zubných pastách, ústnych vodách a fluoridových preparátoch, ktoré aplikuje na zuby len 17,8 % (n = 45) celiatikov. Kovaľová et al. (2010) uvádza, že prevencia orálneho zdravia je súhrn metód a opatrení, ktorých cieľom je zabrániť vzniku ochorení a komplikácií, ktorým na základe získaných informácií a realizovaných opatrení možno predchádzať. Poškodenie orálneho zdravia je v 90 % vecou zanedbania prevencie.



Graf 2 Pomôcky pre ústnu hygienu u celiatikov

Zdroj: vlastné spracovanie

Pri dodržiavaní bezlepkovej diéty dochádza k lepšiemu vstrebávaniu vitamínov a minerálov, čo má priaznivý účinok na celý organizmus (Minárik et al., 2020). Hlavnou zložkou potravy u opýtaných pacientov sú bielkoviny (n = 121; 47,8 %) a cukry (n = 109; 43,1 %). Kovaľová et al. (2010) uvádza, že príčinou vzniku zubného kazu je cukor. V prevencii zubného kazu je dôležité správne zloženie stravy: obmedzenie príjmu cukrov, sladených potravín a nápojov. Z preventívneho hľadiska nie je nutné vyradiť úplne cukor z jedálneho lístka, ale dôležité je upraviť druh, množstvo a spôsob prijatia. Veľmi častá konzumácia sladkých jedál a nápojov mimo hlavného jedla je príčinou vzniku zubného kazu. Len 33,6 % (n = 85) pacientov si jedlo delí na 5 porcií vrátane medzi jedál, čo je tiež dôležité pre remineralizáciu skloviny. Viac ako päťkrát denne prijíma potravu 11,5 % (n = 29) respondentov a menej ako päťkrát denne 54,9 % (n = 139) respondentov. K poklesu pH v ústach dochádza už po dvoch minútach po začiatku jedenia a pitia potravín obsahujúcich cukor. Pokles trvá počas doby jedenia a popíjania a končí 30 až 45 minút po ukončení jedenia a pitia. Celú dobu kyslého prostredia v ústach, dochádza k zmäkčovaniu povrchu zuba (Kovaľová et al., 2010).

Tabuľka 1 Zdroje informácií o orálnom zdraví u celiatikov

| | (n) | (%) |
|----------------------|-----|------|
| hovorené slovo | 147 | 58,1 |
| internet | 115 | 45,5 |
| informačný leták | 88 | 34,8 |
| video | 38 | 15 |
| skupinové stretnutie | 4 | 1,6 |

Zdroj: vlastné spracovanie

Pacienti s celiakiou získavajú informácie o orálnom zdraví, používaní zubných pomôcok, správnej technike čistenia zubov a prevencii orálnych ochorení najmä z internetu (n = 115; 45,5 %), prostredníctvom hovoreného slova od iných pacientov s rovnakou diagnózou (n = 147; 58,1 %) a z informačných letákov (n = 88; 34,8 %). Až 87 % (n = 220) pacientov nemá dostatočné množstvo informácií o vplyve celiakie na zdravie ústnej dutiny a informácie im neposkytnú ani zubný lekár ani dentálny hygienik (tabuľka 1). Z uvedených výsledkov usudzujeme, že ani odborníci v dentálnej praxi sa nezameriavajú na skupinu pacientov s celiakiou, pritom pacienti by tieto informácie určite prijali. Minčík (2014) uvádza, že poskytnutie vhodných informácií pacientovi priamo v ambulancii je základným pilierom k zlepšeniu orálneho zdravia.

Záver

V rámci komplexného vyšetrenia sa dentálny hygienik vo svojej praxi musí zamerať aj na identifikovanie problémov v ústach súvisiacich s ochorením celiakia, vzhľadom na stúpajúcu tendenciu výskytu celiakie na Slovensku. Dentálno-hygienické vyšetrenie, následné profesionálne ošetrenie, motivácia a inštruktáž môže výrazne zlepšiť stav orálneho zdravia celiatika. Zvyšovanie informovanosti pacienta o význame profesionálnej a individuálnej dentálnej starostlivosti u pacientov s celiakiou má priaznivý vplyv na elimináciu defektov v ústnej dutine, čo posilňuje aj pozitívny prístup k ústnemu i celkovému zdraviu.

Zoznam použitej literatúry

- DOLINAJCOVÁ, M., 2015. Celiakia: bakalárska práca. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku.
- KABÁTOVÁ, J. a kol., 2019. *Celiakia: od symptómov k diagnóze a terapii*. Bratislava: A-medi management, 2019. ISBN 978-80-89797-40-0.
- KOVAĽOVÁ, E. et al. 2010. *Orálna hygiena II., III*. Prešov: Akcent Print, 2010. ISBN 978-80-892 9524-1.
- KOVAĽOVÁ, E., NOVÁK, B.. 2013. *Orálna hygiena V*. Prešov: Akcent Print, 2013. ISBN978-80 89295-39-5.
- KOVAĽOVÁ, E. et al. 2017a. *Parodontológia II*. 1. vyd. Prešov: Michal Vaško, 2017. ISBN978 80 8198-005.
- MEČÁROVÁ, N., 2021. Celiakia a jej komplikácie: diplomová práca. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.
- MINČÍK, J., 2014. *Kariológia*. 1. vyd. Košice: JES SK, 2014. ISBN 978-80-88900-62-7.
- MINÁRIK, P., KABÁTOVÁ, J., BLAHO, E., 2020. *Bezlepková diéta: celiakia a ochorenia vyvolané lepkom*. Bratislava: Dr. Josef Raabe Slovensko, 2020. ISBN 978-80-8140-434-4.
- MORAVČÍK, I., 2019. Predpokladom zdravých zubov je aj včasná a pravidelná prevencia. In:

Časopis slovenskej komory zubných lekárov. Zubný lekár, Ergonómia v zubnej ambulancii, Roč. 26, č.6, s. 11. ISSN 1335-9223.

VELIČOVÁ, K., 2013. *Ako si správne čistiť zuby*. [online]. [cit.14-09-2022]. Dostupné z: <https://www.zdravie.sk/clanok/49946/ako-si-spravne-cistit-zuby>.

TVRDOŇ, M., ČIŽMAROVIČOVÁ, M., 2013. *Nedostatky a chyby v starostlivosti o chrup, tkanivá Ústnej dutiny, ich následky a chorobné stavy*. Bratislava: SCIENCE, 2013. ISBN 978-80-971516 0-7.

Kontakt na autora

PhDr. Bc. Ľudmila Andraščíková, MBA, MPH

Prešovská univerzita v Prešove

Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra dentálnej hygieny

E-mail: ludmila.andrascikova@unip.sk

ROZŠÍRENÁ STAROSTLIVOSŤ PÔRODNEJ ASISTENTKY V DOMÁCOM PROSTREDÍ

Kristína BALUCHOVÁ

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Súhrn: Prínos pôrodných asistentiek v dnešnej dobe nemôže nik spochybniť. Či ide o prvorodičky, alebo mamičky, ktoré sa chystajú na ďalší prírastok do rodiny, asistencia licencovaných profesionálok môže ženám v očakávaní značne uľahčiť život. Union ako jediná zdravotná poisťovňa na Slovensku prepláca v plnej výške návštevy pred pôrodom, počas šestonedelia i v rámci starostlivosti o novorodenca.

Kľúčové slová: Asistencia licencovaných profesionálok. Pôrodná asistentka. Prvorodička. Šestonedelie. Union zdravotná poisťovňa.

Úvod

Pôrod je náročnou skúškou pre každú matku, bez ohľadu na to, či ide o prvorodičku. Každdej žene preto dobre padne, ak má po boku niekoho, kto jej v „tých“ chvíľach poskytne oporu. Prípravu na pôrod môže budúcim matkám uľahčiť rozšírená starostlivosť pôrodnej asistentky v domácom prostredí. Zdravotná poisťovňa Union umožňuje svojim poistenkám využiť služby pôrodných asistentiek v pohodlí domova. Ako jediná zdravotná poisťovňa prepláca slovenským klientkam v plnej výške návštevy pred pôrodom, počas šestonedelia i v rámci starostlivosti o novorodenca. Eva Májeková, riaditeľka sekcie zdravotného poistenia Unionu túto skutočnosť potvrdzuje: „Starostlivosti o budúce mamičky sa prostredníctvom zmlúv s pôrodnými asistentkami venujeme už viac ako 15 rokov a ako jediná zdravotná poisťovňa uzatvárame zmluvy so samostatnými pôrodnými asistentkami. V súčasnosti sme služby pôrodnej asistentky ešte zdokonalili a od októbra 2022 preplácame až sedem návštev pred pôrodom, po dovŕšení 20. týždňa tehotenstva. Naše poistenky sa tak môžu ešte lepšie pripraviť na pôrod a starostlivosť o dieťa“. Poisťovňa uhrádza aj dve návštevy pôrodnej asistentky počas šestonedelia a ďalšie dve stretnutia v rámci starostlivosti o novorodenca v domácom prostredí. Takisto existuje možnosť využiť služby zmluvnej pôrodnej asistentky aj v online prostredí.

Pôrodná asistencia pre klientky poisťovne

Ide o komplexnú starostlivosť, určenú ženám počas tehotenstva, pôrodu aj po ňom. Veľmi často pôrodnú asistenciu volia ženy, ktoré chcú rodiť doma alebo alternatívnym (neštandardným) spôsobom. Je nápomocná aj v bežnom nemocničnom prostredí.

Najčastejšie ju využívajú prvorodičky, ale často aj skúsenejšie ženy, ktoré majú nejaké komplikácie alebo obavy o zdravie plodu, či o to vlastné. Pôrodná asistencia je jednoducho dobrou pomocou pre všetky tehotné ženy, ktoré potrebujú väčšiu istotu a psychickú oporu. Za pomoc pôrodnej asistentky sa platí, pretože je všeobecne považovaná za nadštandard. Poistienkyne ZP Union majú výhodu, že im ako jediná zdravotná poisťovňa na Slovensku preplatí služby pôrodnej asistencie.

Kompetencie pôrodnej asistentky

- úzko spolupracuje s ambulantným gynekológom, pôrodníkom, alebo iným ošetrojúcim lekárom, aby spolu minimalizovali riziko vzniku závažných komplikácií a dosiahli maximálnu bezpečnosť liečby,

- dbá o zdravie matky a dieťaťa – počas tehotenstva, počas pôrodu, aj v období šestonedelia,
- pripravuje ženu na pôrod – konzultuje s ňou jej prania, konfrontuje ju s realitou,
- snaží sa nachádzať najvhodnejšie spôsoby tlmenia bolesti pri pôrode – s ohľadom na zdravotný stav matky,
- počas pôrodu kontroluje stav matky a dieťaťa – dokonca môže zasiahnuť do priebehu pôrodu,
- pomáha pri pooperačnom zotavovaní ženských pohlavných orgánov (ak nesúviseli s pôrodom),
- pomáha pri problémoch s dojčením,
- radí s výberom personálu, ktorý bude na pôrodnej sále.

Pôrodná asistentka dokáže pokryť široké spektrum prípravy na pôrod. Učí ženy počas tehotenstva správne dýchať, cvičiť, sleduje hodnoty tlaku krvi, srdcovej frekvencie, či ozvy plodu. Na rozdiel od duly, ktorá je vnímaná skôr ako morálna podpora, má pôrodná asistentka potrebné odborné vzdelanie, pričom výkon samostatnej praxe pôrodnej asistentky je spojený s povinnou licenciou vydanou Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA).

Zdravotná poisťovňa Union s organizáciami zastrešujúcimi registráciu či vzdelávanie pôrodných asistentiek úzko spolupracuje na rozvoji a emancipácii tohto segmentu zdravotnej starostlivosti. Zástupcovia Unionu sa okrem iného pravidelne zúčastňujú a aktívne vystupujú na platforme odborných konferencií či seminárov zameraných na pôrodnú asistenciu. Peter Sloboda na I. Trenčianskej vedeckej konferencii pre sestry a pôrodné asistentky s medzinárodnou účasťou v novembri 2022 informoval práve o zazmluvňovaní samostatnej praxe pôrodných asistentiek.

Po pôrode pôrodná asistentka pokračuje následnou starostlivosťou o matku a novorodenca. Učí matku kúpať novorodenca, sleduje zdravotný stav v období šestonedelia, po cisárskom reze robí prevazy, pri problémovom hojení ošetruje a čistí ranu. Pri zápaloch vonkajších rodidiel ošetruje pôrodná asistentka matku v domácom prostredí. Pri vážnejších problémoch samozrejme odporúča okamžité vyšetrenie u lekára. Pôrodná asistentka poučí pacientku o možných varovných príznakoch, ktoré si vyžadujú diagnostický a terapeutický prístup lekára.

Záver

Zdravotná poisťovňa Union venuje pozornosť tehotným ženám a ženám po pôrode dlhodobo a dáva im do pozornosti aj ďalšie výhody, ktoré môžu v poisťovni získať. Život s novorodencom je síce krásny, ale aj extrémne náročný, preto je snahou Unionu, aby poistenky nemuseli čeliť zbytočnému stresu a aby si prvé dni so svojím dieťaťom čo najviac užili.

Kontakt na autora

Mgr. Kristína Baluchová

Union zdravotná poisťovňa, a.s. Karadžičova 10

813 06 Bratislava

E-mail: kristina.baluchova@union.sk

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PODPORA NEFORMÁLNÍM (RODINNÝM) PEČOVATELŮM V JIHOČESKÉM KRAJI V ČESKÉ REPUBLICE

Iva BRABCOVÁ

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Souhrn

Stárnutí české populace je v posledním desetiletí demografickým trendem. Proto systémová podpora nejenom formální, ale především neformální (rodinné) péče nabývá na významu. Předkládaný příspěvek má za cíl seznámit čtenáře s činnostmi, které poskytuje Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v rámci projektu, který je zacílen na zdravotní a sociální podporu neformálních pečovatelů prostřednictvím multidisciplinárního týmu a za využití audiovizuálních prostředků včetně prostředí virtuální reality.

Klíčová slova: Neformální pečovatelé. Stárnutí populace. Zdravotní a sociální péče. Podpora.

Úvod

V uplynulém desetiletí se počet obyvatel, kteří dosáhli seniorského věku (65+), zvyšoval ve všech regionech České republiky. V průběhu let 2012–2021 vzrostl v České republice počet seniorů, respektive osob 65 letých a starších, o více než 400 tisíc z 1,70 milionu na 2,17 milionu. To odpovídalo nárůstu o 27 %. Souběžně s tím se postupně zvyšovalo i zastoupení seniorské složky v populaci jako celku (ČSÚ, 2022).

Dlouhodobá péče je poskytována neformálně (převážně rodinou) anebo formálně (prostřednictvím poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb). Neformální péče je laická péče. Neformální pečovatelé nemají potřebné znalosti a dovednosti získané na základě odborného vzdělání. Neformální péče může mít krátkodobý, ale i dlouhodobý charakter.

Převážně jde o neplacenou práci, kterou neformální pečovatelé vykonávají mimo pracovní poměr. Nejčastěji jde o model rodinné péče, kdy manželka pečuje o svého nemohoucího manžela, nebo děti pečují o starého rodiče (Jeřábek, 2013; Hubíková, 2017; Křížová et al., 2016; Novák, 2018; Repková et al., 2011).

Předmět projektu

Cílem předkládaného projektu je poskytnout psychosociální podporu a pomoc neformálním pečovatelům v Jihočeském kraji prostřednictvím multidisciplinárního přístupu za využití odborného poradenství (sociálně právní, péče o blízkou osobu a prevence syndromu vyhoření, zdravý životní styl), audiovizuálních prostředků a vytvořeného prostředí virtuální reality. Designe empirického šetření u neformálních pečovatelů tvoří smíšené postupy, kvantitativní a kvalitativní (dotazníkové metody, hloubkové rozhovory, focus groups, případové studie). Projekt je realizován Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích za finanční podpory Technologické agentury České republiky. Prostřednictvím multidisciplinárního týmu odborníků nabízíme podporu pro laické (rodinné) pečovatele.

Poskytujeme bezplatné poradenství lidem, kteří se v domácím prostředí starají o dospělé osoby se sníženou schopností sebepéče (seniory 65+, osoby s demencí, po cévní mozkové příhodě atd.) a rodiče dětí se zdravotním postižením.

Multidisciplinární tým je složen z psychologa, zdravotních sester, sociálních pracovníků a

fyzioterapeutů. Bezplatné služby nabízené rodinným pečovatelům jsou:

1. Psychosociální podporu ze strany psychologa.
2. Návčik relaxačních technik.
3. Sociálně právní poradenství, poradenství v oblasti zdravého životního stylu a vyhodnocení krevního tlaku, hladiny glykémie a cholesterolu.
4. Pravidelné kondiční cvičení a návčik cviků v prevenci bolesti zad a mobilizaci kloubů a páteře.
5. Konzultace zdravotních problémů s fyzioterapeutem.
6. Návčik praktických ošetrovatelských dovedností nutných ke zvládnutí péče o závislou osobu.
7. Konzultace péče o závislou osobu se zdravotní sestrou.
8. Návčik kognitivní aktivizace (trénování paměti) a zprostředkování další podpory a pomoci.
9. Měření krevního tlaku, odběry kapilární krve na hladinu glykémie, cholesterolu a triglyceridů.

V průběhu projektu řešitelský tým ve spolupráci s aplikačními garanty navrhl 13 odborně informačních materiálů (brožur a letáků). Informační materiály „*Průkaz pro osoby s poruchou autistického centra*“ a „*Online konzultace pro rodiny dětí s poruchou autistického centra*“ budou využívány Autis Centrem v Českých Budějovicích. Informační materiál „*Jak vlastně mohou bydlet dospělí lidé s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením?*“ mapuje dostupné možnosti bydlení pro lidi s tělesným a kombinovaným postižením v okolí Českých Budějovicích. Brožura „*Psychologické poradenství a podpora*“ informuje neformální pečovatele o možnosti psychologických konzultací. Dále jsou informační brožury zaměřeny na techniky relaxace a imaginace, prevenci pádů v domácím prostředí nebo na vybranou ošetrovatelskou péči o osoby upoutané na lůžko. V neposlední míře ve spolupráci s Domácím hospicem sv. Markéty ve Strakoniciích byl pro neformální pečovatele navržen seznam kontaktů na domácí hospice v Jihočeském kraji.

Seznam vzdělávacích (edukačních) materiálů (brožur)

1. Průkaz pro osoby s poruchou autistického spektra.
2. Online konzultace pro rodiny dětí s poruchou autistického spektra.
3. Jak vlastně mohou bydlet dospělí lidé s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením.
4. Psychologické poradenství a podpora.
5. Techniky relaxace a imaginace.
6. Prevence pádů v domácím prostředí.
7. Kontakty na domácí hospice v Jihočeském kraji.
8. Podpora neformálních pečujících a jejich kvalita života.

9. Podávání léků v domácím prostředí.
10. Vybavení pokoje, úprava lůžka.
11. Prevence imobilizačního syndromu.
12. Fyzická manipulace.
13. Hygienická péče na lůžku.

Edukační materiály jsou volně dostupné a lze je bezplatně zaslat v elektronické podobě. V případě zájmu kontaktujte: brabcova@zsf.jcu.cz

Příprava a tvorba audiovizuálních materiálů

V průběhu roku 2021 řešitelský tým ve spolupráci s aplikačními garanty připravil 13 vzdělávacích audiovizuálních materiálů. Cílem vytvořených videí je vizuální a zvuková informace pro pečující osoby o možnostech a službách centra ARPIDA při péči o osobu s tělesným a kombinovaným postižením. Seznámit zájemce o služby Autis Centra, pečující osoby a veřejnost s nabídkou podpory a aktivit centra. Seznámit neformální pečovatele s ošetrovatelskou péčí o blízkou osobu v domácím prostředí, naučit pečovatele technikám relaxace a prevence bolestí zad a velkých kloubů. Informovat je o možnosti sociálního poradenství.

Seznam vzdělávacích videí

1. Sociálně terapeutické činnosti Autis centra v Českých Budějovicích.
2. Cvičení pro podporu sensorické integrace.
3. Koordinovaná péče pro rodiny pečující o děti, mladistvé a mladé dospělé osoby s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením.
4. Prevence bolestí zad a klíčových kloubů.
5. Stretching.
6. Vybavení pokoje a lůžka.
7. Péče o lůžko pro ležící osobu.
8. Úprava lůžka.
9. Posazování v lůžku.
10. Výměna ložního prádla.
11. Snadnější posun osoby v lůžku za použití skluzné podložky.
12. Pečujeme o své blízké.
13. Ergonomie domácnosti.

Videa jsou volně k dispozici na OneDrive JU¹ – ZDE.

¹ 1 Adresa OneDrive je

https://jucbmy.sharepoint.com/:f:/g/personal/brabcova_jcu_cz/EgzguQRuUjNPv5A1p4jsHxABsNrbiHD r2BL2FEu3gh3Uzg?e=Xv0nIP

Dalším výstupem projektu je prostředí virtuální reality jejíž cílem je snaha o snížení stresu pečovateli formou vizualizace. Ta umožňuje zapojit představivost lidí a pomáhá jim tak vyrovnávat se se stresovými situacemi. Virtuální realita poskytuje člověku možnost, aby si ve své představivosti, myslí vytvořil nějaké příjemné místo, kde se cítí dobře a uvolněně. Efektivní využití virtuální reality v oblasti práce se stresem, aktivizace vnitřních zdrojů či nácvik meditačních technik je prokázán na mnoha odborných studiích celé řady světových univerzit.

Aplikace pro virtuální realitu má v sobě několik aktivit

1. Uvolnění od stresu.
2. Aktivace vnitřních zdrojů.
3. Získání energie.
4. Nácvik meditačních technik.

Účastník si v základní nabídce vybere aktivitu, kterou se ve virtuální realitě zažít. S každou aktivitou je spojena vybraná prostředí, které bude nejvíce podporovat a umocňovat celý zážitek – například uvolnění od stresu – louka, pláž, hory atd. Součástí daného prostředí je připravený audio záznam, který účastníka provede do stavu uvolnění s využíváním nástrojů a technik neuro-lingvistického programování a ericksonské komunikační hypnózy.

Závěr

Posláním Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích je nejenom profesní příprava budoucích zdravotnických a sociálních pracovníků, ale i vzdělávání a podpora široké veřejnosti v oblasti zdravého životního stylu, prevence nemocí nebo v oblasti zdravotní a sociální gramotnosti. Věříme, že probíhající projekt má pozitivní celospolečenský přínos, zvyšuje podporu neformálního pečovatelského v jihočeském regionu a výstupy projektu jsou podkladem pro další navazující aplikační projekty. Budeme rádi, pokud nás v případě Vašeho zájmu o výše nabízené poradenské služby nebo edukační materiály budete kontaktovat.

Etické aspekty

Projekt byl schválen Etickou komisí Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, reg. č. 005/2019. Účast neformálních pečovateli v projektu byla dobrovolná a mohla být z jejich strany odmítnuta.

Dedikace

Tento příspěvek vznikl se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu ÉTA v rámci projektu č. TL03000518 „Podpora neformálních pečovateli v Jihočeském kraji prostřednictvím audiovizuálních prostředků včetně virtuální reality.“

Seznam literatury

ČSÚ. 2022. Seniorů přibývá i přes vyšší úmrtnost. [online] ČSÚ [11-11-2022] dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2022/05/23/senioru-pribyva-i-pres-vyssi-umrtnost>.
HUBÍKOVÁ, O. 2017. A Double-Edged Tool: the Czech Care Allowance from the Perspective of

- Family Caregivers' Situation. Czech & Slovak Social Work. 2017, Vol.17 Issue 1, p23-37.
- JERÁBEK, H. a kol. 2013. Mezigenerační solidarita v péči o seniory. 1. vyd. Praha:Sociologické nakladatelství, 317 s.
- KŘÍŽOVÁ, E., JANEČKOVÁ, H., BĚLÁČEK, J. 2016. Family Carers' Perspectives on Integrated Community Care in the Czech Republic Central European Journal of Public Health2016; 24 (4): 289-296
- NOVÁK, T. 2018. Péče o pečující: jak být pečovatelem také sám sobě. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 87 s. Pečuj doma. ISSN 978-80-254-9149-2.
- REPKOVÁ, K. et al. 2011. Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe(3): Správa, riadenie a financovanie. Bratislava: Inštitút pre výzkum práce a rodiny.

Kontakt na autora

doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

U Výstaviště 26

České Budějovice, 370 05

E-mail: brabcová@zsf.jcu.cz

KAZUISTIKA „VIEM ČO MI JE, MÁM ZAPRÁŠENÉ PLÚCA PO BRÚSENÍ SÁDROVEJ OMIETKY“

Ahmadullah FATHI^{1, 2}

¹PULSE medicine, s.r.o.

²Ambulancia VLD Svit, Šuňava

Súhrn: Všeobecný lekár pre dospelých (VLD) sa zaoberá symptómami ochorenia udávanými pacientom, analyzuje a vyhľadáva súvislosti s anamnestickými údajmi, či daný symptóm nie je súčasťou syndrómu alebo ochorenia. Získané údaje podrobuje diferenciálnej diagnostike a koreluje s objektívnym klinickým nálezom. Vystáva otázka, či dokáže telemedicína, telekonzultácia aspoň čiastočne nahradiť kontaktnú medicínu. Autor poukazuje na kazuistiku, kedy sa chronický kašeľ „po brúsení omietky“ stal príznakom život ohrozujúceho stavu.

Kľúčové slová: Anamnestické údaje. Kašeľ. Objektívny klinický nález. Telekonzultácia. Všeobecný lekár pre dospelých.

Úvod

V roku 2020 pandémia COVID-19 ovplyvnila a zmenila prácu v ambulanciách VLD. Snahou bolo znížiť mobilitu pacientov a zamedziť šíreniu infekčného ochorenia. Vďaka tomu sme sa stali svedkami nekontaktnej medicíny v praxi. Do popredia sa dostal e-recept, pribudli výkony ako telekonzultácia, či telemedicína. A práve pri telefonických konzultáciách je správne odobrať anamnézu udávanú pacientom o to ťažšie. Odberu anamnestických údajov by vždy malo predchádzať klinické vyšetrenie. Akú diferenciálnu diagnostiku evokuje pacient u lekára, a tri mesiace trvajúci kašeľ dá do súvisu so zaprášenými pľúcami? Pri stanovení diagnózy je anamnéza získaná od pacienta dôležitý údaj. Pacienta je nevyhnutné a dôležité pozorne počúvať a ordinovať vyšetrenia podľa vlastného zváženia v súlade so štandardnými postupmi.

Pneumokoniózy

Pri slove zaprášené pľúca ako prvé prichádza do úvahy diagnóza pneumokoniózy. Pneumokoniózy sú definované ako zaprášenie pľúc minerálnym prachom, ktorý sa retinuje a deponuje v pľúcnom tkanive, kde vyvoláva rôzne reakcie. Aj v súčasnosti sú aktuálne silikóza a azbestóza, pretože doba latencie sa udáva 20 - 30 rokov. Častice menšie ako 5 µm sa pri dýchaní nezachytia v dýchacích cestách a prenikajú až do pľúcnych alveol. V pľúcnych alveolách ich vychytávajú makrofágy (prašné bunky, koniofágy) a sú odstránené vykašliavaním. Časť prachu preniká stenou alveol do interstícia (Meško, 2020). Podľa reakcie, ktorú deponovaný minerálny prach v pľúcach vyvoláva, sa delia pneumokoniózy na dve skupiny:

1. nekolagénové (jednoduché koniόzy) nenarúšajú mikroarchitektoniku pľúc,
2. kolagénové (fibrokoniόzy, koniofibrόzy) narúšajú mikroarchitektoniku pľúc (Meško, 2020).

Pneumokoniόzy nekolagénové:

- Antrakόza - zaprášenie pľúc uhoľným prachom,

- Sideróza - zaprášenie pľúc prachom obsahujúcim železo,
- Barytóza - zaprášenie pľúc prachom barytu ($BaSO_4$),
- Tabakóza- vdychovanie tabakového prachu.

Pneumokoniózy kolagénové:

- Silikóza - zaprášenie pľúc prachom obsahujúcim voľný SiO_2 (oxid kremičitý) ,
- Silikatózy - zaprášenie pľúc prachom silikátov,
- Azbestóza - zaprášenie pľúc azbestom,
- Uhlíková pneumokonióza - zaprášenie pľúc uhoľným prachom,
- Aluminióza zaprášenie pľúc alumíniom,
- Berylióza zaprášenie pľúc prachovými časticami berýlia (Meško, 2020).

Kašeľ predstavuje základný obranný reflex, ktorý vzniká dráždením tzv. tusigénnych zón medzi ktoré patrí hltan, hrtan, priedušnica a priedušky (Bydžovský, 2017). Z fyziologického hľadiska ide o účelný obranný mechanizmus, ktorý udržuje priechodnosť dýchacích ciest. Z klinického hľadiska sa kašeľ delí podľa produkcie spúta, zvukového efektu, charakteru, výskytu, intenzity a dĺžky trvania (Kopřiva, 2015). Suchý kašeľ (neproduktívny) sa okrem včasného štádia infekcií dolných dýchacích ciest vyskytuje aj pri intersticiálnych pľúcnych procesoch, pri ochoreniach lokalizovaných mimo respiračných orgánov, ako napr. pri karcinóme pažeráka, laryngu, faryngu, pri alergických ochoreniach, liečbe ACE-i, pri hypertrofii štítnej žľazy a tiež ako reakcia na aspiráciu cudzieho telesa do dýchacích ciest (Fraňová, 2018).

Medzi najčastejšie príčiny chronického kašľa patrí:

- syndróm kašľa z horných dýchacích ciest – Postnasal drip syndróm,
- gastroezofageálny reflux (GERD),
- bronchiálna astma (AB),
- ACE-inhibítory, betablokátory, blokátory kalciových kanálov, NSAID,
- chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP), chronická bronchitída,
- bronchogénny karcinóm,
- bronchiektázie – cystická fibróza, syndróm nepohyblivých riasiniek,
- bronchiolitídy,
- intersticiálne pľúcne procesy – hypersenzitívne pneumonitídy, sarkoidóza pľúc,
- chronické aspirácie – pacienti s AD, PD, poruchami prehĺtania, alkoholici,
- fajčenie, znečistenie vonkajšieho prostredia (prašné látky, plyny), sick building syndróm,
- psychogénny kašeľ,
- habituálny kašeľ,

- idiopatický kašeľ (Gavalierová, 2021).

Popis prípadu - anamnéza

Ide o 60 ročného pacienta, bez vážnejšieho predchorobia a pravidelnej medikácie. Podľa dostupnej zdravotnej dokumentácie:

Rodinná anamnéza: otec zomrel, keď mal 12 rokov, liečil sa na ochorenie srdca, nevie udať na aké, matka zomrela 74 ročná na cievnu mozgovú príhodu, súrodenci zdraví.

Osobná anamnéza: prekonal bežné detské ochorenia. Operácie, úrazy neudáva, ani nemáme iné údaje v dostupnej zdravotnej dokumentácii. V novembri 2021 prekonal COVID-19. Očkovanie COVID-19 - dve dávky Sputnik, druhá dávka podaná 07/2021.

Imunizácia proti tetanu: 02.01.2017 Imovax do ľavého ramena.

Alergiu na lieky a potraviny neudáva.

Farmakologická anamnéza: bez pravidelnej liekovej medikácie.

Pracovná anamnéza: pracuje ako SZČO v oblasti stavebníctva.

Sociálna anamnéza: ženatý, býva v rodinnom dome, 2 deti zaopatrené.

Škodlivé návyky: nefajčí, alkohol maximálne 1 pivo denne, kávu neguje.

Športová anamnéza: neudáva.

TK: 160/80 mmHg

Pulz: 60/min

Výška: 176 cm

Hmotnosť: 84 kg

BMI: 27,12 kg/m²

Obvod pásu: 105 cm

Katamnéza

Prvá telekonzultácia dňa 03.01.2022

Počas Delta variantu COVID-19 infekcie pacient telefonicky kontaktoval ambulanciu, kde udával nasledovné subjektívne ťažkosti: asi 3 mesiace ho trápi suchý dráždivý kašeľ, o druhej hodine ráno musí vypiť mlieko a to mu prináša úľavu. Nefajčí. Na cieleňú otázku či ho páli záha, odpovedá kladne. Dobre sa mu dýcha, bežnú fyzickú záťaž dobre toleruje, nohy mu neopúchajú, na ostatné cieleňé otázky odpovede neguje.

Povinnosťou lekára je vylúčiť varovné príznaky, život ohrozujúce stavy, kedy stav pacienta vyžaduje urgentne diagnostický a terapeutický prístup.

Varovné príznaky pri suchom kašli (tzv. Red flags):

- Dýchavica, cyanóza (pozor! suchý dráždivý kašeľ je „ekvivalentom“ dýchavice),
- tachypnoe (počet dychov viac ako 30/min.),
- bolesť na hrudníku,
- hemoptýza (vykašliavanie krvi),
- vysoká horúčka (trvajúca viac ako 3 dni),
- znížený tlak krvi (arteriálna hypotenzia),
- tachykardia (SF nad 100/min),
- zmeny mentálneho stavu pacienta,

- úbytok telesnej hmotnosti (Gavalierová, 2021).

Pacient bol telefonicky poučený o varovných príznakoch, kedy má bezodkladne vyhľadať lekára. Pracovnú neschopnosť pacient nepotreboval vypísať, nemohol sa v ten deň dostaviť ani na klinické vyšetrenie. Pacientovi bol naordinovaný inhibítor protónovej pumpy (iPP pantoprazol 40 mg 1-0-1) a bol pozvaný na celkové vyšetrenie, doplnenie anamnézy, odber krvi (krvný obraz, C reaktívny proteín, D-diméry...), pretože mal prítomné štyri najčastejšie príčiny chronického kašľa dlhšie ako tri mesiace.

Druhá telekonzultácia dňa 10.01.2022

Pacient udáva, že lieky užíva pravidelne, avšak napriek tomu kašeľ pretrváva, záha už nepáli, teploty nemá, dýcha sa dobre, na iné ciele otázky odpovede neguje. Absolvoval PCR test na COVID-19 dňa 04.01.2022 s negatívnym výsledkom. Pacient sa opakovane dožaduje vystavenia výmenného lístka na pľúcne vyšetrenie a výpisu zo zdravotnej dokumentácie, nakoľko si vybavil pneumologické vyšetrenie na nasledujúci deň 11.01.2022 o 09:00 hod. kvôli kašľu. Pacient pozvaný na klinické vyšetrenie, s čím nie je stotožnený, pretože už ide na pneumologickú ambulanciu, len potrebuje výmenný lístok.

Prvá návšteva pacienta v ambulancii dňa 11.01.2022

Pacient pri dverách sa dožaduje výpisu zo zdravotnej dokumentácie a výmenného lístku na pľúcne vyšetrenie, pretože má o 09:00 hod termín na pľúcnej ambulancii. Dôverne sa priznáva, že on vie z čoho ten kašeľ má: „*Mám zaprášené pľúca, pretože som brúsil sadrovú omietku bez respirátora.*“ Vystavenie výmenného lístku bolo podmienené celkovým vyšetrením pacienta v ambulancii, s čím pacient súhlasil.

Analýza a interpretácia

Celkové vyšetrenie: Pacient je komunikatívny, orientovaný v mieste, čase, osobe, poloha aktívna, chôdza istá, bez opory, postoj istý, držanie tela správne, horizontálnu polohu toleruje dobre, bez cyanózy a ikteru, neurologicky orientačne v norme, turgor kože primeraný, koža čistá, TT: 36,4°C, SpO₂: 98 %, TK: 145/83 mmHg, SF: 60/min, nepravidelná, pulmo dýchanie vezikulárne čisté, oropharynx kľudný, abdomen v niveau hrudníka, brucho voľne priehmatné, palpačne nebolestivé, bez hepatosplenomegálie, DKK bez opuchu a zápalu.

Pretože pacient mal pulmo dýchanie vezikulárne čisté, ale zachytená fonendoskopom nepravidelná akcia srdca, bol požiadaný, aby si ľahol na lehátko a bude mu vyhotovený EKG záznam, s čím pacient súhlasil.

Pacientovi následne vyhotovený EKG záznam s patologickým nálezom ako na obr.1 - prítomné tri patologické nálezy: AVB v.s II stupňa, f: 59/min, novozistený blok ľavého Tawaroveho ramienka (BLTWR) so sekundárnymi repolarizačnými zmenami.

Pacient okamžite odoslaný na interné vyšetrenie a následne bol hospitalizovaný na koronárnej jednotke.

Správa z príjmu

TO: „*Pri mojom vyšetrení udáva približne 1,5 mesiaca ponáhľavé dyspnoe – doteraz po fyzickej námahe napríklad ťažkosti nemal. Bolesti na hrudníku, palpitácie, pocity nepravidelnej činnosti srdca. Udáva suchý kašeľ trvajúci približne 3 mesiace, pripisoval to práci v prašnom prostredí. Hlava nebolí, ani sa netočí. Brucho nebolí, pred 2 – 3 týždňami cítil „ťažobu na*

bruchu, OL mu predpísal Ozzion, ktorý užíval asi týždeň a cítil sa po ňom lepšie. Hnačky vracanie zápchu neguje, hmotnosť stabilná, chuť do jedla primeraná. Dyzurické ťažkosti neguje. Bez krvácajúcich prejavov. Nohy neopúchajú, bez bolesti pri dlhšej chôdzi. Vodorovnú polohu toleruje“.

Hospitalizácia 11.-13.01.2022 OVL OAKJ

Z prepúšťacej správy vyberáme nasledovné: na RTG vyšetrení hrudníka popisovaná kardiomegália, susp. fluidothorax.

Na EKG obraz LBBB. AV blok II. stupňa Mobitz II s prevodom 3:2, ojedinelé KES. Laboratórne elevovaný marker srdcového zlyhávania. KŠE opakovane negatívne. Realizované TTE (echokardiografia) kde zistená dilatovaná ĽK, excentrická hypertrofia stien ĽK, atypický pohyb IVS v.s. pri LBBB, difúzne hypokinéza, zdá sa mierne akcentovaná na oblasť hrotu a apikálny segment prednej a bočnej steny, EF (ejekčná frakcia) 40-45 %, diastolická dysfunkcia I. typu, porucha relaxácie. ĽP významne dilatovaná.

Vzhľadom na EKG nález konzultované vyššie pracovisko VÚSCH Košice, kde bol pacient následne preložený.



Obrázok 1 EKG záznam pacienta, 11.01.2022

Zdroj: archív autora

Hospitalizácia 13.01.2022 - 19.01.2022

VÚSCH Košice, Klinika kardiológie - Arytmologická jednotka

Z prepúšťacej správy vyberáme nasledovné: AV blok II stupňa Mobitz II s prevodom 3:2. LBBB de novo.

Chronické srdcové zlyhávania (CHSZ) de novo s mierne redukovanou EF 40-45 % vstupne

známky ľavostrannej kardiálnej dekompenzácie.

Diastolická dysfunkcia I. typu – porucha relaxácia TTE 01/2022. Artériová hypertenzia de novo 3 st. ESH/ESC s vysokým KVR.

Dňa 18.01.2022 Realizovaná primoimplantácia CRT (cardiac resynchronization therapy) – P Biotronik Evity 8 HF-TQP v režime DDDR: 18.01.2022.

Po prepustení sa pacient hlásil na našej ambulancii. Pacient udáva zlepšenie stavu, nekašle a cíti sa podstatne lepšie.

Diskusia

Pandémia COVID-19 priniesla so sebou novinky v podobe nekontaktnej medicíny, akými sú telekonzultácia či telemedicína. Na jednej strane prinášajúce benefity v podobe obmedzenia šírenia tak zákerného ochorenia akým COVID-19 je, na strane druhej sa naskytá otázka, či telemedicína alebo telekonzultácia dokážu obhajovať svoju súčasnú pozíciu aj do budúcnosti. Priamy kontakt s pacientom prináša omnoho viac bezprostredných informácií o zdravotnom stave pacienta: ako sa pohybuje, či nie je dýchavičný, hodnotenie zafarbenia kože a slizníc, či kašle, ako toleruje námahu, horizontálnu polohu a pod. Už lekári v staroveku určovali vzhľad pacienta a priradzovali k určitým ochoreniam. Fyzická prítomnosť je dôležitá aj k bezprostrednému výkonu, ako to bolo v prípade prezentovanom v tejto kazuistike. Diagnóza pacienta by nebola možná bez celkového klinického vyšetrenia a typického EKG obrazu. Môžeme tvrdiť, že návštevou pneumológa by pacient, ktorý si sám stanovil diagnózu „*Mám zaprášené pľúca, brúsil som omietku*“, nielenže nevyriešil svoj zdravotný stav, pretože na pneumologických ambulanciách sa EKG záznam nevykonáva, ale bol by aj ohrozený náhlou srdcovou smrťou.

Z tejto kazuistiky je podstatné zapamätať si jedno dôležité pravidlo: „**Kto kašle, mal by mať vyšetrené srdce.**“ Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti lege artis je dôležité pacienta pozorne počúvať a vyšetrenia ordinovať podľa vlastného zváženia v súlade so štandardnými postupmi (ŠDTP).

Záver

Zdravotnícki pracovníci by mali poučiť pacientov o tom, že v prípade dlhodobých zdravotných problémov majú navštíviť svojho ošetrojúceho lekára a nespoliehať sa na liečenie zahájené na základe vlastných úvah alebo odporúčaní neodborníkov v medicíne a pokiaľ je možné, preferovať osobné vyšetrenie pred telekonzultáciou. Neopomínať vždy vylúčiť život ohrozujúce stavy. Pacient by mal byť náležite poučený s cieľom získania súhlasu alebo nesúhlasu poskytovania zdravotnej starostlivosti, všetko dokumentovať a trvať na písomnom potvrdení informovaného súhlasu.

Správne vedená dokumentácia je istá právna ochrana poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti hlavne vtedy, ak pacient nie je stotožnený s postupmi lekára.

Zoznam použitej literatúry

BYDŽOVSKÝ, J. *Diferenciálna diagnostika najčastejších symptómů*. 2.vyd. Praha: Tri- ton, 2017. ISBN 978-80-7553-451-4. 192s.

FRAŇOVÁ, S. Farmakoterapia kašľa I. časť –antitusiká. In *Praktické lekárnictvo* 2018; 8(1): 11-15.

GAVALIEROVÁ, Z. 2021. COVID-19, edukácia dospelého pacienta. *Infodoktor*. 2021. s.144. ISBN 978-80973660-1-8.

KOPŘIVA, F. *Chronický kašel. Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf Jessenius, 2015.

ISBN 97880-7345-450-0. 72s.

MEŠKO, D. 2020. Medinfo - Pneumokoniózy, zaprášenie pľúc. 2020. Online. [22-10-2020].
Dostupné na: <http://www.medinfo.sk/index.php/hesla2/8-diagnoza/262-Pneumokoniózy,-zaprasenie-pluc>.

Kontakt na autora

MUDr. Ahmadullah Fathi
Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých
Mierová 1
05921 Svit
E-mail: mudrfathi@gmail.com

PRÁCA SESTRY NA AMBULANCIII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH

Zuzana GAVALIEROVÁ^{1,2,3}, Petra GEMZOVÁ⁴

¹Ambulancia VLD Mierová 1 Svit

²Ambulancia VLD, Trojičné námestie Šuňava

³Predseda Sekcie ambulancných sestier a pôrodných asistentiek SK SaPA

⁴ESTHEA TATRY, ambulancia plastickej chirurgie, Nový Smokovec, Vysoké Tatry

Súhrn

Ambulancná zdravotná starostlivosť má isté špecifiká, ktoré určujú nároky a záťaž na prácu sestry. Charakter práce tohto segmentu aj vďaka digitalizácii (práca v online priestore) prešiel v posledných dekádach mnohými zmenami. Sestry v ambulancnej sfére majú široké pole pôsobnosti v preventívnej, ako aj terapeuticko-špecialistickej oblasti. V záujme zlepšenia kvality a dostupnosti zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti je žiaduce delegovanie istých odborných kompetencií zdravotníckym pracovníkom. Je predpoklad, že rozšírením a posilnením autonómie sestier sa môže zdravotná starostlivosť stať dostupnejšou a ekonomicky efektívnejšou. Veľkú diskusiu vyvolalo politické rozhodnutie premenovať zdravotníckych asistentov na praktické sestry, čím došlo u laickej verejnosti k vyvolaniu dojmu, že je z hľadiska kompetencií rovnocenná so sestrou. Cieľom príspevku je poukázať na úlohy sestry a otvoriť diskusiu k otázke, či je potrebná v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých (VLD) sestra s vysokoškolským vzdelaním alebo ju dokáže svojimi kompetenciami nahradiť zdravotnícky asistent.

Kľúčové slová: Ambulancia. Dospelý pacient. Edukácia. Intervencia sestrou. Všeobecná ambulancia pre dospelých. Zdravotná starostlivosť.

Úvod

V posledných desaťročiach sme svedkami mnohých zmien v zdravotníctve. Jedným z charakteristických znakov je presun ťažiska záujmu medicíny čoraz častejšie z choroby na oblasť prevencie. V popredí záujmu (nielen zdravotníckych pracovníkov) sú chronické neinfekčné ochorenia. Práve tieto poruchy zdravia predstavujú veľký problém v populácii, pretože vyžadujú aktívnu participáciu samotného jedinca v procese liečby. Zlepšenie kvality a dostupnosti zdravotnej starostlivosti je celosvetovým trendom, ktorý vo svojich vyhláseniach deklaruje aj vláda Slovenskej republiky. Podľa dostupných údajov má Slovensko v súčasnosti vysokú úmrtnosť na odvrátiteľné úmrtia. Za odvrátiteľné úmrtia sa považujú tie, ktorým sa môže predísť včasnou a efektívnou liečbou (Fathi, 2020).

Zapojením sestier do starostlivosti o pacientov s odvrátiteľnými rizikami chorôb obehovej sústavy formou edukačnej intervencie očakávame zlepšenie preventívnej zdravotnej starostlivosti a zníženie počtu odvrátiteľných úmrtí. Jednou z **dôležitých činností práce sestry na poli preventívnej starostlivosti v ambulancii je edukácia**. O význame edukácie nemožno pochybovať. Predpokladá sa, že edukovaný pacient bude mať lepšiu compliance (súlady s odporúčaniami), adhérenciu (mieru, v akej konanie pacienta v procese liečby zodpovedá pokynom lekára) a perzistenciu (vytrvalosť) k liečbe; redukované množstvo komplikácií a menej časté hospitalizácie (Gavalierová, Fathi, 2017).

Odborná verejnosť má snahu zakomponovať sestru do liečebno - preventívnej starostlivosti, pretože v tom vidí zvyšovanie kvality, predovšetkým v primárnej sfére, kde sa počíta s prevenciou ako neoddeliteľnou súčasťou každodennej činnosti. Na edukáciu sestra potrebuje vedomosti získané štúdiom, prístup k recenzovaným zdravotníckym informáciám a literatúru.

Vhodné argumenty používané pri svojej každodennej práci sestry pomôžu pozitívne ovplyvniť postoj pacienta k ochoreniu, zvýšiť úroveň jeho vedomostí o danom ochorení, o rizikách a následkoch a v konečnom dôsledku dosiahnuť zlepšenie budúcej spolupráce pacienta.

Spôsobilosť pre prácu sestry v ambulantnej zdravotnej starostlivosti

Zákon č. 574/2004 ustanovuje, že ambulantná starostlivosť sa poskytuje osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín, môže sa poskytovať v domácom alebo inom prirodzenom prostredí osoby.

Povolanie sestry patrí k regulovaným povolaniam s povinnosťou registrácie v príslušnej komore (SK SaPA), ako podmienka na výkon zdravotníckeho povolania. Okrem toho je nevyhnutné, aby sestra spĺňala:

- zdravotnú spôsobilosť - preukazuje sa lekárskeho posudkom o zdravotnej spôsobilosti vo vzťahu k výkonu príslušného zdravotníckeho povolania,
- odbornú spôsobilosť - preukazuje sa získaním požadovaného vzdelania, odbornej praxe alebo úspešným vykonaním skúšky, ak zákon neustanovuje inak,
- morálno-etickú bezúhonnosť - hodnotí sa podľa etického kódexu zdravotníckeho pracovníka SK SaPA.

Okrem všeobecnej spôsobilosti na prácu je potrebné, aby sestra pracujúca v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých (VLD) disponovala istými osobnostnými predpokladmi, akými sú komunikatívnosť, manažérske schopnosti, snaha sa neustále vzdelávať a vedieť organizovať prácu a oddych. V ambulantnej sfére je tímová práca jedným z dôležitých predpokladov na poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Sestra v ambulancii musí mať tieto predpoklady, pretože práca v ambulantnej sfére sa líši od práce v ústavnej starostlivosti. Ambulancia VLD funguje ako „filter“, kde sa vyvíjajú stavy, ktoré sú zvládnuteľné všeobecným lekárom a ktoré je potrebné konzultovať so špecialistami. Pracovná psychická záťaž je súčasťou každodenných činností v ambulancii VLD, pretože sestry majú denne veľký počet interakcií s pacientmi, musia zabezpečiť riadnu prevádzku ambulancie, plynulosť vyšetrení, triáž pacientov, venujú sa telekonzultáciám, administratívnej činnosti, výskumu, auditu a podobne. Zároveň ďalší rizikový faktor práce a pracovného prostredia je fyzická pracovná záťaž, pretože každodenne je potrebné zvládať rôznorodosť výkonov častokrát u jedného pacienta. Patria tu preventívne prehliadky, imunizácia, ošetrovateľská starostlivosť, manažment chronických chorôb, poradenstvo, edukácia, návštevná služba a podobne. Práve edukačná činnosť vyžaduje kvalifikovanú a odborne zdatnú sestru, ktorá rozumie metodike edukácie a následne ju realizuje v praxi.

Špecifiká práce sestry v ambulancii VLD

Sestra, okrem odborných činností, po príchode na pracovisko zabezpečuje prevádzku ambulancie. Kontroluje kompletnosť a funkčnosť vybavenia ambulancie, pri zistení nedostatkov a porúch informuje svojho nadriadeného a podieľa sa na ich odstránení. Zabezpečuje hygienu prostredia, zachovanie aseptických podmienok, kontroluje činnosť upratovačky, dopĺňa spotrebný materiál nevyhnutný k upratovacím činnostiam a pre bežný chod ambulancie.

Sestra vykonáva triáž pacientov. V spolupráci s lekárom určuje poradie pacientov a to nielen podľa ich príchodu, ale má na zreteli aj ich zdravotný stav. Sestra musí so zohľadnením časovej

náročnosti manažovať poradie pacientov podľa toho či potrebujú odborné vyšetrenie u lekára, vystavenie receptu, aplikovať lieky, realizovať odbery krvi, absolvovať preventívnu prehliadku, administratívne úkony, predoperačné vyšetrenie, odporúčenie na odborné vyšetrenie, vyšetrenie na vlastnú žiadosť a podobne. Sestra musí objednať pacienta na vyšetrenie, pacienta informovať o mieste a príprave na vyšetrenie a vysvetliť, čo je potrebné priniesť k vyšetreniu.

Sestra v ambulancii VLD organizuje návštevy v domácom, alebo inom prirodzenom prostredí pacienta. Preberá telefónne hovory a realizuje telekonzultácie. Odoberá biologický materiál, zodpovedá za jeho správne označenie, správnu aplikáciu, zápis do zdravotnej dokumentácie, zachovanie aseptických podmienok, koordinuje transport materiálu a zabezpečuje príjem výsledkov vyšetrení. Sestra aplikuje lieky vo forme tabliet, injekcií, mastí, infúzných roztokov a pod. Manažuje akútne stavy v ambulancii, kedy musí pohotovo identifikovať osoby, ktoré vyžadujú okamžitú pozornosť a intervencie. Zabezpečuje odpadové hospodárstvo ako napr. komunálny odpad, triedený odpad, nebezpečný odpad (ostrý odpad, ihly a jednorazové injekčné striekačky), odpad kontaminovaný biologickým materiálom (tampóny...).

Manažment dokumentácie v ambulancii VLD má svoje špecifická ako svojou formou tak aj rozsahom jej vedenia. V ambulantnej sfére posledné roky postupne pribúda administratívna činnosť, a to aj napriek snahám o elektronizáciu zdravotníctva. Sestra zabezpečuje správnosť a kompletnosť vedenia zdravotnej dokumentácie, zodpovedá za správne založené lekárske správy, záznamy, či výsledky absolvovaných vyšetrení pacientov. Zabezpečuje číslovanie dekurzov podľa poradia v dokumentácii pacienta. Vede, eviduje, archivuje, preberá a odovzdáva zdravotnú dokumentáciu. Vede agendu prijatej a odoslanej pošty. V knihe o evidencii prijatej a odoslanej korešpondencie sa zapisuje v časovom slede prijatá a odoslaná pošta. Mala by obsahovať minimálne číslo, dátum prijatia alebo vzniku, vec, adresáta a záznam, kedy bola korešpondencia vybavená. Evidujú sa zásielky odosielané obyčajnou poštou, doporučené, na návratku (doručenku), kuriérnymi službami alebo telekomunikačnými prostriedkami.

Podľa platných právnych postupov vedie sestra agendu posudkovej činnosti. Za tieto činnosti vyberá poplatky podľa platného cenníka ambulancie schváleného Vyším územným celkom (VUC). Pripravuje a vypisuje Návrh na kúpeľnú liečbu, pripravuje Posudok sociálnej odkázanosti, pripravuje Žiadosť na účely sociálneho poistenia - Prehliadka zisťovacia, kontrolná, tlačivá na kompenzáciu pomôcok pre ÚPSVaR a podobne.

Sestra vedie agendu dočasne pracovne neschopných pacientov (DPN) (od 1. júna 2022- elektronizácia PN s prechodným obdobím do 1. mája 2023). Sestra pripravuje formulár o Dočasnej práceneschopnosti, vypisuje tlačivo o trvaní dočasnej práceneschopnosti (tzv. „prechodný lístok na peniaze“), vedie dispenzár podľa nariadenia lekára, zúčastňuje sa na komisiách posudkového lekára, pozýva pacientov na kontrolné vyšetrenia a sleduje účasť na týchto vyšetreniach. Pri absencii predvoláva pacienta do ambulancie VLD prvýkrát obyčajnou poštou, druhýkrát už s doručenkou do vlastných rúk.

Podľa pokynov lekára sestra zabezpečuje prevoz chorých sanitkou DZS (dopravnou zdravotnou službou).

Sestra zodpovedá za uloženie, dopĺňanie a expiráciu liekov nielen v protišokovej skrinke, ale aj v návštevnej taške pre lekára, návštevnej taške pre sestru.

Sestra sleduje dátum imunizácie proti tetanu u pacienta. Preočkovanie je potrebné každých 15 rokov. Vo forme predvolaní na ošetrovanie pozýva pacientov na preventívne prehliadky a na povinné očkovanie.

Sestra vedie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s pacientmi, vedie registráciu

nových pacientov, pripravuje podklady pre hlásenie prírastkov/úbytkov do zdravotných poisťovní, kontroluje zmeny v poistení pacienta (napr. zmena zdravotnej poisťovne, Preukaz poistenca verejného zdravotného poistenia poisteného v zahraničí s označením EU) a podobne.

Odborné pôsobenie sestry v ambulancii VLD

O náplni práce sestry v ambulancii VLD nie sú dostatočne informovaní nielen pacienti, ale je možné, že ani samotné sestry pracujúce v ambulantnej VLD praxi. Edukácia patrí k zmysluplnej činnosti v ambulancii, ktorá bola dlhé roky v ambulantnej sfére zanedbávaná. Práve pri procese edukácie však pacient vníma odbornú pripravenosť a erudíciu sestry a prikladá tak vážnosť jej povolaniu. A práve proces edukácie je potrebné rozvíjať a pripravovať určité podklady, edukačné listy či štandardy, pretože edukácia je jednou z podstatných intervencií sestry v ambulantnej sfére. Edukácia „má nezastupiteľné miesto pri zmene vnímania a správania sa u jednotlivcov, rodín či komunit, pri podpore, udržiavaní zdravia a predchádzaní chorôb“ (Fathi, 2020). Vo vzdelávaní pacienta je najdôležitejšia intervencia sestry v podobe nefarmakologických opatrení pri odvrátiteľných rizikových faktoroch chorôb obehovej sústavy (RF CHOS). Aj preto je dôležité neustále argumentovať, aby artérová hypertenzia (AH), diabetes mellitus (DM), dyslipoproteinémia (DLP), nadhmotnosť/obezita, fajčenie, riziková konzumácia alkoholu, nedostatočná pohybová aktivita, nedostatočná konzumácia ovocia a zeleniny boli oblasťami, kde sestra bude kompetentným zdravotníckym pracovníkom v preventívnom pôsobení. Avšak na to sestra potrebuje isté faktory, ktoré ovplyvňujú dostupnosť samotnej edukácie. Patria tu:

1. Profesionálne kompetencie (legislatívna podpora).
2. Vedomosti o klinickej jednotke (edukačné listy a štandardy, aktivity sústavného vzdelávania). Tu je potrebné zdôrazniť, že na to, aby sestra pochopila samotnú metodiku edukácie a dokázala ju implementovať s adekvátnymi vedomosťami o klinickej jednotke, je potrebné, aby mala VŠ vzdelanie.
3. Čas a priestor.
4. Motivácia (finančné ohodnotenie). Žiadny projekt bez ekonomickej motivácie nemá dlhú životnosť.

Práca sestry v Sekcii ambulantných SaPA

Odborné sekcie pri SK SaPA vzišli prijatím legislatívy v roku 2004 za účelom združovania členov komory pre uspokojovanie profesionálnych a odborných záujmov SaPA vo vzťahu k jednotlivým odborom ošetrovateľstva. Naša odborná sekcia ambulantných SaPA vytrvalo pripravuje v spolupráci s mienkotvornými odborníkmi materiály na sprístupnenie edukácie sestrou v ambulanciách VLD. V roku 2020 sa členovia Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek SKSaPA aktívne zapojili do projektu občianskeho združenia Infodoktor, o.z. pod autorským vedením MUDr. Ahmadullaha Fathiho, výsledkom čoho je odborná publikácia pre sestry s názvom **Odvrátiteľné riziká chorôb obehovej sústavy, edukácia sestrou**, so zameraním na ambulantnú sféru. Publikácia je určená kompetentným zdravotníckym pracovníkom pre edukáciu dospelého pacienta s AH, DLP, DM, nadhmotnosťou/obezitou, rizikovou konzumáciou alkoholu, fajčením, nedostatočnou pohybovou aktivitou. Táto publikácia je jedinečná v tom, že každý jeden rizikový faktor (RF) je spracovaný tak z teoretického ako aj praktického hľadiska. Prínosom je, že sú vypracované

edukačné listy, ako aj samotné príklady rozhovoru medzi lekárom a pacientom a medzi sestrou a pacientom.

V roku 2021 sa členovia Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek aktívne zapojili do projektu, ktorý mal za cieľ sprístupniť relevantné informácie pre včasné a adekvátne manažovanie jednotlivých príznakov ochorenia COVID-19, pod názvom **COVID-19, edukácia dospelého pacienta**. Táto publikácia vznikla aj v digitálnej podobe a je dostupná na webovej stránke infodoktor.sk. V edukačných listoch priblížili jednotlivé symptómy ochorenia a spôsob ich ovplyvňovania nefarmakologickými opatreniami a farmakologickou liečbou. Príznaky v tejto publikácii sa netýkajú len ochorenia COVID-19, ale aj ostatných stavov – horúčka, dýchavica, kašeľ, hnačka, únava a pod. Pri každom príznaku sú spísané varovné príznaky tzv. red flags, s ktorými sa sestra stretáva a musí ich ovládať. Súčasťou publikácie sú aj postupy merania tlaku krvi, merania pulzným oxymetrom a teplomerom.

Na to, aby mohli lekár/sestra s pacientom komunikovať ohľadom rizikových faktorov CHOS ako súčasť kardiovaskulárnej prevencie, vznikla v roku 2021 edukačná pomôcka **Edukácia sestrou, starostlivosť o dospelého pacienta s artériovou hypertenziou**, v ktorej sú uvedené aj za pomoci firmy Servier Slovensko spol. s r.o. v štruktúrovanej podobe jednotlivé typy rozhovoru vo všetkých fázach Transteoretického modelu. Súčasťou brožúry sú edukačné listy, kde sú uvedené napr. faktory zlepšujúce adhérenciu, ako i správna technika merania TK v ambulancii a podobne.

Podľa mnohých štúdií má každý druhý hypertonik často aj DLP, preto vznikla následne v roku 2022 edukačná pomôcka **Edukácia sestrou, starostlivosť o dospelého pacienta s dyslipoproteinémiou**. Súčasťou brožúry sú edukačné listy, zaoberajúce sa napr. ošoh pravidelnej fyzickej aktivity, nefarmakologickými opatreniami, návodmi ako zlepšiť adhérenciu pacienta k liečbe. Adhérenca je kľúčový faktor k úspešnej liečbe akéhokoľvek chronického ochorenia. Súčasťou publikácie je edukačný list pacienta nestotožneného s liečbou, obsahujúci rozhovor zdravotníckeho pracovníka a pacienta, ako aj dekurz informovaného nesúhlasu pacienta.

Vďaka týmto publikáciám sa **edukácia pacienta v ambulantnej sfére môže stať dostupnejšia, časovo nenáročná, zefektívni sa komunikácia a zamedzí neúčinným komunikačným chybám**, ktoré práve naopak môžu mať kontraproduktívny efekt.

Ovládať správnu edukáciu dospelého pacienta s AH, DLP a/alebo obezitou je dôležité. Na základe opakovaných argumentov a predloženia edukačných publikácií sa našej sekcii podarilo dosiahnuť, že edukácia je uznávaná ako výkon hrađený zo zdravotného poistenia poisťovňami Union a VŠZP. Sestry v ambulanciách VLD sú vedené ako kompetentný zdravotnícky pracovník pri edukácii dospelých pacientov s AH, DLP a/alebo obezitou. Aj keď reálne je platba viazaná na fakturáciu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (PZS), dosiahli sme to, že výkon edukácie je viazaný na realizáciu VŠ vzdelanou sestrou (nie na zdravotníckeho asistenta), čo posilňuje pozíciu sestier v ambulanciách VLD. „*Výkon sa vykazuje ako pripočítateľná položka jedenkrát za kalendárny rok k výkonu H0003 a trikrát za kalendárny rok k výkonu H0004. Za edukáciu pacienta s artériovou hypertenziou, dyslipoproteinémiou a/alebo obezitou pri poučení o úprave životného štýlu a/alebo farmakoterapie sa považuje jehopoučenie sestrou alebo lekárom*“ (Zmluva s poisťovňou Union a VŠZP).

Záver

Sestra ako regulované povolanie nielenže podlieha platnej legislatíve, ale aj ošetrovateľská prax si vyžaduje znalosti právnych predpisov po aplikovanej stránke. Sestra má poznať svoje kompetencie, rozsah činností, ovládať základné pojmy z právneho minima, pretože

podmienkou kvalifikovaného rozhodnutia pri jednotlivých krokoch je práve znalosť a pochopenie právnych aspektov. Sestry a pôrodné asistentky sú opakovane nabádané SKSaPA, aby poznali svoje kompetencie neprekračovali ich a tým sa nevystavili riziku budúcich možných právnych sporov. Je dôležité neustále pripomínať etický kódex, starostlivosť o marginalizované skupiny, bez útoku či nevhodných komentárov na rasu, národnosť, hodnoty vierovyznania, sexuálnu orientáciu a podobne, pretože SaPA by mali ostať empatické a nápomocné všetkým skupinám ľudí.

Zoznam použitej literatúry

FATHI,A. a kol. 2020. Odvrátiteľné riziká chorôb obehovej sústavy, edukácia sestrou. Infodoktor.2020. s. 287 ISBN978-80-660-0-1

GAVALIEROVÁ, Z., FATHI, A. Prevencia chorôb obehovej sústavy - edukácia sestrou. In *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*. In E-časopis, 2017; 01, s.39-44. ISSN 1993-5920

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.[online]. [cit. 2022-11-18].

Dostupné na internete: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-576>

Kontakt na autora

PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých

Mierová 1

059 21 Svit

E-mail: gavalierova.z@gmail.com

ÚLOHA SESTRY V MANAŽMENTE HYPERTONIKA S DYSLIPOPROTEINÉMIU

Zuzana GAVALIEROVÁ^{1,2,3}, Ahmadullah FATH^{1,2}

¹ Ambulancia VLD Mierová 1 Svit

² Ambulancia VLD, Trojičné námestie Šuňava

³ Predseda Sekcie ambulancných sestier a pôrodných asistentiek SK SaPA

Súhrn

Medzi najzávažnejšie, ale liečiteľné rizikové faktory chorôb obehovej sústavy (CHOS) patrí artériová hypertenzia (AH) a dyslipoproteinémia (DLP), ktoré okrem iných rizikových faktorov (akými sú stres, fajčenie, riziková konzumácia alkoholu, nedostatočná fyzická aktivita, nedostatočná konzumácia ovocia a zeleniny a pod.) môžu viesť u pacienta k vzniku predčasných aterosklerotických zmien. Ak sa pacientovi nedostane včasnej pomoci, následky môžu byť v budúcnosti až život ohrozujúce. V prípade, že sa pacientovi s artériovou hypertenziou i s DLP podarí dodržiavať preventívne opatrenia a dosiahnuť cieľové hodnoty tak tlaku krvi (TK) ako aj lipidov, prognóza je dobrá. Dobre liečení pacienti majú takmer takú kvalitu života, ako pacienti bez týchto ochorení. Práve pri odvrátiteľných rizikách CHOS je žiadúce vyzdvihnúť edukačnú intervenciu sestry, ktorá je nezastupiteľná. Cielenou intervenciou zameranou na ovplyvniteľné rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení môžeme zabrániť vzniku predčasných aterosklerotických zmien u pacienta.

Kľúčové slová: Artériová hypertenzia. Dospelý pacient. Dyslipoproteinémia. Edukačná intervencia. Rizikové faktory. Všeobecná ambulancia pre dospelých.

Úvod

V posledných desaťročiach sme svedkami mnohých zmien v zdravotníctve a jedným z charakteristických znakov je presun ťažiska záujmu medicíny čoraz častejšie z liečby na oblasť prevencie chorôb. V popredí záujmu nielen zdravotníckych pracovníkov sú chronické neinfekčné ochorenia a snaha zníženia odvrátiteľných úmrtí. Práve tieto poruchy zdravia predstavujú veľký problém v populácii, pretože vyžadujú aktívnu participáciu samotného jedinca v procese prevencie a liečby, ktorý vo svojich vyhláseniach deklaruje aj vláda Slovenskej republiky. Podľa dostupných údajov má Slovensko v súčasnosti vysokú úmrtnosť na odvrátiteľné úmrtia. Za odvrátiteľné úmrtia sa považujú tie, ktorým sa môže predísť včasnou a efektívnou liečbou (Fathi a kol., 2020). Zapojením sestier do starostlivosti o pacientov s odvrátiteľnými rizikami CHOS formou edukačnej intervencie očakávame zlepšenie preventívnej zdravotnej starostlivosti a zníženie počtu odvrátiteľných úmrtí. Jednou z dôležitých činností práce sestry v preventívnej zdravotnej starostlivosti v ambulancii je edukácia. O význame edukácie nemožno pochybovať. Predpokladá sa, že edukovaný pacient bude mať lepšiu compliance (súlady s odporúčaniami), adhérenciu (mieru, vakej konanie pacienta v procese liečby zodpovedá pokynom lekára) a perzistenciu (vytrvalosť) k liečbe; redukované množstvo komplikácií a menej časté hospitalizácie (Gavalierová, Fathi, 2017). Odborná verejnosť má snahu zakomponovať sestru do liečebno-preventívnej starostlivosti, pretože v tom vidí zvyšovanie dostupnosti a kvality, predovšetkým v primárnej sfére, kde sa počíta s prevenciou ako neoddeliteľnou súčasťou každodennej činnosti. Na edukáciu sestry potrebuje vedomosti získané štúdiom, prístup k recenzovaným zdravotníckym informáciám a literatúru. Vhodné argumenty používané pri svojej každodennej práci sestry pomôžu pozitívne ovplyvniť postoj pacienta k ochoreniu, zvýšiť úroveň jeho vedomostí o danom ochorení, o

rizikách a následkoch a v konečnom dôsledku dosiahnuť zlepšenie budúcej spolupráce pacienta.

Účasť sestry v starostlivosti o pacienta s AH a DLP

Starostlivosť o dospelého pacienta s AH a DLP sa začína motiváciou pacienta k dodržiavaniu liečebného režimu a vybudovaním dobrého terapeutického vzťahu medzi ošetrojúcim zdravotníckym personálom a pacientom (Fathi a kol., 2020). Edukačná intervencia sestry má byť vedená na základe recenzovaných argumentov tak, aby pacient v liečbe zotrval, dodržiaval liečebný režim, mal dobrú adhérenciu k liečbe a dosahoval cieľové hodnoty TK a lipidov. Vtedy môžeme povedať, že pacient dosiahol želanú zmenu správania sa a má kontrolovanú AH a DLP. Aby sestra mohla byť účastná pri starostlivosti o takýchto pacientov, je potrebné disponovať vedomosťami o danej klinickej jednotke, poznať patofyziológiu a etiológiu ochorení, možné rizikové faktory, správne pacienta stratifikovať, vypočítať kardiovaskulárne riziko (KVR), ovládať správnu techniku merania TK, nefarmakologické opatrenia, farmakologickú liečbu, ako i možné nežiadúce či vedľajšie účinky liekov. Úlohou sestry nielenpri AH a DLP, ale pri všetkých chronických ochoreniach je:

- Vedieť pacienta správne edukovať o nefarmakologických opatreniach.
- Vedieť pacienta motivovať k dobrej adhérencii k farmakologickej liečbe, pretože si dovoľíme tvrdiť, že dobrá adhérenca je kľúčovým faktorom v liečbe chronických ochorení.
- Poučiť pacienta o prípadnom výskyte varovných príznakov, tzv. Red flags a kedy je stav potrebné bezodkladne konzultovať s lekárom.

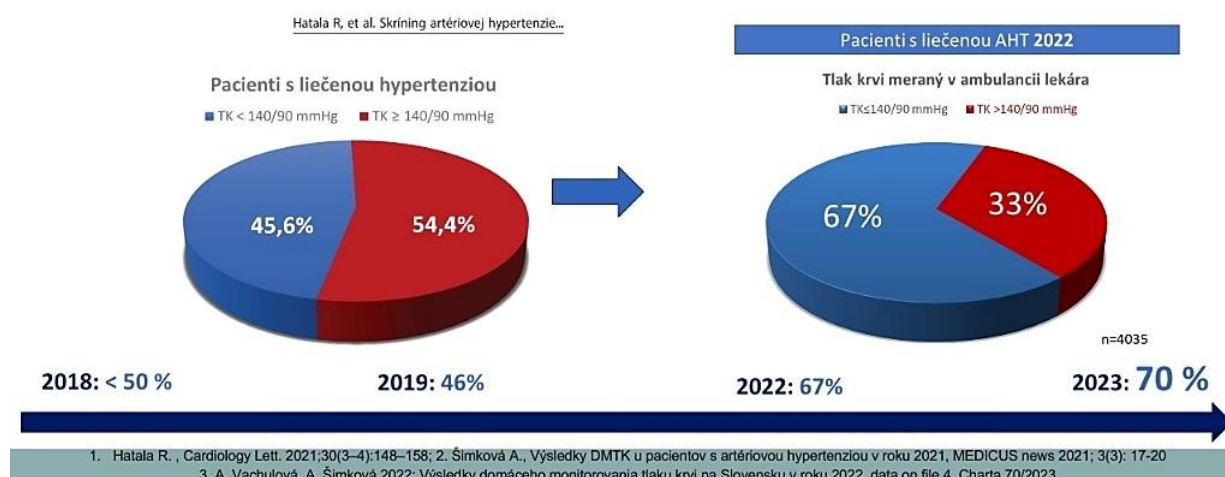
Pri edukácii pacienta môžu ako dôležitý argument sestry alebo kompetentní zdravotnícki pracovníci používať cieľové hodnoty. Dôležité je vedieť cieľové hodnoty TK ako aj lipidov v konkrétnom veku pacienta a vysvetliť mu, že ak sa podarí dosiahnuť cieľové hodnoty, prognóza je dobrá a dobre liečení pacienti majú takmer rovnaké životné šance ako zdravé osoby.

Cieľové hodnoty

Správnou a včasnou liečbou AH a DLP sa dá prechádzať možným komplikáciám, akými sú poškodenie ciev v mozgu a v srdci, poškodenie obličiek a cievneho systému DK. Odborníci na Slovensku si uvedomujú, že súčasný stav manažovania kontroly AH u pacientov je alarmujúci. Preto vznikla Iniciatíva odborných spoločností manažujúcich hypertenziu a patientskej organizácie s názvom „Charta 70/2023“, s cieľom zlepšiť kontrolu AH na Slovensku tak, aby cieľové hodnoty TK dosiahlo dlhodobo do roku 2023 aspoň 70 % hypertonikov.

Pri liečbe AH je snahou podľa aktuálne platných usmernení z roku 2018 dosiahnuť tzv. cieľové hodnoty TK. V súčasnosti je do Charty 70/2023 zapojených okolo 2000 lekárov a sestier z celého Slovenska. Stále je možné sa registrovať online na adrese <https://www.sks.sk/news/charta-702023>. Ako prvý cieľ liečby sa odporúča znížiť krvný tlak pod 140/90 mmHg u všetkých pacientov a následne dosiahnuť cieľové hodnoty prispôbené veku a špecifickým komorbiditám (2021 ESC guidelines on CVD prevention in clinical practice). V roku 2019 u pacientov s liečenou hypertenziou malo namerané hodnoty TK nižšie ako 140/90 mmHg 46 % pacientov v ambulancii VLD. Viac ako polovica pacientov mala TK napriek liečbe vyšší. Dnes už 67 % pacientov má TK nižší ako 140/90 mmHg (Hatala, 2021; Šimková, 2021). Na obrázku 1 môžeme sledovať výrazný posun v miere kontroly pacientov s


hypertenziou na Slovensku. Aj vďaka snahe implementovať nové odporúčania do praxe (fixná dvojkombinácia v prvom kroku, fixná trojkombinácia v druhom kroku s cieľom dosiahnuť prísnejšie hodnoty TK) je možné, aby v roku 2023 bolo kontrolovaných aspoň 70 % hypertonikov. Avšak je rozdiel mať „celkom dobrý“ tlak a cieľový tlak, pretože aj malá zmena môže znamenať priniest veľký účinok. Ak znížime u pacienta systolický TK o 10 alebo diastolický TK o 5 mmHg, znížime o 20 % KV príhody, o 20 % koronárne príhody, o 10-15 % celkovú mortalitu, o 35 % cievnú mozgovú príhodu (CMP) a o 40 % srdcové zlyhávanie (SZ) (Williams a kol. 2018).



Obrázok 1 Artériová hypertenzia na Slovensku v rokoch 2019 – 2022


Zdroj: Hatala, 2021; Šímková, 2021; Valuchová, 2022

Pretože AH je chronické ochorenie, ktoré si vyžaduje pravidelnú kontrolu i monitoring, je potrebné objasniť pacientovi riziká neliečenej AH v súvislosti s jeho zdravotným stavom a naučiť pacienta správnu techniku merania TK. Dôležité je, aby techniku merania ovládala aj samotná sestra, pretože len vtedy dokáže pacienta správne edukovať. Pri meraní TK má byť manžeta umiestnená v úrovni srdca bez ohľadu na polohu pacienta, na obnaženom ramene. Podstatné je zvoliť správnu veľkosť manžety a neopomínať zaznamenávať aj srdcovú frekvenciu (obrázok 2, 3).

|  Podmienky merania TK v domácom prostredí | |
|---|--|
| ▪ | Pred meraním najmenej päť minút v pokoji, predtým 30 minút bez fajčenia, jedla, kofeínu a telesného cvičenia |
| ▪ | Poloha v sede v tichej miestnosti s opretým chrbtom a pažami (paža napr. položená na stole) |
| ▪ | Pacient sa nehýbe, nehovorí, relaxovaný sedí s neprekríženými nohami |
| ▪ | Manžetu umiestniť na úroveň srdca |
| ▪ | Použiť zodpovedajúcu šírku manžety, podľa obvodu ramena |
| ▪ | Výsledky merania hneď zapísať do špeciálneho záznamníka alebo uložiť v pamäti prístroja |




Obrázok 2 Správna technika merania TK v domácom prostredí

Zdroj: Šímková, 2022

| Standardné postupy  | Rozvrh monitorovania TK v domácom prostredí |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sedem dní DMTK (minimum tri dni) pri iniciálnom diagnostickom meraní krvného tlaku, pri hodnotení účinku liečby a pri dlhodobom sledovaní pred každou návštevou lekára ▪ Meranie ráno (pred liekmi u liečených) a večer (pred jedlom), každý deň ▪ Dve merania krvného tlaku pri každej príležitosti, s 1-2 minútovou prestávkou medzi meraniami ▪ Dlhodobé sledovanie: menej časté merania (asi 1 - 2-krát týždenne) pravidelne cieleňé k posilneniu adherencie, izolované merania sa neodporúčajú použiť na diagnostické účely ▪ Je potrebné správne edukovať pacienta o spôsobe merania, aby nedošlo k nadužívaniu meraní a upravovaniu liečby samotným pacientom bez konzultovania s lekárom | |

Obrázok 3 Rozvrh monitorovania TK v domácom prostredí

Zdroj: Šimková, 2022

| CIEĽOVÉ HODNOTY | |
|--|--|
|  |  |
| V ambulancii: | Doma: |
| <ul style="list-style-type: none"> ♥♥ pacient doteraz neliečený na HT: < 140/90 mmHg ♥♥ liečený hypertonik pod 65 rokov: TK 120-129/70-79 mmHg ♥♥ liečený hypertonik nad 65 rokov: TK 130-139/70-79 mmHg | <ul style="list-style-type: none"> ♥♥ liečený hypertonik < 135/85 mmHg  |

Obrázok 4 Cieľové hodnoty TK

Zdroj: Šimková, 2022

Podobne sú určené aj cieľové hodnoty lipidov.

| Parameter | Prahová hodnota KVR (pri prekročení sa výrazne zvyšuje riziko KVochoenia) |
|---------------------|--|
| Triacylglyceroly | < 1,7 mmol/l (nalačno) < 2,0 mmol/l (bez lačnenia) |
| Celkový cholesterol | < 5 mmol/l |
| LDL cholesterol | < 3 mmol/l |
| HDL cholesterol | > 1,0 mmol/l (muži) > 1,2 mmol/l (ženy) |

| | |
|-----------------------------|---|
| Non- HDL cholesterol | > 3,8 mmol/l (nalačno) > 3,9 mmol/l (bez lačnenia) |
| Apolipoproteín B | < 1,0 g/l |
| Apolipoproteín A1 | > 1,0 g/l (muži) > 1,1 g/l (ženy) |
| Lipoproteín (a) | < 0,5 g/l |

Obrázok 5 Hodnoty lipidov

Zdroj: Soška a kol., 2017

U dospelého človeka nemá hladina cholesterolu presiahnuť 5,2 mmol/l. Za zvýšenú hladinu cholesterolu sa považuje hodnota od 5,2 do 6,2 mmol/l, hodnoty nad 6,2 mmol/l sa považujú za vysoké hodnoty a nad 7,8 mmol/l za veľmi rizikové. V nedávnej štúdii bolo preukázané, že súčasná kontrola LDL-C a TK, má aditívny vplyv na redukciiu KV rizika. Celoživotná expozícia 1 mmol/l nižšieho LDL-C a 10 mmHg nižšieho systolického TK je asociovaná so 78 % redukciiu KV rizika (FERENCE, 2019; THOENES A KOL., 2012).

Ako ďalší nástroj motivácie pacienta pri edukácii môže byť využitie skórovacích tabuliek SCORE-2, na základe ktorých vizualizujeme pacientovi jeho riziko. Názorne ukážeme, že ak zmení svoje rizikové správanie, ako mu poklesne 10-ročné riziko fatálnych KV (infarkt myokardu, cievna mozgová príhoda), ale aj nefatálnych príhod. Nová stratifikácia v praxi používa non-HDL cholesterol, ktorý vypočítame podľa vzorca:

$$\text{non-HDL cholesterol} = \text{celkový cholesterol} - \text{HDL cholesterol}$$

Mnohé štúdie dokázali, že čím nižšie hladiny cholesterolu sa liečbou dosiahli, tým bola významnejšia redukcia počtu KV príhod. Zníženie LDL-C o 1 mmol/l redukuje ročné KV riziko až o 28 % (Lancet, 2005; Lancet 2010; Cannon et al., 2015). Otázkou však zostáva, aké cieľové hodnoty LDL ešte sú akceptovateľné.

V súlade s predchádzajúcimi odporúčaniami ostáva LDL-C primárnym liečebným cieľom. Podľa najnovších ESC/EAS odporúčaní pre manažment dyslipidémii 2019 platí, čím vyššie je riziko KV príhod, tým nižšie by mali byť cieľové hodnoty LDL-C:

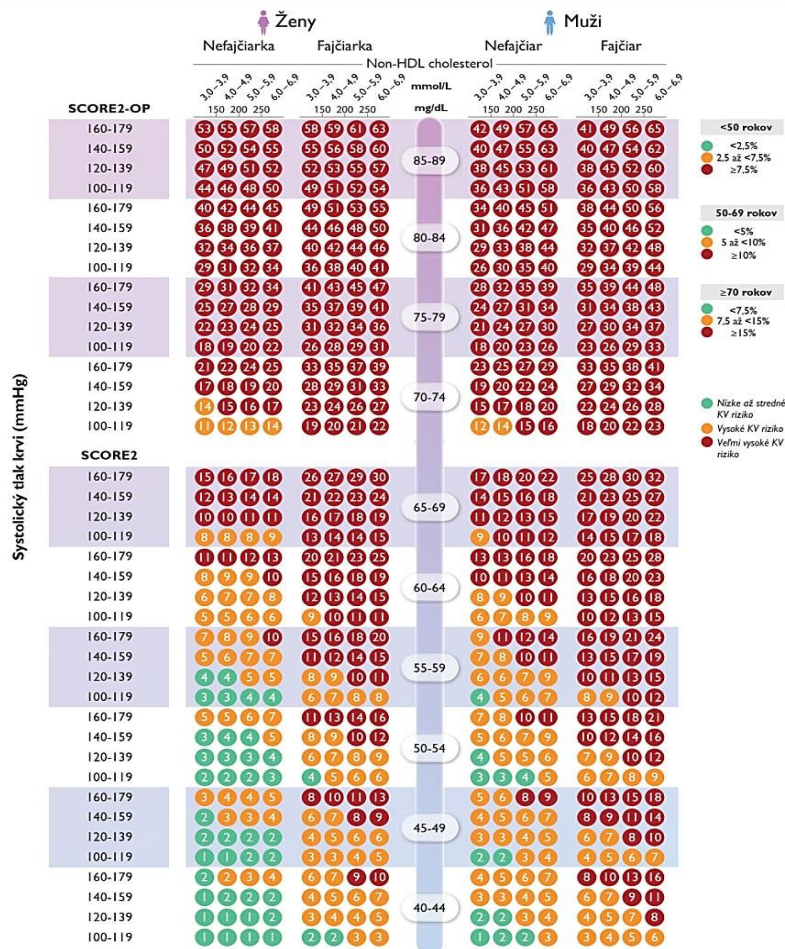
- pacientom s veľmi vysokým KVR sa odporúča menej ako 1,4 mmol/l,
- pacientom s vysokým KVR sa odporúča menej ako 1,8 mmol/l,
- pacientom so stredným KVR sa odporúča menej ako 2,6 mmol/l,
- pacientom s nízkym KVR sa odporúča menej ako 3,0 mmol/l.

Napriek platným odporúčaniam však cieľové hodnoty dosahuje v Európe v priemere len približne 50 % pacientov, čo je alarmujúce (EUROASPIRE II, 2001).

Štatistiky dlhodobo ukazujú, že edukovaný pacient má lepšiu compliance, adherenciu a perzistenciu k liečbe, menej komplikácii a menej časté hospitalizácie (Gavalierová, Fathi, 2017). Preto je dôležité pacienta s chronickým ochorením správne motivovať k želanej zmene správania a dodržiavaniu liečebného režimu. Úpravou stravovacích návykov sa znižuje KVR bez ohľadu na stupeň a riziko ochorenia u pacientov s AH. Úprava hodnôt lipidov vedie k redukciiu srdcovo cievnych ochorení (Fathi a kol., 2020).

Stratifikačný systém SCORE2 a SCORE2-OP na odhad kardiovaskulárneho (KV) rizika

10-ročné riziko fatálnej a nefatálnej KV príhody v populácii
s vysokým rizikom KV ochorení.¹



Obrázok 6 Stratifikačný systém SCORE2
Zdroj: Farský, 2022

Odporúčania pre prax

Faktory, ktoré môžu zlepšiť compliance, adhérenciu a perzistenciu k nefarmakologickým opatreniam a farmakologickej liečbe:

1. Poučiť a edukovať pacienta o nozologickej jednotke, s cieľom prehĺbiť jeho vedomosti, ktoré následne vedú k akceptácii ochorenia.
2. Poučiť pacienta o navrhovanom a ďalšom diagnosticko-liečebnom postupe, o možnosti výberu liečby s prihliadnutím na denné aktivity pacienta.
3. Uistiť pacienta, že pre diagnózu a diferenciálnu diagnostiku boli urobené všetky dostupné vyšetrenia podľa štandardných postupov a medicínskej praxe na Slovensku.
4. Poučiť a edukovať pacienta o nefarmakologických opatreniach a farmakologických postupoch liečby, s cieľom získať informovaný súhlas alebo informovaný nesúhlas pacienta.

5. Zjednodušiť dávkovaciú schému liečby, používať fixné kombinácie.

Mnohí odborníci sa domnievajú, že pacienti majú tendenciu znižovať si dávky liekov. Dôležité je ich upozorniť, kedy majú tablety užívať a ako. Aj nevhodná gramáž môže znížiť adhérenciu k liečbe.

Záver

Ochorenia ako AH a DLP patria k odvrátiteľným rizikám CHOS a pacient ich bezprostredne nevníma. Avšak z dlhodobého hľadiska pacientovi hrozí infarkt, náhla cievna mozgová príhoda, cievne komplikácie periférnych ciev a podobne. Sestry zohrávajú svoje úlohy, ako byť nápomocné tejto skupine pacientov formou edukácie. Úprava životného štýlu, na ktoré sestra nabáda, je terapeutickou intervenciou, ktorá v konečnom dôsledku zníži počet odvrátiteľných úmrtí. Cielenu intervenciou zameranou na ovplyvniteľné rizikové faktory KV ochorení môžeme zabrániť predčasným aterosklerotickým zmenám.

Zoznam použitej literatúry

ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, European Heart Journal (2021).

FARSKÝ, Š. 2022. Systematický monitoring kardiovaskulárneho rizika v primárnej sfére s cieľom znížiť mieru výskytu preventabilných ochorení srdca a ciev. [online]. [cit. 2022-11- 18]. Dostupné na internete: file:///C:/Users/Fathi/Downloads/034-Systematicky-monitoring-KVR.pdf.

FATHI, A. a kol. 2020. Odvrátiteľné riziká chorôb obehovej sústavy, edukácia sestrou. Infodoktor. 2020. 287 s. ISBN978-80-660-0-1

FERENCE B et al. 2019. Association of Genetic Variants Related to Combined Exposure to Lower Low Density Lipoproteins and Lower Systolic Blood Pressure With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease In: JAMA. 2019 Oct 8;322(14):1381-1391. doi: 10.1001/jama. 2019. 14120. ISSN 1210-4132.

GAVALIEROVÁ, Z., FATHI, A. 2017. Prevencia chorôb obehovej sústavy – edukácia sestrou. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. E-časopis, 2017, 01/2017, s.39-44. ISSN1993-5920.

HATALA R., *CardiologyLett*. 2021;30(3–4):148–158;

Odporúčania ESC pre prevenciu kardiovaskulárnych ochorení v klinickej praxi 2021 (2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice).

SOŠKA V. et al. 2017. Společné stanovisko českých odborných společností ke konsensu EAS a EFLM k vyšetřování krevních lipidů a k interpretaci jejich hodnot. *Klinická Biochemia Metabismus*. 2017 (25:1), p.36-42.

ŠIMKOVÁ, A. 2021. Výsledky DMTK u pacientov s artériovou hypertenziou v roku 2021, *MEDICUS news* 2021; 3 (3): 17-20

ŠIMKOVÁ, A. 2022. Štandardné postupy -1 revízia - Komplexný manažment dospelého pacienta s artériovou hypertenziou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. [online]. [cit. 2022-11-18]. Dostupné na internete: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-vseobecne-lekarstvo/>

The IMPROVE-IT trial was adequately powered to show the efficacy on incremental LDL-C Lowering On CV outcomes. CTT Collaboration. *Lancet* 2005;366;1267–78;

CTT Collaboration. *Lancet* 2010;376:1670–81; Cannon CP, et al. *N Engl J Med* 2015;372:2387 97.

THOENES, M., BRAMLAGE, P., ZHONG, S., SHANG, S., VOLPE, M., SPIRK, D. Hypertension control and cardiometabolic risk: a regional perspective. *CardiolResPract.* 2012; 2012:925046

VACHULOVÁ, A. ŠIMKOVÁ, A. 2022. Čo odhalil domáci monitoring tlaku krvi (DMTK) na Slovensku v roku 2022 In *MEDICUS news*, číslo 3 ročník IV, 3/2022

WHO. 2011. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization

WILLIAMS, B. et al.: 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, *European Heart Journal* (2018) 00, 1-98

VISSEREN, FLJ et al.: 2021. ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical Practice *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 34, 7 September 2021, 3227–3337, [online]. [cit. 2022-11-18]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>

Kontakt na autora

PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých

Mierová 1

059 21 Svit

E-mail: gavalierova.z@gmail.com

Standardné postupy  **Podmienky domáceho monitorovania tlaku krvi**

30 min.
pred meraním

- nefajčite
- nejedzte
- neprijímate kofeín (kolu, kávu, ...)
- necvičte

Pred meraním:

- buďte najmenej 5 min. v pokoji
- posadte sa do tichej miestnosti
- oprite si chrbát a pažu položte na stôl

Manžeta:

- použite zodpovedajúcu šírku manžety podľa obvodu ramena
- manžetu umiestnite na úroveň srdca

Počas merania:

- nehýbte sa
- nehovorte s nikým
- sedte uvoľnene s neprekríženými nohami



1. meranie

 **RÁNO** (ak užívate lieky, pred ich užitím)

2. meranie

 **VEČER** (pred jedlom)

Urobte vždy dve merania, s 1-2 minútovou prestávkou medzi meraniami
Oba výsledky si zapíšte do záznamníka

Viac informácií o krvnom tlaku, rady ako si zlepšiť kontrolu krvného tlaku, tipy a rady od odborníkov
nájdete na stránke: www.mojtlak.sk

Upravené podľa Nových štandardných diagnostických a terapeutických postupov v hypertenzii 2020.
Komplexný manažment dospelého pacienta s artériovou hypertenziou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. **Pret**  **že nám záleží**
Garant: MUDr. Adriana Šimková, PhD. Vzdelávanie pacientov s hypertenziou podporuje spoločnosť SERVIER.

Obrázok 7 Podmienky domáceho monitorovania TK
Zdroj: Upravené podľa Šimková, 2022

Standardné postupy 

Záznamník domáceho monitorovania tlaku krvi

| | | Čas merania | Systolický TK | Diastolický TK | Srdcová frekvencia | Poznámka |
|-----------------------------|-------|-------------|---------------|----------------|--------------------|----------|
| 1. deň | Ráno | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| | Večer | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| 2. deň | Ráno | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| | Večer | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| 3. deň | Ráno | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| | Večer | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| 4. deň | Ráno | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| | Večer | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| 5. deň | Ráno | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| | Večer | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| 6. deň | Ráno | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| | Večer | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| 7. deň | Ráno | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| | Večer | 1. | | | | |
| | | 2. | | | | |
| Priemer (bez 1. dňa) | | | | | | |

Upravené podľa Nových štandardných diagnostických a terapeutických postupov v hypertenzii 2020.
 Komplexný manažment dospelého pacienta s artériovou hypertenziou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti.  Pret že nám záleží
 Garant: MUDr. Adriana Šimková, PhD. Vzdelávanie pacientov s hypertenziou podporuje spoločnosť SERVIER.

Obrázok 8 Záznamník domáceho monitorovania TK
 Zdroj: Upravené podľa Šimková, 2022

PRACOVNÁ ZÁŤAŽ SESTIER PRACUJÚCICH NA COVID ODDELENIACH

Ivana HARVANOVÁ

Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy, Vysoké Tatry

Súhrn

Celosvetová spoločnosť bola a naďalej je zasiahnutá pandémiou koronavírusovej infekcie Covid-19. Vplyv pandémie na prácu sestier, ktoré boli súčasťou pracovného tímu v prvej línii, mapujeme v realizovanej prieskumnej štúdii. V teoretických východiskách charakterizujeme Covid-19 z klinického hľadiska, ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta s Covid-19, pracovnú záťaž a jej dopady na zdravotníckych pracovníkov. Cieľom kvantitatívnej štúdie bolo zistiť, aká je pracovná záťaž sestier pracujúcich na covid oddelení a zmapovať ich fyzické a psychické zaťaženie prostredníctvom neštandardizovaného dotazníka vlastnej konštrukcie. Jeho súčasťou boli okrem demografických ukazovateľov aj položky podľa Meistera, ktorý sa orientuje na psychickú záťaž. Zber dát bol realizovaný od januára do marca 2021. Štúdie sa zúčastnilo 17 sestier pracujúcich na reprofilizovanom covid oddelení vo Vyšných Hágach. Výsledky prieskumu ukázali, že až 70,6 % sestier vníma celkovú zmenu zdravotného stavu k horšiemu, únavu a ochabnutosť po práci pociťuje 82,4 % sestier. Za najhoršiu okolnosť na práci na covid oddelení, považujú prácu v osobných ochranných pracovných prostriedkoch. Napriek náročnosti tejto situácie vníma 53 % opýtaných sestier uspokojenie zo svojej práce. Význam štúdie vidíme najmä v zistení dopadov pandémie na sestry pracujúce v prvej línii.

Kľúčové slová: Covid-19. Fyzická záťaž. Ošetrovateľská starostlivosť. Pracovná záťaž. Psychická záťaž. Sestra.

Úvod

Rok 2020 sa stal výrazným celosvetovým míľnikom, s dopadom na všetky oblasti populácie, ako je verejné zdravie, politika, ekonomika a mnoho ďalších. Pandémia Covid-19 poznačila každého obyvateľa tejto planéty a ešte dlho budeme znášať následky, ktoré zanechá. Pre profesiu sestry znamená zdravie a človek prioritou, preto je toto povolanie kľúčovým prvkom v stratégiách zvládania boja s pandémiou. Sestry sa stali jednými z primárnych poskytovateľov starostlivosť o pacientov infikovaných koronavírusom Covid-19, čo predstavuje aj nové výzvy. Sestry museli čeliť stresovým situáciám od začiatku vypuknutia nákazy, boli ústrednými postavami nielen pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosť, ale aj pri riadení a kontrole protipandemických opatrení. Museli sa prispôbiť novým situáciám, špecifickým príznakom ochorenia, novým pracoviskám, či osobnému režimu. Toto všetko zanechalo stopy na duševnom a fyzickom zdraví a ešte nie je zrejmé, do akej miery. Niektoré štúdie vychádzajúce z minulosti ukazujú, že psychické dopady rôznych epidémií mali vplyv na vznik príznakov posttraumatickej stresovej poruchy aj o tri roky neskôr (Giorgi, Lecca, Alessio, et al., 2020). Osudy všetkých zdravotníkov, ktorí sa podieľali na zdravotnej starostlivosť počas pandémie Covid-19, sú jedinečné a obdivuhodné. Vlády a verejnosť si uvedomili potrebu zdravotníckeho povolania.

Klinický aspekt Covid-19

Dňa 31. decembra 2019 vo Wu-chane (provincia Chu-pe) začínajú prvé hlásené prípady

nevysvetliteľných infekcií dýchacích ciest (zápal pľúc neznámej etiológie) a zároveň Medzinárodný výbor pre taxonómiu vírusov označuje tieto infekcie z pôvodného 2019-nCoV na SARS-CoV-2. Dňa 11. februára 2020 generálny riaditeľ WHO Dr. Ghebreyesus pomenúva ochorenie známym Covid-19. Dňa 11. marca 2020 vyhlásila WHO Covid-19 za pandémiu (Casella, 2021). Od 31. decembra 2019 do 14. decembra 2020 sa celosvetovo vyskytlo viac ako 71 miliónov prípadov a viac ako 1 600 000 úmrtí (ECDC, 2021).

Koronavírus je RNA vírus, patriaci do čeľade Coronaviridae, podčeľaď Orthocoronavirinae, spôsobujúci dýchacie, črevné, pečeneňové a neurologické symptómy. Prenos sa uskutočňuje priamo kvapôčkami do vzdialenosti 1,8 m a nepriamo kontaminovanými predmetmi (Casella, 2021). CDC udávalo inkubačnú dobu 14 dní, s mediánom času 4 - 5 dní od vypuknutia symptómov (CDC, 2021).

Ochorenie spôsobené SARS-CoV-2 sa nazýva aj ťažká špecifická nákazlivá pneumónia, Wuhanská pneumónia, či Covid-19. Napadá pľúcny parenchým, čo vedie k závažnému intersticiálnemu zápalu pľúc (Dhama, Khan, Tiwari et al., 2020). Základné prvé prejavy sú horúčka, alebo zimnica, suchý kašeľ, ťažkosti s dýchaním, dýchavičnosť, nádcha, únava, bolesti svalov, hrdla a hlavy, strata čuchu (anosmia) alebo chuti (ageusia) (CDC, 2021). Niektoré štúdie uvádzajú zmätenosť, bolesť na hrudníku, bolesť hrdla, kýchanie, upchatie nosa, vykašliavanie spúta, dyspepsia, kožné vyrážky, zmena farby prstov na rukách a nohách a vírusová konjunktivitída, gastrointestinálne príznaky (nevoľnosť, vracanie, hnačka) (Litfi, Hamblin, Rezaei, 2020). Klinické spektrum Covid-19 sa líši od asymptomatických, cez stavy s respiračným zlyhaním (vyžadujúce si umelú pľúcnu ventiláciu), až po multiorgánové a systémové zlyhanie (septický šok, syndróm dysfunkcie viacerých orgánov) (Casella, Rajnik, Cuomi, 2021). Symptómy sa rozdeľujú podľa závažnosti priebehu choroby na mierne, závažné a kritické.

Mierny priebeh sa prejavuje miernymi príznakmi, až miernou pneumóniou (81 % prípadov). Prítomné sú príznaky vírusovej infekcie horných dýchacích ciest, mierna horúčka, suchý kašeľ, bolesti hrdla, upchatý nos, malátnosť, bolesti hlavy a svalov, nevoľnosť, strata chuti, čuchu, hnačka a zvracanie.

Pre **závažný priebeh** je príznačné dyspnoe, saturácia krvi kyslíkom (SpO_2) ≤ 93 %, hypoxia, alebo viac ako 50 % postihnutie pľúc (14 % prípadov).

Kritický priebeh ochorenia sa prejavuje ako respiračné zlyhanie, septický šok a/alebo dysfunkcia až zlyhanie viacerých orgánov (5 % prípadov), horúčka, ťažká dýchavica, tachypnoe (> 30 dychov/min) a hypoxia (Saturácia kyslíka v krvi < 90 %). Syndróm akútneho respiračného zlyhania vyžaduje klinické a ventilačné intervencie (CDC, 2021).

Diagnostika sa opiera o odhalenie positivity (antigénový test a RT-PCR test z výterov z nosa a hrdla), zobrazovacie metódy (RTG, CT, USG) a laboratória (Litfi, 2020).

Liečba je nešpecifická, skôr symptomatologická a zahŕňa podávanie antivirov (Paxlovid, Lopinavir, Ritonavir, inhalácia alfa-interferónu), séroterapiu, antikoagulanciá, nukleozidové analógy ktoré ovplyvňujú štruktúru vírusovej RNA (Favipiravir, Ribavirín, Lopinavir) (Litfi, Hamblin, Rezaei, 2020). Remdesivir, ATB (Azitromycín), Ivermektín (antiparazitikum), imunomodulanciá (Olumiant, Kolchicín) a veľká podpora vitamínmi (B3, C,D, E) (Litfi, 2020). Ťažšie stavy sú liečené intubáciou, extrakorporálnou membránovou oxygenáciou (ECMO), umelou pľúcnou ventiláciou, kyslíkovou terapiou najmä vysoko prietokovou nosovou kanylou (HFNC) (Agrawal, 2020).

Komplikácie ochorenia nie sú z dlhodobého hľadiska zatiaľ k dispozícii a až následné štúdie objasnia rozsah následkov. Predpokladajú sa respiračné, obličkové, kardiovaskulárne, psychologické, psychiatrické komplikácie a súvisiace s chronickými bolesťami (Casella, Rajnik,

Cuomi, 2021).

Ošetrovatelstvo v čase pandémie

Úloha sestier, ako najväčšej skupiny zdravotníckych pracovníkov, je rozhodujúca pri reakcii na pandémiu a epidémiu infekčných chorôb. Sú bojovníčkami v prvej línii, musia mať primerané vedomosti a zručnosti na efektívne zvládanie prípadov pacientov s Covid-19. Vyžaduje sa od nich neustála aktualizácia nových pokynov z relevantných zdrojov, čo zvýši ich dôveru v riešenie týchto prípadov a zlepši výsledky pacientov. Za posledný rok vyšlo mnoho štandardizovaných postupov manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej OS) o pacientov s Covid-19, ktoré sú podložené najnovšími poznatkami, skúsenosťami a symptomatológiou samotného ochorenia (Sharma, Ahwal, 2020). Na nedostatok sestier upozorňovali sesterské organizácie. dávno pred pandemiou, no väčšina kompetentných inštitúcií tento problém bagatelizovala a nepodnikli kroky k zlepšeniu situácie. Nová situácia spojená s novou diagnózou znamenala premiestňovanie sestier medzi oddeleniami, oboznamovanie sa s novou diagnózou a jej klinikou, vysoké pracovné zaťaženie, nedostatočný manažment a organizáciu. Táto pandémia môže mať následky na duševné zdravie populácie aj zdravotníkov, čo ukazujú aj výsledky výskumov mapujúce výskyt iných pandémieí (Giorgi, 2020).

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti

Medzi kľúčové úlohy sestier v starostlivosti o pacientov navštevujúcich zdravotnícke zariadenia patrí prvotný odber anamnézy, triedenie, odber vzoriek, podávanie symptomatologickej liečby (liečba horúčky, malátnosti, liečba sprievodnej bakteriálnej infekcie antibiotikami, oxygenoterapia), zabezpečenie osobnej hygieny, dostatku tekutín a výživnej stravy (vysoký obsah bielkovín, vitamínov), preventívno-kontrolné opatrenia proti infekciám a bariérová ošetrovateľská starostlivosť. Kriticky chorí pacienti vyžadujú špecifickú starostlivosť, ktorá navyše zahŕňa zabezpečenie dýchacích ciest umelou pľúcnou ventiláciou, parenterálnu výživu, monitoring vitálnych funkcií, oxygenáciu mimotelovým obehom a iné vysoko odborné činnosti (Sharma, Ahwal, 2020). Samostatnou kategóriou je starostlivosť o mŕtve telo zasiahnuté covidom, kedy sa odporúča prekryť všetky otvory tela mulovými štvorcami s dezinfekciou a uložiť do nepriepustného plastového vrečka so zipsom (Nuttal, Sharma, Kalyani, 2020). Významná je aj edukácia pacienta pri prepustení do domácej liečby, kedy sa sestra uistí, že pacient a jeho rodinní príslušníci rozumejú pokynom o prepustení a varovných signáloch, pri ktorých je potrebné vyhľadať lekársku pomoc. Pacient je oboznámený s karanténnymi postupmi a preventívnymi opatreniami (prekrytie horných dýchacích ciest respirátorom, hygiena rúk). Sestra poučí pacienta o užívaní predpísaných liekov a ich možných vedľajších či nežiaducich účinkoch.

Pracovná záťaž

Duševné zdravie zdravotníckych pracovníkov v čase pandémie je veľmi dôležité, pretože tlak na duševnú pohodu môže ovplyvniť pozornosť, koncentráciu a rozhodovacie schopnosti. Z tohto dôvodu mali byť prijaté rýchle kroky na ochranu duševného zdravia zdravotníkov (Dahma, Khan, Tiwari, 2020)

Stres je narušená homeostáza organizmu vonkajšími vplyvmi, ktorý má fyziologické a psychické (kognitívne, emocionálne, spirituálne, zmeny v správaní) prejavy (Šeříková, 2015). Dlhodobé vystavenie sa týmto prvkom môže viesť k vyčerpaniu organizmu, čím je jedinec

náchylnejší k rôznym ochoreniam. V súčasnosti sú často skloňované psychosomatické poruchy a ochorenia, čo znamená, že za telesnými problémami stojí stres a vplyvy prostredia. Tie môžu vzniknúť na základe neadekvátnej adaptačnej reakcii organizmu často sa opakujúcich stresorov, pri ktorých sa aktivuje organizmus metabolickou prípravou na akciu. Častým a nevhodným vyplavením hormónov následne dochádza k orgánovým poškodeniam. Psychosomatické ochorenia sú nasledovné: kardiovaskulárny systém (ischemická choroba srdca, arteriálna hypertenzia), respiračný systém (bronchiálna astma, dýchavica, hyperventilácia), tráviaci systém (vredová choroba, vracanie, syndróm dráždivého čreva), koža (ekzém), imunitný systém (znížená odolnosť organizmu, zvýšená únava, letargia), urogenitálny systém (časté nutkanie na močenie, impotencia), endokrinný systém (obezita, diabetes mellitus, poruchy štítnej žľazy) (Šeříková, 2015).

Osobitým psychosomatickým ochorením je syndróm vyhorenia (burn-out syndrome), vyskytujúci sa najmä v pomáhajúcich profesiách a je dôsledkom nadmerného a dlhodobého stresu, ktorý sa prejaví psychickým, fyzickým a emocionálnym vyčerpaním organizmu.

Prieskum pracovnej záťaže sestier

Na základe pandémie Covid-19 a jej dopadov na ošetrovatelstvo a prácu sestier sme sformulovali hlavný prieskumný problém a čiastkové problémy a ciele.

Hlavný cieľ prieskumu je zistiť, aká je pracovná záťaž sestier pracujúcich na covid oddelení. Čiastkovými cieľmi sú: zmapovať fyzické zaťaženie sestier pracujúcich na covid oddelení a odhaliť psychické zaťaženie pracujúcich sestier na covid oddelení.

K naplneniu cieľov práce bola použitá kvantitatívna metóda výskumu.

Zber dát bol uskutočnený formou dotazníka vlastnej konštrukcie, ktorý bol anonymný a pozostával z troch častí obsahujúcich 29 položiek. Prvú časť tvorili demografické ukazovatele a obsahovala 7 položiek. Nasledovalo 12 otázok, ktoré boli zamerané na subjektívne hodnotenie fyzickej záťaže a zdravotného stavu respondentov. Tretiu časť dotazníka tvorilo 10 položiek vychádzajúci z dotazníka podľa Meistera, ktorý je zameraný na vplyv pracovnej činnosti na psychiku zamestnanca.

Náš prieskumný súbor tvorilo 17 respondentov. Išlo o sestry pracujúce na novovzniknutom oddelení pre liečbu pacientov s diagnózou Covid-19 vo Vyšných Hágoch, ktoré boli na toto pracovisko presunuté z pôvodných oddelení. Prieskum bol realizovaný od januára 2021 do marca 2021.

Miestom realizácie bolo pneumo-ftizeologické odd., reprofilizované na covid oddelenie, v Národnom ústave tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie vo Vyšných Hágoch. Oslovili sme sestry pracujúce priamo na tomto oddelení a sestry ktoré boli súčasťou pracoviska od jeho prvotného otvorenia a zriadenia.

Prieskumný súbor

Prieskumu sa zúčastnilo 17 sestier, z čoho boli 2 muži (11,8 %) a 15 žien (88,2 %). Najvyšší počet oslovených bolo vo veku 50-59 rokov (n=8, 47,1 %), nasledovali respondenti vo veku 40-49 rokov (n=4, 23,5 %), 20-29 rokov (n=3, 17,6 %) a 30-39 rokov (n=2, 11,8 %). Vekový priemer sestier na Slovensku je vyšší, čo vyvoláva vážne hrozby pre obsadenosť zdravotníckych zariadení sestrami. Motivácie ostať v systéme slovenského zdravotníctva sú pre sestry minimálne a tento problém sa naplno prejavil aj počas tejto pandémie. Odhliadnuc od problému nedostatku sestier, sme v našej prieskumnej vzorke zaznamenali rôzne vekové skupiny, čomu sa venovala aj čínska štúdia. Tá ukázala, že zrelé a skúsené sestry, ktoré spolupracujú s mladšími, či menej skúsenými sestrami, môžu znížiť hladinu únavy, zabezpečiť

bezpečnejšiu prax a v konečnom dôsledku zlepšiť svoj pocit pohody (Xiaoyue, Lili, Ziaoyue, 2020).

Najvyššie dosiahnuté vzdelanie: VŠ I. st. (n=6, 35,3 %), SŠ (n=6, 35,3 %), VŠ II. st. (n=3, 17,6 %) VŠ III. st. (n=2, 11,8 %). Sestry so špecializáciou (n=13, 76,5 %), bez špecializácie (n=4, 23,5 %). Išlo o nasledovné špecializácie 4x špecializácia v odboroch vnútorného lekárstva, 1x z onkológie a 1x z manažmentu v ošetrovatelstve. Autori niektorých štúdií poukazujú na dôvodnosť rozšírenia kompetencií a zručností sestier, čo by mohlo mať priaznivý vplyv na zvýšenie odolnosti, vedomostí a rozhladu, čím by sa znížil psychologický dopad v prípade preradenia na iné pracovisko (Bambi, Iozza, Luccini, 2020).

Dĺžka praxe: sestry vykonávajúce prax 26-35 rokov (n= 9, 52,9 %), do 5 rokov (n=3, 17,6 %), 16-25 rokov (n=2, 11,8 %) 36 a viac rokov (n=2, 11,8 %), 6-15 rokov (n=1, 5,8 %).

Výsledky Fyzická záťaž

Na oddelení pracujú sestry v 12-hodinovej službe, pričom je pracovný čas v infekčnej zóne a čas strávený mimo tejto zóny rozvrhnutý na 3-hodinové zmeny, čo vyhovuje všetkým (n=17, 100 %). Napriek počiatočným obavám z novej situácie, nadobudli mnohé poznatky a zručnosti z iných oblastí ošetrovateľskej starostlivosti. Otázka psychickej a fyzickej únavy sestry po ukončení dennej služby ukazuje, že 58,8 % (n=10) pociťuje fyzickú únavu, 47,1 % psychickú únavu (n=8), 41,2 % (n=7) nie je schopných vykonávať žiadne ďalšie činnosti po ukončení služby a pocit úplného vyčerpania uvádzalo 11,8 % (n=2). Únava sestier po nočnej službe: 58,8 % (n=10) nie je schopných vykonávať žiadne iné činnosti, 35,3 % (n=6) udáva fyzickú únavu, 29,4 % (n=5) úplné vyčerpanie a rovnaký počet uvádza psychickú únavu.

Zaujímalo nás, či u sestier došlo k zmenám v ich kvalite spánku a zistenia sú nasledovné: v noci sa často prebúdzam (n=7, 41,2 %), dlhší spánok v čase voľna (n=6, 35,3 %), žiadne zmeny v spánkovom režime (n=3, 17,6 %), problémy pri zaspávaní (n=2, 11,8 %), ľahký spánok, počas ktorého sa ľahko zobudím aj na minimálny podnet (n=15,9 %).

Zaujímalo nás, či sestry zaznamenávajú zmenu v ich zdravotnom stave podľa jednotlivých oblastí problémov. Kožné problémy ako dermatitídy, ekzémy najmä z dôvodu používania overalov (n=8, 47,1 %), srdcovo-cievne zmeny ako zmeny krvného tlaku, tachykardia a pod. (n=5, 29,4 %), problémy pohybového aparátu (n=2, 11,8 %), poruchy tráviaceho systému (n=1, 5,9 %) a psychické problémy (n=1, 5,9 %). Zmenu zdravotného stavu horšiemu nevnímajú 5 sestier (29,4 %). Iné problémy neuvádzal žiadny respondent.

V ďalšej otázke nás zaujímalo celkové hodnotenie zdravotného stavu, odkedy sestry pracujú na covid oddelení. Zhoršenie zdravotného stavu uvádza 9 sestier (52,9 %), za dobrý považuje 5 sestier (29,4 %), veľmi dobrý zdravotný stav udávajú 2 sestry (11,8 %), výborný stav uvádza 1 sestra (5,9 %) a za zlý ho nepovažuje ani jeden respondent.

Používanie osobných ochranných pracovných pomôcok (ďalej OOPP) bolo samostatným významným činiteľom, ktorý ovplyvňoval prácu na covid oddelení. Otázka návyku pracovať v OOPP ukázala, že 23,5 % sestier si nezvyklo a 76,5 % sestier si zvyklo, pričom časový horizont návyku pracovať v OOPP bol približne do jedného mesiaca. Z uvedených odpovedí vidíme najhoršie okolnosti pri práci v OOPP: zrakové a sluchové obmedzenie ako zahmlievanie okuliarov, štítu, šušťanie okolo uší (n=15, 88,2 %), termické zmeny, ako zima, potenie, vlhkosť v overale (n=15, 88,2 %), hmatové obmedzenia akonecitlivosť v rukaviciach n=11, 64,7 %) a obmedzenie pohybu v overale (n=8, 47,1 %). Čínska štúdia popisuje dopad používaných OOPP na sestry. Nedostatok personálu vplyva na fakt, že musia dlhé hodiny pracovať v infekčných zónach v OOPP, čo im spôsobuje dehydratáciu a nepohodlie. Dlhodobé nosenie masiek FFP3, N95 spôsobuje odreniny a otlaky na tvári. Dlhšia pracovná doba je spojená s chybovosťou v

práci, vplývajúca na pacientova a vystavuje sestry vyššiemu riziku psychickej alebo fyzickej únavy, zvýšenej miere stresu a zníženiu výkonu práce a kvality OS. Autori preto odporúčajú prediskutovať a zorganizovať dĺžku pracovného času, aby sa podporila kvalitná ošetrovateľská starostlivosť (OS) (Xiaoyue, Lili, Ziaoyue, 2020).

Vzhľadom na celkovú náročnosť práce s infekčnými pacientmi, sme sa sestier pýtali na spôsoby, ako relaxujú. Pasívny oddych uvádza 9 sestier (52,9 %) a kombináciu aktívneho aj pasívneho oddychu využíva rovnako 9 sestier (52,9 %). Iba 1 opýtaný praktizuje aktívnu formu relaxu (5,9 %).

Celkový postoj sestier k zmene pracoviska preukázali najmä pozitívne odpovede, keďže 88,2 % označilo, že sa naučili nové zručnosti a získali nové vedomosti aj z iných klinických odborov. Celú túto skúsenosť vnímalo 11,8 % negatívne a tešia sa na návrat na svoje pôvodné pracovisko.

Analýza psychickej záťaže pomocou Meisterovho dotazníka

Desiatimi položkami sme zisťovali psychický dopad práce na covid odd. Na jednotlivé konštatovania bolo možné odpovedať pomocou Likertovej škály. Stupnica sa pohybovala od áno úplne, skôr áno, neviem, skôr nie, po nie vôbec. Pre lepší prehľad v tabuľke uvádzame najvýznamnejšie zistenia (hodnoty sú v percentách), pričom boldom sú zvýraznené hodnoty, ktoré prevažujú.

Tabuľka 1 Meisterov dotazník vplyvu pracovnej činnosti na psychiku zamestnanca

| | Áno, úplne | Skôr áno | Neviem | Skôr nie | Nie, vôbec |
|---|-------------|-------------|--------|-------------|-------------|
| Pri práci sa často dostávam do časovej tiesne | 11,8 | 70,6 | 5,9 | 11,8 | 0 |
| Práca ma z rôznych dôvodov neuspokojuje | 11,8 | 17,6 | 17,6 | 41,2 | 11,8 |
| Moja práca ma psychicky veľmi zaťažuje pre vysokú zodpovednosť spojenú so závažnými dôsledkami | 17,6 | 52,9 | 0 | 23,5 | 5,9 |
| Moja práca je málo zaujímavá a podnecujúca, je skôr otupujúca | 0 | 0 | 0 | 35,3 | 64,7 |
| V mojej práci vznikajú často konflikty či problémy, od ktorých sa nemôžem odpútať ani po ukončení zmeny | 0 | 17,6 | 11,8 | 52,9 | 17,6 |
| Pri práci udržujem iba s námahou pozornosť, pretože sa často nedeje nič nové a rozhodujúce | 0 | 0 | 5,9 | 41,2 | 52,9 |
| Moja práca je psychicky tak náročná, že po niekoľkých hodinách cítim nervozitu a rozochvenosť | 0 | 23,5 | 0 | 64,7 | 11,8 |
| Vykonávam prácu, pri ktorej chcem poniekoľkých hodinách robiť niečo iné | 0 | 17,6 | 5,9 | 52,9 | 23,5 |
| Moja práca je psychicky tak náročná, že po niekoľkých hodinách cítim ochabnutosť a únavu | 11,8 | 70,6 | 0 | 11,8 | 5,9 |
| Moja práca je psychicky tak náročná, že ju pravdepodobne nemožno robiť roky s rovnakou výkonnosťou | 41,2 | 35,3 | 11,8 | 11,8 | 0 |

Pre porovnanie ukazovateľov so zahraničnými štúdiami uvádzame tie najvýznamnejšie, ktoré korešpondovali s našimi zisteniami. Autori čínskej štúdie zistili, že vzájomná komunikácia v kolektíve medzi sestrami a vedením, prehľbuje solidaritu a spoluprácu medzi sestrami, čo zlepšilo efektivitu práce a kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Štandardizovaný pracovný postup pomáha vykonávať prácu rýchlo, efektívne, presne a usporiadane a môže optimalizovať alokáciu pracovných síl (Kang, Ma, Chen et al., 2020). Posledná položka zisťovala, či je možné vykonávať prácu sestry dlhodobo, s rovnakým výkonom. Až 76,5 % si myslí že nie, naopak 11,8 % to považuje za možné a 11,8 % sa nevie vyjadriť. Povolanie sestry je náročné a nedocenené. Sestra musí zastávať mnoho rolí a nieť zodpovednosť za životy a zdravie. Zároveň sú sestry svedkami úmrtia pacientov a čelia riziku nákazy, čo ich vystavuje veľkému psychickému a fyzickému nátlaku. Rozsiahla čínska štúdia ukázala, že zdravotnícky personál vykazuje psychické stresové poruchy, úzkosť a depresie počas katastrof alebo jeden až dva týždne po prepuknutí choroby. Preto sa predpokladá že aj Covid-19 bude mať nepochybne psychologické dopady na zdravotníckych pracovníkova osobitne ohrození budú najmä pracovníci z prvej línie (Kang, Ma, Chen et al., 2020). Autori udávajú, že riešením tohto problému by mohla byť psychologická intervencia, ako napr. psychologická príprava sestier, nie len príprava praktická a vedomostná. Ochrana duševného zdravia, propagácia a podpora psychickej pohody pracovníkov v prvej línii v období rozsiahlej krízy, je taktiež kľúčom k udržaniu ich psychického zdravia. Na zachovanie duševného a fyzického zdravia sestier, by mal manažment sestry primerane alokovať, znižovať ich pracovné zaťaženie a tlak, posilňovať psychologické hodnotenie a intervencie, trénovať sestry v autopsychickej stratégii a poskytovať psychologické intervencie počas a po vypuknutí pandémie (Xiaoyue, Lili, Ziaoyue, 2020).

V našej práci sme na vybranom pracovisku pre liečbu covid pozitívnych pacientov, sledovali pracovnú záťaž sestier. Tie boli presunuté na covid oddelenie z iných pracovísk koncom októbra 2020. Výsledky dotazníkového šetrenia preukázali, že odkedy boli sestry pridelené na covid oddelenie, až 70,6 % vníma že ich celkový zdravotný stav sa zmenil horšiemu. Najviac sa to týkalo kožných problémov 47,1 %, srdcovo-cievnych zmien 29,4 %, nasledovali psychické problémy a ťažkosti pohybového a tráviaceho systému. Najhoršie na práci na covid oddelení považuje 70,6 % sestier to, že vykonávajú ošetrovateľskú starostlivosť v OOPP (ako zmyslové obmedzenie zrak, sluch, hmat a termické zmeny), časový stres 41,2 % a veľké množstvo práce označilo 35,3 %. Na oddelení musia sestry pracovať v novom kolektíve, čo v prvom momente predstavuje stresovú situáciu, avšak časom si zvykli a 82,4 % sestrám nový pracovný tím vyhovuje a 17,6 % sa nevedelo vyjadriť. O tom svedčí aj 29,4 % sestier, ktoré kladne odpovedali na položku, či v práci vznikajú konflikty a problémy, od ktorých sa nevieme odpútať ani po skončení služby. Väčšina 70,5 % si myslí, že nie. Celkový postoj sestier k zmene pracoviska bol v 88,2 % kladný a 11,8 % záporný. Napriek náročnosti tejto situácie, vníma 53 % opýtaných sestier uspokojenie zo svojej práce. Konštatujúce položkyz Meisterovho dotazníka odhalili, že 72,5 % opýtaných považuje túto prácu za psychicky zaťažujúca, z dôvodu vysokej zodpovednosti a závažných následkov. Únavu a ochabnutosť po práci pociťuje 82,4 % a nepociťuje 17,7 % opýtaných nie. Na základe výsledkov nášho prieskumu môžeme uviesť niektoré návrhy pre prax, ktoré sa opierajú o zahraničné výskumy a štúdie. V talianskej štúdii autorov Bambi, Iozza a Luccini z roku 2020 (Bambi, 2020) odporúčajú sesterným organizáciám vytvoriť normy maximálneho počtu pracovných hodín pripúšťaných OOPP a vedúce sestry by mali upravovať denné a nočné služby s prihliadnutím na tento maximálny časový horizont. Poukazujú aj na zhoršenú komunikáciu, vizuálne a akustické prekážky v ochranných prostriedkoch, ktoré odporúčajú monitorovať, z hľadiska zvýšeného rizika nežiaducich udalostí medzi pacientmi a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na presun sestier z pôvodných pracovísk na covid odd. odporúčajú zaviesť systém cirkulácie sestier počas svojej praxe, medzi odd., aby sa tak minimalizovala stresová reakcia nazmenu (Bambi, Iozza, Luccini, 2020).

Odporúčania pre prax

Prepuknutie choroby Covid-19 inšpirovalo manažérov v ošetrovatelstve k formulovaniu núdzových plánov, vytvoreniu pohotovostných ošetrovateľských tímov a uskutočneniu výcviku vedomostí a zručností v núdzových situáciách, ako aj k simulačným cvičeniam pre sestry, čo sú dôležité opatrenia na efektívnu reakciu na mimoriadne situácie. Štúdie preukázali, že práve vedomosti a zručnosti sestier pochádzajú z veľkej časti z praxe a odbornej prípravy.

Z dôvodu vážneho nedostatku sestier v ranej fáze epidémie nebolo možné zohľadňovať osobné potreby sestier pri plánovaní pracovných zmien. Čínska štúdia preukázala, že nárastom počtu dobrovoľných sestier a posilnením komunikácie, manažéri ošetrovatelstva reagovali snahou vyhovieť ich potrebám a pripraviť tak primeranejší harmonogram práce (Xiaoyue, Lili, Ziaoyue, 2020).

Pracovné zaťaženie sestier by sa malo monitorovať pomocou validovaných nástrojov, ako napr. skóre ošetrovateľských aktivít. Kriticky chorí pacienti s Covid-19 znamenal 33 % nárast ošetrovateľskej záťaže v porovnaní s obvyklou zmesou prípadov, pozorovanou na jednotkách intenzívnej starostlivosti (Bambi, Iozza, Luccini, 2020).

Presun sestier zo svojich obvyklých pracovísk na reprofelizované covid oddelenia preukázalo potrebu zaradiť cirkuláciu sestier počas svojej praxe medzi oddeleniami, minimálne na začiatku ich pracovnej kariéry, čo môže viesť k minimalizácii následnej stresovej reakcie nazmenu.

Odporúčame zaviesť normy maximálneho počtu pracovných hodín pri používaní OOPP, pričom by mali vedúce sestry upravovať pracovné zmeny zdravotníkov s prihliadnutím na tento časový horizont.

Zabezpečiť prístup sestier k jasným a aktuálnym informáciám o osvedčených postupoch ošetrovateľskej starostlivosti a kontrole infekcií, ako aj dostatočný prístup k OOPP.

Dôležitým aspektom je aj praktická psychologická príprava sestier, nielen teoretická. Zároveň je nutná aj ich následná psychologická podpora po ukončení vrcholu pandémie. V rámci psychickej podpory je významné aj vytváranie podporných ošetrovateľských tímov, ktoré priamo úmerne poskytujú kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť.

Na zachovaní duševného a fyzického zdravia sestier sa podľa niektorých autorov podieľajú nasledovné okolnosti, ktoré je potrebné vyzdvihnúť a neustále preukazovať. Uznať a zviditeľniť psycho-fyzické dôsledky práce počas pandémie, primerane alokovať sestry vedúcim manažmentom, znižovať pracovné zaťaženie a tlak, posilňovať psychologické hodnotenie a intervencie, tréning v autopsychickej stratégii, poskytovať psychologické intervencie počas a po vypuknutí pandémie (Xiaoyue, 2020).

Záver

Rôzne sesterské organizácie sa snažili riešiť alarmujúcu situáciu nedostatku sestier, no väčšina politik tento problém bagatelizovala a nepodnikli výraznejšie kroky k zlepšeniu situácie. Môžeme povedať, že nielen u sestier je okrem pracovného postavenia, osobnostných preferencií a povahy, či uznania, motiváciou aj mzdové ohodnotenie. Pandémia pritiahla pozornosť vlády aj v tejto oblasti, no bolo by žiaduce, aby finančná motivácia sestier ostala v zdravotníctve, nemala len krátkodobý charakter.

Pandémia zasiahla celý svet a je ústrednou témou dlhodobo rezonujúcou v spoločnosti. Vzhľadom na osobné skúsenosti s preradením na novovzniknuté, reprofelizované covid oddelenie, dokážeme posúdiť najvýraznejšie vplyvy tejto pandémie na prax sestry. Pandémia môže mať vážne následky na duševné zdravie bežnej populácie a zdravotníkov. Výsledky predchádzajúcich výskumov, ktoré analyzovali psychické dopady epidémií, ako napríklad SARS

z roku 2003, ukazujú, že až 10 % zdravotníckych pracovníkov malo príznaky posttraumatickej stresovej poruchy súvisiace so SARS aj o tri roky neskôr (Giorgi, Lecca, Alessio, et al., 2020).

Zoznam použitej literatúry

- AGRAWAL, A., BASMAJI, J. MUTTALIB, F. et al. 2020. High-flow nasal cannula for acute Hypoxemic respiratory failure in patients with COVID-19: systematic reviews of effectiveness and its risks of aerosolization, dispersion, and infection transmission. In *Canadian journal of anaesthesia* [online]. 2020 [citované 2.3.2021], Vol. 67, Issue 9, p.1217-1248. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7294988/>>
- BAMBI, S., IOZZA, P, LUCCINI, A. 2020. New Issues in Nursing Management During the COVID 19 Pandemic in Italy. In *American Journal of Clinical Care* [online]. 2020 [citované 2.3.2021], Vol. 29, Issue 4, p. 92-93. Dostupné na internete: <<https://aacnjournals.org/ajconline/article-standard/29/4/e92/31003/New-Issues-in-Nursing-Management-During-the-COVID>>
- CASCELLA, M., RAJNIK, M., CUOMI, A. 2021. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). In *Statpearls.com* [online]. 2021 [citované 2.3.2021]. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>>
- CDC. 2021. *Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)* [online]. 2021 [citované 11.3.2021]. Dostupné na internete: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>>
- DHAMA, K., KHAN, S., TIWARI, R. et al. 2020. Coronavirus Disease 2019–COVID-19. In *Clinical Microbiology Reviews* [online]. 2020 [citované 15.3.2021], Vol. 33, Issue 4. Dostupné na internete: <<https://cmr.asm.org/content/33/4/e00028-20>>
- ECDC. 2021. *Questions and answers on COVID-19: Basic facts* [online]. 2021 [citované 1.4.2021]. Dostupné na internete: <<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/questions-answers/questionsanswers-basic-facts>>
- GIORGI, G., LECCA, L., I., ALESSIO, F., et al. 2020. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. In *International journal of environmental research and public health* [online]. 2020 [citované 12.3.2021], Vol. 17(21). ISSN electronic 1660-4601. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7663773/>>
- KANG, L., MA, S., CHEN, M., et al. 2020. Impact on mental health and perceptions of Psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. In *Brain, Behavior, and Immunity* [online]. 2020 [citované 12.3.2021], Vol. 87, p. 11-17. Dostupné na internete: <<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>>
- LITFI, M., HAMBLIN, M., M., REZAEI, N. 2020. COVID-19: Transmission, prevention, and Potential therapeutic opportunities. In *Clinica chimica acta; international journal of clinica chemistry* [online]. 2020 [citované 10.2.2021], Vol. 508, p. 254–266. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7256510/>>
- NUTTAL, C., SHARMA, S., KALYANI, V., 2020. Clinical nursing care guidance for management of patient with COVID-19 Suresh. In *Journal of Pakistan Medical Association* [online]. 2020 [citované 2.2.2021], Vol. 70, No. 5. Dostupné na internete: <<https://www.ejmanager.com/mnstemps/33/33-1589041467.pdf?t=1618914470>>
- SHARMA, T., AHWAL, S. 2020. Managing Covid 19 Patients: Nurses Role and Considerations. In *Journal of Perioperative & Critical Intensive Care Nursing* [online]. 2020 [citované 12.2.2021], Vol. 2 No: 158. Dostupné na internete:

<<https://www.longdom.org/open-access/managing-covid-19-patients-nurses-role-and-considerations.pdf>>

ŠERÍKOVÁ, P. 2015. *Psychická záťaž a jej zvládanie u zdravotníkov geriatrických zariadení* [Diplomová práca]. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropológie a zdravovedy [s.n.], 2015 [citované 13.3.2021]. Dostupné na internete: <https://theses.cz/id/tv0gkz/erkov_Petra_Za_a_jej_zvldanie_u_zdravotnikov_geriatrickch_.pdf>

XIAOYUE, G., LILI, J., ZINQING, H. et al , 2020. Nurses' experiences regarding shift patterns in Isolation wards during the COVID-19 pandemic in China: A qualitative study. In *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2020 [citované 1.3.2020], 29, Issue 21-22, p.4270-4280. Dostupné na internete: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.15464>>

Kontakt na autora

Mgr. Ivana Harvanová, PhD., MPH
NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy
E-mail: ivana.harvanova@gmail.com

ÚLOHA OŠETROVATEĽSTVA PRI DESTIGMATIZÁCII PORÚCH DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

Tatiana HRINDOVÁ, Ivana SIŇAR

VŠ ZaSP sv. Alžbety, n.o., Bratislava

Súhrn: Cieľom príspevku je priblížiť problematiku stigmatizácie ľudí s poruchou duševného zdravia a úlohu ošetrovateľstva v procese destigmatizácie. V príspevku približujeme možnosti realizácie destigmatizácie využívaním rôznych foriem a metód v oblasti edukačných aktivít sestier. Sestry majú nezastupiteľnú úlohu pri realizácii destigmatizačných aktivít. Či už priamou edukáciou pacientov, ich rodinných príslušníkov, alebo organizovaním seminárov pre širokú verejnosť, ako aj spoluprácou pri mediálnych výstupoch približujúcich problematiku porúch duševného zdravia.

Kľúčové slová: Porucha duševného zdravia. Stigmatizácia. Destigmatizácia. Ošetrovateľstvo.

Úvod

WHO (2014) popisuje duševné zdravie ako „stav duševnej pohody, v ktorom jedinec vykonáva svoje schopnosti, dokáže sa v živote vyrovnáť s bežným stresom, môže produktívne a užitočne pracovať a dokáže byť prínosom pre svoju spoločnosť.“ Duševné zdravie a poruchy duševného zdravia sú determinované viacerými sociálnymi, psychologickými a biologickými faktormi, rovnako ako zdravie a choroba vo všeobecnosti. Duševné zdravie umožňuje uskutočňovať svoj duševný a citový potenciál a nájsť a naplniť svoju úlohu v spoločenskom, školskom a pracovnom živote. V prípade spoločnosti dobré duševné zdravie obyvateľov prispieva k prosperite, solidarite a sociálnej spravodlivosti. Naopak, zlé duševné zdravie predstavuje pre obyvateľov a sociálny systém mnohonásobné náklady, straty a záťaž. Postoj spoločnosti k ľuďom s duševnou poruchou je odlišný od postoja voči pacientom s ochorením v oblasti somatického zdravia. Tento postoj je formovaný stereotypmi, čiže negatívnymi informáciami a kolektívnymi názormi o duševne chorých. Tieto názory podporujú vznik predsudkov, ktoré vedú k negatívnej emocionálnej reakcii a s tým je spojená diskriminácia ľudí s duševným ochorením v zmysle odmietania vo väčšine medziľudských interakcií.

Stigmatizácia a jej dôsledky

Pojem stigma je považovaný za znehodnocujúci prívlastok. Kecmanovič (2010) charakterizuje stigmatu, ako označenie pre negatívne kolektívne myšlienky a názory ľudí k poruchám duševného zdravia, ktoré vplývajú na negatívny postoj a odmietajúce stereotypy správania sak duševne chorým. Stereotypy, teda kolektívne presvedčenia zahŕňajú názor, že ľudia s duševnou poruchou sú nebezpeční a toto presvedčenie úzko súvisí s ďalšou diskrimináciou duševne chorých. To má za následok, že pacienti s duševnou poruchou následne trpia nielen chorobou, ale aj stigmou, ktorá je spojená s odmietaním spoločnosti. Často nevieme oddeliť fenomén stigmy od diskriminácie. Ak človek akceptuje predsudky a postoje, ktorým je vystavený a správa sa podľa nich, vyvinie sa stigma. U pacienta sa môžu prejavíť rôzne emocionálne reakcie, ako je hanba, nízke sebadôverie. Ak sa považuje za nebezpečného, slabého a neefektívneho, vtedy hovoríme o dvoch typoch stigmy: sociálnej a sebastigme (Leff, Warner, 2006). Sebastigmatizácia vedie často k pocitom hanby, k zníženiu sebadôvery a sebaúcty, a zhoršuje tak zdravotnú a sociálnu situáciu človeka s duševným ochorením (Phelan et al., 1998).

Výroky založené na neznalosti a negatívnych postojoch k duševne chorým vedú spravidla k diskriminácii a segregácii duševne chorých, ako aj ich rodín. Výskumy ukazujú, že úroveň stigmatizácie je vysoká bez ohľadu na typ diagnózy a krajinu. Podľa Angermeyer et al. (2013) Veľká Británia uvádza, že viac ako 85 % ľudí trpiacich duševnými poruchami sa stretlo s diskrimináciou či stigmatizáciou, najmä v oblasti rodinného života.

Dôsledky stigmatizácie ľudí s poruchou duševného zdravia neohrozujú len samotných pacientov a ich rodiny, ale aj celú spoločnosť, čo si uvedomujú aj mnohé svetové organizácie. Jedným z dokumentov, ktoré sa zaoberajú duševným zdravím je „Zelená kniha – Zlepšovanie duševného zdravia obyvateľstva. K stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu“ (2006). Obsahovo sa Zelená kniha zaoberá podporou a zlepšovaním duševného zdravia obyvateľov v Európskej únii zo zameraním na preventívne opatrenia v boji proti duševným ochoreniam, zlepšovanie kvality života týchto ľudí prostredníctvom ich zaradenia do spoločnosti ako aj ochranou ich práv a dôstojnosti, rozvojom systému EU v oblasti informácií, výskumu a znalosti o duševných ochoreniach. Podpora duševného zdravia zahŕňa rôzne stratégie a činnosti, ktoré vytvárajú životné podmienky a prostredie na podporu duševného zdravia a umožňujú ľuďom prijímať a udržiavať si zdravý životný štýl. Súčasťou musia byť akcie, ktoré zvyšujú šance viacerých ľudí na lepšie duševné zdravie.

Základom pre edukačnú činnosť sú takzvané destigmačné programy, ktoré sú zamerané na cieľovú populáciu. Medzi významné aktivity s destigmatizačným vplyvom patrí psychoedukácia pacientov a ich rodín, čo môže následne viesť k spoločenskému osvieteniu a emocionálnym zmenám voči poruchám duševného zdravia, ktoré zlepšujú sebadôveru, zabraňujú izolácii pacientov a ich rodín, povzbudzujú pozitívne emócie a minimalizujú pocity hanby, viny a diskriminácie u pacientov a členov rodiny. Hlavným cieľom psychoedukácie je udržiavať spoluprácu s pacientmi v liečebnom procese, ktorá postupne vedie k plnohodnotnému pohľadu na samotné ochorenie. Z hľadiska dlhodobého procesu je udržanie pozitívnych vzájomne do seba zapadajúcich terapeutických vzťahov rozhodujúce, pretože vedie k lepším a dlhodobým výsledkom a zároveň zabraňuje opätovnému opakovaniu symptómov.

Úloha sestry pri znižovaní stigmatizácie

Pre znižovanie stigmatizácie ľudí s poruchou duševného zdravia sa musia sestry aktívne zapojiť do destigmatizačných aktivít tak, aby sa zabránilo sebastigme a zlepšila sa kvalita života pacientov a podporila sa ich aktívna úloha v priebehu liečby. Metódy proti stigme, ktoré sa ukázali ako účinné, sú metódy založené na kombinácii vzdelávania, kontaktu s užívateľskými spoločnosťami a protestov (Corrigan, 2012). Vzdelávanie musí zahŕňať presné informácie, ktoré budú opačné voči nesprávnym negatívnym názorom alebo mýtom, na ktorých sú predsudky a správanie založené. Do vzdelávania by sa mali aktívne zapájať aj samotní ľudia s poruchami duševného zdravia, pretože to má enormný vplyv na ich kvalitu života a poskytuje im príležitosť pracovať na ich sociálnych zručnostiach, ktoré sú vplyvom ochorenia veľmi často poškodené. Predsudky je možné zmeniť práve tým, že spoločnosť budeme vzdelávať cez osobné skúsenosti pacientov, pretože učenie o poruche priamo od niekoho, kto „prežil“ má veľký vplyv na pochopenie a precítenie životnej situácie. Keď sú médiami prezentované negatívne stereotypy vnímania ľudí s duševným ochorením, je dobré, aby sa im protirečilo poskytnutím realistickejších a osobnejších skúseností. Je dôležité zdôrazniť optimistický a realistický pohľad s etickou poznámkou, ktorá poskytuje príležitosť zdôrazniť, že zmenou postojov a vnímania porúch duševného zdravia pomáhame ľuďom, ktorí sú v liečebnom procese, a tým meniť vžitú negatívne stereotypy o poruche duševného zdravia. Pacienti majú

právo získať primerané informácie o poruche a diagnostike. Je mimoriadne dôležité, aby ich sestry, ale aj ostatní zdravotnícki pracovníci informovali spôsobom, ktorý nie je považovaný za stigmatizujúci. Pacientom by mali byť poskytnuté informácie o najnovších údajoch týkajúcich sa prognózy, ochranných faktoroch a možnostiach liečby. Ak nechceme s pacientom otvorene hovoriť o diagnostike, nepriamo podporujeme mýtus o „strašnej chorobe“, takže sa pacient bude ešte viac báť, odmietať liečbu a to všetko zníži šancu na zotavenie (Santorius, Schultze, 2005).

V procese destigmatizácie majú nezastupiteľné miesto sestry, ktoré by mali zmeniť prístup a ako prvé prestať škatulkovať pacienta, čím sa zapoja do znižovania stigmy v spoločnosti, pretože oni sú v tomto prípade jej prvým článkom. Prístupy na zníženie stigmy nie sú výhradne len pre sestry, ale pre všetok zdravotnícky personál. Povolanie sestry je verejnosťou vnímané ako „etické a čestné“ povolanie a preto je možné toto privilégium využiť aj pre destigmatizáciu. Vďaka tejto skutočnosti môžu sestry využiť svoju pozíciu dôvery a rešpektu a pomôcť verejnosti, aby dokázala pochopiť duševne chorých, aby pochopila, že aj oni sa môžu stať človekom s poruchou duševného zdravia, takže sa aj ich môže problematika stigmatizácie, diskriminácie až segregácie priamo dotýkať. Sestra by mala rozpoznať úlohu a príležitosť pre advokáciu pacienta, s cieľom dosiahnutia zníženia, až ukončenie stigmy (Happell, 2005). Všetky sestry môžu ovplyvniť zmenu v pohľade na duševne chorých zdieľaním znalostí duševných ochorení a ich prejavov, potrebách ľudí s duševným ochorením, a prístupoch, ktoré podporujú týchto chorých. Toto zdieľanie by sestry mali uplatňovať nie len v zdravotníckych zariadeniach, ale aj s komunitou na rôznych miestach, ako sú napríklad kostoly, školy a iné organizácie. Predpokladá sa, že komunita má vysokú úroveň rešpektovania sestier, preto takéto vzdelávacie aktivity môžu viesť k zníženiu stigmy. Dôležitý význam majú aj aktivity sestier zamerané na kontaktovanie spoločnosti s duševne chorou osobou, kde v rámci tejto činnosti pomáhajú odstraňovať pocit hanby a uzatvárania sa duševne chorého pred svetom a spoločnosťou. Učia spoločnosť ako pristupovať k takejto osobe, ako komunikovať a celkovo uľahčujú komunikáciu nielen s komunitou, v ktorej duševne chorý žije, ale aj s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v rámci rôznych vyšetrení počas hospitalizácie pacienta. Ošetrovatelstvo sa môže stať supervízorom v národných destigmatizačných iniciatívach prostredníctvom uľahčovania a vedenia dialógu medzi odbornou a laickou verejnosťou zameranou na znižovanie stigmy spoločnosťou.

Sestry sa môžu stať platformou pre duševne chorých vstupom do organizácií, kde môžu svojimi vedomosťami vplývať na masu a naplno využiť svoje zručnosti a postavenie v spoločnosti k zníženiu stigmy buď rôznymi prednáškami, vytváraním brožúrok pre verejnosť a podobne. Prípadne, ak sa necítia komfortne v tejto úlohe, môžu pôsobiť na individuálnej úrovni obhajovaním pacienta v rámci naplňovania a dodržiavania zdravotnej starostlivosti, ktorá bude zameraná na destigmatizujúce postoje. To zahŕňa všímanie si ako zdravotnícky personál komunikuje s pacientom, ako sa k nemu správajú, ale aj obhajovať pacientov, ktorí nedostanú potrebnú liečbu, respektíve liečbu v plnom rozsahu (Happell, 2005).

Predpoklady sestry pre prácu s pacientmi s poruchami duševného zdravia

Pre naplňovanie očakávaní od profesionálnej aktivity sestry súvisiacej s destigmatizáciou má sestra spĺňať určité predpoklady, vďaka ktorým dokáže zvládať náročné situácie. Je nutné, aby zachovávala neutrálny postoj k pacientovi, vyhýbala sa prehnanej sympatii i antipatii. Sestra pri zabezpečovaní ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s poruchou duševného zdravia musí byť schopná nadviazať vzťah s pacientom a sprevádzať ho v jeho ťažkom období. Podmienky vytvorenia a udržania individualizovaného prístupu k pacientovi s poruchou duševného zdravia

kladú vysoké nároky na profesionalitu sestry, ale aj na jej osobnostné predpoklady. Nevyhnutným predpokladom je, aby bola sestra komunikatívna, vyrovnaná a citovo stabilná. Mala by dosiahnuť určitú úroveň sebapoznania, mať edukačné schopnosti, pretože v psychiatrickom ošetrovatelstve vystupuje ako terapeut. Veľmi dôležitý je pozorovací talent, pretože sestra identifikuje odchýlky od zdravých vzorcov správania sa pacienta pri bežných činnostiach (Hrindová, 2015). Tieto predpoklady by sestry mali využiť aj pre aktívne zapojenie sa do destigmatizačných aktivít.

Destigmatizačné prístupy

Dosiahnutie zníženia stigmaty je možné prostredníctvom zvýšenia povedomia širokej verejnosti o duševnom zdraví, ale aj poruchách duševného zdravia, realizáciou vzdelávacích aktivít s cieľom predísť sociálnemu vylúčeniu ľudí s poruchami v tejto oblasti. Ošetrovatelstvo prostredníctvom sestier môže uplatňovať destigmatizačné prístupy predovšetkým uplatňovaním metód pre odstránenie stigmaty a to hlavne:

- Realizáciou prednášok pre verejnosť so zameraním na oblasť duševného zdravia.
- Vytvárať zážitkové vzdelávanie ľudí o stigme a jej negatívnom vplyve na človeka s poruchou duševného zdravia, jeho rodinu, ale aj celú spoločnosť.
- Organizovať verejné podujatia na školách, vo firmách, na ktorých sa bude hovoriť o destigmatizácii.
- Spolupracovať pri tvorbe videoklipov, plagátov, programov v televízii s výrazným destigmatizačným zameraním.
- Organizovať stretnutia s príbuznými formou poskytovania informácií o prístupe k príbuznému a forme zlepšenia interakcie v rámci rodiny.
- Zdôrazňovať význam kultivovaných postojov a názorov zdravotníckych pracovníkov súvislosti so znižovaním stigmatizácie ľudí s poruchou duševného zdravia.

Záver

Sestry by sa mali iniciatívne zapájať do aktivít znižujúcich stigmatizáciu v spoločnosti a pracovať na vlastnom postoji a správaní sa voči pacientov s poruchou duševného zdravia. Profesionálnym záväzkom sestier, ale aj ostatného zdravotníckeho personálu, by malo byť poskytnutie podpory a pomocnej ruky pacientom s duševným ochorením a poukázanie na možnosti liečby. Využitím roly mediátora môžu sestry pomôcť pri komunikácii pacientom s duševným ochorením s novými ľuďmi, ktorí sú im schopní pomôcť. Sestry sa majú zapájať do programov podpory duševne chorých osôb, prípadne navrhovať programy s touto tematikou komunite.

Zoznam použitej literatúry

ANGERMEYER, MC. 2013. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. In *The British Journal of Psychiatry*. [online]. 2013, Vol.203, No. 2. p. 146-151. Dostupné na internete: <<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/attitudes-towards-psychiatric-treatment-and-people-with-mental-illness-changes-over-two-decades/0918ABF17D6C176F8D9BB3EBCE183CEC>>.

CORRIGAN, PW. et al. 2012. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis

- outcome studies. [online]. 2013. Dostupné na internete: <<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201100529>>.
- HAPPELL, B. 2005. Mental Health Nursing: challenging stigma and discrimination towards In *International Journal of Mental Health Nursing*. [online]. 2005, Vol.14, No. 1 Dostupné na internete: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-0979.2005.00339.x>>.
- HRINDOVÁ, T. 2015. *Vybrané kapitoly zo psychiatrického ošetrovateľstva*. 1. vyd. Bratislava: Viuss. 2015. 80 s. ISBN 978-80-972094-0-7
- KECMANOVIČ, D. 2010. Can the prevention of mental illness stigma and destigmation of people with mental illness be effectuated? In *Psihološka istraživanja*. [online]. 2010, Vol. 13, No.2 185-217. Dostupné na internete: <<http://scindeks.ceon.rs/article.aspx?query=ISSID%26and%269584&page=1&sort=8&styp e=0&backurl=%2Fissue.aspx%3Fissue%3D9584>>.
- LEFF, J. – WARNER, J. 2006. Social inclusion of people with mental illness. In *Cambridge University Press*. [online]. Dostupné na internete: <<https://www.cambridge.org/core/books/social-inclusion-of-people-with-mental-illness/030D1E3B72143E3443643940EDEF2D93>>
- PHELAN, JC. – BROMET, EJ. – LINK, BG. 1998. Psychiatric illness and family stigma. In *Schizophr Bull*. [online]. 1998, Vol. 24, No. 1. p. 115-126. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9502550>>.
- SANTORIUS, N. – SCHULTZE, H. 2005. *Reducing the Stigma of mental Illness*. In *J CanAcad Child Adolesc Psychiatry*. [online]. 2005, Vol. 16, No. 1 p. 38-39. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276169/>>.
- Stanovisko Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru na tému „Zelená kniha – Zlepšovanie duševného zdravia obyvateľstva. K stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu“. 2006. [online] dostupné na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/HTML/?uri=CELEX:52006AE0739&from=SK>

Kontakt na autora

doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.
E-mail: hrindova.tatiana@gmail.com

PROBLEMATIKA MOTIVÁCIE A FLUKTUÁCIE SESTIER

Lukáš KOBER^{1,2}, Vladimír SISKA^{2,3,4}

¹Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

²Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

³Fakulta zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave

⁴Krajské operačné stredisko ZZS SR Prešov

Abstrakt

Problém vysokej fluktuácie zamestnancov je dôležitou oblasťou v zdravotníckom prostredí a vyžaduje si dôkladnú diskusiu v každom odvetví zdravotnej starostlivosti. Riešenie tohto problému je diskutovanou témou v celej Európe a úzko súvisí najmä s nedostatkom pracovných síl v ošetrovatelstve v zdravotníckych systémoch. Cieľom príspevku je poukázať na príčiny fluktuácie a motivácie sestier zotrvať, alebo opustiť zdravotnícky systém. Identifikácia faktorov motivácie a správne nastavené intervencie môžu výrazne znížiť vznik syndrómu vyhorenia a tým zabezpečiť zdravé pracovné prostredie a stabilizáciu zdravotníckeho personálu.

Kľúčové slová: Fluktuácia. Pracovná sila. Sestry. Ošetrovatelstvo. Nedostatok sestier.

Úvod

Kvalita ošetrovateľskej pracovnej sily úzko súvisí so spokojnosťou zamestnancov, so starostlivosťou o klienta, kvalitou poskytovanej starostlivosti a pozitívnymi pracovnými výsledkami personálu. Téma fluktuácie je dôležitou oblasťou v každom zdravotníckom zariadení. Uvádza sa, že zdravotnícke zariadenia s pozitívnym pracovným prostredím a adekvátnou ošetrovateľskou pracovnou silou mali lepšie výsledky u pacientov aj u ošetrovacieho personálu (Poku, 2022). *Nedostatok sestier a fluktuácia personálu boli identifikované ako jedna z najväčších hrozieb pre zdravie zamestnancov a bezpečnosť pacientov v sektore zdravotnej starostlivosti na celom svete (Aiken, 2013; Hasselhorn, 2005).* Fluktuácia zamestnancov je proces, pri ktorom pracovníci uvoľňujú svoje pracovné miesto alebo vymenia miesto svojho pôsobenia a odchádzajú k inému zamestnávateľovi (Hayes, 2015). Zamestnanci sú najdôležitejšími zdrojmi zdravotníckych organizácií. Trvalá ziskovosť organizácie závisí od ich spokojnosti s prácou. Spokojnosť zamestnancov so zamestnaním zvyšuje ich motiváciu, výkon, znižuje ich neprítomnosť na pracovisku a fluktuáciu. Spokojnosť s prácou je postoj zamestnanca k jeho práci a k organizácii, v ktorej vykonáva svoju prácu (Mosadeghrad, 2013). Nedostatok pracovných síl je jedným z kľúčových faktorov nárastu nespokojnosti, demotivácie a fluktuácie.

Stručný prehľad ošetrovateľskej pracovnej sily na Slovensku

Podľa Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA), ktorá pravidelne uverejňuje v tlačových správach analýzu počtu sestier a pôrodných asistentiek v systéme zdravotníctva na Slovensku, nedostatok sestier a pôrodných asistentiek ohrozuje starostlivosť a bezpečnosť pacientov. Podľa údajov z roku 2022 pracuje na Slovensku celkom 36 480 sestier a 1 684 pôrodných asistentiek (PA). Vekový priemer je 52 rokov. V súčasnosti je priemerný počet sestier na 1 000 obyvateľov v krajinách združených v Organizácii pre hospodársku spoluprácu a rozvoj 8,7 sestry. Slovensko malo v roku 2014 5,9 sestry na 1 000 obyvateľov, dnes je to 5,4 sestry na 1 000 obyvateľov. Vekový priemer sestier je viac ako 52 rokov. Podľa

týchto údajov chýba na Slovensku viac ako 15 000 sestier a tento trend sa má prehĺbiť až na 25 000 do roku 2030. Od začiatku pandémie COVID-19 do februára 2022 SK SaPA zrušila spolu 2414 registrácií sestier a PA. Za to isté obdobie zaregistrovala SK SaPA 872 absolventov študijnom programe ošetrovateľstvo a 94 absolventov v študijnom programe pôrodná asistancia (SK SaPA, 2022). Prehlbujúci sa problém nedostatku pracovných síl pociťuje nielen sektor ústavnej zdravotnej starostlivosti, ale aj ambulantný sektor, či prostredie dlhodobej starostlivosti. Práve v prostredí ambulancií a dlhodobej starostlivosti pracuje najnižší počet sestier a riziko ich fluktuácie do nemocníc je enormne vysoké a to najmä z dôvodu lepšieho odmeňovania, ktorú upravuje osobitná legislatíva. Podľa aktuálnych údajov z registra SK SaPA k 6. novembru 2022 pracuje v prostredí ambulantnej zdravotnej starostlivosti 5572 sestier, v ADOS 442 sestier a v zariadeniach sociálnych služieb 1449 sestier s vekovým priemerom takmer 50 rokov (SK SaPA, 2022). Detailný prehľad vstupov a výstupov z registra sestiera registra pôrodných asistentiek SK SaPA uvádzame v tab. 1 a tab. 2.

Tabuľka 1 Počet sestier a PA s ukončením povolania a počet novoregistrovaných sestier

| | 2022* | 2021 | 2020 | 2019 | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 |
|--|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Počet sestier a PA, ktoré ukončili výkon povolania (spolu) | 539 | 965 | 911 | 813 | 839 | 1029 | 1156 | 1601 | 573 | 1927 | 1367 | 1245 | 2882 |
| Počet sestier a PA, ktoré ukončili výkon povolania (dôchodok) | 441 | 813 | 705 | 563 | 506 | 560 | 781 | 857 | 170 | 425 | 886 | 614 | 1752 |
| Počet sestier a PA, ktoré ukončili výkon povolania (iné) | 73 | 152 | 206 | 250 | 334 | 471 | 375 | 744 | 403 | 1502 | 481 | 631 | 1130 |
| Počet novoregistrovaných sestier – absolventov zmysle zákona NR SR č. 578/2004 Z.z.* | 378 | 437 | 354 | 427 | 432 | 465 | 344 | 350 | 312 | 280 | 281 | 320 | 322 |

*počet k 6.11.2022

Zdroj: SK SaPA, 2022

Tabuľka 2 Počet sestier a PA, ktoré si prerušili výkon povolania

| | 2022* | 2021 | 2020 | 2019 | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 |
|---|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Počet sestier a PA s prerušeným výkonom povolania (spolu) | 579 | 814 | 973 | 913 | 1073 | 1122 | 1263 | 1495 | 863 | 823 | 941 | 827 | 734 |
| Počet sestier a PA s prerušeným výkonom povolania (materská dovolenka a rodičovská dovolenka) | 378 | 483 | 585 | 547 | 589 | 614 | 529 | 572 | 255 | 130 | 110 | 95 | 63 |
| Počet sestier a PA s prerušeným výkonom povolania (iné) | 126 | 331 | 388 | 366 | 484 | 508 | 734 | 923 | 608 | 693 | 831 | 732 | 671 |

*počet k 6.11.2022

Zdroj: SK SaPA, 2022

Motivačné a demotivačné faktory spokojnosti sestier

Pracovná spokojnosť sa v posledných rokoch stala kritickým problémom v zdravotníctve, najmä v ošetrovateľstve a to z dôvodu potenciálneho nedostatku pracovných síl, ich vplyvu na

starostlivosť o pacienta a súvisiacich nákladov. Spokojnosť s prácou je hlavným faktorom udržania sestier a poskytovania vysokokvalitnej starostlivosti, ale rýchle zmeny v zdravotníckych službách kladú na sestry väčšie nároky, a preto je potrebné identifikovať spôsoby, ako udržať a zlepšiť spokojnosť sestier s prácou (Al Maqbali, 2015). Moneke (2015) na vzorke sestier pracujúcich v kritickej starostlivosti opísal významné štatistické vzťahy vnímaním vedenia, organizačným záväzkom a spokojnosťou, vnímaním postupov riadenia a spokojnosťou s prácou. Štúdia Atefi a kol. (2014) identifikovala tri hlavné témy, ktoré ovplyvnili pracovnú spokojnosť a nespokojnosť sestier: (1) duchovné cítenie, (2) faktory pracovného prostredia a (3) motivácia. Pomoc a zapojenie sa do starostlivosti o pacienta prispeli k duchovnému pocitu, o ktorom sa uvádza, že ovplyvňuje spokojnosť sestier s prácou. Pre faktory pracovného prostredia zohrávali dôležitú úlohu v pracovnej nespokojnosti sestier súdržnosť tímu, prospech a odmeny, pracovné podmienky, nedostatok zdravotníckych zdrojov, nejasné povinnosti sestier, vnímanie pacientov a lekárov, slabé vodcovské schopnosti a diskriminácia v práci. Čo sa týka motivačných faktorov, k spokojnosti sestier prispeli požiadavky na úlohy, profesionálny rozvoj a nedostatok klinickej autonómie. Ševčovičová, Emödiiová (2016) uvádzajú výsledky prieskumu medzi sestrami na Slovensku a v Českej republike, kde sa sestry vyjadrovali k viacerým motivačným faktorom. Podľa získaných údajov viac ako 50 % respondentov uvádza nespokojnosť so súčasným pracoviskom u sestier na Slovensku. Naopak české sestry vnímajú svoje pracovisko ako významný motivačný faktor 2/3 respondentov. Medzi ďalšie významné faktory patrí práca s moderným prístrojovým vybavením, vonkajší imidž zariadenia v ktorom sestry pracujú, efektívna komunikácia manažérov. Motivačným faktorom je aj uznanie a pochvala a finančné ohodnotenie práce. Špecifické sú aj motivačné faktory mužov v profesii sestera. V súčasnosti je na Slovensku u mužov prioritou pre rozhodnutie ísť študovať povolanie sestry predovšetkým túžba pomáhať iným. Výsledky prieskumu Miňo, Ševčovičová (2019) odhalili, že aj následne zotrvanie v profesii súvisí práve s možnosťou záchranu života a možnosťou byť iným nápomocný. Slovenské sestry – muži však priznávajú, že pre zotrvanie v profesii je pre nich dôležité aj finančné ohodnotenie. V povolani sestera sa necíti byť demotivovaných iba 14,1 % mužov. Naopak, najviac ich demotivuje nedostatočné finančné ohodnotenie, nízka prestíž povolania, nadradené správanie lekárov a zlé medziľudské vzťahy na pracovisku (Ševčovičová a kol., 2020). Medzi motivačnými faktormi pracovnej migrácie sestier do zahraničia pretrvávajú perspektívna lepšieho zárobku a možnosť kariérneho rastu (Ševčovičová a kol., 2021). Faktory ovplyvňujúce fluktuáciu boli v štúdiu Alreshidi a kol (2021) kategorizované do 9 dimenzií: profesionálny rast a rozvoj, štýl vedenia, riadenie, mzda a benefity, pracovná záťaž, medziľudské vzťahy, ubytovanie a služby, vybavenie nemocnice a zámer zotrvať. Zistilo sa, že najvýznamnejšími príčinami fluktuácie sestier do zahraničia sú mzdové benefity a faktory pracovnej záťaže, tesne nasledované nevyhovujúcim bývaním a vybavením nemocníc.

Záver

Aktuálne štatistiky, ale aj publikované štúdie poukazujú na rastúci trend nedostatku sestier a relatívne vysokú fluktuáciu sestier a ostatného zdravotníckeho personálu. Zlé pracovné prostredie spojené s vyhorením zvyšuje zámery sestier fluktuovať. Hoci väčšina sestier podľa publikovaných výskumov pozitívne vníma prostredie svojej praxe, ochota zotrvať v profesii klesá v dôsledku ďalších faktorov, ktoré negatívne pôsobia na celkovú motiváciu sestier. V konečnom dôsledku by mala byť snaha manažérov zameraná na neustále zlepšovanie pracovných podmienok sestier prostredníctvom plánovania zdrojov, efektívneho riadenia a odstraňovania pracovných obmedzení, ktoré ovplyvňujú ošetrovateľskú prax v ambulantných

a ústavných zdravotníckych zariadeniach, vrátane komunitnej starostlivosti, či dlhodobej starostlivosti. Budúce výskumy je potrebné smerovať aj na iné ako nemocničné prostredia a identifikovať faktory fluktuácie sestier s výkonom práce v ambulanciách a zariadeniach sociálnych služieb.

Zoznam použitej literatúry

- ALRESHIDI NM, ALRASHIDI LM, ALANAZI AN, ALSHAMMURI EH. Turnover among foreign nurses in Saudi Arabia. *J Public Health Res.* 2021 Mar 26;10(1):1971. doi: 10.4081/jphr.2021.1971. PMID: 33849251; PMCID: PMC8054764.
- AL MAQBALI MA. Factors that influence nurses' job satisfaction: a literature review. *Nurs Manag (Harrow).* 2015 May;22(2):30-7. doi: 10.7748/nm.22.2.30.e1297. PMID: 25921909.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):143–153. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009
- ATEFI N, ABDULLAH KL, WONG LP, MAZLOM R. Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: a qualitative study. *Int Nurs Rev.* 2014 Sep;61(3):352-60. doi: 10.1111/inr.12112. Epub 2014 Jun 5. PMID: 24902878.
- HAYES B, DOUGLAS C, BONNER A. Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses. *J Nurs Manag.* 2015 Jul;23(5):588-98. doi:10.1111/jonm.12184. Epub 2013 Dec 30. PMID: 24372699.
- HASSELHORN H, MÜLLER BH, TACKENBERG P. *NEXT Scientific Report July 2005.* Wuppertal: University of Wuppertal; 2005:1–56.
- MONEKE N, UMEH OJ. Factors Influencing Critical Care Nurses' Perception of Their Overall Job Satisfaction: An Empirical Study. *J Nurs Adm.* 2015 Oct;45(10 Suppl):S45-51. doi: 10.1097/NNA.0000000000000252. PMID: 26426136.
- MIŇO, L., ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2019. Motivácia slovenských mužov pre výkon povolania sestry. In *Cesta k modernému ošetrovatelstvu XIX. Recenzovaný zborník príspevkov z odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou.* Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2019. s.142-146. ISBN 978-80-87347-416.
- POKU CA, DONKOR E, NAAB F. Impacts of Nursing Work Environment on Turnover Intentions: The Mediating Role of Burnout in Ghana. *Nurs Res Pract.* 2022 Feb 27;2022:1310508. doi: 10.1155/2022/1310508. PMID: 35265373; PMCID: PMC8898860.
- SK SaPA, 2022. Štatistické údaje z registra sestier a registra pôrodných asistentiek, Bratislava: 2022 [06.11.2022]. Dostupné na: www.sksapa.sk
- ŠEVČOVIČOVÁ, A., EMÖDIOVÁ, M. 2016. Motivácia sestier pre výkon povolania. In *Florence, ročník XII, 2016, číslo 10/16, s.26-29.* ISSN 1801-464X
- ŠEVČOVIČOVÁ, A., SEDLÁK, D., ANDRAŠČÍKOVÁ, Ľ. 2022. Demotivačné faktory pre výkon povolania sestry u mužov. Demotivating factors for nurse profession performance in males. In *Vansač, P., Czarnecki, P. (Eds.) VIII. Medzinárodná vedecká konferencia Multidisciplinárne skúsenosti z praxe pri poskytovaní zdravotnej a sociálnej starostlivosti pacienta/klienta s Covid-19.* Varšava: Collegium Humannum – Szkoła Główna Menedżerska, 2022. s. 271-282. ISBN 978-83-964214-0-1.
- ŠEVČOVIČOVÁ, A., SAPAROVÁ, I., TRNKOVÁ, Ľ. 2022. Motivačné faktory pracovnej migrácie sestier do zahraničia. Factors of motivation of nurses' labour migration to abroad. In *Vansač, P., CZARNECKI, P. (Eds.) VIII. Medzinárodná vedecká konferencia Multidisciplinárne skúsenosti z praxe pri poskytovaní zdravotnej a sociálnej starostlivosti pacienta/klienta s Covid-19.* Varšava: Collegium Humannum – Szkoła Główna Menedżerska, 2022. s. 261-270. ISBN 978-

83-964214-0-1.

VNOUČKOVÁ, L. 2013. Fluktuace a retence zaměstnancu. Praha: Adart. 2013. 232 s. ISBN 978-80 904645-9-9.

Kontakt na autora

PhDr. Lukáš Kober, PhD., MPH

Katolícka univerzita v Ružomberku Fakulta zdravotníctva

Nám. A. Hlinku 48 034 01 Ružomberok

E-mail: lukas.kober@ku.sk

PERITONEÁLNA DIALÝZA ALEBO HEMODIALÝZA?

Eva KOVÁČOVÁ

BIOHEM, spol. s r.o., Trenčín

Súhrn: Peritoneálna dialýza nazývaná aj domáca dialýza, prešla v priebehu niekoľkých rokov veľkým progresom. Prechádzaním dialyzačných centier do súkromných sektorov zažíva však veľký pokles napriek predpokladom, že bude dochádzať ku kvantitatívnemu a kvalitatívnemu rozvoju peritoneálnej dialýzy. Dlhšie prežívanie pacientov, hlavne v prvých rokoch liečby a lepšie zachovanie reziduálnej funkcie obličiek je dôvodom k tomu, aby bola domáca dialýza ponúkaná v pozitívnom zmysle každému pacientovi v období pred zahájením dialýzy, pokiaľ nemá žiadnu kontraindikáciu na liečbu peritoneálnou dialýzou. Úspešnosť a účinnosť liečby neposudzujeme iba podľa doby prežitého života, ale hlavne podľa jeho kvality. Súčasťou kvality života je spokojnosť pacienta so starostlivosťou poskytovanou pri liečbe. Rozhodnutie pre domácu dialýzu znamená, že pacient je aktívnejší v liečbe. Prijíma za ňu väčšiu zodpovednosť a žije svoj život takmer bez obmedzení.

Kľúčové slová: Peritoneálna dialýza. Dlhšie prežívanie. Zachovanie reziduálnej funkcie obličiek. Kvalita života.

Úvod

Peritoneálna dialýza (ďalej PD) je metóda liečby chronického zlyhania obličiek úplne porovnateľná s hemodialýzou. Pacientom zabezpečuje viac voľnosti a viac nezávislosti od dialyzačného strediska a jeho personálu. PD sa vykonáva v domácom prostredí, preto sa jej hovorí aj domáca dialýza. Jedná sa o spôsob liečby, ktorú na Slovensku využíva okolo 2 % pacientov, čiže je na výrazne nízkej úrovni. Táto forma liečby má pritom nielen menej invazívny zásah do života pacienta, ale aj nesporné ekonomické výhody. Pri aktuálnom nastavení platieb za výkon však dialyzačné centrá nemajú finančnú motiváciu ponúkať pacientom liečbu PD, nakoľko za ňu dostávajú výrazne menej financií ako za hemodialýzu (Dovčík a kol., 2019).

Princíp peritoneálnej dialýzy

Princípom PD je výmena látok medzi krvou a dialyzačným roztokom napusteným v peritoneálnej dutine. Táto výmena sa uskutočňuje transportom cez peritoneum, ktoré je bohato zásobené krvou a je ideálne pre filtráciu odpadových látok a nadbytočnej vody z tela. PD využíva fyziologické vlastnosti peritonea ako polopriepustnej membrány, schopnej difúzie a osmózy. Difúziou sa odstraňujú predovšetkým stredné a malé molekuly (ionty, urea, kreatinín a ďalšie), ale veľké molekuly (erytrocyty, trombocyty a veľké proteíny) peritoneum zadržuje. Konvekcia je vyvolaná osmotickými a hydrostatickými silami. Týmto mechanizmom sa odstraňuje predovšetkým voda (ultrafiltrácia) (Bednářová, Dusilová-Sulková a kol. 2007).

Technické aspekty peritoneálnej dialýzy

Prístup do peritoneálnej dutiny zaisťuje peritoneálny dialyzačný katéter. Je vyrobený zo silikónového kaučuku, s vnútorným priemerom 2,6 mm, jeho celková dĺžka je rôzna. V brušnej dutine je intraabdominálna časť katétra s viacerými otvormi. Stredná časť katétra je vybavená dvoma Dacronovými manžetami, do ktorých po implantácii do brušnej dutiny vrastajú fibrózne

vlákna a katéter fixujú. Na vonkajšiu časť katétra sa nasadzuje titánový adaptér a transfer set. K transfer setu sa pripájajú vaky s dialyzačným roztokom (Bednářová, Dusilová-Sulková a kol. 2007).

Dva druhy dialýzy a s tým súvisiaci spôsob života

Na Slovensku je najrozšírenejšou formou **hemodialýza**, ktorá pozostáva z očisťovania krvi mimo tela pacienta cez umelý filter (dialyzátor) umiestnený na dialyzačnom prístroji, tzv. „umelej obličke“. Krv sa odvádza z ciev cez dočasný katéter alebo trvalú AV-fistulu. Do dialyzačného centra musia pacienti dochádzať 3 krát do týždňa podľa pevne stanoveného rozvrhu, kde liečba trvá 4-5 hodín. Život pacientom komplikujú časové straty na dialýze a kolektívne organizovaná doprava. Drvivá väčšina pacientov liečených hemodialýzou je na invalidnom dôchodku a zaraďujú sa medzi ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím. Životu človeka na hemodialýze dominuje jeho diagnóza a len v minime prípadov sú pacienti schopní pokračovať v práci alebo štúdiu (Dovčík a kol., 2019).

Peritoneálna dialýza (PD) je intrakorporálna (vnútorná) liečba, čiže dialyzačný proces sa uskutočňuje vo vnútri tela. V integrovanom systéme starostlivosti o pacientov s chronickým zlyhaním obličiek by mala byť PD preferovaná ako metóda prvej voľby pri zahajovaní dialyzačnej liečby (first-choice treatment) (Bednářová, Dusilová-Sulková a kol., 2007).

Podľa časového rozvrhu výmen dialyzačného roztoku rozlišujeme dva základné režimy PD:

1. **CAPD** – kontinuálna ambulantná peritoneálna dialýza, kedy si pacient výmeny dialyzačného roztoku realizuje 4 krát denne, jedna výmena trvá cca 30 min., časový harmonogram si pacient plánuje sám na základe svojich denných aktivít.
2. **APD** – automatizovaná peritoneálna dialýza, kedy pacient ku svojej liečbe potrebuje prístroj cycler (cyklovač). Večer sa pacient k prístroju pripojí, dialyzuje sa v noci, počas spánku, ráno sa oddialyzovaný od prístroja odpojí a môže ísť do práce, prípadne sa venovať svojim denným aktivitám.

Dôvody pre PD ako metódu 1. voľby sú:

- prežívanie v prvých dvoch rokoch je lepšie na PD,
- dlhšie prežívanie dialyzovaných pacientov s PD ako metódou prvej voľby,
- dlhšie zachovanie reziduálnej funkcie obličiek v porovnaní s pacientami na HD (Molsted et al., 2007),
- kontinuálne odstraňovanie katabolitov a vody,
- nevytvára sa cievny prístup,
- menšie riziko hepatitídy B a C,
- lepšie liečiteľná anémia,
- menšie riziko ICHS,
- rýchlejší nástup štepu po transplantácii,
- nižší počet hospitalizácií, ktoré sú spôsobené infekciou spojenou s dialyzačnou liečbou, než pacienti na HD (Jansen et al., 2002),
- možnosť postupného zvyšovania dialyzačnej dávky (incremental dialysis) (Bednářová,

Dusilová-Sulková a kol. 2007).

Indikácie k peritoneálnej dialýze podľa Bednárovej, Dusilovej-Sulkovej a kol. (2007):

- deti,
- komplikované vytvorenie cievneho prístupu na hemodialýzu (diabetici, starší pacienti, pacienti s rozsiahlou ischemickou chorobou tepien, trombofília),
- kontraindikácie podávania heparínu (diabetická nefropatia, krvácavé stavy,
- komplikácie pri hemodialýze (hypotenzia, hypertenzia, poruchy rytmu),
- preferovanie PD liečby pacientom (rodinou),
- preplnené hemodialyzačné lôžka.

Výhody peritoneálnej dialýzy podľa Mortona et al. (2010): Dôvody, pre ktoré pacienti preferujú PD liečbu:

- sebestačnosť verzus závislosť od starostlivosti cudzích ľudí,
- zvládanie choroby doma, v súkromí,
- viac slobody, flexibility,
- menej času stráveného v nemocnici,
- možnosť cestovať,
- možnosť pokračovať v práci,
- schopnosť sa ďalej starať o deti, o rodinu,
- strach z napichovania ihliel,
- vyhnutie sa tomu, aby vyzerali ako „pacienti“,
- strach z prenosu infekcie.

Nie všetci pacienti však môžu byť liečení PD. Absolútnou kontraindikáciou PD je strata funkcie peritonea, chronický zápal čriev a diverkultída čreva. Relatívnou kontraindikáciou PD je stav po viacerých vnútrobrušných operáciách, prítomnosť stómii (ileo-, kolo-, nefro), abdominálne hernie, polycystické obličky, ťažké vertebrogénne ochorenia, progresívne neurologické ochorenia, imobilita, ťažká artritída, ťažké psychické ochorenia, pokročilé pľúcne ochorenie, aktívna HBV infekcia, obezita (BMI > 35) (Bednárová, Dusilová-Sulková a kol., 2007; Covic, 2010).

Stále najčastejšou a vo svojich dôsledkoch najzávažnejšou komplikáciou PD je peritonitída (zápal pobrušnice). Opakovaná peritonitída je najčastejším dôvodom konverzie pacienta na hemodialýzu. V súčasnosti je potvrdený výskyt jednej peritonitídy za 25 mesiacov liečby. Niektoré strediská uvádzajú výskyt jednej peritonitídy za 60 mesiacov liečby. Výskyt sa udáva počtom epizód na jedného pacienta za rok alebo recipročne, počtom mesiacov liečby pripadajúcich na jednu epizódu peritonitídy. Z ďalších infekčných komplikácií sú to infekcie okolí peritoneálneho katétra a podkožného tunela. V prevencii infekčných komplikácií je veľmi dôležitá edukácia a tréning pacienta, aby vedel reagovať na komplikácie (dehydratáciu, hyperhydratáciu, katéetrovú infekciu a peritonitídu), a to hlavne dodržiavaním zásad sterility, zvládnutím výmeny dialyzačného roztoku, ovládania APD prístroja, zvládnutia starostlivosti o PD katéter a self care (Bednárová, Dusilová-Sulková a kol., 2007).

Pacienti liečení APD majú nižší výskyt infekčných komplikácií ako pri CAPD, z dôvodu menšej periodicity odpájania a pripájania k PD systému.

Z neinfekčných komplikácií sú najčastejšími komplikácie súvisiace s peritoneálnym katétrom (napr. dislokácia, upchatie fibrínom) alebo súvisiace so zvýšeným intraabdominálnym tlakom, poruchou vodného hospodárstva (napr. dehydratácia, hyperhydratácia) alebo technické komplikácie (napr. porušenie koncovky katétra) (Bednářová, Dusilová-Sulková a kol., 2007).

Tabuľka 1 Porovnanie PD verzus HD – nevýhody

| | Nevýhody |
|-----------------------------|---|
| Peritoneálna dialýza | denná liečba, PD katéter, priestor – uskladnenie materiálu, riziko infekcie brušnej dutiny, estetické hľadisko (brušný katéter) |
| Hemodialýza | návšteva centra 3 krát týždenne (pevne stanovený rozvrh, transport), AV-fistula, CVK, stúpanie hladiny odpadových látok a hromadenie sa vody medzi dialýzami, riziko infekcie AV-fistuly alebo CVK, endokarditída, dodržiavanie prísnej diéty a obmedzenie v príjme tekutín, ihly je potrebné aplikovať pri každej liečbe, na liečbu je potrebný prístroj, po liečbe pacient často pociťuje únavu a slabosť |

Zdroj: autorka

Tabuľka 2 Porovnanie HD a PD

| | PD | HD |
|------------------------------------|------------------------|--|
| Prostredie | doma | nemocnica |
| Schopnosť vykonávať dialýzu | pacient sám | úzko špecializovaný zaškolený personál |
| Prístup | brušný katéter | AV fistula alebo CVK |
| Heparinizácia | žiadna | nutná |
| Návštevy DS | raz za 4 - 6 týždňov | 3 krát týždenne |
| Fyzické aktivity | možné | možné |
| Dovolenky | možné, bez väzby na DS | viazané na DS |
| Diéta | voľná | limitovaná |
| Pitný režim | voľný | limitovaný |
| Krvné straty | žiadne | nízke pri každej HD / EPO |
| Zamestnanie, štúdium | voľný režim | obmedzené pre nutnosť liečby na DS |

Zdroj: autorka

PD sa môže realizovať kdekoľvek, a preto do života pacientov zasahuje výrazne menej než hemodialýza. Kvalita života väčšiny pacientov je teda zreteľne vyššia podľa domácich aj zahraničných prieskumov a štúdií. Markantne menej pacientov musí odísť na invalidný dôchodok či úplne meniť spôsob života. S PD žijú takmer bez obmedzení (Dovčík a kol., 2019). PD je plne hrazená poisťovňou. Pacientovi liečenému PD je dodávaný všetok materiál potrebný na dialýzu domov 1 krát za mesiac. Zapožičanie prístroja na PD je taktiež bezplatné. PD pacient má k dispozícii linku pomoci dostupnú 24 hodín 7 dní v týždni a možnosť spolupráce s Agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) (Kováčová, 2020).

PD nie je liečba výlučne len pre mladých a perspektívnych pacientov vhodných na

transplantáciu. PD je vhodná aj pre starších pacientov, pre pacientov s kardiálnym zlyhaním, pre diabetikov, pre obéznych aj imobilných pacientov a pre všetkých, kto nemá žiadne kontraindikácie k liečbe peritoneálnou dialýzou. Štatisticky 98 % dialyzovaných pacientov podstupuje liečbu hemodialýzou, z nich až 70 % je medicínsky spôsobilých na PD. (Dovčíka kol., 2019).

Spolupráca s praktickými lekármi a lekármi – špecialistami (interná medicína, diabetológia, kardiológia a pod.) je pre pacienta, ktorému zlyhávajú obličky, dôležitá. Komunikácia je neoceniteľným pomocníkom pri starostlivosti o pacienta v predialýze. Na základe získaných informácií sa môže v dostatočne primeranom čase, s rozvahou, bez zbytočného stresu a negatívnych emócií rozhodnúť, ktorá z metód mu najlepšie vyhovuje. Taktiež príbuzní pacienta majú príležitosť oboznámiť sa s chorobou svojho blízkeho a aktívne sa môžu podieľať na jeho liečbe. Pacienti liečení PD sú spokojnejší než pacienti liečení hemodialýzou. (Molsted et al., 2007).

Záver

V rozširovaní využívania PD sa môžeme inšpirovať zahraničím, kde vidíme, že len navýšenie platieb za PD jej používanie nerozšíri. **V európskych štátoch dosahuje liečba PD až 20 % pacientov. Niektoré krajiny, ako je napríklad Mexiko alebo Nový Zéland, majú až 50 % pacientov liečených PD.** V Hongkongu a Thajsku napríklad platí takzvaná „PD-First Policy“, PD je automaticky prvou voľbou liečby. V krajinách ako Spojené štáty, Kanada, Španielsko či Taiwan je zase politika „PD-Favoured“, PD je preferovaná voči hemodialýze. A v Austrálii, Fínsku či na Novom Zélande majú politiku „Home Dialysis-First“, preferovanie dialýzy doma. Transplantácia obličky je podľa Dovčíka et al. (2019) v prípade existencie vhodného darcu najlepším a najefektívnejším riešením z hľadiska kvality života pacienta. Peritoneálna dialýza a hemodialýza sú porovnateľné liečebné metódy.

Zoznam použitej literatúry

- BEDNÁŘOVÁ, V., DUSILOVÁ-SULKOVÁ, S. a kol. 2007. *Peritoneální dialýza*, 2. rozšírené vydání, Praha: MAXDORF, 2007. s. 334: 7-246. ISBN 978-80-7345-005-2
- COVIC, A., Nephrol Dial Transplant, *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2010. 3:225-233.
- DOVČÍK, J., DUDEK, J., PORVAŽNÍKOVÁ, K., TÖVIŠOVÁ, A. 2019. *Menej využívaná forma dialýzy môže výrazne zlepšiť kvalitu života pacientov a ešte aj ušetriť peniaze*. [online]. [cit. 2019-11 05] Dostupné na internete: <<https://dennikn.sk/blog/1642080/menej-vyuzivana-forma-dialyzy-moze-vyrazne-zlepsit-kvalitu-zivota-pacientov-a-este-aj-usetrit-peniaze/>>
- JANSEN, MA., HART, AA., KOREVAAR, JC., DEKKER, FW., BOESCHOTEN, EW., KREDIET, RT.; for the NECOSAD Study Group. *Predictors of the rate of decline of residual renal function in incident dialysis patients*. *Kidney Int*. 2002. 62(3):1046-1053.
- KOVÁČOVÁ, E., BIOHEM, spol. s r.o., 2020. Domacodialyza.sk [online]. Dostupné na internete: <https://www.domacodialyza.sk/peritonealna_dialyza>
- MOLSTED, S., PRESCOTT, L., HEAF, J., EIDEMAK, I. *Assessment and clinical aspects of health-related quality of life in dialysis patients and patients with chronic kidney disease*. *Nephron Clin Pract*. 2007. 106(1):24-33.
- MORTON, RL., TONG, A., HOWARD, K., SNELLING, P., Webster AC. *The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies*. *BMJ*. 2010. 340:c112.
- NCZI. 2019. *Nefrologická starostlivosť a liečba nahrádzajúca funkciu obličiek v Slovenskej republike 2019*. [online]. [cit. 2020-10-23] Dostupné na internete:

<http://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Nefrologia/Pages/default.aspx>

Kontakt na autora

Mgr. Eva Kováčová, MBA

BIOHEM, spol. s r.o.

Zlatovská 2211

911 01 Trenčín

Tel: (+421) 911 424 667

E-mail: kovacova@biohem.sk

ČERVENÝ NOS Clowndoctors Humor v zdravotníctve

Pavel MIHALÁK

ČERVENÝ NOS Clowndoctors

Súhrn

Občianske združenie ČERVENÝ NOS Clowndoctors vzniklo v roku 2004, kedy jeho zakladateľ Gary Edwards prijal výzvu MUDr. Sejnovej, aby priniesol myšlienku zdravotných klaunov aj na Slovensko.

Zakladateľ združenia Gary Edwards (1951) prvýkrát navštívil nemocnicu ako klaun v roku 1976. Odvtedy vyučuje a pomáha pri rozvoji projektov zameraných na klaunovanie v nemocniciach po celom svete.

Aktuálne pôsobí v združení vyše 60 profesionálnych zdravotných klaunov, ktorí pravidelne navštevujú takmer všetky nemocnice s detskými oddeleniami a 31 seniorských zariadení po celom Slovensku. Niekoľko rokov už navštevujeme aj dospelých pacientov.

Kľúčové slová: ČERVENÝ NOS Clowndoctors. Humor v zdravotníctve. Klaunovanie. Programy pre deti, dospelých a seniorov. Zdravotný klaun.

Úvod

ČERVENÝ NOS Clowndoctors je súčasťou medzinárodnej organizácie RED NOSES International, ktorá zastrešuje 11 organizácií profesionálnych zdravotných klaunov z rôznych krajín.

Za naše aktivity sme boli ocenení v decembri 2017 verejnou ochrankyňou ľudských práv. Predsedníčka združenia MUDr. Katarína Šimovičová získala ocenenie Slovenka roka 2018 v kategórii Charita aj Absolútna Slovenka roka 2018. V októbri 2019 získalo združenie ocenenie Senior Friendly za svoje dlhoročné aktivity so seniormi.

Umelecký riaditeľ združenia Pavel Mihaľák bol za rok 2019 nominovaný na Krištáľové krídlo v kategórii Filantropia.

Medzi 11 rôznych programov pre deti, dospelých a seniorov patria aj vzdelávacie programy pre odbornú verejnosť našich partnerov – personál sociálnych zariadení pre seniorov a zdravotnícky personál nemocníc, ambulancií a iných zdravotníckych zariadení.

ČERVENÝ NOS Clowndoctors realizuje až 11 rôznych programov pre deti, dospelých pacientov.

Zdravotné klauniády na detských oddeleniach a ambulantné klauniády – hospitalizované deti na rôznych špecializovaných oddeleniach navštevujú zdravotní klauni takmer vo všetkých nemocniciach na Slovensku. V roku 2022 sa uskutoční vyše 1900 klaunských návštev.

N.O.S. – Na Operačnú Sálu - „odprevádzanie dieťaťa na operačnú sálu“ robí ČERVENÝ NOS Clowndoctors na chirurgických oddeleniach v troch nemocniciach na Slovensku. Prítomnosť zdravotného klauna pomáha dieťaťu čakajúcemu na operáciu uvoľniť sa a odpútať jeho pozornosť od strachu z operácie a v nemalej miere pomáha uvoľniť sa aj rodičovi sprevádzajúcemu svoje dieťa počas hospitalizácie dieťaťa. V roku 2022 bude zrealizovaných vyše 220 zdravotných klauniád v programe N.O.S.

Cirkus Paciento – program pre deti na onkologických a psychiatrických oddeleniach a pre deti v troch liečebných zariadeniach v Kováčovej, v Dolnom Smokovci a v Hrani. Počas čarovného týždňa deti spolu so zdravotnými klaunami trénujú rôzne cirkusové zručnosti. Na konci týždňa

vystupujú na spoločnom cirkusovom predstavení a častokrát prekonávajú svoje limity a očakávania a stávajú sa hviezdami. V roku 2022 sa podarilo uskutočniť 6 „Cirkusov Paciento“ na oddeleniach a 3 v detských liečebných zariadeniach.

Prezuvky máme - je špeciálny program pre ťažko choré deti, ktoré sú v domácej liečebnej starostlivosti. Zdravotní klauni sú pozvaní do ich domovov, aby nielen dieťaťu ale aj jeho rodine spríjemnili deň, povzbudili ich a priniesli im niečo nové, nečakané a radostné. Za rok zrealizujú zdravotní klauni 40 až 50 takýchto špeciálnych návštev.

Smiech nepozná vek – zdravotní klauni navštevujú vďaka tomuto programu starších ľudí v 31 seniorských zariadeniach a prinášajú im potešenie a vzpruhu, ich návšteva býva zdrojom dobrej energie. V roku 2022 sa podarilo združeniu uskutočniť 181 osobných návštev, niekoľko návštev bolo zrealizovaných v online priestore.

Fidlikára – hudobné interaktívne predstavenie pre deti s mentálnym alebo kombinovaným postihnutím organizuje ČERVENÝ NOS Clowndoctors v spolupráci so špeciálnymi materskými a základnými školami. V roku 2022 sa uskutočnilo až 37 takýchto predstavení.

Klauniády pre dospelých hospitalizovaných pacientov na onkologických oddeleniach realizuje ČERVENÝ NOS raz ročne, v šiestich nemocniciach po celom Slovensku.

Okrem základného pravidelného programu reaguje ČERVENÝ NOS Clowndoctors aj na aktuálnu situáciu a v kombinácii s kapacitnými možnosťami umeleckého tímu uskutočnilo v roku 2022 vyše 30 špeciálnych klauniád pre ukrajinských utečencov priamo na hraniciach, neskôr v azylových domoch a v súčasnosti aj v špecializovaných ambulanciách v Bratislave. Začiatkom roka zdravotní klauni navštívili vyše 30 krát vakcinačné centrá, kde pomáhali uvoľniť sa deťom aj dospelým, ktorí prišli na očkovanie proti covidu 19.

Od roku 2008 okrem programov pre deti, dospelých a seniorov organizuje združenie aj vzdelávacie programy pre odbornú verejnosť, partnerov – personál sociálnych zariadení pre seniorov a zdravotnícky personál nemocníc, ambulancií a iných zdravotníckych zariadení.

Humor ako komunikačný nástroj

Odborný seminár HUMOR AKO KOMUNIKAČNÝ NÁSTROJ vznikol pred viac ako desiatimi rokmi ešte ako odborná prednáška na vzdelávacích konferenciách komôr lekárov, sestier a pôrodných asistentiek. Potreba a záujem zo strany odbornej zdravotníckej verejnosti dal základ k rozvíjaniu komplexného seminára, ktorý sa rozvíja na medzinárodnej úrovni na základe štúdia danej problematiky, skúseností, požiadaviek, aj vedeckých výskumov. Seminár je dnes akreditovaný Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA). Cieľom seminára je ponúknuť humor ako súčasť komunikácie v práci. Cieľom nie je učiť zdravotnícky personál klaunské umenie.

Humor dokáže nielen uvoľniť atmosféru, ale vie priniesť viac ľahkosti do komunikácie a v konečnom dôsledku prináša aj efektívnosť práce, kde je komunikácia dôležitá, tak s pacientom, ako aj s kolegami na pracovisku. Pri komunikácii s pacientom humor zlepšuje adaptačné procesy, prináša pocit dôvery, uvoľnenie napätie, odbúranie strachu a nedôvery, traumy z hospitalizácie, liečebného procesu a rôznych výkonov spojených s liečbou.

Lektori, ktorými sú skúsení zdravotní klauni, sa špecializujú na tému HUMOR AKO KOMUNIKAČNÝ NÁSTROJ. Vedú seminár v uvoľnenej atmosfére s humorom tak, aby si každý účastník bol schopný spojiť teóriu s praktickými cvičeniami. Zároveň si účastníci na vlastnej skúsenosti a pocitoch môžu uvedomiť, ako sa sami cítili, čo všetko si zo seminára môžu vziať do praxe a svojho života, čo komu vyhovovalo a pod.

Počas 4 hodín lektori skupine ukážu princípy a typy humoru. Dotknú sa otázky vnímania humoru v rôznych vývinových obdobiach človeka. Dôležitým princípom, ktorý lektori ponúkajú, je nabúravanie rutín a stereotypov, používaných v pracovnom procese a komunikácii a návod, ako sa dá toto nabúravanie použiť prostredníctvom humoru. To všetko prebieha v hrách a cvičeniach, ktoré sú logicky usporiadané do celku seminára. Pre veľký záujem sa lektori dotknú aj klaunských zručností (jednoduché kúzla, žonglovanie) tak, aby sa každý mohol inšpirovať novými zážitkami a hrou, ktorá je vždy dôležitá.

Po niekoľkoročných skúsenostiach seminár veľmi dobre funguje aj ako osobná psychohygiena a teambuilding hlavne v prípadoch, kedy sú účastníci seminára zároveň kolegovia z rovnakého pracoviska alebo komory.

Kontakt na autora

Pavel Mihaľák

Umelecký riaditeľ

ČERVENÝ NOS Clowndoctors

Prinášame smiech deťom do nemocníc

Klenová 8, 831 01 Bratislava

Kontakt: +421 948 205 849

E-mail: pavel@cervenynos.sk



MOŽNOSTI EDUKÁCIE V PRACOVNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBE

Dagmar RICHNÁKOÁ

TeamPrevent Sante a.s.

Súhrn: V činnosti Pracovnej zdravotnej služby môžeme nájsť širokú škálu možností, foriem a spôsobov edukácie. Niektoré sú predpísané legislatívou a sú pre zamestnanca aj pre zamestnávateľa povinné, iné sú dobrovoľné a ponúkajú rozvoj znalostí o determinantoch zdravia a pracovného prostredia. Každý zamestnaný človek sa stretol počas svojej pracovnej kariéry s edukáciou v zamestnaní. Už pri vstupe do zamestnania musí absolvovať základné školenia ohľadne bezpečnosti pri práci. Je na zamestnávateľovi a Pracovnej zdravotnej službe akú formu a spôsob edukácie zvolia, aby bol zamestnanec kvalitne a zodpovedne vzdelávaný, aby si osvojil postupy, znalosti a vedomosti. Pre zamestnanca je edukácia možnosťou pre rozvoj jeho individuálnych zručností, pracovných príležitostí, postupov pri práci ako aj znalostí o budovaní si vlastného zdravia. Sestra ako aktívny článok v Pracovnej zdravotnej službe je svojou činnosťou prínosom v oblasti edukácie.

Kľúčové slová: Edukácia. Pracovná zdravotná služba. Zamestnanec. Zamestnávateľ. Podpora zdravia.

Úvod

Edukácia je proces ovplyvňujúci správanie, uskutočňovanie zmien v oblasti vedomostí, postojov a zručností. Proces môže začať poskytnutím informácií, ale tiež obsahuje interpretáciu a integráciu informácií subjektom, vedúcich k zmenám správania. Edukáciu chápeme ako zámerné rozvíjanie možností človeka, jeho kultiváciu výchovnými prostriedkami (Nemcová, 2010). Pracovná zdravotná služba dohliada na zdravie zamestnancov v súvislosti s prácou so zameraním na sledovanie a hodnotenie zdravotného stavu a zdravotnej spôsobilosti pre prácu zamestnancov (Ondrejková, 2019).

Pre zamestnanca je edukácia možnosťou pre rozvoj jeho individuálnych zručností, pracovných príležitostí, postupov pri práci ako aj znalostí o budovaní si vlastného zdravia.

Edukácia

Ide o súbor aktivít smerujúcich k formovaniu osobnosti. Cieľom je rozvíjať poznatky, schopnosti a hodnotové, postojové, vôľové a citové kvality človeka, potrebné pre spôsobilosť v budúcich rolách ako aj v procese sebarealizácie. Edukácia je celoživotný proces, je jedným z práv a potrieb človeka a trvá od narodenia až po smrť. Zameriava sa na zdravých ľudí ako aj na ľudí v každom štádiu choroby s cieľom maximalizovať ľudský potenciál pre zdravý život a lepšiu kvalitu jeho života. Pre edukáciu je charakteristický celostný prístup k človeku, ktorý zahŕňa fyzické, psychické, sociálne, emocionálne, duchovné a spoločenské aspekty (Nemcová, 2010).

Pracovná zdravotná služba

Cieľom Pracovnej zdravotnej služby (PZS) je zaistenie prevencie, bezpečnosti a ochrany zdravia zamestnancov pri práci. Pracovná zdravotná služba:

- hodnotí faktory práce a pracovného prostredia,
- hodnotí zdravotné riziká,

- vypracúva návrhy na zaradenie prác do kategórií,
- poskytuje primerané poradenstvo,
- vypracováva programy ochrany a podpory zdravia zamestnancov,
- posudzuje zdravotnú spôsobilosť zamestnancov na pracovné zaradenie výkonom lekárskeho preventívnych prehliadok (Ondrejková, 2019).

Cieľ a obsah edukácie v PZS

Cieľom edukácie je aktívne zapojenie účastníkov do vzdelávania a zvýšenie úrovne zapamätaných poznatkov uplatniteľných v praxi. V rámci PZS môžeme vidieť rôzne formy a spôsoby edukácie. Jednotlivé formy edukácie v PZS (alebo realizované PZS) majú cieľ, príjemcu a zahŕňajú jednotlivé kroky edukačného procesu. Niektoré kroky však môžu byť zlúčené a nie vždy je možné zhodnotiť výsledok edukácie. Z celkového pohľadu sú edukačné aktivity a možnosti PZS v oblasti edukácie zamestnancov a zamestnávateľov veľmi potrebné a žiadané. Pre splnenie cieľa edukácie je možné využiť rôzne formy a spôsoby edukácie.

- PZS sa podieľa na výchove a vzdelávaní zamestnávateľov a zamestnancov o problematike vplyvu práce, pracovných podmienok a faktorov pracovného prostredia na zdravie a o ochrane a podpore zdravia pri práci so zameraním na možné súvislosti poškodenia zdravia, ktoré sa prejaví v neskoršom období ako aj na prevenciu pred týmito možnými zdravotnými účinkami.
- V prostredí zamestnávateľa sa PZS zameriava na edukáciu k správnym postupom pri práci, predchádzaniu rizík pri práci, správnom používaní ochranných pomôcok, predchádzaniu chorôb z povolania, ale aj výchove ku zdraviu zamestnancov.
- Zvyšuje povedomie zamestnancov o svojom zdravotnom stave, aby si cielene zodpovedali za svoj zdravotný stav a predchádzali ochoreniam a chorobám z povolania.
- Zvyšuje povedomie zamestnávateľov o možnostiach ochrany svojich zamestnancov pred negatívnymi vplyvmi pracovného prostredia, informuje o možnostiach ochrany a prevencie zamestnancov pred pracovnými úrazmi. Celkovo má vplyv na budovanie zdravej firmy (Ondrejková, 2019).

Edukantom čiže príjemcom edukácie je ten, ktorý je vzdelávaný, vedený, získava vedomosti, zručnosti a mení správanie (Nemcová, 2010). Edukáciu možno vykonávať v pracovnom prostredí, kde je príjemcom zamestnanec a zamestnávateľ alebo v medicínskom prostredí, kde je príjemcom klient/pacient.

Edukátorom je pracovník PZS: verejný zdravotník, školiteľ bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci (BOZP), bezpečnostný technik, školiteľ kurzu Prvej pomoci (PP), sestra, lekár. Každý z edukátorov musí mať príslušne vzdelanie ustanovené zákonom. Zároveň musí mať požadované technické a materiálne vybavenie ku školeniam, aktivitám.

Aktivity, spôsoby pri ktorých prichádza k edukácii PZS:

- školenie BOZP, školenia požiarnej ochrany,
- školenie prvej pomoci,
- Dni zdravia,
- edukácia v rámci pracovnej prehliadky,

Podmienky, za ktorých sa edukácia uskutočňuje:

- Plánované – napr. školenia, Dni zdravia, prednášky, kurzy. Vždy ide to plánovaný proces. Zamestnávateľ si objedná školenie, kurz, prehliadku a akcia sa naplánuje.
- Neplánované, ale predpokladané potreby edukácie: napr. zdravotné prehliadky vo vzťahu k práci. Zdravotnícky pracovník zistí počas prehliadky zdravotný problém a nedostatočné vedomosti o zdravotnom probléme.

Edukačné metódy v PZS:

- slovné (napr. prednáška o BOZP),
- názorné (napr. ukážky ako poskytnutia PP),
- praktické (napr. možnosť vyskúšať si masáž srdca),
- iné spôsoby edukácie (letáky, videá, mailing, nástenky).

Formy edukácie:

Podľa prítomnosti účastníkov:

- priama - prezenčná forma, účastník prítomný na prednáške,
- nepriama - využitie informačno - komunikačných technológií (e-learning),
- kombinovaná - teoretická príprava cez e-learning, praktické zručnosti prezenčne.

Podľa počtu účastníkov:

- individuálna edukácia (napr. pri zdravotnej prehliadke, konzultácia na Dni zdravia),
- skupinová edukácia (napr. prednáška),
- kombinovaná (školenie prvej pomoci).

Pri organizovaní výučby za pomoci e-learning-u musí PZS a zamestnávateľ dodržať podmienky. Nevýhodou je nemožnosť priamej kontroly zamestnanca pri absolvovaní školenia.

Podmienky vzdelávania cez e-learning:

- E-learningové vzdelávanie je tvorené a prevádzkované podľa legislatívnych požiadaviek a je schválené Národným inšpektorátom práce Slovenskej republiky.
- Obsah má logickú postupnosť, zrozumiteľné informácie.
- Nutné prepojenie s aktuálnou legislatívou.
- Vhodné oboznamovanie prostredníctvom textov a obrázkov, využívanie efektívnych nástrojov ako videá, animácie, simulácie, kombinácie zvukového a textového výkladu.
- Prínosom je e-mailové prípadne telefonické spojenie s lektorom.
- Povinné je priebežné a záverečné overovanie vedomostí.
- Možnosť generovania záznamu o úspešnom absolvovaní školenia.

BOZP školenia, školenia civilnej ochrany, školenia požiarnej ochrany

Jednou z najdôležitejších povinností zamestnávateľa na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci (BOZP) je aj vykonávanie pravidelných školení zamestnancov. Táto povinnosť je upravená v zákone č.124/2006 Z. z. § 7 zákona o BOZP. Zamestnávateľ je povinný v oblasti

BOZP pravidelne, zrozumiteľne a preukázateľne oboznamovať každého zamestnanca:

- Správnymi predpismi a predpismi vydanými zamestnávateľom na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, so zásadami bezpečnej práce, zásadami ochrany zdravia pri práci, zásadami bezpečného správania na pracovisku a s bezpečnými pracovnými postupmi (povinnosťou zamestnávateľa je aj overovanie znalostí zamestnancov o týchtopredpisoch napríklad formou testu).
- S existujúcim a predvídateľným nebezpečenstvom a ohrozením, s dopadmi, ktoré môžu spôsobiť na zdraví a s ochranou pred nimi.
- So zákazom vstupovať do určitého priestoru, zdržiavať sa v tomto priestore a vykonávať činnosti, ktoré by mohli bezprostredne ohroziť život alebo zdravie zamestnanca (Ondrejková, 2019).

Podľa zákona o BOZP sa školenie zamestnancov musí vykonávať najmenej raz za dva roky, ak v osobitnom predpise pre daný druh prác nie je ustanovený kratší čas. Požiadavka zrozumiteľnosti znamená, že školenia musia byť vykonávané tak, aby im každý zamestnanec porozumel (primeraným tempom, jednoduchými vetnými formuláciami, prípadne doplnené praktickými ukážkami). Preukázateľnosť spočíva v tom, že každý zamestnanec, ktorý školenie absolvuje, podpíše o tejto skutočnosti záznam, ktorý si zamestnávateľ uschováva.

Školenie zamestnanca ohľadom bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci sa musí vykonať pri jeho prijatí do zamestnania, preložení na iné pracovisko, zaradení alebo prevedení na inú prácu, zavedení novej technológie, nového pracovného postupu alebo nového pracovného prostriedku. Školenia sa musia uskutočňovať v rámci pracovného času zamestnancov a za tento čas im zamestnávateľ poskytuje aj mzdu. Ku školeniam ohľadom bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci je zamestnávateľ povinný vydať vnútorný predpis, v ktorom bude uvedený spôsob vykonania školenia, požiadavky na odbornú spôsobilosť zamestnancov vykonávajúcich školenie a pravidelnosť vykonávania školenia. Vykonanie školenia zamestnancov môže zamestnávateľ zabezpečiť tromi spôsobmi. Môže ho vykonávať osobne sám zamestnávateľ alebo prostredníctvom vlastných zamestnancov alebo dodávateľským spôsobom, keď si túto službu objedná od fyzickej alebo právnickej osoby, ktorá má na vykonávanie školení oprávnenie od Národného inšpektorátu práce (BWSS, 2017).

Typy školení: školenie na referentské vozidlá, školenie na motorové vozíky, školenie na zdvíhacie zariadenia, školenie na tlakové zariadenia, plynové zariadenia, elektrické zariadenia a iné.

Školenia/kurzy prvej pomoci

Zamestnávateľ je v zmysle zákona NR SR č. 124/2006 Z.z. §8 povinný zabezpečiť preškolenie zamestnancov na poskytovanie prvej pomoci. Odporúča sa preškoliť minimálne 10 % zamestnancov spoločnosti a preškoloť v pravidelnom intervale jedenkrát za 2 roky.

Cieľom školení je naučiť každého účastníka kurzu poskytnúť prvú pomoc každému, kto sa dostane do život ohrozujúcej situácie. Zamestnanci sú oboznámení so zásadami PP na teoretickej a praktickej úrovni. Informácie a zručnosti sú orientované okrem všeobecných situácií pri poskytovaní prvej pomoci aj na možné situácie priamo na konkrétnom pracovisku. Kurzy sú zabezpečované **na úrovni európskych štandardov. Cieľom je poskytovať čo najaktuálnejšie poznatky a vedomosti, informácie o najnovších trendoch a odporúčaní** v oblasti poskytovania prvej pomoci, teoretický prehľad ako postupovať v prípade vzniku nepredvídateľnej a život ohrozujúcej situácie a naučiť praktické zručnosti na zvládnutie konkrétnych život a zdravie ohrozujúcich situácií (TeamPrevent Sante, 2022).

Dĺžka akreditovaného kurzu je stanovená na 8,67 vyučovacích hodín, pričom teoretická časť je v trvaní 3 vyučovacích hodín a praktická časť je v trvaní 5,67 vyučovacej hodiny. Podľa vyhlášky MZ SR č. 398/2010 Z.z. je maximálny možný počet **15 účastníkov na jednom kurze**. Kurzy musia byť akreditované MZ (TeamPrevent Sante, 2022). Každý kurz je ukončený testom a praktickou skúškou z poskytovania PP. Teoretickú časť môžu zamestnanci absolvovať aj pomocou e-learningu.

Dni zdravia/Športové dni

V súčasnej dobe sú zdraví zamestnanci a ľudský kapitál tým najdôležitejším zdrojom v organizácii a tou najvýznamnejšou konkurenčnou výhodou. Deň zdravia, ako vysoko efektívna a pútavá forma edukačnej činnosti, sa zameriava prioritne na najdôležitejšie determinanty zdravia. Prínos je pre zamestnanca aj pre zamestnávateľa. Pre zamestnancov ponúka edukačnú činnosť, praktické ukážky a rady založené na najnovších poznatkoch z rôznych oblastí napr. medicíny, kineziológie a dietológie, psychológie, ochrany zdravia. Ide o prínos pre ich zdravý súkromný a pracovný život a podporu ich zdravého životného štýlu. Zamestnávateľ vytvára benefit pre svojich zamestnancov v snahe mať zamestnancov, ktorí sa aktívne starajú o svoje fyzické aj psychické zdravie. Zároveň je cieľom pre zamestnávateľa zvýšiť motiváciu a pracovný výkon zamestnancov, ako aj znížiť objem návštev u lekárov.

Pri organizácii podujatia je vhodné pripraviť viac druhov činností a možností edukácie, aby bola zasiahnutá čo najväčšia skupina zamestnancov, pričom možno využiť všetky formy a spôsoby edukácie (videá, prednášky, letáky, praktické ukážky...). Je dôležité, aby bol program vybraný individuálne pre konkrétne potreby firmy a zamestnancov. Možnosti a ponuku je potrebné prispôbiť podľa typu práce, akú zamestnanci vykonávajú s dôrazom na záujem zamestnancov, vek a vzdelanie. Edukačné aktivity môžu byť uskutočňované aj ako súčasť „Športového dňa firmy“, alebo inej aktivity firmy pre svojich zamestnancov.

Príklady tém na Dni zdravia:

- Edukácia zamestnancov a poradenstvo pri civilizačných kardiovaskulárnych ochoreniach: stravovacie návyky, pohybová aktivita, meranie krvného tlaku, výpočet BMI, meranie obvodu pása, zistenie hladiny glykémie, cholesterolu a triglyceridov v krvi, meranie CO₂ v dychu.
- Edukácia prevencie ochorení pohybového aparátu: prednášky zdravé sedenie a vhodná pohybová aktivita, masáže, ukážky cvikov.
- Edukácia prevencie onkologických ochorení – prednášky o onkologických ochoreniach prevencii, ukážky samovyšetovania jednotlivých častí tela.
- Ukážky prvej pomoci interaktívnou formou.
- Edukácia o psychickom zdraví, prevencia syndrómu vyhorenia, ukážky relaxácie.

Edukácia v medicínskom prostredí PZS

Lekárske preventívne prehliadky vo vzťahu k práci sú jedným z najúčinnějších opatrení zameraných na zlepšenie ochrany zdravia konkrétnych zamestnancov. Prostredníctvom prehliadok je možné včas odhaliť počiatočné zmeny zdravotného stavu zamestnancov súvisiace s prácou a zabrániť vzniku chorôb z povolania alebo ochorení súvisiacich s prácou. Možnosti edukácie pri pracovnej preventívnej prehliadke sú obmedzené, hlavne z časového

hľadiska, ale pri využití dobrých schopností edukátora je možnosť vyšetrovaného človeka kvalitne edukovať. Edukáciu v tomto prostredí vykonáva sestra a lekár v rozsahu svojich vedomostí a kompetencií. Pri prehliadke prichádza k interakcii klient/pacient - zdravotnícky pracovník. Z tejto interakcie vychádza po posúdení najčastejšie diagnózy nedostatkov vedomostí o zdravotnom probléme, o potrebe preventívnej prehliadky, o pracovnom riziku, ale ak neschopnosť akceptovať svoje zdravotné problémy („ved' ma nechajte robiť, mne nič nie je, iba“...).

Aj pri krátkom rozhovore je edukačná možnosť ovplyvniť postoj klienta ku svojmu zdraviu. Následne pri lekárskom zhodnotení dostáva klient ďalšie informáciu o svojom zdravotnom stave a zdravotných problémoch, ktoré môžu ovplyvniť jeho pracovné zaradenie (napr. vyradenie z nočných smien) na určitý čas na doriešenie zdravotného problému. Správnu edukáciou a poučením je vysoká šanca k zlepšeniu informovanosti klienta o rizikách, vyplývajúcich zo zdravotného problému a potreby riešiť tieto problémy. Dôležité je navrhnúť a uplatniť správnu techniku edukácie vzhľadom na vzdelanie, pracovné zaradenie, technické znalosti klienta. Výsledok edukačného procesu v PZS možno sledovať až po určitom období. Pri bežných prehliadkach podľa zákonom ustanovenej periodicity prehliadky o 1, 2 roky. Pri obmedzeniach s časovým rozpätím (napr. 3, 6 mesiacov) je to možné skôr, keď je klient znova indikovaný na prehliadku ku vzťahu k práci. Vtedy je priama možnosť hodnotiť účinnosť edukačného zásahu. Doplnkom priamej edukácie je možnosť využiť letáky, edukačné videá v čakárňach, písomné odporúčania, odkazy na overené webové stránky.

Preventívne prehliadky vo vzťahu k práci sú možnosťou na jednoduchú, ale účinnú edukáciu klienta o konkrétnom probléme v konkrétnom čase, pričom je pomerne vysoká šanca ovplyvniť jeho znalosti a vzťah k vlastnému zdraviu a tým pádom predchádzanie vážnejším následkom ochorení.

Iné spôsoby edukácie realizované PZS

Všetky popísané možnosti možno kombinovať na všetkých edukačných aktivitách organizovaných PZS.

Edukačné videá – krátke videá o predchádzaní určitého zdravotného problému na pracovisku alebo o správnych postupoch pri obsluhu prístroja napr. predchádzanie preťaženiu horných končatín pri jednostrannej záťaži, správne zdvíhanie bremien a iné.

Mailing – krátky text na rôzne témy z oblasti BOZP, ochrany zdravia, požiarnej ochrany, legislatívy, podmienkach na pracovisku. Cieľom je jednoducho a stručne informovať predkladanom probléme (napr. riziká práce v noci, predchádzanie syndrómu vyhorenia, riziká na pracovisku). Aby materiál zaujal, je potrebné, aby bol farebne a zaujímavý spracovaný. Mailing je zasielaný zamestnávateľom aj zamestnancom, prípadne vedúcim zamestnancom, ktorí majú možnosť tento materiál poslať ďalej. Môže sa využiť ako vytlačený materiál na nástenkách.

Letáky, nástenky na pracoviskách a čakárňach – priamo informujú zamestnancov/pacientov o možnom zdravotnom probléme alebo o potenciálnom riziku na pracovisku a ako mu predchádzať. Informácie sú ľahko dostupné, čitateľne spracované.



Obrázok 1 Příklad edukačného materiálu pre zamestnancov (ukážka časti letáku)

Zdroj: TeamPrevent Sante, 2022

Záver

Možnosti edukácie Pracovnou zdravotnou službou umožňujú zvýšiť povedomie zamestnávateľov a zamestnancov o možnostiach ochrany pred negatívnymi vplyvmi pracovného prostredia, informovať o možnostiach ochrany a prevencie pred pracovnými úrazmi a pomôcť vychovávať zamestnancov k zodpovednosti za svoje zdravie. Pri plánovaní edukácie je potrebné vybrať čo najvhodnejšiu formu a spôsob vzdelávania. Kombináciou všetkých možností a spôsobov edukácie vie zamestnávateľ za pomoci PZS ovplyvniť veľkú skupinu zamestnancov v prospech prevencie, úspechu, rozvoja firmy a rešpektovania zákonných a legislatívnych nariadení v oblasti ochrany zdravia na pracovisku. Sestra svojimi vedomosťami a skúsenosťami môže aktívne prispieť k úspešnému priebehu celého edukačného procesu.

Zoznam použitej literatúry

- BWSS. 2017. Najdôležitejšie povinnosti zamestnávateľa v oblasti BOZP. [online] [cit. 2022- 11-17] Dostupné na internete: <https://www.bwss.sk/najdolezitejsie-povinnosti-zamestnavateľa-v-oblasti-bozp>
- NEMCOVÁ, J. a kol. 2010. Moderná edukácie v ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978 80-8063-321-9
- ONDREJKOVÁ, L. 2019. Pracovná zdravotná služba pre zamestnávateľov. Bratislava: Wolters Kluwer, 2019. 92 s. ISBN 978-80-5710-033-1.
- TeamPrevent Sante, 2022. BOZP a OPP [online] [cit. 2022-11-17] Dostupné na internete: <https://www.team-prevent.sk/sluzby/>.

Kontakt na autora

PhDr. Dagmar Richnáková
TeamPrevent Sante s.r.o,
Drieňová 27, 821 01 Bratislava
E-mail: dagmar.richnakova@tpsante.sk

OČKOVANIE PRED CESTOU DO ZAHRANIČIA

Petra SEKULOVÁ

Ambulancia 01, s.r.o. Spišská Nová Ves

Súhrn: Očkovanie alebo vakcinácia je jedným z najvýznamnejších preventívnych opatrení v rámci verejného zdravotníctva, ktoré chráni milióny ľudských životov na celom svete pred infekčnými chorobami. Hlavným cieľom očkovania je eradikácia chorôb. V Európe sa vďaka pravidelnému očkovaniu podarilo eradikovať niektoré prenosné ochorenia ako je napr. diftéria, rubeola, poliomyelitída, pertusis a mumps. Každý, kto odchádza do vzdialenej cudziny, by mal navštíviť centrum cudzokrajných chorôb alebo ostatné menované inštitúcie, kde mu odporučia, či sa má a na čo sa má očkovať. Takéto očkovanie sa nehradí zo zdravotného poistenia. Zásadne ho hradí ten, kto o to žiada, buď zamestnávateľ (v prípade služobnej cesty), alebo občan (v prípade súkromnej cesty). V žiadnej z okolitých krajinách sa takéto očkovanie nehradí zo základného zdravotného poistenia.

WHO očkovanie iba odporúča, očkovanie nenariaďuje a je súkromnou záležitosťou každého, ako sa postaví k potrebe preočkovania. Svet je dnes otvorený viac ako kedykoľvek predtým. Pochopiteľne nás lákajú exotické miesta, vône, chute a všetko, čo je pre nás nové a zaváňa dobrodružstvom. Pred každou cestou do exotiky je dobré nezabúdať na možné zdravotné riziká v závislosti od oblasti, v ktorej sa budete pohybovať. Očkovanie by preto malo byť povinnou jazdou každého cestovateľa. Môžete tak predísť mnohým nepríjemnostiam, v horšom prípade aj ohrozeniu života.

Je veľké množstvo ochorení, ktorými sa môžete nakaziť len v určitých oblastiach. Keďže je normálne, že sa bežný cestovateľ s mnohými ochoreniami nikdy nestretol, prirodzene na ne nemá vytvorené protilátky. A práve v tom spočíva význam očkovania. Očkovanie takisto pomáha predísť riziku „importu“ nákazy do ostatných krajín.

Kľúčové slová: Očkovanie. Infekčné ochorenia. Inkubačná doba. Ochrana verejného zdravia. Rizikové faktory. Medzinárodný očkovací preukaz. Svetová zdravotnícka organizácia.

Úvod

Očkovanie patrí medzi najefektívnejšie preventívne opatrenia. Je významnou aktivitou Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) s podporou imunizačných programov na národnej úrovni. Prenosné ochorenia nepoznajú a nerešpektujú hranice štátov a preto je potrebné venovať mimoriadnu pozornosť spolupráci, koordinácii postupov, vzájomnej informovanosti a spoločnej rýchlej reakcii na tieto hrozby. Očkovanie zabezpečuje verejné zdravie populácie od vzniku prvej vakcíny proti pravým kiahňam vyvinutej Edwardom Jennerom v roku 1776 (Hudečková, Švirhová, 2013).

Očkovanie do zahraničia je povinné pre všetkých cestujúcich starších než jeden rok pri cestách do krajín, ktorých zoznam pravidelne aktualizuje Svetová zdravotnícka organizácia. Ide predovšetkým o africké štáty. Niektoré krajiny však majú zavedenú povinnosť aj pre cestovateľov prichádzajúcich z rizikových oblastí. Nie každá krajina je stopercentne bezpečná a ochorenia, ktoré sa na Slovensku nevyskytujú, sú v rôznych častiach sveta vysoko rizikové. Vakcinácia je teda rozumným preventívnym opatrením. Základom je konzultácia s odborníkmi na špecializovaných pracoviskách, predovšetkým na poliklinikách a ambulanciách, ktoré sa venujú cudzokrajným chorobám (Beran a kol., 2008).

Na poradu s lekárom je potrebné myslieť v dostatočnom predstihu pred vycestovaním, pretože požadovaná vakcína nemusí byť k dispozícii, resp. ich bude potrebné prijať viaceru a niektoré vakcíny si vyžadujú čas pokiaľ zaúčinkujú. Zároveň treba požiadať o vydanie Medzinárodného očkovacieho preukazu. Treba si však uvedomiť, že nie na všetky ochorenia existujú vakcíny a o prevencii je možné sa informovať u ošetrojúceho lekára. Týka sa to predovšetkým opatrení ohľadom hygienických návykov, správnej konzumácie potravín, vyhýbanie sa rizikovým miestam a podobne (Rovný a kol., 2017).

Najčastejšia očkovania pre cestu do zahraničia

Prevencia proti infekčným chorobám vo forme očkovania dokáže zabrániť nielen negatívnym zážitkom z ciest, ale aj ďalším zdravotným komplikáciám, ktoré ochorenia spôsobujú.

Vírusová žltáčka typu A

Pomerne rozšírený zápal pečene.

Pôvodca: Hepatovírus, Vírus hepatitídy A

Výskyt: prakticky celosvetovo, najmä v oblastiach subtrópov a trópov s nižším hygienickým štandardom. Typický pre africké a ázijské krajiny, vyskytuje sa však aj v Strednej a Južnej Amerike, ale aj na Balkáne či v Rusku.

Prenos infekcie: nepriamo – kontaminovanou vodou a potravinami alebo priamo – nedostatočne umytými rukami.

Hlavné príznaky ochorenia: podobné chrípke, tieto príznaky pretrvávajú po dobu 1-2 týždňov až potom dôjde k ikteru, stolica je veľmi svetlá, moč tmavý.

Prevencia – spôsob ochrany: dôsledne dodržiavať osobnú hygienu, zvlášť umývanie rúk, umývanie potravín, konzumovať potraviny len z overených zdrojov.

Očkovanie: odporúča sa pre všetkých cestovateľov bez ohľadu na navštívenú krajinu v dostatočnom časovom predstihu. Vakcinácia nie je povinná, ale odporúča sa pre ľudí, ktorí plánujú dlhodobý pobyt v krajine so zvýšeným rizikom výskytu. Predovšetkým v lokalitách, kde je slabý hygienický štandard. Po očkovaní prvou dávkou nastupuje ochrana za 10 – 14 dní. Na posilnenie imunity je potrebná druhá dávka, ktorá sa podáva za 6 – 18 mesiacov od prvej, ďalšie preočkovanie nie je potrebné, predpokladá sa celoživotná ochrana (INOCEM, 2022).

Brušný týfus

Na Slovensku ide o pomerne zriedkavé ochorenie s minimálnych výskytom.

Pôvodca: Baktéria Salmonella typhi

Výskyt: celosvetovo (nižší hygienický štandard), hlavne v krajinách Juhovýchodnej Ázie, Afriky (vrátane Egypta a Tuniska), v Turecku, krajinách Strednej a Južnej Ameriky.

Prenos infekcie: požitím kontaminovaných potravín alebo pitím kontaminovanej vody, stykom s chorým alebo bacilonosičom.

Inkubačný čas: 1-4 týždne

Hlavné príznaky ochorenia: bolesť hlavy, horúčka, žltá – hnedý povlak jazyka, niekedy poruchy vedomia. Hnačka nemusí byť sprievodným znakom ale naopak je prítomná zápcha.

Prevencia – spôsob ochrany: Dôsledne dodržiavať osobnú hygienu, zvlášť umývanie rúk po použití toalety a umývanie potravín.

Očkovanie: odporúča sa pre všetkých cestovateľov idúcich do uvedených regiónov. Očkovanie 1 dávkou najneskôr 2 týždne pred odchodom do rizikovej krajiny, nástup ochrany do 10 – 14 dní, ochrana trvá 3 roky. Pri ceste do exotických lokalít sa vakcinácia odporúča, ale nie je povinná (INOCEM, 2022).

Žltá zimnica (ŽZ)

Pôvodca: Flavivírus

Výskyt: Tropické a subtropické oblasti Afriky a Latinskej Ameriky, rezervoárom sú opice. Každý rok sa týmto vírusom infikuje okolo 200 000 ľudí a odhaduje sa, že asi 30 000 ľudí na túto infekciu zomrie.

Prenos infekcie: komáre rodu *Aedes aegypti*.

Inkubačný čas: 3 – 6 dní.

Hlavné príznaky ochorenia: Žltá zimnica je charakteristická 3 štádiami.

1. štádium – horúčky, zimnica, bolesť hlavy a chrbta,
2. štádium – ústup ťažkostí,
3. štádium – zhoršenie – postihnutie pečene s následným ikterom, krvácaním, poruchami krvného obehu, činnosti srdca, poškodenie obličiek, mozgu a smrť.

Prevenia – spôsob ochrany: očkovanie, mechanická ochrana pred komármi.

Očkovanie: 1 dávka najmenej 10 dní pred odchodom do oblastí s výskytom žltej zimnice, preočkovanie každých 10 rokov. Potvrdenie o očkovaní musí byť zaznamenané v medzinárodnom očkovačom preukaze a pre krajiny, kde je očkovanie povinné, musí byť potvrdené pečiatkou Svetovej zdravotníckej organizácie. Zoznam, kde je očkovanie povinné pravidelne aktualizuje svetová zdravotnícka organizácia. Ide predovšetkým o africké štáty (MZ SR, 2011).

Meningokoková meningitída

Pôvodca: Baktéria – *Neisseria meningitidis* A, B, C, Y, W135

Výskyt: Toto akútne infekčné ochorenie sa často objavuje v období sucha, sporadicky celosvetovo, endemický v subsaharskej oblasti Afriky takzvaný „meningokokový pás“, vyšší výskyt aj na Arabskom polostrove.

Prenos infekcie: kontakt s chorým človekom alebo bacilonosičom. Prenáša sa kvapôčkovou nákazou, predovšetkým pri veľkom zhromaždení ľudí a po väčšej fyzickej námahe.

Inkubačný čas: 3 – 4 dni.

Hlavné príznaky ochorenia: má náhly vznik, horúčka, úporné bolesti hlavy, stuhnutosť šije, zmätenosť, krvácanie do kože a orgánov, sepsa, zlyhanie viacerých orgánov a smrť.

Prevenia – spôsob ochrany: očkovanie nie je povinné, ale odporúčané, výnimku tvoria pútnici do Mekky, kde je vyžadované.

Očkovanie: polysacharidová vakcína proti meningitíde A+C vhodná pre deti od 2 rokov, adolescentov a dospelých. Očkuje sa jednou dávkou a je nutné preočkovanie každé 3 roky. Konjugovaná vakcína proti meningitíde typ C je vhodná pre deti od 2 mesiacov veku. Dávkovanie je dané vekom dieťaťa. Nutnosť preočkovania zatiaľ nebola preukázaná (INOCEM, 2022).

Hnačky cestovateľov – cholera a črevné infekcie vyvolané *Escherichia coli*

Pôvodca: baktérie, vírusy, parazity.

Najčastejšími vyvolávateľmi hnačiek sú tzv. enterotoxické E-coli (ETEC), pri cholere baktéria *Vibrio cholerae* (viac typov), ktoré vylučujú toxín.

Výskyt: Ázia, Afrika, Latinská Amerika. Enterotoxické *Escheria-coli* sú najčastejšou príčinou hnačiek, ktorou ochorenie asi 18 miliónov cestovateľov ročne. Na cholery ochorenie cez 1 milión ľudí a najmenej 120 000 infikovaných zomrie.

Prenos infekcie: požitie kontaminovanej vody, jedla.

Inkubačný čas: 1 – 6 dní.

Hlavné príznaky ochorenia: hnačkové vodnaté stolice - dehydratácia, kŕčovitá bolesť brucha, niekedy býva prítomné aj zvracanie.

Prevenia – spôsob ochrany: vyvarovať sa požitiu nedostatočne tepelne upraveného jedla, vody.

Očkovanie: dospelý aj deti sa očkujú orálnou neživou kombinovanou očkovacou látkou proti cholere a enterotoxickým Escheria-coli. Podávajú sa 2 dávky s odstupom minimálne 1 týždeň, preočkovanie sa vykonáva po 2 rokoch (MZ SR, 2011).

Besnota

Pôvodca: Rhabdovírusy

Výskyt: celosvetovo okrem časti Európy, Karibiku a Oceánie.

Prenos infekcie: uhryznutie nakazeným zvieratom.

Inkubačný čas: 1 – 3 mesiace.

Hlavné príznaky ochorenia: svrbenie v mieste infekcie, trpnutie svalov, agresivita, hydrofóbia, kŕče, ochrnutie- rozvinuté ochorenie, končí vždy smrťou.

Prevenia – spôsob ochrany: vyvarovať sa kontaktom s neznámymi zvieratami. V prípade, že dôjde k poraneniu, je potrebné:

- ihneď vymyť ranu mydlom a vodou, dezinfikovať,
- vyhľadať čo najrýchlejšie lekára.

Očkovanie: preexpozičná schéma očkovania pozostáva z 3 dávok vakcín, prvá posilňujúca dávka 1 rok po 3 dávke základného očkovania a potom každých 5 rokov 1 dávka (MZ SR, 2011).

Záškrt (diftéria)

Pôvodca: baktéria *Corynebacterium diphtheriae* (v niektorých prípadoch aj baktéria *Corynebacterium ulcerans*).

Diftéria je jednou z povinných vakcinácií na Slovensku, preto je dôležité overiť si platnosť.

Výskyt: vyskytuje sa vo všetkých rozvojových krajinách, najmä v štátoch bývalého Sovietskeho zväzu, v chudobných regiónoch Afriky a Ázie.

Prenos infekcie: záškrt sa šíri kvapôčkami z dýchacích ciest infikovanej osoby, najmä kašľaním alebo kýchaním. Pokiaľ ochorenie postihuje kožu, môže sa prenášať kontaktom s ranami alebo léziami infikovanej osoby. Nákaza sa prenáša vdychovaním kontaminovaného vzduchu. Prameňom nákazy je chorý človek.

Inkubačný čas: osoby, v prípade ktorých sa záškrt nelieči, môžu byť infekčné až štyri týždne a osoby, ktoré sú nosičmi baktérie, môžu byť infekčné dlhšie, a to aj vtedy, keď sa u nich neobjavujú príznaky. Medzi rizikové faktory infekcie patrí cestovanie, blízky kontakts hovädzím dobytkom a konzumácia surových mliečnych výrobkov. Inkubačný čas je 2 až 5 dní.

Hlavné príznaky ochorenia: U osôb infikovaných baktériou záškrtu sa príznaky môžu alebo nemusia prejavíť, sú však nosičmi baktérií a môžu infikovať iné osoby. U väčšiny osôb so záškrtom sa v prvých dňoch ochorenia objaví infekcia dýchacích ciest sprevádzaná bolesťou hrdla a miernou horúčkou. U osôb s miernou formou ochorenia sa ďalšie príznaky nevyskytnú. Ak je ochorenie závažnejšie, vytvorí sa pablana (hrubá membrána). Táto membrána sa môže vyskytovať lokálne, napr. len na mandliach alebo v hltane, alebo môže pokrývať rozsiahlu oblasť dýchacích ciest pacienta. Vo vážnejších prípadoch sa môže vytvoriť opuch v oblasti krku (takzvaná býčia šija). V dôsledku záškrtu sa môžu objaviť lézie na koži vytvárajúce vredy pokryté sivou membránou, ktoré sa nehoja. Sú bežnejšie u chudobných osôb, medzi

bezdomovcami alebo užívateľmi drog.

Prevenia – spôsob ochrany: Proti záškrtu je k dispozícii účinná očkovacia látka. Vďaka hromadnému očkovaniu sa podarilo výrazne znížiť počet prípadov v Európe i na celom svete. Očkovanie proti záškrtu je súčasťou rutinných imunizačných programov a očkovacia látka sa podáva v kombinácii s očkovacími látkami proti iným ochoreniam. Ak sa však zaočkovanosť zníži, môže počet prípadov ochorení na záškrť opäť vzrásť. Približne desatina pacientov s respiračnou diftériou aj napriek liečbe umrie. Najčastejšou príčinou úmrtia na záškrť sú problémy so srdcom. Záškrť môže spôsobiť tiež uvoľňovanie toxínov do krvného obehu a tkanív, čo môže pôsobiť rozsiahle poškodenie orgánov. Takisto sa môžu objaviť komplikácie postihujúce srdce, či neurologické komplikácie, akou je napríklad paralýza.

Očkovanie: Po dlhodobom vedeckom pozorovaní vedci ustálili termín 10. týždeň života dojčaťa, ako termín podanie prvej dávky očkovacej látky, ktorá sa podáva deťom v kombinácii s očkovacou látkou proti ďalším 5 chorobám (tetanus, pertussis, vírusová hepatitída B, hemofilové invazívne infekcie, detská obrna). Základné očkovanie sa skladá z 3 dávok očkovacej látky, podaných v intervaloch 3, 5, 11. Prvá dávka sa podá v treťom mesiaci života novorodenca, druhá dávka o 2 mesiace a tretia dávka o 6 mesiacov po druhej dávke. Pre dosiahnutie ochranej hladiny protilátok až do dospelosti sa deti ešte preočkovávajú v 6. a 13. roku života. V 13. roku života sa očkujú adolescenti už len dvojkombináciou očkovacej látky proti tetanu a záškrtu. Touto očkovacou látkou sa preočkovávajú každých 10-15 rokov aj dospelé osoby (MZ SR, 2011).

Centrá pre očkovanie do zahraničia

- INOCEM Bratislava, bakos@inocem.sk , t.č. 02/ 44635473
- PLKL cudzokrajných chorôb, Americké námestie 3, BA, info@cudzokrajne.sk, t.č. 02/ 52925688
- Ambulancia pre cudzokrajné choroby, Rastislavova 43, Košice, t.č. 055/ 6152204
- Oddelenie pre cudzokrajné choroby, Kollárová 2, UN Martin, t.č. 043/ 4203522

Odporúčania pre prax

Pred cestou do zahraničia je vhodné dodržiavať isté pravidlá:

- pobytové zájazdy do turistických oblastí je vhodné riešiť pomocou cestovných kancelárií, skúsených rodičov a podobne,
- necestovať v rizikovej sezóne (obdobie dažďov, chrípky, lokálne epidémie),
- neabsolvovať dlhodobé pobyty v rozvojových krajinách.

Edukačná činnosť sestry pred očkovaním:

- sestra odporúča klientovi odložiť fyzické aktivity – dva až tri dni pred podaním vakcíny nie je žiadúce robiť žiadnu fyzickú aktivitu, a to ani v prípade, že sa cíti dobre. Mohlo by dôjsť k zaťaženiu organizmu, ktorý sa potrebuje pripraviť na tvorbu protilátok,
- neodporúča sa piť alkohol minimálne dva až tri dni pred očkovaním,
- pred vakcináciou by si každý mal dopriať dostatok spánku a na vakcináciu pripraviť telo kvalitnou stravou s dostatkem probiotík.

Edukačná činnosť sestry po očkovaní

- 48 hodín po očkovaní sa odporúča vyhýbať namáhavým fyzickým aktivitám a v prípade bolestivej ruky aj dvíhaniu ťažkých vecí.
- je vhodné dopriať si spánok kvôli podpore činnosti imunity, ktorá vzhľadom na stav imunitného systému očkovanej osoby prebieha špecificky. Očkovanie môže prebehnúť absolútne bez akýchkoľvek následných reakcií a organizmus si protilátky vytvorí.

Záver

Pred vycestovaním do zahraničia je dôležité mať dostatok informácií o danej krajine a daných podmienkach cesty a okolnostiach pobytu, o všetkom, čo môže negatívne ovplyvniť náš zdravotný stav. Niektoré cestovné kancelárie ponúkajú na svojich stránkach všeobecné odporúčania a rady pred uskutočnením cestovateľského pobytu. Vzhľadom na zdravotné riziká je žiaduce poradiť sa v dostatočnom časovom predstihu o odporúčaných možnostiach očkovania u všeobecného lekára tak, aby v prípade nutnosti jeho zahájenia bola dodržaná očkovačacia schéma.

Zoznam použitej literatúry

BERAN, J. a kol. 2008. *Lexikon očkování*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2008. 352 s. ISBN 978- 80-7345-164-6.

HUDEČKOVÁ, H. – ŠVIRHOVÁ, V. 2013. *Očkovanie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2013. 221 s. ISBN 978-80-8063-396-7.

ROVNÝ, I. a kol. 2017. *Význam očkovania*. [online]. [cit. 2021-02-12]. Dostupné online: https://www.uvzsr.sk/docs/letaky/Ockovanie_SK.pdf. ISBN 978-80-7159-226-6.

MZSR. 2011. Očkovanie pred cestou do cudziny. [online]. 21.05.2004 [cit. 2021-02-12]. <https://www.health.gov.sk/Clanok?ockovanie-pred-cestou-do-cudziny>

INOCEM - Inštitút očkovania a cestovnej medicíny. 2022. [online]. [cit. 2021-02-12]. Dostupné online: <https://www.inocem.sk/>

Kontakt na autora

Mgr. Petra Sekulová, MPH

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých

Námestie SNP 2

052 01 Spišská Nová Ves

E-mail: peta.olahova@gmail.com

SKÚSENOSTI SESTIER S TETOVANÍM A JEHO RIZIKAMI PRI OŠETROVANÍ PACIENTOV

Andrea ŠEVČOVIČOVÁ, Oľga DZIMKOVÁ

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi Rožňava

Súhrn: Skrásľujúce telesné modifikácie sa tešia čoraz väčšiemu záujmu spoločnosti, preto sa s tetovaním stretávajú častejšie aj sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov. Výsledky nami realizovanej štúdie potvrdili kontakt s tetovanými pacientami aj na dennej báze, ako aj vedomosť sestier o výskyte komplikácií vznikajúcich bezprostredne po zhotovení tetovania alebo pri zavádzaní intravenózneho vstupu a aplikácii venózneho terapie. Vzhľadom na zvyšujúci sa počet ľudí, ktorí si dávajú zhotoviť tetovania je dôležité, aby zdravotnícky personál disponoval informáciami o tetovaní a jeho komplikáciách, s ktorými sa môže stretnúť pri ošetrovaní hospitalizovaných pacientov, ale aj v rámci ambulantnej starostlivosti.

Kľúčové slová: Intravenózna terapia pri tetovaní. Ošetrovanie potetovaných pacientov. Riziká tetovania. Skúsenosti sestier. Tetovanie.

Úvod

Tetovanie predstavuje zdobenie ľudského tela metódou vpravovania pigmentových častíc do vrchnej vrstvy kože. Z odborného hľadiska ide o mikro-pigmentovú implantáciu. Najprv bolo tetovanie chápané ako sebapoškodzovanie, dnes je vnímané ako prejav neverbálnej komunikácie, ktorou jedinec vyjadruje príslušnosť k určitej profesii (námorníci), subkultúre (kriminálnej), úchylke (sexuálnej) a pod. (Rychlík, 2014).

Nedávna štúdia spoločnosti Dalia odhalila krajiny, v ktorých má najviac ľudí tetovanie. Najväčší počet respondentov, ktorí majú aspoň jedno tetovanie je v Taliansku (48 %), Švédsku 47 %) a USA (46 %) (Armstrong, 2018). Až 72 % potetovaných dospelých má tetovanie, ktoré je ukryté pod oblečením. Traja zo štyroch jedincov ľutujú, že sa dali potetovať, pričom zvyčajne existuje väčšie percento mužov ako žien. Až 5 % ľudí, ktorým vadí pôvodné tetovanie, ho prekryje iným tetovaním. Zaujímavá je štatistika, ktorá poukazuje na to, že až 70 % zamestnávateľov v USA a Spojenom kráľovstve neuprednostňuje zamestnanca s viditeľným tetovaním (Zuckerman, 2020).

Motivácia k podstúpeniu tetovania sa prelína v rámci kultúrnej podmienenosti a v modernej spoločnosti úzko súvisí so sebapoznaním jedinca. Kozmetické úpravy a zdobenie tela majú svoj estetický, magický, sexuálny a rituálny význam (Rychlík, 2014). Pre každého znamená body art niečo iné. Pre niekoho ide o vlastnú možnosť vyjadrenia, symbol kľúčového okamihu alebo pripomenutie významnej životnej udalosti. Pre niekoho je body art spôsob ako sa odtrhnúť od stereotypu alebo vlastný prejav odporu a potreby odlišiť sa. Ďalším tradičným dôvodom pre zdobenie tela bola viera v nadprirodzené a magické schopnosti tetovania, či ozdoby (Fiksa, 2015).

Podstúpenie tetovania so sebou prináša viaceré riziká, ktoré súvisia s narušením kožnej integrity pri vpravovaní pigmentových častíc. Aj keď v súčasnosti čoraz viac taterov siaha po najmodernejších technikách, ktoré by mali minimalizovať výskyt komplikácií súvisiacich s hojením, ešte stále ostáva problematické neskoršie odstraňovanie tetovania, nakoľko ide o náročný úkon vyžadujúci opakované odstraňovanie s nejasným výsledkom a prítomnosťou jaziev. S istými komplikáciami je možné stretnúť sa aj v zdravotníckom zariadení, ak napr.

poskytovaná starostlivosť vyžaduje aplikáciu lieku v mieste, ktoré pokrýva tetovanie.

Zdravotné riziká vzniku komplikácii po tetovaní

Vznik nového tetovania, piercingu, alebo inej formy zdobenia ľudského tela môžeme prirovnať ku chirurgickému zákroku. Spojené môže byť so zdravotnými rizikami a komplikáciami. Najhoršie následky na zdraví v podobe infekčných ochorení pochádza z rozhodnutia tetovaného nechať si aplikovať tetovanie u amatérov, kde sa nedodržiava sterilita a nepoužívajú sa jednorazové pomôcky (Fiksa, 2015). Pri nedodržaní zásad sterility a hygienických pravidiel hrozí, že na tetovanej koži môže vzniknúť bakteriálna a hubová infekcia, klient sa môže infikovať hepatitídou typu B, C, AIDSom, ale aj ďalšími vírusovými infekciami, ako je herpes, infekcia tuberkulózy, syfilisu. Existujú aj reakcie, pri ktorých sa v mieste tetovania vytvoria kozmeticky škaredé jazvy, výnimočne zhubný nádor (Medvecová, 2004). Preventívne opatrenia vzniku hepatitídy sú založené na dôslednej dezinfekcii a sterilizácii nástrojov používaných v zdravotníctve a v tetovacích salónoch (Oltman, 2009). Vírus HIV poškodzuje imunitný systém človeka a tým znižuje jeho obranyschopnosť. Je prenosný z človeka na človeka infikovanými telesnými tekutinami pri nechránenom pohlavnom styku, počas tehotenstva, pri kojení, ale okrem iného aj používaním infikovaných ihliel pri tetovaní a piercingu (Jilich, Kulířová, 2014). Tetovaním sa môže preniesť aj vírus herpes simplex. Prejavuje sa vezikulou s obsahom tekutiny, alebo vo forme oparu na rôznych miestach tela (nos, pery, genitálie) (Polanecký, Göpfertová, 2015).

Fiksa (2015) v súvislosti so vznikom komplikácii zdôrazňuje, že jedinci podstupujúci tetovanie nesmú trpieť žiadnou krvnou, kožnou alebo infekčnou chorobou, chronickým ochorením srdca a krvného obehu, pretože aplikácia tetovania môže vyvolať akútny šok. Ľudia so zlou zrážanlivosťou krvi, by tiež nemali podstupovať tetovanie. Podobne sú na tom diabetici, pretože cukrovka komplikuje fázu hojenia a diabetici sú náchylnejší na bakteriálne infekcie. Obozretní by mali byť aj ľudia s oslabeným imunitným systémom, ale aj tí, ktorí prekonali ochorenie pečene, pretože je porušená koagulačná schopnosť, alergici, tehotné ženy a ľudia, ktorí majú na tele väčší počet znamienok.

Tetovací atrament v závislosti na farbe pigmentu obsahuje niektoré prísady a chemikálie, na ktoré môže telo negatívne reagovať. Existuje niekoľko typov a podôb alergickej reakcie. Prvou je akútna zápalová alergická reakcia, kedy je koža začervenaná, ľahko opuchnutá a podráždená v mieste tetovania. Táto reakcia nepredstavuje vážny stav. V priebehu dvoch až troch týždňov problémy vymiznú. Ďalšou z alergických reakcií je fotosenzitivita, ktorá vzniká, keď je tetovanie vystavené slnečnému žiareniu. Kontaktná dermatitída sa prejavuje najčastejšie žihľavkou, vyrážkou pripomínajúcou atopický ekzém a svrbením kože. Jednou z menej obvyklých reakcií je Lichenoidná alergická reakcia, prejavujúca sa malými pľuzgierikmi. Pokiaľ v okolí potetovanej kože pozorujeme malé hrbolčeky, ide pravdepodobne o granulómy, zložené z epitelových buniek, lymfocytov a niekoľkých obrovských buniek (Rodriguez, 2010).

Okrem alergií sa po tetovaní môžeme stretnúť aj s infekciou kože, ktorá býva často ako následok zlej hygieny tetovacieho salónu, alebo nedodržania sterility. Rana, ktorá vykazuje znaky infekcie, je v okolí červená, svrbí, štípe, je opuchnutá, môže krváčať. Z celkových príznakov sa objaví triaška, teplota a bolesť. Môže sa objaviť aj impetigo, čo je bakteriálna povrchová infekcia vyvolaná stafylokokmi alebo streptokokmi, ktorá sa prejavuje splývajúcimi nebolestivými pľuzgierikmi (Polanecký, Göpfertová, 2015). V dôsledku tetovania sa môžeme stretnúť so sekundárnym lymfedémom, ktorý vzniká napr. po poranení v mieste jazvy, po zápale žíl. Prejavuje sa praskajúcimi pľuzgierikmi a zápalom kože (Schmidtová, Hübelová, 2012).

Aby sa po tetovaní predišlo infekcii, ranu netreba šúchať, škriabať, dôraz sa kladie na dôsledné umytie vlažnou vodou a mydlom (aspoň dvakrát za deň) a starostlivé osušenie vypratým uterákom. Neodporúča sa navštevovať saunu, vyhýbať sa treba dlhému kúpaniu a na dva týždne obmedziť zvýšenú fyzickú aktivitu. Na miesto, ktoré bolo tetované sa nanáša tenká vrstva antiseptického krému a prekryva sa ochrannou fóliou (Kozáčiková, 2016).

Jedinci s novovytvoreným tetovaním alebo piercingom predstavujú dočasnú kontraindikáciu pre darovanie krvi. Je to preto, že prítomnosť niektorých protilátok, ktoré si telo vytvorí ako obrannú reakciu na tetovací atrament, je možné v krvi zistiť aj niekoľko mesiacov, a preto môžu krv darovať najskôr o pol roka (Chovanová, 2012).

Od sestier sa očakáva, že budú dostatočne erudované a skúsené, aby mohli zabezpečiť kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť u pacientov s narušeným obrazom tela, ktorí sa ocitnú v zdravotníckom zariadení v dôsledku choroby, úrazu alebo v niektorých prípadoch aj v súvislosti s podstúpením skrášľovacej techniky na vlastnom tele. Osobitnú starostlivosť venujú v prípade výskytu komplikácii súvisiacich s prítomnosťou rôznych skrášľovacích techník na tele pacienta (Dzimeková, 2020). Sestry ošetrojúce pacientov s čerstvo podstúpeným tetovaním musia disponovať základnými poznatkami o vzniku prípadných komplikácií a v prípade potreby pacientov poučiť o ošetrovaní tetovania a sledovaní výskytu komplikácií. Podľa Serupa, Klugera, Bäumlera (2015) sú komplikácie tetovania závažnejšie nežiaduce reakcie alebo udalosti po tetovaní, prejavujúce sa ako objektívne abnormality alebo patológie spojené s klinickými a subjektívnymi príznakmi takej závažnosti, ktorá sa považuje za chorobu alebo invaliditu.

Cieľ prieskumu

Cieľom štúdie bolo overiť informovanosť sestier/PA o rizikách tetovania a zmapovať ich skúsenosti s ošetrovaním pacientov s narušeným obrazom tela, s dôrazom na tetovanie a výskyt komplikácií súvisiacich s prítomnosťou tetovania.

Metodika prieskumu

Metódou zberu údajov bol neštandardizovaný anonymný e-dotazník vlastnej konštrukcie. Jeho distribúcia do emailových schránok registrovaných sestier a PA sa uskutočnila po súhlasnom vyjadrení Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. Zber dát sa realizoval v termíne november – december 2019. Účasť na prieskume bola dobrovoľná.

Analýza a vyhodnotenie dát sa uskutočnilo v doméne survio.com, ktorá poskytuje možnosti vytvorenia dotazníka, jeho súhrnnú štatistiku a spracovanie výsledkov v reálnom čase prostredníctvom jednoduchej deskriptívnej štatistiky, vyjadrením početnosti v absolútnych číslach a percentuálnym zobrazením hodnôt.

Prieskumný súbor

Prieskumný súbor pozostával z 339 respondentov. Najpočetnejšiu skupinu 30,1 % (n = 102) sestry/PA s dĺžkou praxe menej ako 5 rokov. V prieskumnej vzorke dominovali ženy (96,8 %; n = 328). Najširšiu základňu až 43,4 % (n = 147) zo všetkých respondentov tvorili sestry/PA s vysokoškolským vzdelaním I. stupňa. Najväčšie zastúpenie mali sestry/PA vo veku 21 – 30 rokov (32,7 %; n = 111). Podrobné demografické ukazovatele ilustruje tab.1.

Tabuľka 1 Demografické údaje o respondentoch

| | Početnosť (n) | % |
|-----------------------------|---------------|---|
| Dĺžka praxe v zdravotníctve | | |

| | | |
|---------------------------------------|-----|------|
| menej ako 5 rokov | 102 | 30,1 |
| 6 – 15 rokov | 99 | 29,2 |
| 16 – 25 rokov | 59 | 17,4 |
| 26 – a viac rokov | 79 | 23,3 |
| Pohlavie respondentov | | |
| žena | 328 | 96,8 |
| muž | 11 | 3,2 |
| Najvyššie dosiahnuté vzdelanie | | |
| stredoškolské | 34 | 10 |
| vyššie odborné vzdelanie | 31 | 9,1 |
| rigorózna skúška | 5 | 1,5 |
| vysokoškolské I. stupňa | 147 | 43,4 |
| vysokoškolské II. stupňa | 110 | 32,4 |
| vysokoškolské III. stupňa | 12 | 3,5 |
| iné | 0 | 0 |
| Vek respondentov | | |
| 21 – 30 rokov | 111 | 32,7 |
| 31 – 40 rokov | 75 | 22,1 |
| 41 – 50 rokov | 106 | 31,3 |
| 51 – 60 rokov | 42 | 12,4 |
| 61 – a viac rokov | 5 | 1,5 |

Výsledky prieskumu

Zaujímalo nás, akú majú sestry/PA vedomosť o tom, s ktorými krvou prenosnými ochoreniami sa môžu pacienti nakaziť počas tetovania, piercingu alebo pri iných skrášľovacích modifikáciách tela. V rámci predložených odpovedí mohli označiť viacero možností. Výsledky tejto položky ilustruje tab.2.

Tabuľka 2 Krvou prenosné infekčné ochorenia pri skrášľovacích technikách

| | Početnosť (n) | % |
|-------------------|---------------|------|
| hepatitída typu B | 223 | 65,8 |
| hepatitída typu C | 236 | 69,6 |
| syfilis | 32 | 9,4 |
| lepra | 5 | 1,5 |
| HIV infekcia | 233 | 68,7 |
| AIDS | 80 | 23,6 |
| neviem | 14 | 4,1 |

Z výsledkov vyplýva, že najčastejšie krvou prenášanou infekčnou chorobou, ktorou je možné sa nakaziť je podľa sestier/PA hepatitída typu C (69,6 %; n=236), následne 68,7 % (n = 233) sestier/PA uviedlo, že je to HIV infekcia alebo hepatitída typu B (65,8 %; n = 223).

V rámci prieskumného šetrenia sme zisťovali názory respondentov na to, či sú pacienti s tetovaním náchylnejší na infekčné choroby. Z výsledkov vyplynulo, že nadpolovičná väčšina (53,1 %; n = 180) sestier/ PA si nemyslí, že by pacienti s tetovaním mali byť náchylnejší na infekčné choroby a 18,6 % (n = 63) sestier/ PA sa k tejto otázke nevedelo vyjadriť.

V rámci ďalšej položenej otázky nás zaujímalo, či sa sestry/PA pri ošetrovaní pacienta pýtajú,

kde bolo tetovanie vykonané z pohľadu rizika prenosu chorôb. Väčšina (74 %; n = 251) sestier/PA sa nezaujíma o to, či bolo tetovanie vykonané v certifikovanom štúdiu.

Pri hodnotení výskytu nežiadúcich reakcií na tetovanie, s ktorými môžu byť konfrontované sestry pri ošetrovaní pacientov, je žiaduce brať do úvahy aj frekvenciu ošetrovania pacientov s tetovaním. Nie na každom pracovisku sa môžu sestry/PA stretávať s potetovanými pacientami a dokonca s čerstvým tetovaním. Možno predpokladať, že na novorodeneckom odd. sa nestretávajú vôbec (jedine ak prichádzajú do kontaktu s matkou dieťaťa), ale v ambulancii VPLD bude výskyt častejší. Výsledky našej štúdie potvrdili u väčšiny respondentov sporadicky kontakt s takýmito pacientami, čo potvrdilo 40,1 % (n = 136) sestier/PA. Denný kontakt s pacientami s tetovaním potvrdilo 16,2 % (n= 55) sestier/PA. Ďalšie výsledky frekvencie ošetrovania pacientov so skrášľujúcimi modifikáciami na tele prezentujeme v tab.3.

Tabuľka 3 Frekvencia ošetrovania pacientov so skrášľovacími technikami na tele

| | Početnosť (n) | % |
|-----------------------------|---------------|------|
| denne | 55 | 16,2 |
| raz týždenne | 25 | 7,4 |
| 2 -3 krát do týždňa | 32 | 9,4 |
| raz mesačne | 35 | 10,3 |
| 2 – 5 krát do mesiaca | 26 | 7,7 |
| sporadicky | 136 | 40,1 |
| ešte som nikdy neošetrovala | 30 | 8,8 |

V uvedenej položke sa respondenti vyjadrovali ku všetkým skrášľovacím telesným modifikáciám, nielen k tetovaniu. Do úvahy prichádzali aj piercingy, tunely, plugy, skarifikácia kože a pod.

Nakoľko sa sestry/PA pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti stretávajú s aplikáciami liekov, prípadne realizácii odberov v presne stanovených miestach, zaujímalo nás vedomosť sestier/PA o tom, aké riziko hrozí pacientovi, ak sa aplikuje vpich priamo v mieste tetovania. Z ponúkaných možností v položke mohli označiť viacero možností odpovede. Výsledky ilustruje tab.4.

Tabuľka 4 Riziko pre pacienta pri aplikácii vpichu v mieste tetovania

| | Početnosť (n) | % |
|--|---------------|------|
| uvoľnenie farby z tetovania do tela | 60 | 17,7 |
| zvýšené riziko vzniku infekcie v mieste vpichu | 126 | 37,2 |
| lokálna alergická reakcia | 109 | 32,2 |
| celková alergická reakcia | 29 | 8,6 |
| stafylokoková infekcia | 23 | 6,8 |
| nehrozí žiadne riziko | 90 | 26,5 |
| neviem | 71 | 20,9 |

Viac ako tretina (37,2 %; n = 126) sestier/PA si myslí, že pri aplikácii vpichu priamo v mieste tetovania hrozí zvýšené riziko vzniku infekcie alebo lokálna alergická reakcia (32,2 %; n = 109). K tejto položke sa nevedelo vyjadriť 20,9 % (n = 71) respondentov a 26,5 % (n = 90) sestier/PA uviedlo, že pacientovi nehrozí žiadne riziko.

V rámci prieskumného šetrenia sme pátrali po konkrétnych komplikáciách, s ktorými sa stretli sestry/PA pri ošetrovaní pacientov so skrášľovacími technikami na tele. Zistenia ilustruje graf 1.



Graf 1 Výskyt komplikácií pri ošetrovaní pacientov s tetovaním alebo piercingom

Z výsledkov vyplýva, že 31,6 % (n = 107) sestier/PA sa nestretlo ani z jednou z uvedených komplikácií. Jedna tretina 30,7 % (n = 104) sestier/PA potvrdila sťažené hodnotenie zápalu v mieste vpichu. Problémy pri zavádzaní i. v. vstupu u pacientov s tetovaním uviedlo 23,9 % (n = 81) sestier/PA. Nové tetovanie je prekážkou pre vykonanie magnetickej rezonancie podľa 8,8 % (n = 30) respondentov a 22,4% (n = 76) ho považuje za prekážku darovania krvi. Vzhľadom na možnosť výskytu komplikácií súvisiacich s realizáciou odborných ošetrovateľských výkonov v mieste tetovania sme pátrali po tom, kedy sestry/PA edukujú pacientov so skrášľovacími modifikáciami na tele o možnostiach výskytu komplikácií. Výsledky ilustruje tab.5.

Tabuľka 5 Edukácia pacienta o možnostiach výskytu komplikácií

| | Početnosť (n) | % |
|---|---------------|------|
| pred každým výkonom v mieste skrášlenia | 75 | 21,5 |
| až pri výskyte konkrétnej komplikácie upozorňujem na súvis s modifikáciou na tele | 21 | 6,2 |
| je to individuálne | 174 | 51,3 |
| edukáciu pacientov vôbec nevykonávam | 71 | 20,9 |

Vyššie polovica (51,3 %; n = 174) sestier/PA edukuje pacientov individuálne, záleží to od viacerých faktorov alebo pred každým výkonom v mieste skrášlenia (21,5 %; n = 75). Najmenej 6,2 % (n = 21) respondentov uviedlo, že pacientov edukuje až pri výskyte konkrétnej komplikácie.

Diskusia

V rámci štúdie bolo našim cieľom overiť informovanosť sestier/PA o rizikách tetovania. Dve pätiny respondentov síce uviedli, že sa s ošetrovaním potetovaných pacientov stretávajú sporadicky, ale denný kontakt potvrdilo 16,2 % a dva-tri razy do týždňa ošetruje takých pacientov 9,4 % sestier/PA. Práve kvôli potenciálnemu kontaktu s tetovanými pacientami by

mali sestry/PA disponovať základnými informáciami o rizikách tetovania a jeho komplikáciách, napr. pri zavádzaní intravenózných vstupov.

Durkin (2012) potvrdzuje, že vážnou komplikáciou skrášľovacích techník sú práve infekčné krvné patogény ako napr. HIV, hepatitídy a syfilis, ktoré sa môžu objaviť pri tetovaní alebo piercingu. Potvrdzujú to aj naše výsledky, kedy 68,7 % sestier/PA uviedlo, že pri tetovaní alebo piercingu sa môžu pacienti nakaziť vírusom HIV a 65,8 % sestier/PA potvrdilo možnú nákazu hepatitídou typu B alebo hepatitídou typu C (69,6 %). Naopak, štúdia Urbanus et al. (2011) uskutočnená na vzorke 434 respondentov v Holandsku, ktorí mali piercing alebo tetovanie, nezistila žiadne dôkazy o zvýšenej séroprevalencii HBV/HCV u týchto respondentov. Preto títo autori prezentujú, že tetovanie a piercing by nemali byť považované za rizikové faktory pre HBV/HCV v holandskej populácii.

V rámci prieskumného šetrenia sme zisťovali aj názory respondentov na to, či sú pacienti s tetovaním náchylnejší na infekčné choroby. Nadpolovičná väčšina (53,1 %; n = 180) sestier/PA túto tézu poprela a 18,6 % (n = 63) sestier/PA sa k otázke nevedela vyjadriť. V rámci ďalšej položenej otázky nás zaujímalo, či sa sestry/PA pri ošetrovaní pacienta pýtajú, kde bolo tetovanie vykonané z pohľadu rizika prenosu chorôb. Väčšina (74 %; n = 251) sestier/PA sa nezaujíma o to, či bolo tetovanie vykonané v certifikovanom štúdiu.

Ďalším cieľom našej štúdie bolo zmapovať výskyt komplikácií u pacientov s tetovaním. V súčasnosti nie je jasné, ako často sa vyskytujú zdravotné problémy spojené s tetovaním a či sú infekcie spôsobené kontamináciou tetovacích farieb, nehygienickou prácou v tetovacom štúdiu (napríklad nedostatočná dezinfekcia kože) alebo nedodržiavaním hygienického štandardu u tetovaných ľudí po jeho zhotovení. V Európe má asi 12 % z celkovej populácie najmenej jedno tetovanie, v Spojených štátoch je to dokonca 24 % (Bäumler, 2016). S rastúcim počtom tetovaní sa bude pravdepodobne zvyšovať aj počet komplikácií súvisiacich s tetovaním. Lauman – Derick (2006) v roku 2004 uskutočnili výskum na vzorke 500 respondentov vo veku 18-50 rokov, ktorí mali tetovanie alebo piercing a sledovali ich zdravotné komplikácie. U tretiny respondentov sa objavili aj rôzne zdravotné komplikácie. No napriek tomu iba 17 % týchto respondentov uvažovalo o odstránení tetovania, resp. piercingu, ale nikto si napriek vzniknutým zdravotným problémom, ktoré získal tetovaním alebo piercingom nedal modifikáciu odstrániť. V Dánsku prebiehala od roku 2008 do roku 2015 štúdia s názvom „Tattoo Clinic“, ktorá bola retrospektívnym pohľadom na diagnostikované komplikácie u pacientov s tetovaním. Sledovaných bolo 493 komplikácií tetovania u 405 pacientov. Celkovo 184 (37 %) malo alergické reakcie, 66 (13 %) prejavilo papulo-nodulárne reakcie, 53 (11 %) malo bakteriálne infekcie, 46 (9 %) malo psychosociálne komplikácie, 144 (30 %) vykazovalo známky fotocitlivosti, syndrómu bolesti a lymfopatie. Nezistili sa žiadne prípady kožných alebo iných malignít (Serup et al., 2016). Výsledky našej štúdie poukazujú na informovanosť sestier/PA, ktoré sa vyjadrovali k možným komplikáciám, ak je intravenózný vstup zavedený cez kožu prekrytú tetovaním. Najviac, 37,2 % sestier/PA uviedlo, že u pacientov hrozí zvýšené riziko vzniku infekcie v mieste vpichu, lokálna alergická reakcia (32,2 %) a 6,8 % sestier/PA dokonca pripustilo aj možnosť vzniku stafylokokovej infekcie, ale aj ďalších komplikácií. Pri hodnotení konkrétnych skúseností s výskytom komplikácií 31,6 % sestier/PA potvrdilo, že sa nestretli so žiadnou komplikáciou. Mali však sťažené možnosti hodnotenia zápalu (30,7 %) a 23,9 % potvrdilo problémy pri zavádzaní i.v. vstupu. Dzimková (2020) uvádza, že u pacientov, ktorí majú na tele tetovanie, môže byť problémom napr. sťažené zavedenie intravenózneho kanyly alebo hodnotenie zapálenej kože. Samotné tetovanie môže byť kontraindikáciou pre vykonanie Prick testov pri alergologickom vyšetrení. Aj pacienti podstupujúci operáciu predstavujú riziko, napr. pri operácií na hrudníku, ak má pacient

tetovanie na prednej hrudnej stene, alebo ak sú potrebné bay-passy, pričom stehná a predkolenia sú pokryté tetovaním. Častokrát sa pacienti dožadujú, aby tetovanie ostalo po rôznych intervenčných zákrokoch čo najmenej poškodené a zachovalo si pôvodný tvar. Pacienti s čerstvým tetovaním sú kontraindikovaní pre vyšetrenie magnetickou rezonanciou. Mobilná intravenózna terapeutická klinika Mobile IV Nurses v Arizone v USA ponúka zaujímavú prezentáciu svojich služieb pre pacientov s tetovaním, ktoré sú v rozpore s niektorými našimi zisteniami i skúsenosťami z praxe prezentovanými Dzimkovou (2020). Podľa Hinkela (2022), keď má človek tetovanie, môže byť ťažšie vidieť jeho žily, čo však nie je problémom iba ľudí s tetovaním (dehydrovaní, staršie osoby, ľudia s tmavšou pokožkou). Pre intravenóznú aplikáciu je však podstatné vedieť žilu nahmatať, aj keď autor pripúšťa, že tetovanie môže kvôli farbe sťažiť viditeľnosť žíl. Podávať infúziu terapiu aplikáciou vpichu do tetovania je bezpečné, pokiaľ nejde o nové tetovanie s prítomnými známkami hojenia, kedy sa odporúča použiť inú žilu. Existuje naozaj veľmi malý predpoklad, že po vpichu dôjde k zjazveniu tetovania alebo že sa farba dostane do krvného obehu. Cez tetovanie je možné aplikovať vpich aj pri odbere krvi. Autor však priznáva, že istou nevýhodou i.v. zavedenia cez tetovanie môže byť sťažené odhalenie zmeny vo farbe kože, naznačujúce infekciu. Ak sa pri zhotovení tetovania tetuje priamo cez žilu, hrozí ešte o niečo vyššie riziko vzniku infekcie. Potvrdzujú to aj sestry/PA z nášho prieskumu, keďže 2,1 % uviedlo, že jednou z komplikácií pri ošetrovaní je hubová a bakteriálna infekcia, a objavujú sa problémy pri ošetrovaní rán (10,6 %).

Všeobecne platí, že ľudia s tetovaním môžu darovať krv, ale v určitých situáciách musia čakať rok. Podľa Amerického Červeného kríža je to vtedy, ak darcovia žijú v mieste, kde nie sú regulované tetovacie zariadenia (in Latour, 2016), pričom tieto pravidlá sú zavedené na ochranu proti šíreniu hepatitídy. V rámci nami realizovanej štúdie potvrdilo 22,4 % (n=76) sestier/PA vedomosť o tetovaní ako prekážke pri darovaní krvi.

Andsoy, Sahin (2014) zdôrazňujú, že práve sestry/PA by mali edukovať pacientov, ktorí majú na tele tetovanie o jeho hygiene a kontrole tak, aby sa zabránilo vzniku infekcií. Sestra/PA by mala podľa autorov tetovanie uvádzať aj do dokumentácie pacienta a zároveň by ho mala priebežne vzdelávať v tejto oblasti. V našej štúdií 51,3 % sestier/PA vzdeláva pacientov s tetovaním individuálne v závislosti od rôznych faktorov a 6,2 % sestier/PA vzdeláva pacientov až pri výskyte konkrétnej komplikácie.

Limity prieskumu

Za limity prieskumu považujeme veľkosť prieskumnej vzorky, nakoľko vyjadrenia 339 sestier a PA nemožno zovšeobecniť na celú komunitu slovenských sestier a PA.

Etické aspekty prieskumu

Pred vyplnením dotazníka boli respondenti poučení o dobrovoľnosti, zachovaní anonymity a o tom, že jej vyplnením udeľujú autorom súhlas s využitím výsledkov štúdie. Autori si nie sú vedomí žiadneho konfliktu záujmov.

Záver

V našich podmienkach sa sestry a PA stretávajú s ošetrovaním pacientov, ktorých telo pokrývajú rôzne skrášľujúce modifikácie, vrátane tetovania. Výsledky nami realizovanej štúdie však potvrdili denný kontakt iba u malej skupiny respondentov. Napriek tomu je dôležité, aby ošetrojúci personál disponoval základnými informáciami o rizikách vzniku komplikácií po zhotovení tetovania a vedel poučiť pacienta, zvlášť, ak ide o úplne nové tetovanie bez jeho

predchádzajúcich skúseností s jeho ošetrovaním. Vhodné intervencie môžu znížiť výskyt infekcie v rane, vzniknutej po vpravení pigmentových častí do kože. Pri podávaní intravenózneho terapie sa môžu objaviť problémy s jej zavedením, ak pokrýva kožu cez žilu, zvlášť ak je žila ťažko hmatateľná. Rizikové ostáva aj hodnotenie vzniku zápalu v mieste vpichu. Vzhľadom na pretrvávajúci záujem o zhotovenie tetovania vo všetkých vekových kategóriách, možno predpokladať nárast počtu ošetrovaných pacientov s tetovaním. Práve zvyšovanie informovanosti o výskyte komplikácií na základe vedecky podložených výsledkov a edukácia pacientov s tetovaním, môže prispieť k zníženiu výskytu komplikácií a podporiť profesionálnu starostlivosť o pacienta.

Zoznam použitej literatúry

- ANDSOY, I. I., ŞAHIN, A. O. 2014. *An undiscussed subject: Nurse's role in infection control of tattoo and body piercing practices*. In: Medical Journal of Bakirkoy. ISSN 1305-9327, 2010/4, 10 (4), s. 133-138.
- ARMSTRONG, M. 2018. *Where Tattoos are most popular?* [online]. 23.05.2018 [cit. 2022-12-11]. Dostupné na internete: <https://www.statista.com/chart/13942/where-tattoos-are-most-popular/>
- BÄUMLER, W. 2016. *Tätowierungen und mögliche gesundheitliche Folgen* [online]. 2016 [cit. 2020-01-28]. Dostupné na internete: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/182740/Taetowierungen-und-moegliche-gesundheitliche-Folgen>
- DURKIN, S. E. 2012. *Tattoos, Body Piercing, and Healthcare Concerns*. In: Journal of Radiology Nursing. ISSN 1546-0843, 2012/3, 31(1), s. 20–25.
- DZIMKOVÁ, O. 2020. *Narušený obraz tela v povolání sestry ako problém ošetrovateľskej praxe*. Bakalárska práca. Rožňava: VŠ Z a SP sv. Alžbety, n.o., 2020. Školiteľ práce: PhDr. Andrea Ševčovičová, MPH. 69 s.
- FIKSA, R. 2015. *Lexikon tetování tribalových motivů*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Bodyartpress, 2015. 240 s. ISBN 978-80-87525-35-7.
- HINKEL, P. *Tatoos and IV Treatment*. 2022. [online]. 21.06.2022 [cit. 2022-12-11]. Dostupné na internete: <https://mobileivnurses.com/blog/tattoos-and-iv-treatment/>
- CHOVANCOVÁ, N. 2012. *Darcovstvo krvi a úloha všeobecného lekára* [online]. 2012. [cit. 2019-09-1]. Dostupné na internete: http://www.neurologiapreprac.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5754&magazine_id=1
- JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. 2014. *HIV infekce*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 176 s. ISBN 978-80-204-3325-1.
- KOZÁČIKOVÁ, I. 2016. *Permanentné tetovanie: Je naozaj bezpečné?* [online]. 2016. [cit. 2019-09-22]. Dostupné na internete: <https://www.slovenskypacient.sk/tetovanie-je-naozaj-bezpecne-starostlivosť-odstranenie-tetovania/>
- LATOUR, A. 2016. *Can I Donate Blood If I Have A Tattoo? It Depends On These 2 Things* [online]. 2016. [cit. 2020-01-29]. Dostupné na internete: <https://www.bustle.com/articles/166613-can-i-donate-blood-if-i-have-a-tattoo-it-depends-on-these-2-things>
- LAUMANN, A. E., DERICK, A. J. 2006. *Tattoos and body piercings in the United States: A national data set*. In: Journal of the American Academy of Dermatology. ISSN 0190-9622, 2006/9, 55(3), s. 413-421.
- MEDVECOVÁ, D. 2004. *Tetovanie -- módný hit so zdravotným rizikom*. [online]. 2004. [cit. 2019-08-29]. Dostupné na internete: <file:///C:/Users/HP/Documents/Tetovanie%20módný%20hit%20so%20zdravotným%20ri>

ikom. tml

OLTMAN, M. 2009. *Vírusové hepatitídy a možnosť vzniku rakoviny pečene*. Vyd.: Bratislava: Liga proti rakovine SR. 2009. ISBN 978-80-89201-44-0.

POLANECKÝ, V. - GÖPFERTO VÁ, D. 2015. *Manuál praktické epidemiologie*. 1. vyd. Praha: Institut postgraduálneho vzdelávania ve zdravotnictví, 2015. s.122. ISBN 978-80-87023-37-2.

RODRIGUEZ, D. 2010. *Tattoo Ink: Alergic Reaction Warnings*. In: *Everyday HEALTH* [online]. 2010 [cit. 2019- 10-05]. Dostupné na internete: <http://www.everydayhealth.com/skinandbeauty/tattoo-ink-allergies.aspx>

RYCHLÍK, M. 2014. *Dějiny tetování*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. s. 191. ISBN 978-80-204 3286 5.

SERUP, J., KLUGER, N., BÄUMLER, W. Tattooed Skin and Health. *Curr Probl Dermatol*. Basel, Karger, 2015, vol 48, pp 48-60. doi: 10.1159/000369645.

SCHMIDTOVÁ, A., HÜBELOVÁ, E. 2012. *Celulitida*. 3.vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978- 80 247-3932 8.

URBANUS, A. T. et al. 2011. *People with multiple tattoos and/or piercings are not at increased risk for HBV or HCV in The Netherlands*. In: PLoS ONE. ISSN 1932-6203, 2011/ 6(9). e24736

ZUCKERMAN, A. 2020. *38 Tattoo statistics: 2020/2021 industry, trends & demographics* [online]. 13.05.2020 [cit. 2022-12-11]. Dostupné na internete: <https://comparecamp.com/tattoo-statistics/>

Kontakt na autorky

PhDr. Andrea Ševčovičová, PhD., MPH

Mgr. Oľga Dzimková

VŠ ZaSP sv. Alžbety

Detasované pracovisko bl. Sary Salkahazi

Kósu Schoppera 22

048 01 Rožňava

E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com,

olga.dzimkova@centrum.sk

ZÁKLADNÉ ZNALOSTI O RIEŠENÍ PROBLÉMU NEPLODNOSTI V AMBULANTNEJ SFÉRE

Andrea ŠEVČOVIČOVÁ, Daniela VAŠČÁKOVÁ

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sály
Salkaházi Rožňava

Súhrn: Neplodnosť párov predstavuje aktuálny problém vo vyspelých krajinách, ktorý sa dotýka až 15 % párov. Pri riešení tohto problému je dôležité poskytnúť základné informácie už na ambulancii všeobecného praktického lekára pre dospelých alebo na gynekologickej ambulancii. Po zahájení prvotných vyšetrení môže byť zostávajúcou možnosťou voľby návšteva centra asistovanej reprodukcie. Práve nedostatok informácií môže viesť u neplodných párov k odkladaniu riešenia problému liečby neplodnosti. Neschopnosť počať dieťa prirodzenou cestou vedie k zvýšenému napätiu medzi partnermi. Edukáciou zo strany lekárov, ale aj sestier a pôrodných asistentiek možno prispieť k zahájeniu riešenia problému, podstúpeniu liečby a dosiahnutiu úspešného tehotenstva.

Kľúčové slová: Asistovaná reprodukcia. Edukácia neplodných párov. Liečba neplodnosti. Primárna starostlivosť. Príčiny neplodnosti. Úloha sestry.

Úvod

Sterilita (neplodnosť) je neschopnosť otehotnieť u párov, ktoré pri pravidelnom nechránenom pohlavnom styku nedosiahnu oplodnenie po dobu minimálne jedného roku. Pri infertilitate ide o neschopnosť donosiť a porodiť životaschopný plod, minimálne trikrát po sebe nasledujúcich neúspešných tehotenstiev. V súčasnej dobe je neplodnosť významným problémom hlavne v hospodársky vyspelých štátoch sveta, kde percento neplodných párov mierne vzrastá (Slezáková a kol., 2017).

Uvádza sa, že problém neplodnosti sa vzťahuje na 10 – 15 % párov, teda každého šiesteho až desiateho páru. Neplodnosť sa dotýka približne 60 – 80 miliónov ľudí na celom svete. Polovica z nich ostáva celoživotne bezdetnými. Štatistiky poukazujú, že v 35 % sa na príčine neplodnosti podieľa muž, v 50 % ide o problém u ženy, v 5 % sa na neplodnosti podieľa inkompatibilita páru a zvyšných 10 % príčin neplodnosti je neznámeho pôvodu (Katona, 2015).

Pri riešení problému neplodnosti u problémových párov je dôležité disponovať aktuálnymi informáciami o možnostiach diagnostiky a liečby neplodnosti v rámci poskytovania primárnej starostlivosti. Odporúčania párom ako riešiť problém neplodnosti môže predložiť už všeobecný lekár pre dospelých (VLD) a zvlášť gynekológ, ale základné informácie môže sprostredkovať aj sestra v ambulancii VLD alebo pôrodná asistentka priamo na gynekologickej ambulancii. Ambulancia všeobecného lekára predstavuje podľa Gazdíkovej, Šúňovej (2014) medicínu prvej línie. Zabezpečuje zdravotnú starostlivosť v dvoch rovinách. Ide o prvý kontakt s pacientom a následne o stály styk v rámci zabezpečovania kontinuálnej starostlivosti o jeho zdravie. Profesionnou požiadavkou na sestru v ambulancii všeobecného lekára je sestra erudovaná, empatická ale i asertívna, ktorá s prehľadom a spoľahlivo zvláda každodenné problémy praxe, nemá komunikačné problémy s pacientmi a je schopná efektívnej tímovej spolupráce s lekárom. Predpokladom efektívneho fungovania ambulancie je vysoká miera kooperácie, vzájomná spolupráca založená na vzájomnom profesijnom rešpektovaní sa a dopĺňaní sa v edukačnej a komunikačnej oblasti. Keďže sestra vstupuje do kontaktu s pacientom ako prvá, jej správanie významne ovplyvňuje celkovú komunikáciu pacienta s ňou

aj lekárom. Nezastupiteľné miesto zohráva sestra aj pri získavaní a rozširovaní anamnézy. Je známe, že niekedy pacient povie viac sestre ako lekárovi, čo je dané časovým limitom na prácu s pacientom, ale aj vlastným ľudským prístupom sestry. Na základe týchto skutočností, ktoré uvádzajú autorky, považujeme za aktuálne zapojiť do problému riešenia neplodnosti sestry a pôrodné asistentky, ktoré môžu od neplodných párov/muža/ženy získať dôležité anamnestické údaje a následne zahájiť edukáciu k riešeniu problému neplodnosti.

Príčiny neplodnosti u mužov a žien

Neplodnosť u žien má viacero príčin, pričom prvé problémy s klesajúcou plodnosťou sa zvyčajne dostavujú vo veku nad 35 rokov. Po 40. roku života sa už plodnosť znižuje pomerne výrazne. Neplodnosť môže mať viacero foriem:

- primárna, ktorá je charakterizovaná stavom, kedy sa ani po roku nedarí splodiť dieťa v prípade, že pár mal aspoň dvakrát za týždeň nechránený pohlavný styk.
- sekundárna neplodnosť je ten istý stav, ale pár už v minulosti počal dieťa (Šajgalová, 2022).

U ženy sa rozoznáva fyziologická (prirodzená) sterilita a patologická sterilita. Fyziologická sterilita sa delí na detskú a juvenilnú (s amenoreou alebo anovulačnými cyklami); cyklickú (v mimoovulačnom období cyklu); sterilitu v klimaktériu a postklimaktériu; a laktačnú (v prvých 4 týždňoch dojčenia). Patologická sterilita môže byť absolútna a relatívna. Absolútna sterilita je stav, ktorý definitívne vylučuje možnosť oplodnenia (napr. pri aplázii uteru). Relatívne sterilita je dočasný chorobný stav, ktorý prechodne znemožňuje oplodnenie. Príčiny môžu byť morfológické (anatomická sterilita) alebo funkčné (funkčná sterilita). Funkčná sterilita u ženy je taký stav, keď sa nezistili nijaké anatomické zmeny (zápalové, vývojové alebo nádorové), ktoré by vysvetľovali príčinu neplodnosti, ale porucha je vo funkcii reprodukčného systému (Danko a kol., 2014).

Pri idiopatickej sterilite sa nepodarí ani jednou vyšetrovacou metódou zistiť príčinu neplodnosti (Danko a kol., 2014). U ženy existuje viacero príčin, ktoré zvyšujú a spôsobujú neplodnosť:

- zdravotný stav ženy,
- životný štýl,
- znižujúca sa plodnosť v dôsledku veku ženy – ženy nad 35 rokov sa stávajú rizikové, nakoľko ich počet vajíčok sa znižuje, viac vajíčok má abnormálny počet chromozómov a je u nich zvýšené riziko zdravotných problémov,
- hormonálne poruchy, ktoré bránia ovulácii (choroba endokrinných žliaz),
- abnormálny menštruačný cyklus,
- obezita alebo podváha,
- extrémne cvičenie a z neho súvisiace obmedzené množstvo podkožného tuku,
- endometrióza (môže zabrániť implantácii vajíčka, alebo svojim rastom zablokovať vajíčkovody),
- autoimúnne ochorenia ženy, kedy sa tvoria protilátky napríklad proti spermiiám, vajíčkam alebo embryám,

- sexuálne prenosné ochorenia,
- užívanie návykových látok,
- fajčenie ženy po prekonaní tubárneho mimomaternicového tehotenstva (Šajgalová, 2022).

Neplodnosť u mužov sa môže prejaviť ako neschopnosť plodiť alebo ako neschopnosť kohabitovať. V prvom prípade sú príčinou genetické aberácie, primárny a sekundárny hypogonadizmus, dystopie semenníkov, poruchy vyprázdňovania semena. Za neschopnosťou kohabitovať stoja poruchy libida, poruchy erekcie, poruchy ejakulácie, poruchy kohabitácie (Danko a kol., 2014). Jeden z najčastejších dôvodov zníženej plodnosti mužov je nedostatočný, klesajúci počet spermií, pričom sa zároveň znižuje šanca oplodnenia vajíčka. V 1 ml ejakulátu by malo byť fyziologicky aspoň 15 miliónov spermií. Dôležitá je aj kvalita spermií. Nedostatočná mobilita (pohyblivosť spermií) či určité morfológické defekty bunky spermie môžu byť ďalším z dôvodov neplodnosti. Po 45. roku u muža výrazne klesá kvalita spermií. Výrazný negatívny vplyv na plodnosť môžu mať poruchy vonkajšieho genitálu. Genetické príčiny sú zodpovedné za neplodnosť v približne 5 % zistenej mužskej neplodnosti. Pri absolútnej erektilnej dysfunkcii muž nemôže dosiahnuť erekciu; ide o stoporenie penisu, pričom nemôže dôjsť k ejakulácii (Kramárová, 2022).

Etiológia prevalencie neplodnosti a vzorce príčin neplodnosti sú v rôznych regiónoch odlišné. Tento nesúlad je spôsobený existenciou rozdielov v podmienkach prostredia spojených s reprodukčným správaním, ako je vek pri sobášii, znečistenie životného prostredia, fajčenie a zneužívanie alkoholu, zmena životného štýlu a stravovania (Masoumi a kol., 2015).

Diagnostika neplodnosti

Na správnu diagnostiku je nutné navštíviť gynekológa, ktorý vykoná viacero vyšetrení na zistenie gynekologických príčin a na vyšetrenie iných orgánov a systémov vplyvujúcich na plodnosť ženy. Po prekonaných neúspešných pokusoch o oplodnenie gynekológ dopytuje na menštruačný cyklus (normálny, pravidelný, bolestivý), minulé tehotenstvá, potraty, bolesti v oblasti panvy, vaginálne krvácanie a výtoky. Zisťujú sa predchádzajúce infekcie panvy, alebo prekonané pohlavne prenosné choroby. Ďalšia veľmi dôležitá otázka je ako dlho sa partneri snažili o splodenie potomka a ako často mali nechránený sex. Na základy zodpovedaných otázok nasleduje postupnosť radu vyšetrení (Šajgalová, 2022).

U žien s idiopatickou sterilitou sa vyšetrenie priechodnosti vajíčkovodov robí ambulantne buď pod ultrazvukovou kontrolou sonograficky kontrastnou látkou (HyFoSy – hysterosalpingofoam sonografia), alebo pod röntgenologickou kontrolou (HSG – hysterosalpingografia). U žien s predpokladaným patologickým nálezom na vajíčkovodoch (anamnéza ektoptickej gravidity, endometriózy, zápalového ochorenia v malej panve) je metódou voľby laparoskopické vyšetrenie (Harbulák a kol., 2017).

Základným vyšetrením plodnosti muža je vyšetrenie spermií – spermioqram. Podľa odporúčaní WHO 2010 hodnotí nasledujúce parametre: objem a pH ejakulátu, počet všetkých spermií, počet pohyblivých spermií, druh pohybu a jeho zastúpenie, podiel morfológicky normálnych foriem spermií vo vyšetrovanej vzorke (Pustaj a kol., 2020). Pred analýzou ejakulátu je potrebná sexuálna abstinencia po dobu minimálne 48 hodín, avšak nie dlhšie než sedem dní. Predĺžená sexuálna abstinencia vedie síce k zvýšeniu objemu ejakulátu, koncentrácii spermií a celkového počtu spermií, otázna je ale ich kvalita (Belušáková a kol., 2018). Za posledných 50 rokov klesla kvalita spermií v populácii tak výrazne, že sa referenčné hodnoty podľa WHO

niekoľkokrát upravovali. Vyšetrenie spermiogramu dokáže odhaliť 90 % prípadov mužskej neplodnosti, nedokáže však objasniť iné príčiny súvisiace s poškodením spermií alebo s imunologickými poruchami (Pustaj a kol., 2020). Ako uvádza Patel, Leong, Ramasamy (2018), analýza spermií je len hrubým odhadom plodnosti, ale je to aj najlepší dostupný test.

Možnosti liečby neplodnosti

Celosvetové štúdie ukazujú, že 10 – 15 % párov má problém dospieť ku koncepcii napriek pravidelnému nechránenému pohlavnému styku aj po jednom roku. V priemere iba 56 % vyhledá medicínsku pomoc. Vo väčšine európskych krajín je najväčším problémom (v 40 %) predčasné ukončenie liečby neplodnosti. To znamená, že z 56 párov, ktoré vyhledajú medicínsku pomoc, iba 10 dosiahne úspech v liečbe. Neexistujú žiadne údaje, ktoré by naznačovali, že situácia na Slovensku je odlišná (Harbulák a kol., 2015). Podľa Vaščákovej (2023) sa v praxi stretávame často s tým, že z neplodného páru ako prvá žiada svojho gynekológa o pomoc žena, keďže u nej je väzba na dieťa omnoho silnejšia ako u muža. Vyšetrenie partnera však býva ľahšie, a preto sa vyšetrenie plodnosti párov zahajuje najprv u muža. Kubiček (2017) uvádza, že liečba neplodného muža musí vychádzať z kauzálnych súvislostí, z diagnostiky príčiny jeho postihnutia. Hlavnou príčinou neplodnosti u muža je v súčasnosti neobštrukčná porucha testikulárnych funkcií. Obštrukčná príčina (nepriechodnosť semenných ciest), je dnes vzácna. Môžu sa vyskytnúť tiež kombinované obštrukčné a neobštrukčné poruchy plodnosti.

Možnosť riešenia neplodnosti množstva neplodných párov je časovo obmedzená. Odkladanie terapie môže u niektorých párov znížiť šancu na dosiahnutie tehotnosti (Švecová a kol., 2020). Ako uvádza Harbulák a kol. (2015) neplodnosť je diagnostikovaná a liečená na základe štyroch krokov (obr. 1):

Krok 1: Test ovariálnej rezervy – gynekológ primárneho kontaktu:

- vykoná testy na zhodnotenie ovariálnej rezervy (AMH, AFC).

Krok 2: Spermiogram – gynekológ primárneho kontaktu:

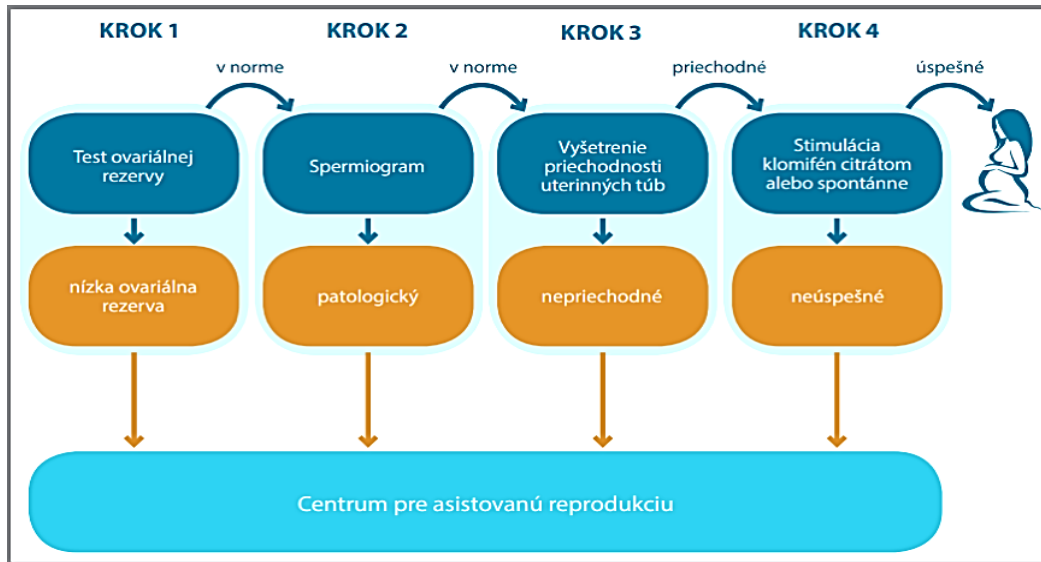
- ak je spermiogram v norme, vykoná verifikáciu priechodnosti vajčkovodov,
- ak je spermiogram patologický, odošle pár do centra pre asistovanú reprodukciu.

Krok 3: Vyšetrenie priechodnosti uterinných túb, diagnostika vnútorného genitálu – gynekológ primárneho kontaktu:

- ak sú oba vajčkovody nepriechodné, odošle pár do centra pre asistovanú reprodukciu,
- ak je priechodný aspoň jeden vajčkovod, normálna ovariálna rezerva a u muža je normospermia, uskutoční u žien v snahe otehotnieť 1 – 3 cykly stimulácie klomiféncitrátom (clostilbegyt).

Krok 4: Stimulácia klomiféncitrátom (clostilbegyt) – gynekológ primárneho kontaktu:

- odošle pár do centra asistovanej reprodukcie po troch neúspešných cykloch stimulácie klomiféncitrátom (clostilbegyt).



Obrázok 1 Štyri kroky v diagnostike a liečbe párov s poruchami plodnosti
Zdroj: Harbulák a kol., 2015, s. 62

V rámci poskytnutia prvotných informácií o možnostiach liečby neplodnosti je žiaduce informovať neplodné páry o možnostiach liečby a zároveň upovedomiť o úhrade liečebných výkonov z verejného zdravotného poistenia potom, čo gynekológ primárneho kontaktu odošle pár do centrá asistovanej reprodukcie.

Nariadenie vlády č. 777/2004 Z.z. Slovenskej republiky uvádza zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú/neuhrádzajú. Na základe verejného zdravotného poistenia sa uhrádzajú najviac tri cykly výkonov asistovanej reprodukcie ženám do 39. roku veku života v týchto prípadoch:

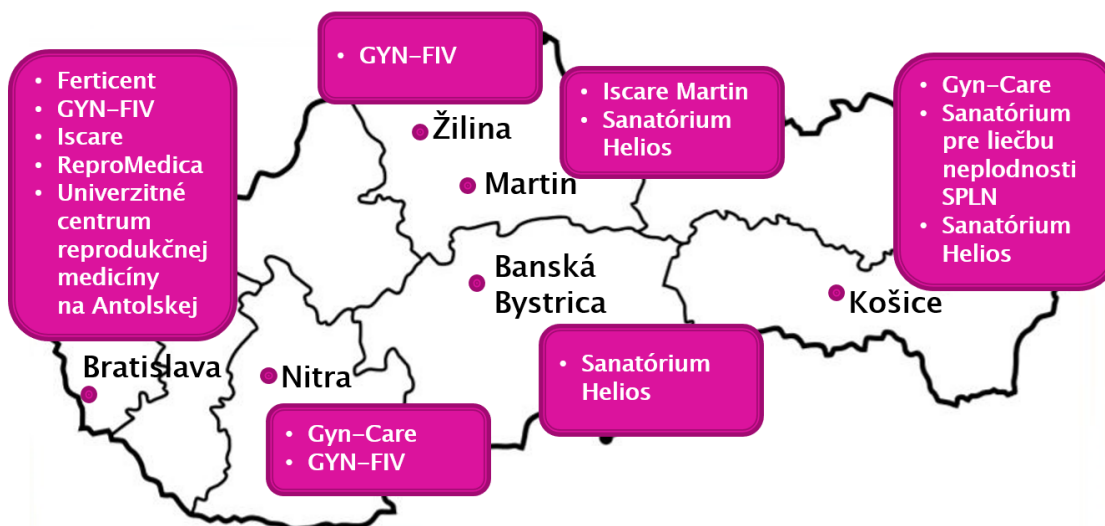
1. chýbajúce vajcovody alebo nezvratné poškodenie vajcovodov diagnostikované laparoskopicky alebo laparotomicky okrem stavov, ktoré vznikli ako následok predchádzajúcej sterilizácie alebo umelého prerušenia tehotenstva,
2. endometrióza ženy, ktorá je diagnostikovaná laparoskopicky alebo laparotomicky,
3. nezvratné poškodenie vaječníkov, ktoré je potvrdené biochemicky, laparoskopicky alebo laparotomicky, ak toto poškodenie nie je následkom umelého prerušenia tehotenstva,
4. idiopatická sterilita, ktorá je neúspešne liečená jeden rok v špecializovanom zdravotníckom zariadení,
5. mužský faktor sterility – azospermia, astenospermia, ejakulačné dysfunkcie a ochorenia súvisiace s chemoterapiou alebo pourazovými stavmi, ktoré sú overené andrológom,
6. imunologické príčiny sterility overené laboratórne,
7. riziko dedičného ochorenia, v dôsledku ktorého nemôžu mať manželia zdravé potomstvo, ktoré je overené genetikom,
8. endokrinné príčiny sterility overené endokrinológom.

Asistovaná reprodukcia v liečbe neplodnosti

Asistovaná reprodukcia patrí k novším odborom medicíny, ktorý sa zaoberá metódami mimotelového oplodnenia. Ide o rapídne sa rozvíjajúce multidisciplinárne odvetvie modernej medicíny, pri ktorom je dôležitá spolupráca odborníkov z gynekológie a pôrodnictva, embryológie, andrológie, neonatológie, imunológie a genetiky (Maršík, Bielik, 2014). Ako uvádza Slezáková a kol. (2017), v súčasnosti sa využívajú tieto metódy asistovanej reprodukcie:

1. **AIM (arteficiálna inseminácia semien partnera)** – inseminácia natívnymi spermiami intravaginálne, samotnými spermiami intrauterine v nestimulovaných alebo hormonálne stimulovaných cykloch,
2. **AID (arteficiálna inseminácia semien darcu)** – inseminácia len spermiami kryokonzervovanými (po vyšetrení darcu na HIV a hepatitídu B v časovom odstupe 6 mesiacov od odberu spermií); pri výbere konkrétneho darcu sa prihliada nielen na krvnú skupinu tak, aby neskôr nebolo možné vylúčiť otcovstvo manžela, ale tiež k jeho fenotypu (darcovstvo spermií je u nás prísne anonymné, jednotliví darcovia sú označovaní kódmi, oplodnenie spermiami darcu sa vykonáva len u manželských párov po podpísaní informovaného súhlasu),
3. **IVF + ET (in vitro fertilizácia a embryotransfér)** – odber vajíčka, jeho laboratórna kultivácia so spermiami a po oplodnení a delení prenesené vzniknuté embryo do maternice,
4. **IVF + KET (in vitro fertilizácia a kryoembryotransfer)** – odber vajíčka, jeho laboratórna kultivácia so spermiami a po oplodnení a delení zamrazenie embrya (podľa potreby sa vykonáva jeho rozmrazenie a prenesenie do maternice).

Na Slovensku je niekoľko centier asistovanej reprodukcie (obr. 2). Všetky centrá asistovanej reprodukcie majú povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia v špecializačnom odbore reprodukčná medicína. Centrá okrem iného poskytujú bezplatné vstupné konzultácie a diagnostiku príčin neplodnosti mužov i žien (InfomedicaSK, 2019).



Obrázok 2 Mapa štrnástich centier asistovanej reprodukcie na Slovensku
Zdroj: Vaščáková, 2023

Úloha sestry pri zvyšovaní informovanosti o možnostiach prevencie a liečby neplodnosti

Sestra alebo pôrodná asistentka (PA), ktorá prichádza do kontaktu s neplodným párom/jedným z dvojice, ktorých sa problém neplodnosti týka, by mala disponovať základnými

informáciami o prevencii, príčinách neplodnosti, možnostiach diagnostiky a liečby tak, aby v prípade potreby vedela správne a citlivo zodpovedať na položené otázky. Dôležité je klásť dôraz na riešenie neplodnosti v rannom štádiu a neodkladať rozhodnutie navštíviť odborníkov na neskoršiu dobu. Vzhľadom na citlivosť témy, prežívanie neúspechu a obviňovania sa z nemožnosti otehotnieť prirodzenou cestou, zvládanie procesu diagnostiky a liečby neplodnosti s nejasným záverom, by sestra/PA mala poučiť neplodné páry o možnostiach podpory zo strany psychológa. Na túto skutočnosť je dôležité nezabúdať, keďže plodnosť môže ovplyvňovať okrem horeuvedených príčin na strane muža a ženy aj duševné rozpoloženie. Problémy s plodnosťou môžu viesť k zvyšovaniu napätia medzi partnermi a v kombinácii s napätím v práci, riešením bežných problémov, starostlivosťou o fungovanie domácnosti tak prispievať k zvyšovaniu stresu.

Riešenie problémov s neplodnosťou vyvoláva u mužov aj u žien napätie pričom vedci dokázali, že niektoré ženy podstupujúce liečbu neplodnosti zažívajú viac stresu ako napríklad pacientky bojujúce s rakovinou. Neplodnosť je príčinou stresu, ale neplatí, že by stres priamo spôsobil neplodnosť. Stres však môže nepriaznivo ovplyvniť ovuláciu a sexuálnu túžbu. Stresové hormóny tiež pôsobia na hypofýzu, ktorá ovplyvňuje produkciu pohlavných hormónov. V stresových situáciách prichádza telo o dôležité živiny, oslabuje imunitný systém, stres môže spôsobiť žalúdočné ťažkosti alebo viesť k depresiám a úzkostiam (Medimerck, 2022). S ohľadom na uvedené skutočnosti je práva spomínaná konzultácia s psychológom v situácií, keď sa pár snaží splodiť dieťa vysoko aktuálna.

V rámci edukácie je potrebné zamerať pozornosť aj na životný štýl neplodného páru, stravovanie a význam správnej životosprávy. Životosprávu je podľa Matulníkovej (2012, in Trnková a kol., 2020) potrebné chápať ako súhrn navzájom sa dopĺňujúcich niekoľkých faktorov – dodržiavanie zásad zdravej výživy, adekvátne pohybová aktivita, dostatok spánku, telesná a psychická hygiena.

Aj keď neexistuje konkrétna strava, ktorá by mala priamy vplyv na plodnosť, zdravá výživa a udržiavanie primeranej telesnej hmotnosti môže zlepšiť vyhliadky na otehotnenie. Je dôležité nájsť vyvážený pomer medzi bielkovinami (sú obsiahnuté v mäse, hydine, rybách, vajciach), tukmi (mliečne výrobky, tučné ryby, avokádo a olivový olej), komplexnými sacharidami (napríklad celozrnný chlieb, tmavá ryža a cestoviny) a jesť veľa ovocia a zeleniny. Odporúča sa, aby ženy aspoň mesiac pred otehotnením užívali kyselinu listovú a zabezpečili si tak včas účinnú hladinu folátov v tele. Podľa údajov Americkej národnej spoločnosti pre neplodnosť je asi 12 % prípadov neplodnosti u žien spôsobených ich nadmernou alebo naopak príliš nízkou telesnou hmotnosťou. Ženy by mali zaradiť do svojho jedálnička **viac čerstvého ovocia a zeleniny, čo spôsobí, že** budú prijímať menej kalórií a zároveň zvýšia príjem niektorých dôležitých živín. Aj mierne pitie alkoholu môže mať negatívny vplyv na samotné počatie, ako aj na vývoj plodu po otehotnení. Vyradením alkoholických nápojov dôjde k výraznej redukcii príjmu kalórií. Znížiť šancu na otehotnenie môžu poruchy príjmu potravy, ako je bulímia alebo nutkavé prejedanie sa. O týchto skutočnostiach, ako aj o držaní diéty za účelom **redukcie hmotnosti by mal byť informovaný ošetrojúci lekár aj odborníci na liečbu neplodnosti.** Zníženie hmotnosti je žiaduce, ale na plodnosť môže negatívne vplyvať príliš prísna diéta (Medimerck, 2022).

V rámci dodržiavania zdravého životného štýlu je potrebné v ambulancii VLPD alebo v gynekologickej ambulancii informovať neplodné páry o negatívnych dôsledkoch fajčenia. Nebezpečné je aktívne aj pasívne fajčenie u tehotných žien. V prípade, ak sa pár snaží splodiť dieťa, netreba podceňovať fajčenie ako rizikový faktor, ktorý vplyva na schopnosť otehotnieť, po úspešnom otehotnení na vyvíjajúci sa plod (aktívne aj pasívne fajčenie) a má negatívny vplyv

aj na narodené dieťa. Štěpánková (2009, in Trnková a kol., 2020) poukazuje na výsledky viacerých štúdií a kontrolovaných výskumov zhrnutých v oficiálnej správe US Center for Disease Control, podľa ktorých má expozícia tabakového dymu tieto dôsledky pre matku:

- fajčiarky majú dvakrát častejšie problém otehotnieť ako nefajčiarky,
- fajčiarky majú o 30 % väčšiu pravdepodobnosť infertility,
- u fajčiarok je menšia pravdepodobnosť úspešnej in vitro fertilizácie (v niektorých krajinách je preto umelé oplodnenie odporúčané iba u nefajčiarok),
- fajčiarky majú väčšie riziko ektopického tehotenstva,
- ženy, ktoré fajčia počas tehotenstva, majú dvojnásobne vyššiu pravdepodobnosť odtoku plodovej vody, predčasného odlúčenia placenty a placenty preavia,
- fajčenie až o 30 % zvyšuje riziko predčasného pôrodu.

Expozícia tabakového dymu u detí so sebou podľa správy US Center for Disease Control, prináša dôsledky:

- deti fajčiarok vážia priemerne o 200 g menej ako deti nefajčiarok,
- u detí fajčiarok sa zvyšuje syndróm náhleho úmrtia dieťaťa, aj pravdepodobnosť vzniku malformácií,
- deti matiek fajčiacich počas tehotenstva trpia častejšie bronchiálnou astmou a neskôr sa u nich môžu objaviť poruchy správania, poruchy jazykových schopností, ako aj častejšie užívanie nikotínu a iných drog (Štěpánková, 2009, in Trnková a kol., 2020).

Samozrejmosťou pri snahe otehotnieť a následnom tehotenstve by malo byť aj vylúčenie užívania alkoholických nápojov, ktoré majú tiež dokázateľne negatívny vplyv na schopnosť otehotnieť, ako aj vývoj plodu počas vnútromaternicového vývoja a môže zanechať ďalšie negatívne dôsledky po jeho narodení.

Záver

Poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti vyžaduje od sestry odborné vedomosti, praktické, ako aj sociálne a komunikačné zručnosti. Úlohou sestry je vypočuť si pacienta, informovať ho, edukovať ho a poradiť mu. Jej ľudský prístup zvyšuje dôveru pacientov (Gazdíková, Šúňová, 2014). Pri zvládaní neplodnosti u zasiahnutých párov je empatia, ústretová komunikácia a edukácia zo strany sestier a PA dôležitým elementom pre úspešné riešenie problému. Samotná edukácia musí zohľadňovať všetky zásady s ohľadom na emocionálny stav zúčastnených, nakoľko neschopnosť počať dieťa prirodzenou cestou môže viesť k frustrácii, obviňovaniu a narušeniu vzťahov medzi partnermi. Poskytnutím základných informácií o možnostiach riešenia neplodnosti v ambulantnej sfére tak možno prispieť k odhodlaniu riešiť problém odbornou cestou a naplneniu rodičovskej roly.

Zoznam použitej literatúry

BELUŠÁKOVÁ, V., GROSSOVÁ, M., RYBÁNSKA, L. , VÁLKY, J. 2018. Andrologický faktor – rozhodujúci vplyv veku na úspešnosť asistovanej reprodukcie? In *Česká urologie*. 22 (4)/2018. s. 266-274.

DANKO, J. a kol. 2014. *Vybrané kapitoly z gynekológie a pôrodnictva III*. 2. vyd. Univerzita Komenského v Bratislave, 2014. 192 s. ISBN 978-80-223-3569-0.

- GAZDÍKOVÁ, K., ŠÚŇOVÁ, J. 2014. Špecifiká práce sestry v ambulancii všeobecného lekára. In *Ošetrovateľský obzor*, 1-2/2014. ISSN 1336-5606.
- HARBULÁK, P., GALO, S., KRAJKOVIČ, P., PETRENKO, M. 2015. Konsenzus manažmentu párov s poruchami plodnosti pre klinickú prax. In *Slovenská gynekológia a pôrodnictvo* č. 22/2015. s. 61 –63. ISSN 1335-0862.
- HARBULÁK, P., BOROVSÝ, M., PETRENKO, M., BEHÚŇOVÁ, Z., GALO, S., ŠVECOVÁ, I., BERGENDIOVÁ, K., MELIŠOVÁ, K. 2017. Odporúčané postupy v liečbe neplodnosti. In *Gynekol. prax* 15. roč. č. 4/2017. s. 221 – 227. ISSN 1336-3425.
- INFOMEDICA. 2019. *Neplodnosť*. [online]. 13.2.2019 [citované 2022-11-26]. Dostupné na internete: <<https://infomedica.sk/neplodnost>>.
- KATONA, L. 2015. Psychosociálne aspekty neplodnosti. In *Via practica* 12 roč. č. 2/2015. s. 90 – 93. ISSN 1339-424X.
- KRAMÁROVÁ, K. 2022. *Mužská neplodnosť: Čo spôsobuje neplodnosť mužov? Ako ju zistiť* [online]. 19.05.2022 [citované 2022-07-09]. Dostupné na internete: <<https://zdravoteka.sk/choroby/muzskaneplodnost/>>.
- KUBÍČEK, V. 2017. Léčba neplodného muže. In *Urologie pro praxi*. 18 roč. č. 4/2017. s. 170 – 177. ISSN 1803-5299.
- MARŠÍK, L., BIELIK, P. 2014. *Základy asistovanej reprodukcie. Učebnica reprodukčnej medicíny*. 1. vyd. Zvolen: Technická univerzita, 2014. 170 s. ISBN 978-80-228-2705-8.
- MASOUMI, S. Z., PARSAN, P., DARVISH, N., MOKHTARI, S., YAVANGI, M., ROSHANAIEI, G. An epidemiologic survey on the causes of infertility in patients referred to infertility center in Fatemeh Hospital in Hamadan. 2015 Aug 13(8): 513 – 516. PMID: 26568755.
- MEDIMERCK. 2022. *Ako ovplyvniť plodnosť?* [online] máj 2022. [cit. 2022-12-25] Dostupné na internete: <https://www.medimerck.sk/sk/home/neplodnost/ako-ovplyvniť-plodnost.html>
- Nariadenie vlády č. 777/2004 Z.z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia.
- PATEL, A. S., LEONG, J. Y., RAMASAMY, R. Prediction of male infertility by the World Health Organization laboratory manual for assessment of semen analysis: A systematic review. In *Arab Journal of Urology* 16 (1) 2018. s. 96 – 102. ISSN: 2090-598X.
- PUSTAJ, M., KAŇOVÁ, G., HARBULÁK, P. 2020. Mužská neplodnosť z pohľadu centra asistovanej reprodukcie. In *Gynekológia pre prax*, roč. 18. č. 3/2020. s. 140-144. ISSN 1336 3425.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2017. *Ošetrovateľství v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
- ŠAJGALOVÁ, I. 2022. *Ženská neplodnosť: Čo so sebou prináša a akú má príčinu? + Diagnostika* [online]. 02.05.2022 [citované 2022-07-09]. Dostupné na internete: <<https://zdravoteka.sk/choroby/zenskanepplodnost/>>.
- ŠVECOVÁ, I., HARBULÁK, P., SVITOK, P. 2020. COVID-19 – liečba neplodnosti počas pandémie a po nej. In *Gynekológia pre prax* roč. 18, č. 3/2020. s. 129 – 133. ISSN 1336-3425.-
- TRNKOVÁ, Ľ., MATULNÍKOVÁ, Ľ., ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2020. *Determinanty ovplyvňujúce tehotenstvo*. Příbram: Ústav sv. Jana N. Neumanna, 2020. 120 s. ISBN 978-80-88206-23-1.
- VAŠČÁKOVÁ, D. 2023. Vplyv neplodnosti na telesné a duševné zdravie. Diplomová práca. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, n.o., 2023. Vedúca práce: PhDr. Andrea Ševčovičová, PhD., MPH. 80 s.

Kontakt na autorky

PhDr. Andrea Ševčovičová, PhD., MPH

Mgr. Daniela Vaščáková

VŠ ZaSP sv. Alžbety Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi

Kósu Schoppera 22, 048 01 Rožňava

E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

daniela.vascakova88@gmail.com

