

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

OŠETROVATEĽSTVO V AMBULANTNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Libuša Tirpáková a kol.



Lekárska fakulta

Košice 2022
Vydavateľstvo ŠafárikPress

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Lekárska fakulta



Ošetrovateľstvo v ambulantnej zdravotnej starostlivosti

Libuša Tirpáková a kolektív

Košice 2022

Ošetrovateľstvo v ambulantnej zdravotnej starostlivosti

Vysokoškolská učebnica

Zostavovateľ:

PhDr. Libuša Tirpáková, PhD.

Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Autorský kolektív:

prof. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

PhDr. Beáta Grešš Halász, PhD., MPH

PhDr. Jana Michalková, PhD.

PhDr. Libuša Tirpáková, PhD.

Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Recenzenti:

PhDr. Terézia Fertaľová, PhD.

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

doc. PhDr. Jana Martinková, PhD., MPH

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

Tento text je publikovaný pod licenciou Creative Commons 4.0 - CC BY NC ND („Uveďte pôvod – Nepoužívajte komerčne - Nespracováajte“)



Za odbornú a jazykovú stránku tejto publikácie zodpovedajú autori.

Rukopis neprešiel redakčnou ani jazykovou úpravou.

Dostupné od: 08.07.2022

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

ISBN 978-80-574-0114-8 (e-publikácia)

OBSAH

PREDHOVOR	9
1 ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ (Tirpáková).....	10
1.1 Úrovně zdravotného systému.....	14
1.2 Primární zdravotná starostlivosť	17
1.3 Sestra v primárnej zdravotnej starostlivosti	28
2 OŠETROVATEĽSKÝ PROCES V AMBULANTNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI (Dimunová)	35
2.1 Posudzovanie	39
2.2 Diagnostika	41
2.3 Plánovanie	44
2.4 Realizácia	46
2.5 Vyhodnotenie	47
3 MODELY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI (Dimunová)	57
3.1 Model podpory zdravia Noly J. Pender	57
3.2 Kľúčové metaparadigmy Modelu podpory zdravia	58
3.2.1 Hlavné koncepty Modelu podpory zdravia	59
3.3 Teória transkultúrnej starostlivosti Madeleine Leininger.....	62
3.3.1 Kľúčové metaparadigmy teórie transkultúrnej starostlivosti	64
3.3.2 Pojem kultúrna kompetencia.....	66
3.4 Model interakcie medzi rodičmi a deťmi Kathryn E. Barnard	68
3.4.1 Hlavné koncepty modelu.....	68
3.4.2 Definícia ošetrovateľskej paradigmy	69
3.5 Konceptný ošetrovateľský model Margaret Jean Watsonová	70
3.5.1 Kľúčové metaparadigmy konceptného modelu	72
4 PREVENTÍVNE PROGRAMY A PODPORA ZDRAVIA V AMBULANTNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI (Michalková)	79
4.1 Podpora zdravia, výchova k zdraviu a edukácia	79
4.2 Prevencia ochorení a iných porúch zdravia	86
4.3 Vybrané programy podpory zdravia v medzinárodnom a národnom kontexte	89
4.3.1 Globálne medzinárodné a národné iniciatívy a priority	89
4.3.2 Iniciatívy a priority zamerané na oblasť výživy a pohybu	96
4.3.3 Iniciatívy a priority zamerané na fajčenie, konzumáciu alkoholu a iných drog	99

4.3.4	Iniciatívy a priority v oblasti chronických neinfekčných ochorení	101
4.3.5	Iné iniciatívy a priority	106
5	SESTRA S POKROČILOU PRAXOU V AMBULANTNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI (<i>Grešš Halász</i>)	117
5.1	Pokročilá prax v ošetrovatelstve	117
5.1.1	Vývoj role	118
5.1.2	Terminológia a nomenklatúra	119
5.1.3	Integrácia role	121
5.1.4	Charakteristika role	122
5.1.5	Vzdelanie sestry s pokročilou praxou	123
5.1.6	Kompetencie sestry s pokročilou praxou	123
5.2	Pokročilá prax v ošetrovatelstve na Slovensku	125
5.3	Sestra s pokročilou praxou v primárnej zdravotnej starostlivosti	130
5.4	História a stručný vývoj role sestry-praktika	131
5.5	Vzdelanie sestry-praktika	133
5.6	Kompetencie sestry-praktika	136
5.7	Konklúzia sestry-praktika	142
6	AMBULANTNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O DETI A DORAST (<i>Tirpáková</i>)	151
6.1	Úloha sestry v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dospelých	153
6.2	Preventívna starostlivosť v pediatrii	155
6.2.1	Hodnotenie rastu	160
6.2.2	Hodnotenie rastu hlavy a hrudníka	167
6.2.3	Hodnotenie zraku	169
6.2.4	Hodnotenie sluchu	170
6.2.5	Hodnotenie dentície	171
6.2.6	Hodnotenie pohlavného vývinu	173
6.2.7	Hodnotenie výživy	175
6.2.8	Hodnotenie psychomotorického vývinu	180
6.3	Očkovanie	183
6.3.1	Očkovacie látky	188
7	AMBULANTNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O DOSPELÝCH (<i>Tirpáková</i>)	197
7.1	Sestra v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých	198
7.2	Preventívna starostlivosť o dospelých	200
7.2.1	Anamnéza	201
7.2.2	Fyzikálne vyšetrenie	201

7.2.3	Laboratórne vyšetrenia	202
7.2.4	Hodnotenie kardiovaskulárneho rizika	202
7.2.5	Onkologický skríning	204
7.3	Očkovanie dospelých.....	206
7.4	Ambulantná zdravotná starostlivosť o seniorov	208
7.4.1	Zmeny kardiovaskulárneho systému	209
7.4.2	Zmeny nervového systému	210
7.4.3	Zmeny dýchacieho systému	210
7.4.4	Zmeny gastrointestinálneho systému	211
7.4.5	Zmeny uropoetického systému	211
7.4.6	Zmeny pohybového systému	211
7.4.7	Zmeny endokrinného systému	212
7.4.8	Zmeny zraku a sluchu	213
7.4.9	Zmeny kože	214
7.4.10	Zmeny imunitného systému, metabolizmu tekutín a elektrolytov a termoregulácie	214
7.5	Symptomatológia chorôb v starobe	215
7.6	Posúdenie a funkčná klasifikácia seniorov	215
7.6.1	Posúdenie seniora z pohľadu ošetrovateľstva	218
7.6.2	Posudzovacie a meracie škály.....	218
8	AMBULANTNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O ŽENU (<i>Michalková</i>)	231
8.1	Zdravotná starostlivosť v odbore gynekológia a pôrodnictvo	231
8.2	Úlohy pôrodnej asistentky v gynekologickej ambulancii	235
8.3	Preventívne a skríningové postupy v gynekológii.....	239
8.4	Preventívne a skríningové postupy v pôrodnictve	249
9	AGENTÚRY DOMÁCEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V SYSTÉME AMBULANTNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI (<i>Tirpáková</i>)	258
9.1	Historický vývoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti	260
9.2	Personálne, materiálne a priestorové zabezpečenie agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti	263
9.3	Zdravotná dokumentácia v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti	265
9.4	Rozsah činností sestry v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti... ..	278
9.5	Prevencia infekcií v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti	280
9.6	Domáca hospicová a paliatívna starostlivosť	283

ZOZNAM TABULIEK

Tab. 1.1 Modely poskytovania zdravotnej starostlivosti v členských štátoch Európskej únie	14
Tab. 1.2 Zariadenia ambulantnej starostlivosti	15
Tab. 1.3 Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti	16
Tab. 1.4 Potencionálne prínosy a riziká gatekeepingu	27
Tab. 2.1 Znázornenie jednotlivých fáz ošetrovateľského procesu	37
Tab. 3.1 10 faktorov humanistickej starostlivosti zahrnutých v Watsonovej modeli.....	73
Tab. 4.1 Vybrané preventívne postupy vydané MZ SR	99
Tab. 5.1 Domény a kompetencie pre sestry s pokročilou praxou podľa Hamric	125
Tab. 5.2 Kategória sestra s pokročilou praxou (Advanced Nurse Practitioner)	127
Tab. 5.3 Kompetencie ANP a NP	137
Tab. 6.1 Náplň preventívnych prehliadok u detí.....	157
Tab. 6.2 Hodnotenie telesnej výšky podľa percentilových pásiem	163
Tab. 6.3 Hodnotenie BMI.....	165
Tab. 6.4 Znaky funkčného stavu sluchu v priebehu prvých mesiacov života ...	171
Tab. 6.5 Čas a poradie prerezávania mliečnych zubov	172
Tab. 6.6 Čas a poradie prerezávania trvalých zubov	172
Tab. 6.7 Tannerova stupnica hodnotenia rozvoja puberty u dievčat	174
Tab. 6.8 Tannerova stupnica hodnotenia rozvoja puberty u chlapcov	174
Tab. 6.9 Zloženie materského mlieka podľa Hesequera	176
Tab. 6.10 Stratégia zavádzania príkrmov u dojčiat	178
Tab. 6.11 Odporúčané výživové dávky pre obyvateľstvo Slovenskej republiky	179
Tab. 6.12 Rozvoj hrubej a jemnej motoriky.....	181
Tab. 6.13 Rozvoj reči a sociálny vývin	182
Tab. 6.14 Rozvoj očkovacieho programu na území Slovenska	185
Tab. 6.15 Očkovací kalendár	187

Tab. 6.16 Doporučené intervaly pri postupnom očkovaní a kombinovaní „živých“ a „neživých“ vakcín	190
Tab. 6.17 Rozdelenie očkovacích látok na živé a neživé	190
Tab. 6.18 Kategórie najčastejšie očakávaných fyziologických lokálnych a celkových nežiaducich účinkov po očkovaní	192
Tab. 7.1 Rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou v ambulancii všeobecného lekára.....	200
Tab. 7.2 Očkovanie dospelých	206
Tab. 7.3 Zmeny hormonálnych hladín v priebehu starnutia	212
Tab. 7.4 Test bežných denných činností podľa Barthelovej (ADL)	219
Tab. 7.5 Test zložitejších denných činností podľa Lawtona a Brodyovej (IADL)	220
Tab. 7.6 Folsteiov test kognitívnych funkcií - MMSE (mini - mental - state - examination)	221
Tab. 7.7 Nasreddinov test (MoCa)	223
Tab. 7.8 Test kreslenia hodín	224
Tab. 7.9 Geriatrická škála depresie (GDS, Yesavageho test).....	225
Tab. 8.1 Oportúnny skrining rakoviny krčka maternice a prsníka	247
Tab. 8.2 Populačný skrining rakoviny krčka maternice a prsníka	248
Tab. 8.3 Prehľadný rozpis prenatálnych poradní a ich náplň pri starostlivosti o fyziologickú tehotnosť.....	251
Tab. 8.4 Odporúčaný hmotnostný prírastok v tehotnosti	255
Tab. 9.1 Počet sesterských miest ADOS na Slovensku	262
Tab. 9.2 Posudzovacia stupnica v ošetrovatelstve	274
Tab. 9.3 Niektoré podobnosti a rozdiely medzi paliatívnou a hospicovou starostlivosťou	285

ZOZNAM OBRÁZKOV

Obr. 1.1 Porovnanie modelov zdravotnej starostlivosti	12
Obr. 3.1 Schéma Penderovej modelu podpory zdravia	61
Obr. 3.2 Model vychádzajúceho slnka	65
Obr. 3.3 Torzo modelu Kathryn E. Barnard	69
Obr. 3.4 Schéma modelu humanistickej ošetrovateľskej starostlivosti	71
Obr. 6.1 Meranie dĺžky	162
Obr. 6.2 Meranie výšky	162
Obr. 6.3 Rastové krivky chlapci	163
Obr. 6.4 Rastové krivky dievčatá	164
Obr. 6.5 Hmotnostné grafy chlapci 0 - 18 rokov	165
Obr. 6.6 Hmotnostné grafy dievčatá 0 - 18 rokov	166
Obr. 6.7 Hmotnosť k telesnej výške chlapci	166
Obr. 6.8 Hmotnosť k telesnej výške dievčatá	167
Obr. 6.9 Obvod hlavy	168
Obr. 6.10 Orchidometer	175
Obr. 7.1 SCORE riziko	204
Obr. 9.1 Návrh na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti	268
Obr. 9.2 Dohoda o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti	269
Obr. 9.3 Dekurz ošetrovateľskej starostlivosti	270
Obr. 9.4 Ošetrovateľský záznam	271

PREDHOVOR

Od čias, keď Svetová zdravotnícka organizácia prijala Deklaráciu v Alma-Ate (1978), sa kontinuálne posilňovanie primárnej starostlivosti považuje za najdôležitejšie na dosiahnutie lepšieho zdravia a pohody obyvateľstva. Primárna starostlivosť je prvá úroveň zdravotného systému, kam ľudia prichádzajú so svojimi zdravotnými problémami a kde sa realizujú liečebné postupy a potreby v oblasti podpory zdravia a preventívnej starostlivosti väčšiny obyvateľov. Sestry pracujúce v primárnej zdravotnej starostlivosti významnou mierou prispievajú k dosiahnutiu týchto cieľov.

Vysokoškolská učebnica, ktorá je určená študentom ošetrovateľstva v pregraduálnom, ale aj postgraduálnom vzdelávaní, ako aj záujemcom z iných zdravotníckych odborov, ponúka prehľad ambulantnej zdravotnej starostlivosti z pohľadu ošetrovateľstva. Charakterizuje ošetrovateľský proces v ambulantnej zdravotnej starostlivosti, úlohu sestry v prevencii a podpore zdravia, rieši problematiku implementácie pokročilej praxe v ošetrovateľstve v ambulantnej zdravotnej starostlivosti a zameriava sa na možnosti pôsobenia agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Veríme, že vysokoškolská učebnica ponúkne študentom učebné texty zaujímavým a rozvíjajúcim spôsobom.

Na záver si dovoľujeme vysloviť poďakovanie recenzentom za ich cenné pripomienky a starostlivé posúdenie textov.

Kolektív autorov

1 ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Libuša Tirpáková

Zdravie patrí medzi základné ľudské práva. Podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie je „zdravie stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nielen neprítomnosť choroby alebo postihnutia“. Zdravie sa chápe ako zdroj každodenného života, nie ako jeho cieľ. Zdravie umožňuje jednotlivcovi alebo skupine realizovať svoje túžby, uspokojovať svoje potreby, meniť a vyrovnať sa s prostredím. Dôležitú úlohu zohráva podpora zdravia, ktorá zahŕňa obyvateľstvo ako celok v kontexte jeho každodenného života a nezameriava sa len na osoby ohrozené konkrétnymi ochoreniami. Cieľom podpory zdravia je najmä konkrétna a účinná účasť verejnosti. Podpora zdravia kombinuje rôzne, ale vzájomne doplnujúce sa metódy alebo postupy vrátane komunikácie, vzdelávania, legislatívy atď. Hoci podpora zdravia je aktivitou v zdravotnej a sociálnej oblasti a nie zdravotníckou službou, najmä zdravotnícki pracovníci v primárnej zdravotnej starostlivosti zohrávajú pri podpore zdravia dôležitú úlohu.

Zdravotná starostlivosť je podľa Zákona o zdravotnej starostlivosti č. 576/2004 Z. z., službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií, zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu. Charta práv pacienta právo na zdravotnú starostlivosť definuje ako právo na využívanie výhod zdravotníckeho systému a zdravotníckych služieb, ktoré sú v štáte dostupné. Každý má mať právo na prístup k takému štandardu zdravotnej starostlivosti, ktorý je v súlade s právnymi predpismi platnými v Slovenskej republike a so súčasným stavom lekárskej vedy. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zakazuje akákoľvek diskriminácia z dôvodu rasy, farby pleti, pohlavia, náboženstva, politického

alebo iného zmýšľania, národnostného alebo sociálneho pôvodu, majetku, rodu alebo iného postavenia.

Rozsah a formy štátnej intervencie ovplyvňujú ako je zdravotnícky systém organizovaný. Existuje viacero foriem zdravotníckych systémov. Medzi základné modely zdravotnej starostlivosti môžeme zaradiť:

1. systémy založené na zdravotnom poistení
 - Bismarckov model,
 - trhovo orientované zdravotníctvo,
2. zdravotné poistenie založené na štátnom rozpočte
 - Beveridgeho model,
 - Semaškov model.

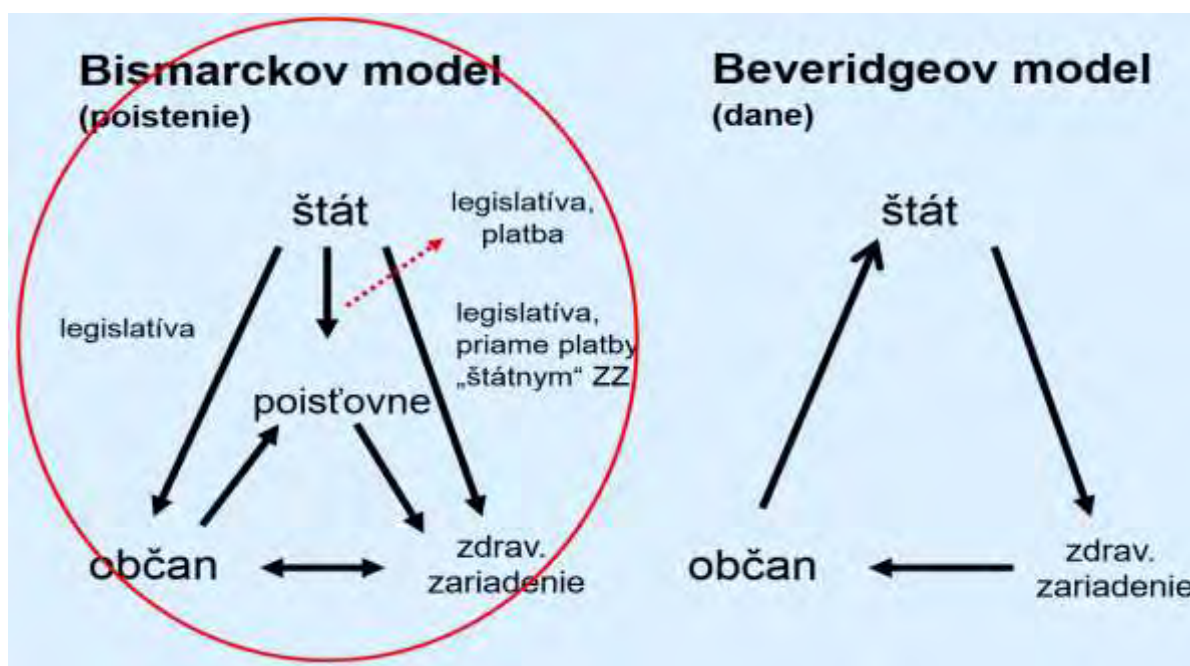
Model pomenovaný po nemeckom kancelárovi Otto von Bismarckovi vznikol v rokoch 1883 – 1889. Spočiatku bol určený ako sociálne poistenie pre chudobných pracujúcich. Systém zdravotného poistenia je založený na výbere zdravotných odvodov, ktoré sa následne používajú len na financovanie zdravotníctva. Charakteristické pre Bismarckov model je, že poistenými osobami sú zamestnanci, alebo zárobkovo činné osoby, financovanie je z odvodov odstupňovaných podľa príjmu, odvody sa platia z miezd a platov (obr. 1.1). Za skupinu ľudí, ktorá neprispieva do systému platí odvody štát. Zdrojom financií v tomto systéme sú zdravotné odvody zamestnancov a zamestnávateľov. Systém zdravotného poistenia je rozšírený hlavne v ekonomicky najrozvinutejších krajinách sveta.

Beveridgeov systém (obr. 1.1) je založený na financovaní zdravotníctva z príjmov štátneho rozpočtu. Pomenovaný je po Williamovi Beveridgeovi, ktorý bol sociálnym reformátorom a navrhol národný zdravotnícky systém vo Veľkej Británii. Pri tomto spôsobe financovania výdavkov zdravotníctva sa taktiež predpokladá, že každý jednotlivec má zaručený prístup k zdravotnej starostlivosti. Daňový systém je vo svete najrozšírenejšou formou financovania zdravotníctva.

Semaškov model je centralizovaný systém zdravotnej starostlivosti, ktorý sa čiastočne podobá Beveridgeovmu modelu. Financuje sa zo štátneho rozpočtu a prístupný je pre všetkých. Kontrolu uskutočňuje vláda prostredníctvom

centrálneho plánovania. Neexistuje žiadny privátny sektor. Bol typický pre krajiny strednej a východnej Európy (bývalé krajiny tzv. socialistického bloku).

Trhovo orientované zdravotníctvo kladie dôraz na dobrovoľné súkromné zdravotné poistenie. Tento model je najtypickejší pre Spojené štáty americké, kde neexistuje systém všeobecného zdravotného poistenia, ale zdravotné poistenie je dobrovoľné. Lekári a zdravotné zariadenia sú súkromné subjekty a výška úhrady je stanovená individuálne. Zároveň tu prevažuje tzv. skupinové zdravotné poistenie, kde sú ekonomicky aktívni obyvatelia poistení v rámci zamestnania. Tento typ poistenia sa používa aj ako doplnkový spôsob financovania zdravotných služieb. Najčastejšie sa vyskytuje v rozvinutých krajinách pre tých poistencov, ktorí majú záujem dobrovoľne sa pripoistiť dodatočnými platbami a získať tak dodatočné zdravotné služby.



Obr. 1.1 Porovnanie modelov zdravotnej starostlivosti (Zdroj: Švihrová, 2015)

Model zdravotného poistenia na území Slovenska závisel od štátneho zriadenia, ktorého súčasťou bolo aj Slovensko. Nemocenské poistenie v Uhorsku bolo zavedené do praxe až zákonným článkom XIV z roku 1891 o nemocenskom poistení. Zákonný článok XIX z roku 1907 zveril nemocenské a úrazové poistenie okresným pokladniciam, ktoré poistovali robotníkov a zrušil

továrenského, súkromnospolkové pokladnice a pokladnice priemyselných zborov. Zaviedol jednotný systém povinného nemocenského a úrazového poistenia pre zamestnancov v priemyselných a obchodných podnikoch nad 20 zamestnancov. Československá republika po svojom vzniku v roku 1918 prebrala rakúske a uhorské právne normy o povinnom nemocenskom a úrazovom poistení. Novelou č. 268/1919 Zb. z. a n. zo dňa 15. mája 1919 štát rozšíril pôsobnosť nemocenského a úrazového poistenia aj na skupiny ľudí, ktoré rakúska ani uhorská legislatíva nebrala do úvahy – hlavne o lesných robotníkov a zamestnancov v domácnosti. Nariadením č. 516/1919 Zb. z. a n. zo dňa 23. septembra 1919 bola zriadená Zemská úradovňa pre poisťovanie robotníkov na Slovensku v Bratislave. Zákonom č. 221/1924 sa naštartovala reforma sociálneho poistenia. Do platnosti vstúpil zákon naplno až v júni 1926, zjednocoval sústavu nemocenského poistenia a zavádzal povinné penzijné a invalidné poistenie. Po roku 1948 dochádza postupne k zmenám poistného systému. Bol zavedený systém zdravotnej starostlivosti podľa Semaška. Zdravotná starostlivosť bola poskytovaná bezplatne, došlo k znárodneniu všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ich zaradeniu do krajských a okresných ústavov národného zdravia. Od 1. 1. 1953 zákonom o dani zo mzdy je financovanie zdravotníctva zo štátneho rozpočtu.

Súčasný systém zdravotného poistenia v Slovenskej republike sa formuje od roku 1991. Dochádza k opätovnému zavedeniu Bismarckovho modelu. V roku 1993 bola založená Národná poisťovňa zodpovedná za financovanie zdravotného, sociálneho a dôchodkového poistenia. O rok neskôr bol prijatý zákon o zdravotnom poistení. Tento zákon zaviedol viacdrožové financovanie zdravotného poistenia a je založený podobne ako v iných európskych krajinách na princípoch solidarity, plurality, rovnosti, hospodárnosti, autonómnosti, verejnoprávnosti a kontrolnej úlohe štátu. Systém súčasného zdravotného poistenia na Slovensku upravuje právna norma č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Modely zdravotného poistenia v členských štátoch Európskej únie prezentuje tabuľka 1.1.

Tab. 1.1 **Modely poskytovania zdravotnej starostlivosti v členských štátoch Európskej únie**

Bismarckov model	Beveridgeho model
Belgicko Česká republika Estónsko Francúzsko Holandsko Lotyšsko Luxembursko Maďarsko Nemecko Poľsko Rakúsko Slovensko	Dánsko Fínsko Grécko Írsko Litva Portugalsko Slovinsko Španielsko Švédsko Taliansko

(Zdroj: upravené podľa Pobudová, 2019)

1.1 Úrovně zdravotného systému

Zdravotná starostlivosť v jednotlivých krajinách je vymedzená zákonnými normami. Na Slovensku bol v roku 1994 prijatý zákon 277 o zdravotnej starostlivosti. Podľa tohto legislatívneho rámca sa zdravotná starostlivosť poskytovala ambulantne alebo ústavne formou primárnej, sekundárnej a následnej zdravotnej starostlivosti. § 18 charakterizoval primárnu zdravotnú starostlivosť ako základnú ambulantnú preventívnu a liečebnú starostlivosť vrátane sprostredkovania ďalšej odbornej, ambulantnej a ústavnej starostlivosti, návštevných služieb, lekárskej služby prvej pomoci a rýchlej zdravotnej pomoci, ktorú poskytovali praktickí lekári pre dospelých, praktickí lekári pre deti a dorast, gynekológovia, stomatóológovia a ďalší príslušní zdravotníckí pracovníci. Súčasťou primárnej zdravotnej starostlivosti bola aj závodná preventívna zdravotná starostlivosť. Podľa § 19 sekundárna zdravotná starostlivosť bola preventívna, diagnostická a liečebná starostlivosť, ktorá presahovala rámec primárnej zdravotnej starostlivosti. Poskytovala sa ambulantne a ústavne. Následná zdravotná starostlivosť nadväzovala na predchádzajúcu primárnu zdravotnú starostlivosť a sekundárnu zdravotnú

starostlivosť v prípadoch, keď bolo potrebné v záujme dokončenia liečebného procesu alebo na zlepšenie zdravotného stavu. Zákon 277/1994 o zdravotnej starostlivosti bol zrušený dňom 1. 1. 2006.

1. 1. 2005 nadobudol účinnosť zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. Týmto zákonom bola zdravotná starostlivosť špecifikovaná ako:

- ambulantná starostlivosť,
- ústavná starostlivosť,
- lekárenská starostlivosť.

Ambulantná starostlivosť sa poskytuje osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Ambulantná starostlivosť sa poskytuje aj v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí osoby, ktorej sa ambulantná starostlivosť poskytuje.

Tab. 1.2 Zariadenia ambulantnej starostlivosti

ambulancie	všeobecná	pre deti a dorast pre dospelých
	špecializovaná	
	ambulantnej pohotovostnej služby	ambulancia pevnej ambulantnej pohotovostnej služby pre deti a dorast ambulancia pevnej ambulantnej pohotovostnej služby pre dospelých ambulancia doplnkovej ambulantnej pohotovostnej služby pre deti a dorast ambulancia doplnkovej ambulantnej pohotovostnej služby pre dospelých
	záchrannej zdravotnej služby	ambulancia rýchlej lekárskej pomoci ambulancia rýchlej zdravotnej pomoci ambulancia rýchlej lekárskej pomoci s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky ambulancia vrtuľníkovej záchrannej zdravotnej služby ambulancia rýchlej zdravotnej pomoci „S“
	zubno – lekárskej pohotovostnej služby	
	mobilné odberové miesto	

Tab. 1.2 Zariadenia ambulantnej starostlivosti – pokračovanie

	epidemiologická ambulancia	epidemiologická ambulancia pre deti a dorast epidemiologická ambulancia pre dospelých
zariadenie na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti		
stacionár		
poliklinika		
agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti		
zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek		
mobilný hospic		
tkanivové zariadenie		
referenčné laboratórium		
ambulancia dopravnej zdravotnej služby		

(Zdroj: Zákon 578/2004 Z. z.)

Ústavná starostlivosť sa poskytuje osobe, ak jej zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.

Tab. 1.3 Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti

nemocnica	všeobecná špecializovaná
liečebňa	
hospic	
dom ošetrovateľskej starostlivosti	
prírodné liečebné kúpele	
kúpeľná liečba	
zariadenie biomedicínskeho výskumu	

(Zdroj: Zákon 578/2004 Z. z.)

Zdravotnícke zariadenia musia byť personálne zabezpečené a materiálno-technicky vybavené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súlade so svojím odborným zameraním. Minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení ustanovuje všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva.

1.2 Primárna zdravotná starostlivosť

Termíny primárna starostlivosť a komunitná starostlivosť sa často zamieňajú. Komunitná ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na dve základné oblasti:

- Ošetrovateľstvo zamerané na zdravie komunity (community health nursing), ktorého cieľovou skupinou sú jednotlivci, rodiny, skupiny. Poskytuje sa v domácom prostredí, práci, škole a využíva prvky primárnej (podpora zdravia, edukácia), sekundárnej (skrining) a terciárnej (rehabilitácia) prevencie.
- Ošetrovateľstvo zamerané na komunitu (community-based nursing). Zamerané je na starostlivosť o chorých jednotlivcov a ich rodiny v priebehu celého života, poskytuje sa v domácom prostredí a komunitných zariadeniach. Obsahuje prvky sekundárnej, terciárnej a niekedy aj primárnej prevencie.

Primárna starostlivosť je pojem, ktorý sa často používa ako synonymum k označeniu prvej úrovne zdravotného systému, t. j. primárneho zdravotného systému. Predstavuje časť systému zdravotných služieb, ktorá zabezpečuje na osobu zameranú starostlivosť v priebehu času a pre definovanú populáciu. Zabezpečuje koordináciu starostlivosti tak, aby všetky formy starostlivosti boli integrované. Znaky kvality primárnej starostlivosti zahŕňajú efektívnosť, bezpečnosť, sústredenie na ľudí, komplexnosť, kontinuitu a integráciu. Súčasné trendy zameriavajú primárnu zdravotnú starostlivosť na plnenie zdravotnej politiky v komunite. Primárna zdravotná starostlivosť je preto chápaná ako starostlivosť v komunitných situáciách, ako sústavná starostlivosť, miesto prvého kontaktu, kontinuálna starostlivosť.

Hnutie primárnej zdravotnej starostlivosti sa začalo v roku 1977, keď 30. zhromaždenie Svetovej zdravotníckej organizácie prijalo rezolúciu, ktorej obsahom je cieľ podľa, ktorého sa má do konca storočia dosiahnuť úroveň zdravia, ktorá umožní všetkým ľuďom viesť sociálne aj ekonomicky produktívny život. Na Medzinárodnej konferencii o primárnej zdravotnej starostlivosti v Alma-Ata 12. 9. 1978 bola vyjadrená potreba, aby všetky vlády, všetci zdravotníci a rozvojoví pracovníci a celé svetové spoločenstvo urýchlene prijali opatrenia na ochranu a podporu zdravia všetkých ľudí na svete. Deklarácia prijatá na tejto konferencii obsahuje nasledujúce závery:

I

Konferencia dôrazne potvrdzuje, že zdravie je stav úplnej fyzickej, mentálnej a sociálnej pohody, a nie len neprítomnosť ochorenia alebo nevládnosti, a teda je základným ľudským právom, a že dosiahnutie najvyššej možnej úrovne zdravia je najdôležitejším celosvetovým spoločenským cieľom, ktorého uskutočnenie si vyžaduje činnosť nielen zdravotníctva, ale aj mnohých ďalších sociálnych a ekonomických sektorov.

II

Existujúca vážna nerovnosť v stave zdravia ľudí, predovšetkým medzi rozvinutými a rozvíjajúcimi sa krajinami, ako aj v rámci krajín je politicky, sociálne a ekonomicky neprijateľná, a preto je spoločným problémom všetkých krajín.

III

Ekonomický a sociálny rozvoj založený na novom medzinárodnom ekonomickom poriadku je podstatný pre plné dosiahnutie zdravia pre všetkých a pre zmenšenie rozdielu medzi stavom zdravia v rozvojových a rozvíjajúcich sa krajinách. Podpora a ochrana zdravia ľudí je základným predpokladom udržateľného ekonomického a sociálneho rozvoja a prispieva k lepšej kvalite života a k svetovému mieru.

IV

Ľudia majú právo a povinnosť individuálne alebo kolektívne sa zúčastňovať na plánovaní a realizácii svojej zdravotnej starostlivosti.

V

Vlády nesú zodpovednosť za zdravie svojich obyvateľov, ktorú si môžu plniť len zabezpečením adekvátnych opatrení v zdravotnej a sociálnej oblasti. Hlavný sociálny cieľ vlád, medzinárodných organizácií a celého svetového spoločenstva v nasledujúcich desaťročiach by malo byť, aby všetci ľudia na svete do roku 2000 dosiahli úroveň zdravia, ktorá im umožní viesť spoločensky a ekonomicky produktívny život. Kľúčom k dosiahnutiu tohto cieľa je primárna zdravotná starostlivosť ako súčasť rozvoja v duchu sociálnej spravodlivosti.

VI

Primárna zdravotná starostlivosť je esenciálna zdravotná starostlivosť založená na praktických, vedecky korektných a spoločensky prijateľných metódach a technike, ku ktorým majú jednotlivci a rodiny v komunite všeobecný prístup vo forme plnej účasti a za cenu, ktorú si komunita a krajina môžu dovoliť zachovať v každom stupni rozvoja a v duchu sebestačnosti a sebaurčenia. Tvorí súčasť zdravotného systému krajiny, kde plní ústrednú funkciu a hlavné zameranie a rovnako je súčasťou celkového sociálneho a hospodárskeho rozvoja komunity. Predstavuje prvú úroveň kontaktu jednotlivca, rodiny a komunity s národným zdravotným systémom a prináša zdravotnú starostlivosť čo najbližšie tam, kde ľudia žijú a pracujú a predstavuje prvý prvok procesu kontinuálnej zdravotnej starostlivosti.

VII

Primárna zdravotná starostlivosť:

1. je odrazom a vychádza z ekonomických podmienok, sociokultúrnych a politických charakteristík krajiny a jej komunít a je založená na aplikácii relevantných výsledkov sociálneho a biomedicínskeho výskumu a výskumu v oblasti verejného zdravia a skúseností v oblasti verejného zdravia;
2. rieši hlavné zdravotné problémy komunity, poskytuje náležité podporné, preventívne, liečebné a rehabilitačné služby;
3. zahŕňa minimálne: vzdelávanie o prevažujúcich zdravotných problémoch a metódach ich prevencie a riešenia; podporu zabezpečenia potravín a vhodnej výživy; adekvátne zásobovanie bezpečnou vodou a základnú

hygienu; starostlivosť o matku a dieťa vrátane plánovaného rodičovstva; imunizáciu proti závažným infekčným ochoreniam; prevenciu a boj proti lokálnym endemickým ochoreniam; náležitú liečbu bežných ochorení a zranení a poskytovanie základných liekov;

4. popri sektore zdravotníctva zapája všetky súvisiace sektory a aspekty rozvoja na národnej a komunitnej úrovni, najmä poľnohospodárstvo, živočíšnu výrobu, potravinárstvo, školstvo, bývanie, verejné služby, komunikácie a ďalšie sektory a vyžaduje od všetkých týchto sektorov koordinované úsilie;
5. vyžaduje a podporuje maximálne spoliehanie sa na seba od komunity aj jednotlivcov, ako aj ich spoluúčasť na plánovaní, organizácii, prevádzke a riadení primárnej zdravotnej starostlivosti pri maximálnom využití miestnych, národných a iných dostupných zdrojov, pričom s týmto cieľom sa bude schopnosť komunity mať spoluúčasť rozvíjať vhodným vzdelávaním;
6. mala by byť zabezpečená integrovanými, funkčnými a vzájomne sa podporujúcimi systémami odosielania pacientov, čo povedie k progresívnemu zlepšeniu komplexnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých a prioritne pre tých, čo ju potrebujú najviac;
7. spolieha sa na miestnu úroveň a úrovne, kam sa pacienti ďalej odosielajú, vrátane lekárov, sestier, pôrodných asistentiek, pomocného zdravotníckeho personálu, pridružených profesií, komunitných pracovníkov a podľa potreby tradičných praktických zdravotníkov, vhodne vyškolených v sociálnych a technických zručnostiach, aby pracovali ako zdravotnícky tím a reagovali na prejavene potreby komunity v oblasti zdravia.

VIII

Všetky vlády by mali sformulovať národnú politiku, stratégiu a akčné plány na zavedenie a udržanie primárnej zdravotnej starostlivosti ako súčasti komplexného národného zdravotného systému a v koordinácii s ďalšími sektormi. Na ten účel bude potrebná politická vôľa, mobilizovanie zdrojov v krajine a racionálne využitie dostupných externých zdrojov.

IX

Všetky krajiny by mali spolupracovať v duchu partnerstva a služby s cieľom zabezpečiť zdravotnú starostlivosť pre všetkých, keďže dosiahnutie zdravia u ľudí v ktorejkoľvek krajine sa priamo dotýka a je prínosom každej ďalšej krajiny. V tomto kontexte správa WHO/UNICEF o primárnej zdravotnej starostlivosti je pevným základom pre ďalší rozvoj a fungovanie primárnej zdravotnej starostlivosti na celom svete.

X

Prijateľná úroveň zdravia pre všetkých ľudí na svete sa dá do roku 2000 dosiahnuť lepším a plnším využívaním svetových zdrojov, ktorých významná časť sa teraz vynakladá na zbrane a ozbrojené konflikty. Skutočná politika nezávislosti, pokoja, uvoľnenia a odzbrojenia by mohla a mala uvoľniť ďalšie zdroje, ktoré by sa mohli využiť na mierové účely a predovšetkým na zrýchlenie sociálneho a ekonomického rozvoja, ktorého základnou súčasťou je primárna zdravotná starostlivosť, ktorá by mala dostať náležitý podiel na týchto zdrojoch.

Medzinárodná konferencia o primárnej zdravotnej starostlivosti vyzýva k urýchlenému a efektívnemu konaniu na národnej a medzinárodnej úrovni s cieľom vyvinúť a implementovať primárnu zdravotnú starostlivosť na celom svete a predovšetkým v rozvíjajúcich sa krajinách v duchu technického rozvoja, spolupráce a v súlade s novým medzinárodným hospodárskym poriadkom. Apeluje na vlády, WHO, UNICEF a ďalšie medzinárodné organizácie, ako aj na multilaterálne a bilaterálne agentúry, mimovládne organizácie, financujúce agentúry, všetkých zdravotníckych pracovníkov a celé svetové spoločenstvo, aby podporovali národný a medzinárodný záväzok primárnej zdravotnej starostlivosti a poskytli jej zvýšenú technickú a finančnú podporu, predovšetkým v rozvíjajúcich sa krajinách. Konferencia všetkých vyššie uvedených vyzýva k spolupráci na zavádzaní, rozvíjaní a zachovaní primárnej zdravotnej starostlivosti v súlade s duchom a obsahom tejto deklarácie.

25. a 26. októbra 2018 sa v Astane v Kazachstane konala Globálna konferencia o primárnej zdravotnej starostlivosti pod názvom „Od Alma-Aty smerom ku všeobecne dostupnej zdravotnej starostlivosti a cieľom trvalo udržateľného rozvoja“. Predstavitelia štátov a vlád, zúčastňujúcich sa Globálnej

konferencie o primárnej starostlivosti potvrdili záväzky vyjadrené v Deklarácii z Alma-Aty z roku 1978 a prijali deklaráciu, ktorej článok II vyjadruje presvedčenie, že posilnenie primárnej zdravotnej starostlivosti je najintegratívnejším, najúčinnnejším a najefektívnejším prístupom na zlepšenie fyzického a duševného zdravia ľudí, ako aj sociálneho blahobytu, a že primárna zdravotná starostlivosť tvorí základný kameň trvalo udržateľného systému zdravotnej starostlivosti pre všeobecne dostupnú zdravotnú starostlivosť a ciele trvalo udržateľného rozvoja súvisiace so zdravím.

Vlády jednotlivých štátov zúčastňujúcich sa konferencie vyjadrili nasledujúce záväzky a víziu do budúcnosti:

- Vlády a spoločnosti, budú uprednostňovať, podporovať a chrániť zdravie a blaho obyvateľstva na úrovni celej krajiny aj na úrovni jednotlivca prostredníctvom silných zdravotníckych systémov.
- Primárna zdravotná starostlivosť ako vysokokvalitné, bezpečné, komplexné a integrované zdravotné služby, ktoré sú prístupné, cenovo dostupné každému a všade, poskytované so súcitom, rešpektom a dôstojnosťou zo strany dobre vyškoleného kvalifikovaného, motivovaného a odhodlaného zdravotného personálu.
- Podporné a zdraviu prospešné prostredie, ktoré bude jednotlivcov aj komunity podnecovať k posilňovaniu a udržiavaniu zdravia a duševnej pohody.
- Partneri a zainteresované strany, ktoré budú poskytovať účinnú podporu národných zdravotných politík, stratégií a plánov.

Podľa záverov Astanskej deklarácie úspech primárnej zdravotnej starostlivosti bude závisieť od:

- **Vedomostí a budovania kapacít.** Aplikovať vedomosti, vedecké aj tradičné, na posilnenie primárnej zdravotnej starostlivosti, zlepšenie zdravotného stavu populácie a na zabezpečenie prístupu všetkých ľudí k správnej starostlivosti v správnom čase a na najvhodnejšej úrovni rešpektujúc ich práva, potreby, dôstojnosť a autonómiu. Pokračovať vo výskume a zdieľaní vedomostí a skúseností, budovať kapacity a zlepšovať poskytovanie zdravotníckych služieb a starostlivosti.

- **Ľudských zdrojov.** Vytvoriť dôstojné pracovné podmienky a zabezpečiť primeranú finančnú kompenzáciu za prácu, pre odborníkov v zdravotníctve a pre všetkých zdravotníckych pracovníkov pracujúcich na úrovni primárnej zdravotnej starostlivosti, účinne reagujúc na zdravotné potreby ľudí v multidisciplinárnom kontexte. Naďalej investovať do vzdelávania, odbornej prípravy, náboru, rozvoja, motivácie a udržania pracovnej sily v primárnej zdravotnej starostlivosti s vhodnou rôznorodosťou zručností. Usilovať sa o udržanie a zabezpečenie dostupnosti pracovnej sily primárnej zdravotnej starostlivosti vo vidieckych, vzdialených a menej rozvinutých oblastiach.
- **Rozvoja technológií.** Podporovať rozširovanie a zvyšovanie prístupnosti celého radu služieb zdravotnej starostlivosti využitím vysoko kvalitného, bezpečného, efektívneho a dostupného zdravotníctva, vrátane tradičnej medicíny, vakcín, diagnostiky a iných technológií. Podporovať ich dostupnosť a racionálne a bezpečné využitie ako aj ochranu osobných dát. Pokrok v informačných technológiách umožní zhromažďovať rozčlenené, vysoko kvalitné dáta a zlepšiť kontinuitu informačného toku, odborný dohľad, transparentnosť, zodpovednosť a monitorovanie výkonnosti zdravotníckych systémov. Využívať rôznorodé technológie na zlepšenie prístupu k zdravotnej starostlivosti, obohatenie poskytovaných zdravotných služieb, zvýšenie kvality služieb a bezpečnosti pacientov, zefektívnenie a koordináciu starostlivosti. Pomocou digitálnych a iných technológií umožniť jednotlivcom aj komunitám identifikovať zdravotné potreby, zúčastňovať sa plánovania a poskytovania služieb a zohrávať aktívnu úlohu pri udržiavaní vlastného zdravia a duševnej pohody.
- **Financovania.** Všetky krajiny by mali naďalej investovať do primárnej zdravotnej starostlivosti v záujme zlepšenia zdravotného stavu svojej populácie. Riešiť problémy vyplývajúce z nerovností a neefektívnosti, ktoré ľudí vystavujú finančným problémom, ak potrebujú využívať služby zdravotnej starostlivosti, zabezpečením lepšej distribúcie zdrojov v zdravotníctve, adekvátnym financovaním primárnej zdravotnej starostlivosti a funkčnými systémami úhrad v záujme zlepšenia

prístupnosti a dosiahnutia lepšieho zdravotného stavu obyvateľstva. Naďalej sa usilovať o finančnú stabilitu, efektívnosť a odolnosť národných zdravotníckych systémov, adekvátnu alokáciu zdrojov do primárnej zdravotnej starostlivosti na báze národného rámca. Nikto nezostane nepovšimnutý a každý bude mať prístup ku kvalitnej primárnej starostlivosti v celej šírke služieb vrátane zraniteľných skupín a osôb v oblastiach postihnutých konfliktami.

Poslaním zdravotníctva je významne prispievať k zvyšovaniu kvality života občanov prostredníctvom znižovania úmrtnosti, chorobnosti, trvalých a dočasných následkov chorôb a úrazov, poskytovaním účelovej, kvalitnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti, pôsobením verejného zdravotníctva, podporou individuálnej a komunitnej starostlivosti o zdravie. Primárna zdravotná starostlivosť je základným pilierom zdravotnej starostlivosti. Poskytovanie primárnej zdravotnej starostlivosti závisí od systému zdravotnej starostlivosti v danej krajine. Najtradičnejším a najrozšírenejším modelom poskytovania primárnej zdravotnej starostlivosti je rodinné lekárstvo, niekde používaný termín aj praktické lekárstvo. Charakteristikou rodinného lekárstva je poskytovanie primárnej zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na vek pacienta. Regionálny úrad WHO pre Európu zhrnul nasledujúce atribúty praxe rodinného lekárstva:

Všeobecnosť: prax rodinného lekárstva rieši neselektované zdravotné problémy celej populácie; nevylučuje žiadne kategórie populácie na základe veku, pohlavia, spoločenskej triedy, rasy, náboženstva alebo na základe určitej kategórie ťažkosti alebo problému súvisiaceho so zdravím. Musí byť ľahko dostupná s minimálnym odkladom; jej dostupnosť nie je limitovaná geografickými, kultúrnymi, administratívnymi alebo finančnými prekážkami.

Kontinuita: prax rodinného lekárstva sa v prvom rade sústreďuje na osobu, a nie na chorobu. Zakladá sa na dlhodobom osobnom vzťahu medzi pacientom a lekárom, na dlhodobej zdravotnej starostlivosti počas dôležitých období života a nie je limitovaná na jednu konkrétnu epizódu ochorenia.

Komplexnosť: prax rodinného lekárstva poskytuje jednotlivcom integrovanú podporu zdravia, liečebnú starostlivosť, rehabilitáciu, fyzickú, psychickú a

sociálnu podporu. Rieši spojitosť medzi chorobou a ochorením a keď prijíma klinické rozhodnutia, integruje humanistické a etické aspekty vzťahu medzi lekárom a pacientom.

Koordinácia: prax rodinného lekárstva dokáže riešiť mnohé zdravotné problémy jednotlivca pri prvom kontakte s rodinným lekárom, ale v prípade potreby rodinný lekár zabezpečí náležité a včasné odoslanie pacienta k príslušnému špecialistovi tam, kde sa pacientovi poskytne potrebná zdravotná služba. V takých prípadoch by rodinní lekári mali informovať pacientov o dostupných službách a o tom, ako ich najlepšie využiť, a mali by koordinovať poradenstvo a podporu, ktorú pacienti dostávajú. Rodinní lekári by mali pôsobiť ako manažéri starostlivosti vo vzťahu k iným poskytovateľom zdravotnej a sociálnej starostlivosti, mali by radiť svojim pacientom v oblasti zdravia.

Spolupráca: rodinní lekári by mali byť pripravení pracovať spolu s ďalšími poskytovateľmi lekárskej, zdravotnej a sociálnej starostlivosti, delegovať na nich starostlivosť o svojich pacientov, ak je to vhodné, so zreteľom na kompetentnosť ďalších disciplín. Mali by prispievať k činnosti a aktívne sa podieľať na práci dobre fungujúceho multidisciplinárneho tímu a musia byť pripravení takýto tím viesť.

Orientácia na rodinu: rodinní lekári riešia zdravotné problémy pacientov v kontexte ich rodinného prostredia, sociálnych a kultúrnych väzieb a podmienok, v ktorých žijú a pracujú.

Orientácia na komunitu: problémy pacienta treba vnímať v kontexte jeho života v miestnej komunite. Rodinný lekár by mal mať vedomosť o zdravotných potrebách obyvateľov komunity a mal by spolupracovať s ďalšími odborníkmi, úradmi z iných sektorov a so svojpomocnými skupinami s cieľom iniciovať potrebné zmeny na riešenie miestnych zdravotných problémov.

Prvý kontakt: pacienti a obyvatelia vedia, že v prípade potreby ambulancia rodinného lekára je miesto prvého kontaktu. Tu rodinný lekár poskytuje primárnu starostlivosť vo vlastnej kompetencii a ak je to nevyhnutné, môže pacienta odporučiť do starostlivosti ďalším poskytovateľom zdravotných služieb.

Charakteristickým modelom poskytovania všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre našu krajinu je ambulantná starostlivosť rozdelená na základe stanovenej vekovej hranice medzi všeobecné lekárstvo pre deti a dorast a všeobecné lekárstvo pre dospelých. Sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v roku 2020 tvorilo 2056 ambulancií všeobecných lekárov pre dospelých a 972 všeobecných lekárov pre deti a dorast.

Súčasným trendom vo svete je, že poskytovatelia primárnej starostlivosti sa čoraz viac organizujú do tímov alebo sietí a často majú svoju základňu v strediskách primárnej starostlivosti alebo komunitných nemocniciach. Uľahčuje to nielen pracovné procesy, ale aj spoluprácu medzi profesiami v rámci primárnej starostlivosti. K profesionálom aktívne pôsobiacim v tímoch primárnej starostlivosti patria napr. všeobecní lekári/rodinní lekári, stomatológovia, dietológovia, sestry, pracovní terapeuti, optometrici, farmaceuti, fyzioterapeuti, psychológovia a sociálni pracovníci. Tieto strediská starostlivosti môžu byť geograficky sústredené služby alebo organizácie, ktoré ponúkajú rozličné formy primárnej starostlivosti. Silné systémy primárnej zdravotnej starostlivosti tak prispievajú k spravodlivosti a zlepšujú zdravotné výsledky.

Vstupným miestom do zdravotného systému je primárna starostlivosť. Prístup k sekundárnej starostlivosti je niekedy podmienený odoslaním. V takých prípadoch primárna starostlivosť plní úlohu „vrátnika“, ktorý riadi pacientov vstup do zdravotného systému a predchádza využívaniu sekundárnej starostlivosti, ktorá nie je nevyhnutná, pričom preberá zodpovednosť nielen za poskytnutie starostlivosti, ale aj za koordináciu špecializovanej starostlivosti prostredníctvom odosielania. Gatekeeping (filtrovanie, triedenie) (tab. 1.4) sa preto dá vnímať ako organizačný mechanizmus na podporu koordinovanej starostlivosti.

Tab. 1.4 **Potencionálne prínosy a riziká gatekeepingu**

	Prínosy	Riziká
Efektívnosť	redukuje sa nepotrebné využívanie služieb (špecialistov)	odopiera sa prístup k potrebným špecialistom; neredukuje objem služieb špecialistov, ale skôr zvyšuje
Náklady	znižujú sa náklady	neredukuje náklady; mierny nárast nákladov
Spokojnosť pacientov	vysoká miera dôvery vo všeobecných lekárov	pacienti majú pocit obmedzeného výberu
Kvalita	kvalita sa zlepšuje koordináciou	v porovnaní so špecialistami, všeobecní lekári poskytujú menej kvalitnú starostlivosť pri danom zdravotnom probléme
Rovnosť	zmenšujú sa nerovnosti; podporuje rozhodovanie u znevýhodnených osôb; redukuje nepotrebné	nerovnosti pretrvávajú, lebo zvýhodnené skupiny vedia vyvíjať väčší tlak na všeobecných lekárov

(Zdroj: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c34869f8-783e-4d99-9f58-6bcd5965608e>)

Vládou Slovenskej republiky bol schválený Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 - 2030, ktorý zavádza priority zlepšenia efektivity zdravotnej starostlivosti a s ním následné zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva. Primárna ambulantná zdravotná starostlivosť by mala byť hlavným cieľom zlepšenia systému zdravotnej starostlivosti. Prioritou strategického rámca v oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti je implementácia konceptu integrovaného modelu starostlivosti o zdravie. Jadro integrovaného modelu starostlivosti o zdravie spočíva v práci všeobecných lekárov pre dospelých, všeobecných lekárov pre deti a dorast, gynekológov a zubných lekárov, ktorí poskytujú všeobecnú ambulantnú starostlivosť spolu so sestrami a ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi. Všeobecná ambulantná

starostlivosť by mala byť základom poskytovania zdravotnej starostlivosti s prepojením na špecializovanú a následnú zdravotnú starostlivosť. Vzhľadom k tomu, že v súčasnosti je ambulantná zdravotná starostlivosť fragmentovaná, s rozdielnymi motiváciami a nedostatkom koordinácie dochádza k neefektívnemu využívaniu zdrojov.

Medzi priority pre stanovené obdobie sú v tejto oblasti navrhnuté:

1. Implementovať koncepciu integrovaného modelu zdravotnej starostlivosti s prioritným zameraním na pozície všeobecného lekára pre dospelých, všeobecného lekára pre deti a dorast, gynekológa a zubného lekára ako lekárov prvého kontaktu (gatekeeping) a ošetrovateľstvo na základe koncentrácie činností tvorbou nových postupov v oblasti liečby a prevencie, posilnením a rozšírením všeobecnej ambulantnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Zabezpečiť dopĺňanie systému zdravotníctva o všeobecných lekárov a špecialistov prostredníctvom rezidentského programu (cieľene finančne podporované špecializačné štúdium) s následným uplatnením v tých regiónoch, kde pretrváva ich nedostatok, resp. vysoký vekový priemer.
2. Implementovať medicínske preventívne programy v predchádzaní prenosných a neprenosných ochorení prostredníctvom spolupráce s ostatnými zložkami poskytovania zdravotnej starostlivosti.

1.3 Sestra v primárnej zdravotnej starostlivosti

Ošetrovateľstvo ako profesia sa vyvíjalo po stáročia. Florence Nightingaelová definovala ošetrovateľstvo ako činnosť využívajúcu prostredie pacienta na pomoc v jeho uzdravení. Súčasné ošetrovateľstvo už neznamena len zabezpečiť všetky ordinácie lekára. Tento interdisciplinárny odbor sa zaoberá aj otázkami ochrany a podpory zdravia, rovnako ako aj zmierňovaním utrpenia a dôstojným umieraním.

Primárna starostlivosť predstavuje prvú úroveň služieb, ktorá zabezpečuje dostupnú zdravotnú starostlivosť a uspokojuje zdravotné potreby jednotlivca počas celého jeho života. V tejto oblasti zohrávajú sestry kľúčovú úlohu. Sestra

vo svojej profesii vystupuje ako ošetrovateľka, komunikátorka, učiteľka, pacientova poradkyňa a „advokátka“, líderka, manažérka, výskumníčka. Regionálny úrad WHO pre Európu vypracoval dokument zameraný na kompetencie sestier v primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorého cieľom je poskytnúť usmernenia a inšpiráciu pre tvorcov politík, školiteľov, manažérov a lekárov, ktorí sa snažia rozvíjať a zabezpečiť kompetencie svojich sestier, a ktorý by sa mal prispôbiť kontextu každej krajiny. Sestry vďaka svojmu vzdelaniu a praxi majú dobré predpoklady poskytovať bezpečnú a účinnú starostlivosť v oblasti prevencie, diagnostiky, liečby, manažmentu a rehabilitácie chorôb.

Kľúčové kompetencie sestier v zdravotnej starostlivosti prvého kontaktu sú zamerané na:

1. Posilnenie postavenia a podporu pacientov

- poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť s ohľadom na kultúrne a etnické pozadie, sexuálnu orientáciu, rodovú identitu, sociálno-ekonomický status, fyzické alebo duševné schopnosti a hodnoty alebo presvedčenie,
- realizovať edukáciu v oblasti podpory zdravia a prevencie chorôb,
- pracovať na zvyšovaní zdravotnej gramotnosti a podpore sebavzdelávania s cieľom predchádzať negatívnym účinkom rizikových faktorov a chorobám aj prostredníctvom preventívnych programov.

2. Zabezpečenie zdravotných služieb relevantných pre potreby komunity a obyvateľstva

- monitorovať, identifikovať a stanoviť priority v oblasti zdravia komunity,
- umožniť jednotlivcom a komunitám pozitívne ovplyvňovať sociálne a profesijné determinanty zdravia,
- budovať partnerstvá s komunitnými službami s cieľom podporiť zlepšenie výsledkov v oblasti zdravia.

3. Oblasť efektívnej komunikácie

- identifikovať a komunikovať relevantnú ošetrovateľskú teóriu a prax v rámci multidisciplinárnych a interdisciplinárnych tímov, ktorých úlohou je starostlivosť o pacientov a komunity,

- efektívne komunikovať a udržiavať vzťahy s ošetrovateľskou komunitou s cieľom zabezpečiť lepšie výsledky v oblasti zdravia.

4. Oblasť tímovej práce a vedenia

- spolupracovať s komunitnými službami a v medzisektorových multidisciplinárnych tímoch s cieľom poskytovať služby orientované na podporu zdravia, prevenciu chorôb a kontinuitu starostlivosti,
- viesť a podieľať sa na práci tímov pre riadenie komplexnej starostlivosti s cieľom pomôcť zlepšiť starostlivosť o pacientov s viacerými komorbiditami,
- efektívne koordinovať spoluprácu s ostatnými aktérmi v sektore zdravotníctva v súvislosti s plánovaním prepustenia z nemocnice alebo odoslaním a uľahčenie prístupu pacientov k iným službám,
- vytvárať podmienky na poskytovanie koordinovaných/integrovaných služieb zameraných na potreby pacientov a ich rodín, ich hodnoty a preferencie v rámci kontinuálnej starostlivosti.

5. Oblasť klinickej praxe

- posúdenie prostredia pacienta, sociálnej podpory a iných sociálno-ekonomických zdrojov, ktoré by mohli ovplyvniť zdravotnú situáciu jednotlivca,
- plánovať a realizovať starostlivosť v úzkej spolupráci s pacientmi a ich rodinami, priateľmi alebo opatrovateľmi,
- posudzovať a uplatňovať typ a intenzitu služieb podľa potrieb pacienta,
- poskytovať bezpečnú a účinnú ošetrovateľskú starostlivosť založenú na dôkazoch,
- poskytovať zdravotné služby v súlade s platnými normami, predpismi a legislatívou,
- aplikovať preventívne programy, realizovať zdravotnú výchovu v oblasti prevencii ochorení a zdravého životného štýlu,
- samostatne posudzovať, plánovať, realizovať a hodnotiť akútnu a chronickú starostlivosť (prevencia komplikácií a ošetrovanie diabetických rán, kontrola a edukácia astmy),

- realizovať zdravotnú výchovu v oblasti reprodukčného zdravia, plánovaného rodičovstva, antikoncepcie a prevencii sexuálne prenosných ochorení,
- poskytovať poradenstvo a podporu pri ochrane zdravia žien, vrátane skriningových vyšetrení krčka maternice, prsníkov a starostlivosti v menopauzálnom období,
- podporovať dojčenie a edukovať o správnej výžive v ranom veku,
- chrániť zdravie detí spolu s propagáciou o poskytovaných skriningových programoch novorodencov a očkovania detí.

Literatúra

BALÍK, P. Financovanie zdravotníctva – spôsoby a mechanizmy financovania. In MORVAY, K. *Zdravotníctvo – trhy, regulácia, politika* [online]. 2013. [cit. 2022-01-19]. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/2013/11/financovanie-zdravotnictva-sposoby-a-mechanizmy-financovania/>

Competencies for nurses working in primary health care [online]. World Health Organization, 2020. [cit. 2022-02-28]. Dostupné na internete: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2020/competencies-for-nurses-working-in-primary-health-care-2020>

GLOVA, J., GAVUROVÁ, B. Vybrané aspekty systémov zdravotnej starostlivosti. In *GRANT Journal* [online] ISSN 1805-0638. 2013, roč.2, č. 2, s. 16 – 24. [cit. 2022-01-13]. Dostupné na internete: <https://www.grantjournal.com/issue/0202/PDF/0202glova.pdf>

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.

Charta práv pacientov. [online]. [cit. 2022-01-11]. Dostupné na internete: [https://www.npz.sk/sites/npz/Stranky/NpzArticles/2013_06/Charty_prav_pacienta_\(EU_a_SR\).aspx?did=6&sdid=73&tuid=0&page=2&](https://www.npz.sk/sites/npz/Stranky/NpzArticles/2013_06/Charty_prav_pacienta_(EU_a_SR).aspx?did=6&sdid=73&tuid=0&page=2&)

Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [online]. [cit. 2022-01-12]. Dostupné na internete: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

Declaration of Astana Global Conference on Primary Health Care Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018 [online]. [cit. 2022-01-11]. Dostupné na internete: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf%E2%80%AC>

EXPH (Expert Panel on effective ways of investing in Health), Report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems [online]. European Union, 2014. ISSN 2315-1404, doi:10.2772/33238. [cit. 2022-01-26]. Dostupné na internete: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c34869f8-783e-4d99-9f58-6bcd5965608e>

Implementačná stratégia - systém integrovaného poskytovania zdravotnej starostlivosti: Modernizácia zdravotníckej infraštruktúry a zlepšenie dostupnosti kvalitných služieb v primárnej a akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, aktualizácia 2018.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I.* Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences [online]. [cit. 2022-01-11]. Dostupné na internete: https://www.who.int/healthpromotion/milestones_yellowdocument.pdf

ONDRUŠ, P. *Svetové zdravotnícké systémy v čase globalizácie.* Banská Bystrica : Pro vydavateľstvo, 2014. 320 s. ISBN 978-80-89054-47-4.

POBUDOVÁ, D. Cross – National Comparisons of Health System. In *Prognostické práce – Foresight, Analysis and Recommendations* [online]. 2019, vol. 11, no. 1,

p. 5 - 20. [cit. 2022-01-19]. Dostupné na internete:
<https://doi.org/10.31577/PPFAR.2019.11.001>

RÁCZOVÁ, Z. Sociálne poisťovníctvo na Slovensku. In *Nové slovo* [online]
18. 7. 2007. ISSN 1336-2984. [cit. 2022-01-19]. Dostupné na internete:
<https://noveslovo.sk/node/12552>

STANHOPE M., LANCASTER J. *Foundations of Nursing in the Community: Community-Oriented Practice*. St. Louis : Mosby, 2014. 678 pp. ISBN 978-0-323-10094-6.

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030 [online]. [cit. 2022-01-24]. Dostupné na internete: <https://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>

Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu. Organizácia a riadenie [online]. [cit. 2022-01-10]. Dostupné na internete:
https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/IZP/2017/HSiT_Slovensko_preklad2-3.pdf

ŠVIHROVÁ, V. *Systém zdravotnej starostlivosti a jeho financovanie*. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín: Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského [online], 2015. ISSN 1337-7396. [cit. 2022-01-17]. Dostupné na internete:
<https://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=302>

VOSTATEK, J. Politická ekonomie financování zdravotní péče. In *Politická ekonomie* [online]. ISSN 2336-8225. 2013, roč. 61, č. 6, s. 834 – 851. [cit. 2022-01-17]. Dostupné na internete: doi:10.18267/j.polek.933

Zákon 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2020. Bratislava : Národné centrum zdravotníckych informácií, 2021. 256 s. ISBN 978-80-89282-80-6.

2 OŠETROVATEĽSKÝ PROCES V AMBULANTNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Lucia Dimunová

Ošetrovateľský proces je systematická metóda posudzovania, diagnostikovania, plánovania, poskytovania a hodnotenia individuálnej starostlivosti o klientov v akomkoľvek zdravotnom stave alebo chorobe. Vychádza z vedeckej metódy riešenia problémov a predstavuje základ ošetrovateľskej praxe. Pojem „ošetrovateľský proces“ do ošetrovateľstva v roku 1955 ako prvá zaviedla Lydia Hall. Teóriu ošetrovateľského procesu sestry vo veľkej miere akceptujú od roku 1967 vo väčšine krajín i na Slovensku.

Vo všeobecnosti možno konštatovať, že ošetrovateľský proces predstavuje metódu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Ošetrovateľský proces je štruktúrovaný a systematický proces poskytovania cieľovo orientovanej a humanistickej ošetrovateľskej starostlivosti. Iné upresnenie uvádza Almeida, et al. (2019) „ošetrovateľský proces je racionálna metóda prístupu k riešeniu problémov klienta, predstavuje proces plánovania a rozhodovania.“ Pomáha posúdiť zdravotný stav klienta, ich potreby, určiť aktuálne alebo potenciálne zdravotné problémy a poskytnúť špecifické ošetrovateľské intervencie na uspokojenie týchto potrieb. Ošetrovateľský proces bol pôvodne prevzatý zo všeobecnej systémovej teórie, bol vyvinutý a implementovaný v oblasti vzdelávania. Aktuálne poskytuje organizačný rámec pre ošetrovateľskú prax, vedomosti, úsudky a činnosti, ktoré sestry vnášajú do starostlivosti. Klient môže byť jednotlivец, rodina, skupina alebo komunita. Z legislatívneho hľadiska podľa Zákona NR SR č. 576/2004, Z. z. je „ošetrovateľský proces systematická, racionálna a individualizovaná metóda plánovania, poskytovania a dokumentovania ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie. Jeho cieľom je určovať skutočné alebo predpokladané problémy osoby v súvislosti so starostlivosťou o zdravie, napláňovať uspokojenie zistených potrieb, vykonať, dokumentovať a vyhodnotiť špecifické ošetrovateľské zásahy na ich

uspokojenie.“ Je to norma na poskytovanie nepretržitej ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom štandardizovaného ošetrovateľského jazyka.

Sestry používajú ošetrovateľský proces v každodennej praxi. Je to v podstate plán ošetrovateľskej starostlivosti, ktorého funkciou je dosahovať čo najlepšie výsledky u pacienta v oblasti kvality života, v zdraví i chorobe s dôrazom na zvyšovanie kvality starostlivosti a poskytovaných služieb.

Ošetrovateľský proces je systematická, racionálna a cyklická metóda poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Cieľom ošetrovateľského procesu je poskytovanie ošetrovateľských intervencií zameraných na uspokojovanie potrieb, na podporu a obnovenie zdravia a pohody, na dosiahnutie čo najvyššej možnej úrovne kvality života a na zabezpečenie pokojného zomierania a smrti. Niektorí autori zaviedli termín „pokročilý ošetrovateľský proces“, ktorý označuje používanie ošetrovateľského procesu výlučne na báze dôkazov z praxe – Evidence Based Practice. Uplatňovanie ošetrovateľského procesu podporuje reflexívnu prax a rozvoj kritického myslenia.

V rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti je uplatnenie ošetrovateľského procesu možné využívať komplexne, s holistickým prístupom k jednotlivcom počas všetkých etáp ich života.

Ošetrovateľský proces sa skladá z piatich v logickom poradí na seba nadväzujúcich fáz (krokov): posudzovanie, diagnostika, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie (tab. 2.1).

Posudzovanie zahŕňa zber, overovanie, triedenie a záznam údajov o zdravotnom stave jednotlivca, rodiny, komunity. Sestra využíva systematický, dynamický spôsob zhromažďovania a analýzy údajov o klientovi, čo je prvým krokom pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Hodnotenie zahŕňa nielen fyziologické údaje, ale aj psychologické, sociokultúrne, duchovné, ekonomické faktory a faktory životného štýlu.

Diagnostika je analyticko-systematický proces vyúsťujúci do vyjadrenia diagnostického záveru. Sesterská diagnóza poskytuje základ pre výber ošetrovateľských intervencií na dosiahnutie výsledkov, za ktoré je sestra zodpovedná. Štandardizované klasifikácie ošetrovateľských diagnóz, ošetrovateľských intervencií a kritérií výsledkov špecifických pre ošetrovateľskú

prax sú NANDA-I, klasifikácia ošetrovateľských intervencií (NIC) a klasifikácia výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti (NOC) a v komunitnom ošetrovatelstve využívaná OMAHA.

Plánovanie je proces vytýčenia plánu ošetrovateľskej starostlivosti s cieľom prevencie, redukcie alebo eliminácie problémov. Na základe posúdenia a diagnózy sestra stanoví pre klienta merateľné a dosiahnuteľné krátkodobé a dlhodobé ciele. Hodnotiace údaje, diagnóza a ciele sú zapísané v pláne starostlivosti o pacienta, aby sestry, ako aj ostatní zdravotnícki pracovníci mali prístup k pacientovým údajom.

Realizácia je vykonanie ošetrovateľských intervencií zameraných na dosiahnutie želateľných výsledkov. Ošetrovateľská starostlivosť sa realizuje podľa plánu starostlivosti, takže kontinuita starostlivosti o pacienta je zabezpečená.

Vyhodnotenie je cieľavedomá, organizovaná činnosť, kde sa zisťuje, či a do akej miery sa dosiahli stanovené ciele. Stav klienta aj účinnosť ošetrovateľskej starostlivosti sa musia priebežne vyhodnocovať a plán starostlivosti podľa potreby upravovať.

Tab. 2.1 Znáozornenie jednotlivých fáz ošetrovateľského procesu

FÁZA PROCESU	CIEĽ	AKTIVITY
Posudzovanie		
Získavanie, zhromažďovanie, overovanie a dokumentovanie údajov o klientovi	Vytvorenie databázy získaných údajov od klienta zameraných na zdravotné problémy alebo ochorenie a jeho schopnosť starať sa o vlastné zdravie	Vytvorenie databázy: Subjektívne údaje (nemerateľné) Objektívne údaje (merateľné) Zdroje získavania údajov • klient a záznamy o klientovi • prehľad odbornej literatúry • konzultácie s blízkymi osobami • konzultácie s členmi multidisciplinárneho tímu • štatistické údaje • fyzikálny assessment (realizuje sestra osobne)

Tab. 2.1 Znáročnenie jednotlivých fáz ošetrovateľského procesu - pokračovanie

FÁZA PROCESU	CIEĽ	AKTIVITY
Diagnostika		
Analýza a syntetizácia údajov Identifikácia problému Stanovenie ošetrovateľskej diagnózy	Vypracovanie zoznamu ošetrovateľských diagnóz (aktuálnych i potenciálnych)	Interpretovanie a analýza údajov: • porovnávanie údajov so štandardami • zoskupovanie údajov (vytvárať predbežné hypotézy) • identifikovanie nedostatkov a problémov • určenie silných stránok klienta • formulácia ošetrovateľských diagnóz
Plánovanie		
Určenie spôsobu implementácie ošetrovateľských intervencií	Vytvorenie plánu, ktorý špecifikuje ciele/požiadavky klienta, plánovanie konkrétnych intervencií a stratégií Plán zameraný na pacienta s merateľnými výslednými kritériami	Stanovenie priorít a napísanie cieľov/výsledných kritérií v spolupráci s klientom Konzultácie s inými členmi multidisciplinárneho tímu Písanie ošetrovateľských intervencií a plánu ošetrovateľskej starostlivosti Oboznámenie príslušných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s plánom starostlivosti Krátkodobé a dlhodobé ciele
Realizácia		
Vykonávanie plánovaných ošetrovateľských intervencií	Pomôcť klientovi splniť požadované ciele, obnoviť zdravie a uľahčiť vyrovnávanie sa so zmenou fungovania	Výber ošetrovateľských stratégií/intervencií Určenie potreby pomoci sestry Realizácia alebo delegovanie plánovaných ošetrovateľských intervencií Zdokumentovanie starostlivosti a reakcie klienta na starostlivosť Spolupráca

Tab. 2.1 Znáznornenie jednotlivých fáz ošetrovateľského procesu - pokračovanie

FÁZA PROCESU	CIEĽ	AKTIVITY
Vyhodnotenie		
Meranie stupňa ako sa ciele/výsledné kritériá podarilo dosiahnuť Identifikácia faktorov, ktoré pozitívne alebo negatívne ovplyvňujú cieľ dosiahnutých cieľov	Stanovenie, či pokračovať, upraviť alebo ukončiť plán starostlivosti	Spolupráca s klientom a vyhodnotenie, či ošetrovateľské činnosti boli splnené (jeho pohľad) Určiť, či boli ciele splnené. Ak nie, prehodnotiť kde mohol nastať problém Podľa potreby revidovanie/úprava plánu ošetrovateľskej starostlivosti

2.1 Posudzovanie

Posudzovanie je logická a systematická identifikácia potrieb jednotlivca, rodiny, skupiny alebo komunity, objasnenie problémov, identifikácia ťažkostí a dostupných zdrojov. Posudzovanie ako prvá fáza ošetrovateľského procesu pozostáva zo **zberu údajov (anamnézy) a fyzikálneho assessmentu**.

Proces zberu údajov musí byť systematický a nepretržitý, aby sa zabránilo vynechaniu dôležitých informácií týkajúcich sa klienta.

Zhromaždené údaje o klientovi sa vo všeobecnosti zaraďujú do **objektívnych** alebo **subjektívnych** kategórií, ďalej môžu byť údaje aj **verbálne** a **neverbálne**.

Objektívne údaje sú zjavné, merateľné, hmatateľné, zozbierané prostredníctvom zmyslov, ako je zrak, hmat, čuch alebo sluch, a porovnávané s prijatým štandardom, ako sú životné funkcie, príjem a výdaj, výška a hmotnosť, telesná teplota, pulz a frekvencia dýchania, krvný tlak, zvracanie, prítomnosť edému, patologické zvuky pľúc, plač, farba kože a pod.

Subjektívne údaje zahŕňajú skryté informácie, ako sú pocity, vnímanie, myšlienky, obavy, postoje, presvedčenie, hodnoty a vnímanie zdravotného problému a životných udalostí.

Verbálne údaje sú ústne alebo písomné údaje, ako sú informácie priamo od klienta alebo sekundárneho zdroja (rodinný príslušník, zdravotnícki pracovníci, dokumentácia, pacient ležiaci na izbe spolu s pacientom, člen krúžku, sociálny pracovník a pod.). Verbálne údaje si vyžadujú schopnosť sestry počúvať a posúdiť ťažkosti, ako je napríklad nezrozumiteľnosť, tón hlasu, asertivita, úzkosť, ťažkosti pri hľadaní požadovaného slova, či únik myšlienok.

Neverbálne údaje predstavujú pozorovateľné správanie prenášajúce správu bez slov, ako je reč tela klienta, celkový vzhľad, mimika, gestá, očný kontakt, proxemika (vzdialenosť), dotyk, postoj i forma úpravy zovňajšku (oblečenie). Získané neverbálne údaje môžu byť niekedy silnejšie ako verbálne údaje, pretože reč tela klienta nemusí byť v súlade s tým, čo si skutočne myslí alebo cíti. Získanie a analýza neverbálnych údajov môže pomôcť posilniť iné formy údajov a pochopiť, čo klient skutočne cíti.

Cieľom posudzovania je vytvorenie databázy objektívnych a subjektívnych údajov o klientovi. Sestra zisťuje, zhromažďuje, triedi získané údaje, a pri spracovávaní informácií využíva schopnosť analýzy a syntézy dát.

Ak je klientom komunita, je potrebné aby si sestra definovala klienta v rámci troch základných dimenzií:

- Kde sú geografické hranice komunity?
- Akí ľudia sú členmi komunity?
- Aké sú ich spoločenské charakteristiky?

Pri zbere údajov v rámci poskytovania ambulantnej zdravotnej starostlivosti sa sestra sústreďuje napr. na nasledujúce oblasti:

- osobná, rodinná anamnéza, (špecifiká pediatrickej a gerontologickej anamnézy),
- behaviorálne faktory životného štýlu,
- morbidita, mortalita, hustota obyvateľstva na danom území, zdravotný stav komunity,
- systém zdravotnej starostlivosti, dostupnosť služieb poskytujúcich komunitnú starostlivosť,
- spiritualitu, religiozitu, príslušnosť k rase, etniku,

- enviromentálne faktory prostredia ako napr. hluk, žiarenie, priemyselná zóna, biologické riziká,
- spôsob zaistenia bezpečnosti v mieste pobytu (polícia, požiarnici, bezpečnosť cestnej premávky), štátna správa, samospráva,
- spôsob a efektívnosť komunikácie, postoje k vlastnému zdraviu,
- dostupnosť informačných sietí.

Hlavnými metódami zberu údajov sú rozhovory, fyzikálne vyšetrenie (fyzikálny assessment) a pozorovanie. Ďalej je možné využiť analýzu dostupných štatistických údajov, dotazník či anketu. Výber metód závisí od veľkosti komunity, časového faktora, od počtu osôb zainteresovaných do zberu informácií, od dostupných zdrojov informácií a finančných nákladov.

Zdroje získavania údajov môžu byť **primárne, sekundárne a terciárne**. Klient je jediný primárny zdroj údajov a jediný, kto môže poskytnúť subjektívne údaje. Všetko, čo klient povie alebo oznámi členom zdravotníckeho tímu, sa považuje za primárny zdroj.

Za sekundárny zdroj sa považujú údaje od niekoho iného ako od klienta, ale v rámci referenčného rámca klienta. Sú to informácie poskytnuté rodinou, záznamy klienta, údaje z hodnotenia od iných členov zdravotníckeho tímu, od členov komunity.

Zdroje mimo referenčného rámca klienta sa považujú za terciárne zdroje údajov. Príkladom terciárnych údajov sú informácie z učebníc, z odborných časopisov, zdravotníckej štatistiky.

2.2 Diagnostika

Ošetrovateľská resp. sesterská diagnóza (pojem „ošetrovateľská“ diagnóza je využívaný v terminológii NANDA; pojem „sesterská diagnóza“ je uvedený v legislatívnom rámci Slovenskej republiky) je dôležitou etapou ošetrovateľského procesu pretože je východiskom pre rozhodovanie o intervenciách, ktoré sa majú vykonať, a o výsledkoch, ktoré sa majú dosiahnuť v ošetrovateľskej starostlivosti. Ako vedecká interpretácia údajov zozbieraných sestrou sa sesterská diagnóza stáva nevyhnutnou pre plánovanie pomoci, čo

umožňuje ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá je efektívna a adekvátne skutočným potrebám klientov.

Sesterská diagnóza je klinický záver o odpovediach jednotlivca, rodiny či komunity na skutočné alebo potencionálne zdravotné problémy či životný proces. Sesterské diagnózy poskytujú základ pre výber ošetrovateľských zásahov na dosiahnutie výsledkov, za ktoré je sestra zodpovedná. Zoznam sesterských diagnóz ustanovuje Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z. Na medzinárodnej úrovni sa využíva spoločná terminológia NANDA-I, klasifikácia ošetrovateľských intervencií (NIC) a klasifikácia výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti (NOC), ktoré predstavujú štandardizované klasifikácie ošetrovateľských diagnóz, ošetrovateľských intervencií a kritérií výsledkov špecifických pre ošetrovateľskú prax, resp. implementácia troch klasifikácií NNN vzájomných vzťahov (ošetrovateľská diagnóza, intervencie a klasifikácie výsledkov) v systéme ošetrovateľskej dokumentácie. Sesterské diagnózy pomáhajú sestram uplatňovať ošetrovateľský proces, prispievajú k zlepšeniu diagnostickej presnosti a uľahčujú hodnotenie výsledkov vyplývajúcich z ošetrovateľskej intervencie. V kontexte primárnej starostlivosti existuje zhoda v tom, že mnohé ošetrovateľské diagnózy, ktoré sestry stanovujú, si vyžadujú antropometrické merania na identifikáciu súvisiacich faktorov alebo definujúcich charakteristík ako napr. obezita, narušená integrita kože, riziko pádu, zhoršená fyzická pohyblivosť.

Systém OMAHA je na výskume založená, komplexná štandardizovaná taxonómia postupov a dokumentácie určená na opis starostlivosti o klienta. Je zameraný na komunitu. Systém OMAHA zahŕňa zložku posudzovania (Schéma klasifikácie problémov), zložku plánu starostlivosti/služieb (Schéma intervencie) a zložku hodnotenia (Škála hodnotenia problémov pre výsledky).

Jednotlivé zložky poskytujú štruktúru pre zaznamenanie klientových potrieb a zdrojov, spájajú intervencie a vyhodnocujú (merajú) výsledky klienta prehľadným a komplexným spôsobom.

Schéma **klasifikácie problémov** (Problem Classification Scheme) poskytuje štruktúru, termíny a systém pre štandardizované hodnotenie jednotlivcov, rodín a komunit. Pomáha odborníkom zhromažďovať, triediť, dokumentovať,

klasifikovať, analyzovať, vyhľadávať a oznamovať potreby a silné stránky súvisiace so zdravím. Obsahuje domény: environmentálnu, psychosociálnu, fyziologickú a doménu správania súvisiaceho so zdravím.

Intervenčná schéma (Intervention Scheme) je určená na opis a komunikáciu multidisciplinárnych postupov, ktorých cieľom je predchádzať chorobám, zlepšovať alebo obnovovať zdravie, znižovať zhoršovanie stavu a/alebo poskytovať útechu pred smrťou. Táto schéma obsahuje štyri kategórie:

1. Edukácia, usmerňovanie a poradenstvo; 2. Liečba a ošetrovateľské intervencie; 3. Manažment prípadu; 4. Dohľad.

Škála hodnotenia problémov pre výsledky (Problem Rating Scale for Outcomes) je metóda na hodnotenie pokroku klienta počas celého obdobia poskytovania starostlivosti. Pozostáva z troch päťbodových škál Likertovho typu a hodnotí vedomosti, správanie a stav. Vedomosti sú definované ako to, čo klient vie, Správanie ako to, čo klient robí, a Stav ako počet a závažnosť príznakov a symptómov alebo ťažkostí klienta. Každá zo subškál predstavuje kontinuum, ktoré poskytuje hodnotiaci rámec na skúmanie špecifických problémov klienta v pravidelných alebo predvídateľných časoch. Navrhované časy zahŕňajú prijatie, špecifické priebežné body a prepustenie. Použitie Škály hodnotenia problémov pre výsledky so Schémou klasifikácie problémov a Intervenčnou schémou vytvára komplexný model riešenia problémov pre prax, vzdelávanie a výskum.

Používanie štandardizovaných ošetrovateľských jazykov pomáha sestram presne a rýchlo pochopiť potreby pacientov. Pomáha tiež presne pomenovať problémy pacientov prostredníctvom ošetrovateľských diagnóz a uľahčuje kontinuitu starostlivosti medzi odborníkmi používaním spoločného jazyka. Okrem toho presné používanie ošetrovateľských diagnóz uľahčuje výber účinnejších ošetrovateľských intervencií, ktoré vedú k lepším výsledkom.

Implementácia ošetrovateľskej diagnostiky zlepšuje každý aspekt ošetrovateľskej praxe od získania profesionálneho rešpektu až po zaistenie správnej dokumentácie a aplikácie vhodných ošetrovateľských intervencií, za ktoré je sestra zodpovedná.

2.3 Plánovanie

Plánovanie je systematická fáza ošetrovateľského procesu, ktorá zahŕňa rozhodovanie a riešenie problémov. Počas kroku plánovania sestra používa databázu informácií, ktoré získala počas prvej fázy ošetrovateľského procesu – posudzovania a stanovené sesterské diagnózy. Plánovanie smeruje k formulovaniu cieľa a navrhnutiu ošetrovateľských intervencií zameraných na prevenciu, zníženie alebo odstránenie problémov klienta.

Štandardizovaný plán ošetrovateľskej starostlivosti je písomná alebo elektronická forma dokumentu, ktorý kategorizuje informácie o starostlivosti klienta resp. pacienta. Najzrejmejším prínosom formálneho písomného plánu starostlivosti je, že zabezpečuje kontinuitu starostlivosti a hodnotenie efektívnosti aplikovaného plánu ošetrovateľskej starostlivosti s využitím odbornej taxonómie.

Stanovený plán ošetrovateľskej starostlivosti dáva odpovede na tri nasledujúce otázky:

- Ktoré klientove problémy je potrebné riešiť a akú majú prioritu?
- Aké sú očakávané výsledky?
- Aké ošetrovateľské intervencie sú potrebné na vyriešenie a prevenciu klientových problémov?

Na základe týchto otázok plánovanie tvorí niekoľko krokov:

- vytýčenie priorít,
- stanovenie cieľov a výsledných kritérií,
- plánovanie ošetrovateľských stratégií a intervencií,
- písomná podoba plánu ošetrovateľskej starostlivosti a konzultácia.

Každému identifikovanému a definovanému problému je priradená priorita. Proces priradovania priorít sa realizuje podľa vopred pripravených kritérií akými sú napr.:

- problém má významný vplyv na vývoj ochorenia, práceneschopnosť, na invaliditu, rehabilitáciu,
- problém má významný vplyv na zlepšenie jednotlivých oblastí kvality života,

- problém sa dotýka zvlášť ohrozenej časti populácie (matky, detí, seniori...),
- problém je zvlášť citlivý z hľadiska intervencie,
- problém je zaradený medzi regionálne alebo národné priority.

Pri určovaní priorít je potrebné zohľadniť aj stanovené sesterské diagnózy – či sa jedná o diagnózu zameranú na problém alebo rizikovú diagnózu.

Stanovenie očakávaných výsledkov zahŕňa **stanovenie cieľov a výsledných kritérií**.

Cieľ predstavuje žiadúci výsledok resp. zmenu zdravotného stavu. V rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti sú ciele zamerané najmä na ochranu a podporu zdravia. Ciele sú stanovované nielen na aktuálny problém klienta, ale zameriavajú sa i na potrebu prevencie a rehabilitácie klienta. Vždy je nutné, aby stanovené ciele boli realistické, jasne stanovené, konkrétne, merateľné a odrážali dostupné podmienky.

Podľa Hamiltona a Pricea (2013) by mali byť ciele identifikované využívajúce stratégiu analýzy zhrnutej do akronymu SMART. Stratégia analýzy cieľov SMART znamená - špecifické, merateľné, dosiahnuteľné, realistické a časovo ohraničené ciele.

Ciele sa rozdeľujú na **krátkodobé** a **dlhodobé**. Krátkodobé ciele sa vzťahujú na obdobie najbližších hodín a dní. Dlhodobé ciele sú zamerané na dlhšie obdobie, môže to byť na niekoľko dní až mesiacov. Presnú hranicu nie je možné stanoviť nakoľko splnenie cieľov je individuálne a záleží od viacerých faktorov ako napr. samotná vôľa klienta, vývoj zdravotného stavu a pod. Dlhodobé ciele sa stanovujú najčastejšie napr. u pacientov v ambulantnej starostlivosti, u pacientov s chronickými ochoreniami. Cieľ je základom pre stanovenie výsledných kritérií. Výsledné kritériá bližšie špecifikujú, konkretizujú cieľ a usmerňujú výber výsledných ošetrovateľských kritérií. Aby boli výsledné kritériá jasné a výstižné mali by obsahovať nasledujúce komponenty: podmet (od koho sa očakáva dosiahnutie cieľa); sloveso (označuje činnosť, ktorú má klient zvládnuť); podmienky (za akých podmienok je klient schopný danú činnosť zvládnuť); realizačné kritériá (v akej miere je klient schopný danú činnosť vykonať); časová jednotka (za aký čas je klient schopný danú činnosť zvládnuť).

Ošetrovateľské stratégie a intervencie sestra plánuje a realizuje na základe svojich kompetencií, ktoré určuje aktuálne platná legislatíva, t. č. Nariadenie vlády MZ SR 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania; Vyhláška MZ SR 95/2018 Z. z. ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou a pôrodnou asistentkou ďalej Vyhláška MZ SR 89/2018 Z. z. ktorou sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok, ktoré je oprávnená predpísať sestra alebo pôrodná asistentka.

Výsledkom plánovania je vytvorenie **plánu ošetrovateľskej starostlivosti**. Písomný plán ošetrovateľskej starostlivosti sumarizuje informácie v systematickom a logickom celku. Typy plánov ošetrovateľskej starostlivosti sú: plán individuálnej starostlivosti, plán zameraný na komunitu.

Konzultácia ako posledný krok fázy plánovania dáva sestre možnosť prekonzultovania jednotlivých krokov stanoveného plánu ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra môže konzultovať s inými odborníkmi napr. fyzioterapeutom, výživovým poradcom, so sociálnym pracovníkom, s inštitúciami ako Poradňa zdravia, Úrad sociálnych vecí a rodiny a pod.

Počas celého procesu plánovania sestra spolupracuje s klientom, rodinnými príslušníkmi, členmi multidisciplinárneho tímu, samosprávou, sociálnymi zariadeniami a pod. (podľa charakteru klientových problémov). Sestra taktiež sleduje odbornú literatúru a uplatňuje princípy Evidence Based Practice (EBP).

2.4 Realizácia

V realizačnej fáze ošetrovateľského procesu sestra realizuje plán liečby. Zahŕňa činnosť alebo vykonávanie ošetrovateľských intervencií uvedených v pláne starostlivosti. Zvyčajne sa začína tým, že zdravotnícky personál vykoná všetky potrebné intervencie. Intervencie by mali byť špecifické pre každého klienta a zamerané na dosiahnuteľné výsledky. Činnosti spojené s plánom ošetrovateľskej starostlivosti zahŕňajú monitorovanie pacienta z hľadiska príznakov zmeny alebo zlepšenia stavu, priamu starostlivosť o pacienta alebo vykonávanie dôležitých zdravotníckych úkonov, ako je podávanie liekov, edukácia a usmerňovanie pacienta v oblasti ďalšieho manažmentu zdravia.

Proces realizácie zvyčajne zahŕňa nasledujúce kroky:

1. Opätovné posúdenie klienta

Pred realizáciou intervencie musí sestra opätovne posúdiť klienta, aby sa uistila, že intervencia je stále potrebná. Aj keď je v pláne starostlivosti stanovený výkon, stav klienta sa mohol zmeniť.

2. Určenie potreby pomoci sestry

Ďalšie ošetrovateľské úlohy alebo činnosti môžu vykonávať aj členovia multidisciplinárneho tímu, ktorí nie sú sestrami.

3. Vykonávanie ošetrovateľských intervencií

Sestry musia mať nielen značnú vedomostnú základňu z oblasti vedy, ošetrovateľskej teórie, ošetrovateľskej praxe a právnych parametrov ošetrovateľských intervencií, ale musia mať aj psychomotorické zručnosti na bezpečnú realizáciu postupov. Je potrebné, aby sestry klientovi opísali, vysvetlili a objasnili, aké intervencie sa budú vykonávať, aké pocity má očakávať, čo má klient robiť a aký je očakávaný výsledok. Pri realizácii starostlivosti sestry vykonávajú činnosti, ktoré môžu byť nezávislé, závislé alebo vzájomne prepojené.

Realizované intervencie je nevyhnutné zaznamenať do dokumentácie. Záznam musí byť zrozumiteľný, čitateľný, s uvedením dátumu, času a podpisom osoby, ktorá výkon podľa svojich kompetencií realizovala. Do dokumentácie sa zaznamenáva aj reakcia pacienta.

2.5 Vyhodnotenie

Vyhodnotenie je piatym krokom ošetrovateľského procesu. Táto záverečná fáza ošetrovateľského procesu má zásadný význam pre pozitívny výsledok stanovených cieľov zameraných na pacienta. Vždy, keď poskytovateľ zdravotnej starostlivosti intervenuje alebo realizuje starostlivosť, musí ju opätovne posúdiť alebo vyhodnotiť, aby sa uistil, že sa dosiahol resp. nedosiahol požadovaný výsledok. Možné výsledky klienta sa zvyčajne vysvetľujú tromi pojmami: stav pacienta sa zlepšil, stav pacienta sa stabilizoval a stav pacienta sa zhoršil.

Fáza vyhodnotenia zahŕňa nasledujúce kroky: (1) zber údajov, (2) porovnanie zozbieraných údajov s požadovanými výsledkami, (3) analýzu reakcií klienta súvisiacich s ošetrovateľskými činnosťami, (4) identifikáciu faktorov, ktoré prispeli k úspechu alebo neúspechu plánu ošetrovateľskej starostlivosti, (5) pokračovanie, modifikáciu alebo ukončenie plánu ošetrovateľskej starostlivosti.

1. Zhromažďovanie údajov

Sestra zhromažďuje údaje, aby bolo možné vyvodiť závery o tom, či sa ciele splnili. Zvyčajne je nevyhnutné zbierať objektívne aj subjektívne údaje. Údaje musia byť zdokumentované stručne a presne, aby sa uľahčila ďalšia časť hodnotiaceho procesu.

2. Porovnanie údajov s požadovanými výsledkami

Zdokumentované ciele a výsledné kritériá plánu ošetrovateľskej starostlivosti sa zhodnotia a vysloví sa záver, či bol želaný výsledok splnený, čiastočne splnený alebo nespĺnený. Cieľ bol splnený, keď je reakcia klienta rovnaká ako požadovaný výsledok. Cieľ bol čiastočne splnený, keď bol dosiahnutý buď krátkodobý výsledok, ale dlhodobý cieľ nie, alebo bol želaný cieľ dosiahnutý neúplne. Cieľ nebol splnený.

3. Analýza reakcie klienta vo vzťahu k ošetrovateľským činnostiam

Veľmi dôležité je tiež určiť, či ošetrovateľské aktivity mali nejaký vzťah k výsledkom, či už boli úspešne dosiahnuté alebo nie.

4. Identifikácia faktorov prispievajúcich k úspechu alebo neúspechu

Je potrebné zhromaždiť viac údajov, aby sa potvrdilo, či bol plán úspešný alebo neúspešný. K dosiahnutiu cieľov môžu prispieť rôzne faktory. Napríklad rodina klienta môže, ale nemusí podporovať, alebo klient môže nespolupracovať pri vykonávaní takýchto činností.

5. Pokračovanie, úprava alebo ukončenie plánu ošetrovateľskej starostlivosti

Ošetrovateľský proces je dynamický a cyklický. Ak ciele neboli dostatočné, ošetrovateľský proces sa začína znova od prvého kroku. V závislosti od celkového stavu klienta môže byť potrebné ich neustále prehodnocovať a modifikovať, aby boli aktuálne a relevantné. Plán starostlivosti sa môže upraviť na základe nových údajov z hodnotenia. Môžu sa vyskytnúť problémy alebo sa

podľa toho zmeniť. Keď klienti splnia svoje ciele, stanovujú sa nové ciele. Ak ciele zostávajú nesplnené sestry musia vyhodnotiť dôvody, prečo sa tieto ciele nedosahujú a odporučiť revíziu plánu ošetrovateľskej starostlivosti.

Súčasťou ošetrovateľského procesu je dokumentovanie starostlivosti vo všetkých jeho fázach, čo zabezpečuje koordináciu, kontinuitu a chronologický prehľad o poskytovanej starostlivosti. Ošetrovateľská starostlivosť sa zvyčajne dokumentuje v zdravotných záznamoch v papierovej alebo elektronickej podobe podľa jednotlivých krokov ošetrovateľského procesu s použitím štandardizovaných ošetrovateľských jazykov a klasifikácií.

V rámci primárnej starostlivosti sa v jednotlivých krajinách využívajú rôzne softvéry ako napr. najrozšírenejším softvérom na dokumentáciu v Španielsku je Oficina Médica Informatizada en Atención Primaria. Tento softvér umožňuje dokumentovať dôležité prvky ošetrovateľskej starostlivosti (diagnózy, intervencie a výsledky) pomocou štandardizovaných ošetrovateľských jazykových klasifikácií NANDA International (NANDA-I), Nursing Interventions Classification (NIC) a Nursing Outcomes Classification (NOC). Ďalším softvérom je Tasy. Tento nástroj usmerňuje činnosti, ktoré sa vykonávajú v osiach: plánovanie, realizácia činností, hodnotenie. V rámci programu je zahrnutých 229 ošetrovateľských diagnóz a tieto boli spojené s 1 664 súvisiacimi faktormi, bol tiež vytvorený rozhodovací strom so 436 definujúcimi charakteristikami, ktorý umožňuje softvéru navrhovať ošetrovateľské diagnózy podľa súvisiacich príznakov a symptómov. Tento softvér umožňuje praktické zjednotenie krokov ošetrovateľského procesu, ako aj možnosť sestier posudzovať klientov prostredníctvom klinického uvažovania a rozhodovania v súlade s ľudskými potrebami klienta.

Implementácia ošetrovateľského procesu je kľúčom k jadru profesionálnej ošetrovateľskej praxe a umožňuje sestram poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť v systematickom rámci. Efektívna implementácia ošetrovateľského procesu vedie k zlepšeniu kvality starostlivosti a stimuluje implementáciu teoretických a vedeckých poznatkov priamo do klinickej praxe. Ošetrovateľský proces si vyžaduje materiálne, ľudské zdroje ako aj primeranú inštitucionálnu

organizáciu, ktorá umožní jeho úspešnú implementáciu vo všetkých prostrediach s cieľom zlepšiť zdravie jednotlivca, rodiny, skupiny a komunity.

Literatúra

ADRARO, Z., MENGISTU, D. Implementation and factors affecting the nursing process among nurses working in selected government hospitals in Southwest Ethiopia. In *BMC Nurs* [online]. ISSN 1472-6955. 2020, vol. 19, issue 105. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00498-8>

ALFARO-LEFEVRE R. *Applying nursing process: the foundation for clinical reasoning* 8ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2014. 264 pp. ISBN 978-1-60913-697-0.

ALMEIDA BP, DIAS FSB, CANTU PM, DURAN ECM, CARMONA EV. Attitudes of nurses from a public teaching hospital regarding the nursing process. In *Rev Esc Enferm USP* [online]. ISSN 1980-220X. 2019, vol. 53, e03483. Dostupné na internete: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018018203483>

ALQAHTANI N., OH KM., KITSANTAS P., RODAN M. Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study. In *Journal of clinical nursing* [online]. ISSN 1365-2702. 2020, vol. 29, issue 1 - 2, p. 274 - 283. Dostupné na internete: doi: 10.1111/jocn.15097

BARAKI, Z., GIRMAY, F., KIDANU, K. GERENSEA, H., GEZEHGNE, D. A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospitals of Central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia. In *BMC Nurs* [online]. ISSN 1472-6955. 2017, vol. 16, issue 54. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0248-9>

BRITO, PRB. Prioritized Nursing Diagnoses in Primary Health Care. In *Global Nursing* [online]. ISSN 1695-6141. 2009, vol. 8, no. 2. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.6018/eglobal.8.2.66221>

BUTCHER HK., BULECHEK GM., Mc CLOSKEY DOCHTERMAN J., WAGNER,CHM. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 7 ed: St. Louis, MO: Mosby Elsevier, 2019. 512 p. ISBN 9780323497688.

COOK, AF., HOAS, H., GUTTMANNOVA, K., JOYNER, JC. An Error by Any Other Name. In *Am J Nurs* [online]. ISSN 0002- 936X. 2004, vol. 104, issue 6, p. 32 – 43. Dostupné na internete: https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2004/06000/An_Error_by_Any_Other_Name.25.aspx

Da COSTA C., Da COSTA LINCH, GF. Implementation of Electronic Records Related to Nursing Diagnoses. In *Int J Nurs Knowl* [online]. ISSN 2047-3095. 2020, vol. 31, issue 1, p. 50 – 58. Dostupné na internete: doi: 10.1111/2047-3095.12219.

DERŇÁROVÁ, Ľ. Ošetrovateľský proces. In ŽIAKOVÁ K., a kol. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Osveta, 2009, s. 112. ISBN 978-80-8063-315-8.

DOENGES ME, MOORHOUSE MF. *Application of nursing process and nursing diagnosis: an interactive text for diagnostic reasoning*. Philadelphia :FA Davis comp., 2012. 320 pp. ISBN 978-0803629127.

DOLÁK F. Klasifikační systémy v ošetrovatelství. In TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovateľský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha : Triton, 2014. 145 - 158 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

FARKAŠOVÁ D. a kol. *Teória ošetrovateľstva princípy a prax*. Martin : Osveta, 2021. 362 s. ISBN 978-80-8063-503-9.

GENCBAS D, BEBIS H, CICEK H. Evaluation of the Efficiency of the Nursing Care Plan Applied Using NANDA, NOC, and NIC Linkages to Elderly Women with Incontinence Living in a Nursing Home: A Randomized Controlled Study. In *Int J Nurs Knowl* [online]. ISSN 2047-3095. 2018, vol. 29, issue 4, p. 217 – 226. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12180>

GREŠŠ HALÁSZ, B., TKÁČOVÁ, Ľ., WICZMÁNDYOVÁ, D., MAGUROVÁ, D. a kol. *Pokročilá prax v ošetrovatelstve v systéme slovenského zdravotníctva*. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2020. 196 s. ISBN 978-80-555-2385-9.

GREŠŠ HALÁSZ, B. et al. Developing the advanced practice nursing role in Slovakia: Perception, education, and practice. In *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* [online]. ISSN 2327-6924. 2021, vol. 33, issue 11, p. 916 – 923. Dostupné na internete: doi:10.1097/JXX.0000000000000460

GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H. a kol. *Štandardné postupy - Komplexné uspokojovanie potrieb osôb v následnej a dlhodobej starostlivosti* [online].

Dostupné na internete:

https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/1-10-2021/4_1-Komplexne-uspokojovanie-potrieb-osob-v-naslednej-a-dlhodobej-starostlivosti-DS.pdf

HERDMAN TH. (Ed.). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2012–2014*. Oxford : Wiley Blackwell, 2012. 536 pp. ISBN 978-04-7065-482-8.

HERDMAN, TH., KAMITSURU S. *Diagnósticos de Enfermagem NANDA: Definições e classificação, 2015–2017*. Porto Alegre : Artmed., 2015. ISBN 978-85-8271-254-2.

HUDÁKOVÁ, A. *Teoretické východiská ošetrovateľského procesu*. 1. vyd. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2019. 145 s. ISBN: 978-80-555-2314-9.

HULKOVÁ, V. *Štandardizácia v ošetrovatelstve*. Praha : Grada, 2016. 232 s. ISBN 978-80-2710-063-7.

HUSSEIN, ESE. Implementation of Nursing Process Program and Assessment Factors Affecting Nurses' Knowledge and Performance. In *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing* [online]. ISSN 2394-7330. 2020, vol. 7, issue 2, p. 341 - 355. Dostupné na internete:

<https://www.noveltyjournals.com/upload/paper/Implementation%20of%20Nursing-2365.pdf>

IGEA MORENO, M., LOZANO GARCÍA, Y., GONZÁLEZ GASCÓN, R. Implementation of the nursing methodology in the informatic systems of primary health care. In *Global Nursing* [online]. ISSN 1695-6141. 2005, vol.4, no. 1. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.6018/eglobal.4.1.519>

LEE, TT. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. In *Journal of clinical nursing* [online]. ISSN 1365-2702. 2005, vol. 14, issue 5, p. 640 - 647. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00909.x>

LOTFI, M., ZAMANZADEH, V., VALIZADEH, L., KHAJEHGOODARI, M., REZAEI ME., KHALILZAD. MA. The implementation of the nursing process in lower-income countries: An integrative review. In *Nurs Open* [online]. ISSN 2504-1058. 2020, vol. 7, issue 1, p. 42 - 57. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1002/nop2.410>

KILÍKOVÁ, M., LEFEROVIČOVÁ, K. *Teória potrieb a ošetrovateľského procesu*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2014. 221 s. ISBN 978-80-8132-118-4.

KOZIER, B., ERB, G., BERMAN, A., SNYDER, SH.,J., FRANDSEN, G. BUCK, M., FERGUSON, L., STAMLER, L. L. *Fundamentals of Canadian Nursing Concepts, Process, and Practice*. 4 ed. Hoboken: Pearson Canada Inc.; 2018. p. 412 - 458 ISBN 978-0134647074

KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. 4. vydanie. Martin : Osveta, 2020, 218 s. ISBN 978-80-8063-497-1.

KURUCOVÁ, R. *Vybrané kapitoly z primárnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin : Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva, 2021, 70 s. ISBN 978-80-8187-101-6.

MARTIN KS. *The Omaha System: A Key to Practice, Documentation, and Information Management* (Reprinted 2nd ed.). Omaha, NE : Health Connections Press. 496 pp. ISBN 978-0-9825727-1-9.

McCREEDY, E., LOOMER, L., PALMER, JA., MITCHELL, SL., VOLANDES, A., MOR, V. Representation in the Care Planning Process for Nursing Home Residents With Dementia. In *J Am Med Dir Assoc* [online]. ISSN 1525-8610. 2018, vol. 19, issue 5, p. 415 - 421. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.01.004>

MENDU, ML., MICHAELIDIS, CI., CHU, MC., SAHOTA, J., HAUSER, L., FAY, E., SMITH, A., HUETHER, MA., DOBIJA J., YURKOFKY, M., PU, TCH, BRITTON, K. Implementation of a skilled nursing facility readmission review process. In *BMJ Open Qual* [online]. ISSN 2399-6641. 2018, vol. 7, issue 3. Dostupné na internete: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjjoq-2017-000245>

MISKIR, Y., EMISHAW, S. Determinants of Nursing Process Implementation in North East Ethiopia: Cross-Sectional Study. In *Nurs Res Pract* [online]. ISSN 2090-1437. vol. 2018, p. 1 – 9. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1155/2018/7940854>

MÜLLER STAUB, M., ABT, J., BRENNER, A., HOFER, B. *Expertenbericht Verantwortungsbereich Pflege. Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft* [online]. Bern : Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP, 2014. Dostupné na internete: https://www.vfp-apsi.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Expertenbericht_Deutsch.pdf

RIVAS PÉREZ, FJ., MARTÍN-IGLESIAS, S., PACHECO del CERRO, JL., MINGUET ARENAS, C., GARCÍA LÓPEZ, M., BEAMUD LAGOS, M. Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. In *Int J Nurs Knowl* [online]. ISSN 2047-3095. 2016, vol.27, issue 1, p. 43 - 48. Dostupné na internete: doi: 10.1111/2047-3095.12073

SEPAHVAND, F., MOHAMMADIPOUR, F., PARVIZY, S., ZAGHERI TAFRESHI, M., SKERRETT, V., ATASHZADEH-SHOORIDEH, F. Improving nurses' organizational commitment by participating in their performance appraisal process. In *J Nurs Manag* [online]. ISSN 1365-2834. 2020, vol. 28, issue 3, p. 595 – 605. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1111/jonm.12961>

TADZONG-AWASUM, G., DUFASHWENAYESU, A. Implementation of the nursing process in Sub-Saharan Africa: An integrative review of literature. In *International Journal of Africa Nursing Sciences* [online]. ISSN 2214-1391. 2021, vol. 14, suppl. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2021.100283>

The Nursing process [online]. Dostupné na internete: <https://www.mjc.edu/instruction/alliedhealth/adnprogram/nursingprocessoverview.pdf>

WAYNE, G. *The Nursing Process: A Comprehensive Guide* [online]. 2022. Dostupné na internete: https://nurseslabs.com/nursing-process/#1_assessment_what_data_is_collected

TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovateľský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha : Triton, 2014. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

TŘESLOVÁ, M. Komunikace ve fázích ošetrovateľského procesu. In TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovateľský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha : Triton, 2014. s. 173 - 198. ISBN 978-80-7387-785-9.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovateľské praxi*. Praha : Grada, 2022. 144 s. ISBN 978-80-271-3242-3.

VÖRÖSOVÁ, G., ZRUBCOVÁ, D., SOLGAJOVÁ, A. Najčastejšie ošetrovateľské diagnózy na vybraných pracoviskách. In *Pomáhajúce profesie* [online]. ISSN 2585-9447. 2021, roč. 4, č. 2, s. 14 – 21. Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/358294024_Najcastejsie_osetrovatelske_diagnozy_na_vybranych_pracoviskach

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

3 MODELÝ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Lucia Dimunová

Koncept ambulantnej starostlivosti sa zameriava najmä na podporu a ochranu zdravia jednotlivca, rodiny či komunity. Starostlivosť je nasmerovaná najmä na osobný prístup jedinca k svojmu zdraviu. V odbore ošetrovateľstvo zaznamenávame teoretické koncepcné rámce podpory zdravia, ktorých východiská sú aplikované v praxi. Sestry disponujú kompetenciami, ktoré sú zamerané najmä na edukačnú činnosť so zreteľom na podporu primárnej i sekundárnej prevencie. Na podporu, udržanie, zachovanie či prinavrátenie zdravia existuje množstvo teórií, ktoré načrtli významné predstaviteľky ošetrovateľstva ako vednej disciplíny. V základných kontúrach predstavujeme vybrané teórie a modely autoriek Noly J. Pender, Madeleine Leininger, Kathryn E. Barnard a Margaret J. Watson.

3.1 Model podpory zdravia Noly J. Pender

Dr. Nola J. Pender, PhD. RN, FAAN (1941 - súčasnosť) je jednou z významných osobností ošetrovateľstva, ktorá predstavila model poskytovania starostlivosti uplatniteľný najmä v komunite. Problematike správania zameraného na podporu zdravia sa začala venovať v polovici 70. rokov 20. storočia a v roku 1982 prvýkrát uverejnila **Model podpory zdravia**. Bola aktívna v ošetrovateľskom výskume. Viedla mnoho štúdií zameraných na podporu zdravia dospelých a dospelých. Napísala a publikovala rôzne články o benefitoch fyzickej aktivity, o zmene správania a relaxačnom tréningu. Teória Modelu podpory zdravia Noly Penderovej bola pôvodne uverejnená v roku 1982 a neskôr revidovaná v rokoch 1996 a 2002. **Penderovej model podpory zdravia je jedným z často používaných modelov uplatniteľných v rámci zmien zameraných na správanie podporujúce zdravie.** Model vychádza zo sociálno-kognitívnej teórie, podľa ktorej kognitívno-percepčné faktory ovplyvňujú zapojenie sa do správania podporujúceho zdravie. Predpokladá sa, že modifikujúce faktory (demografické charakteristiky, interpersonálne vplyvy a

faktory správania) vzájomne pôsobia na kognitívno-percepčné procesy. Model podpory zdravia uvádza, že každý človek má jedinečné osobnostné charakteristiky a skúsenosti, ktoré ovplyvňujú jeho následné konanie. Veľmi významným momentom v Modeli podpory zdravia je **motivácia**, ktorú je možné modifikovať prostredníctvom ošetrovateľských činností. Správanie podporujúce zdravie je želaným výsledkom správania sa a je konečným bodom v Modeli podpory zdravia. Výsledkom správania podporujúceho zdravie by malo byť:

- zlepšenie zdravia,
- zvýšenie funkčných schopností jednotlivca,
- zlepšenie kvality života vo všetkých fázach rastu a vývoja osobnosti.

Podľa Noly Penderovej by sa podpora zdravia a prevencia chorôb mali zamerať na starostlivosť o zdravie, umožniť ľuďom zlepšiť ich zdravie pomocou sebaopatery a pozitívneho správania v oblasti zdravia. Teória modelu našla uplatnenie v ošetrovateľskom výskume, vzdelávaní a praxi. Cieľom modelu je taktiež pomôcť sestram poznať a pochopiť hlavné determinanty správania sa jedinca ako základu pre behaviorálne poradenstvo zamerané na podporu zdravia a zdravého životného štýlu.

3.2 Kľúčové metaparadigmy Modelu podpory zdravia

Osoba je bio-psycho-sociálny celok, ktorý je čiastočne formovaný prostredím, ale tiež sa snaží vytvárať prostredie v ktorom môže fungovať. Vzťah medzi osobou a prostredím je teda vzájomný.

Prostredie je sociálny, kultúrny a fyzický kontext v ktorom osoba žije. Prostredie môže byť jednotlivcom modifikované s cieľom vytvoriť pozitívny kontext podnetov uľahčujúcich správanie podporujúce zdravie. Jedinec má viacrozmernú povahu, ktorá je v interakcii s prostredím so zámerom dosiahnuť a udržať zdravie.

Ošetrovateľstvo predstavuje spoluprácu s jednotlivcami, rodinami a komunitami s cieľom vytvoriť čo najpriaznivejšie podmienky na dosiahnutie optimálneho zdravia a vysokej úrovne pohody.

Zdravie definuje ako „pozitívny dynamický stav, nielen neprítomnosť choroby“. Zdravie vo vzťahu k jednotlivcovi je definované ako aktualizácia vrodeneho a získaného ľudského potenciálu prostredníctvom cieľavedomého správania sa, kompetentnej starostlivosti o seba a uspokojivých vzťahov s inými ľuďmi.

Choroba je vnímaná ako diskrétna udalosť počas celého života, s krátkym (akútnym) alebo dlhodobým (chronickým) priebehom, ktorý môže skomplikovať alebo naopak uľahčovať snahu o zabezpečenie zdravia.

3.2.1 Hlavné koncepty Modelu podpory zdravia

Podpora zdravia je definovaná ako správanie motivované túžbou zlepšiť zdravie a aktualizovať potenciál ľudského zdravia. Je to prístup k zdraviu. Na druhej strane **ochrana zdravia** alebo **prevencia chorôb** sa opisuje ako správanie motivované túžbou aktívne sa vyhnúť chorobe, včas ju odhaliť, alebo udržať fungovanie v rámci obmedzení choroby.

Model sa zameriava na tri oblasti:

1. **Individuálne charakteristiky a skúsenosti** (predchádzajúce správanie sa k zdraviu a personálne faktory).
2. **Kognitívne a afektívne reakcie spávania** (vnímané benefity činnosti, vnímané prekážky činnosti, vnímané sebauplatnenie, interpersonálne vplyvy a situačné vplyvy).
3. **Behaviorálne východiská** (zodpovednosť k naplánovaným intervenciám smerujúcim k správaniu podporujúce zdravie).

Subškály modelu zdravia

Personálne faktory - predpovedajú dané správanie a formujú povahu posudzovaného cieľového správania. Delia sa na biologické, psychologické a sociokultúrne. Biologické faktory zahŕňajú premenné ako vek, pohlavie, etnický pôvod, index telesnej hmotnosti, fyzická aktivita. V rámci psychologických faktorov sú popisované premenné ako sebaúcta, vlastná motivácia, osobná kompetencia, vnímaný zdravotný stav a definícia zdravia. Sociokultúrne faktory obsahujú premenné ako rasa, etnický pôvod, sociálno-ekonomický status.

Vnímané benefity činnosti - vnímanie pozitívnych alebo posilňujúcich výsledkov správania podporujúceho zdravie.

Vnímané bariéry činnosti - vnímanie blokov, prekážok a osobných zábran na ceste k zdravému správaniu sa.

Vnímané sebauplatnenie - posúdenie osobnej schopnosti organizovať a vykonávať aktivity zamerané na zdravé správanie.

Afektívne reakcie súvisiace s činnosťami - subjektívne pocity alebo emócie, ktoré sa vyskytujú pred, počas a po konkrétnych aktivitách zameraných na zdravie - podporujúce správanie.

Interpersonálne vplyvy (rodina, rovesníci, poskytovatelia služieb) - normy, sociálna podpora, vzory správania, presvedčenia alebo postoje iných osôb v súvislosti so zdravím.

Situačné vplyvy (možnosti, charakteristiky požiadaviek, estetika) - vnímanie zlučiteľnosti životného kontextu alebo prostredia so zapojením sa do konkrétneho správania podporujúceho zdravie.

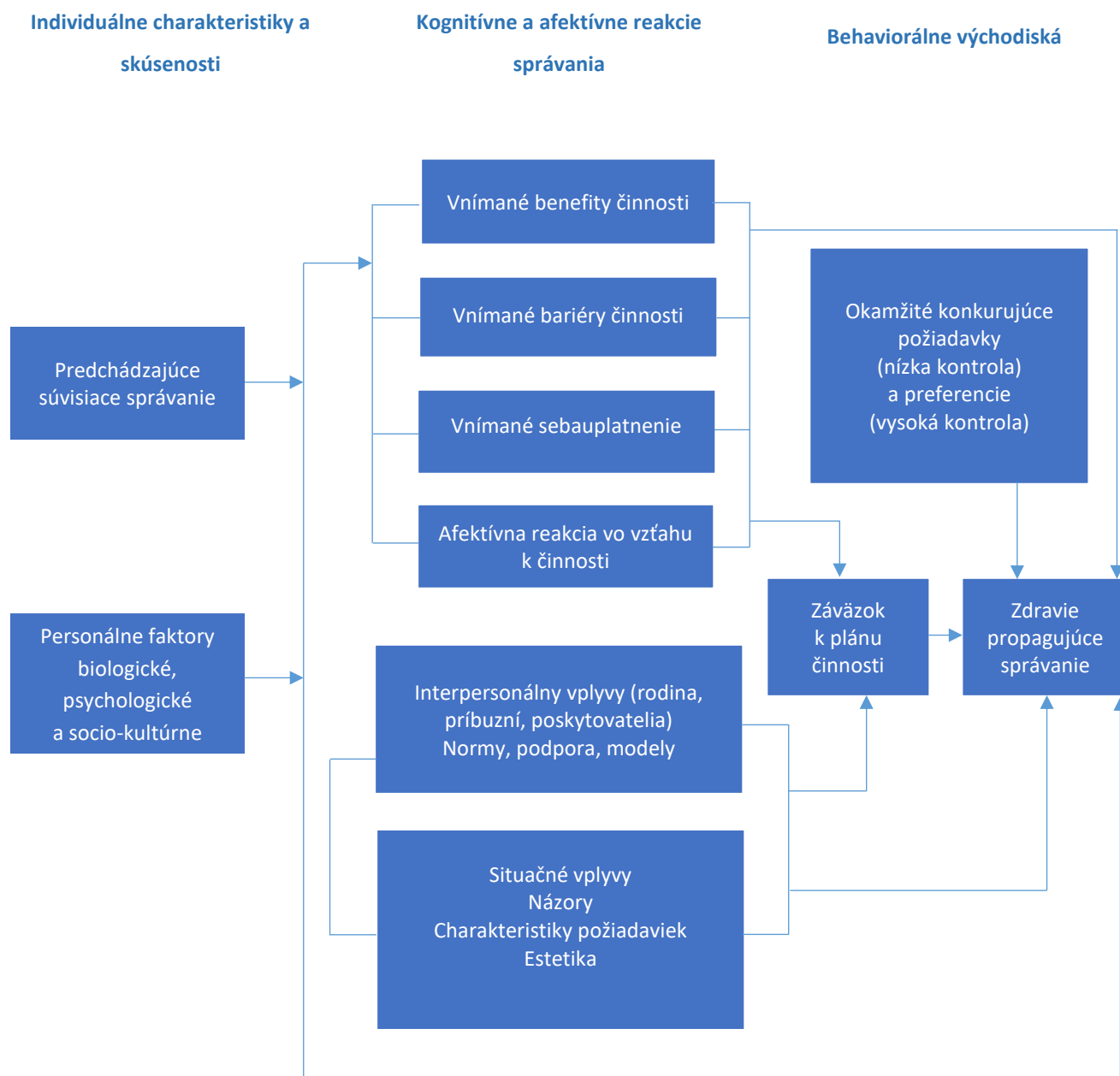
Závazok k plánu činnosti - zámer vykonávať konkrétne intervencie a stratégie zamerané na správanie podporujúce zdravie.

Okamžité konkurujúce požiadavky a preferencie - alternatívne správanie.

Správanie propagujúce zdravie - je konečný cieľ alebo výsledok činnosti zameraný na dosiahnutie pozitívnych výsledkov v oblasti zdravia (ako je optimálna pohoda, osobná spokojnosť a produktívny život).

Schéma Penderovej modelu podpory zdravia (obr. 3.1) znázorňuje jednotlivé komponenty modelu v štruktúre vzájomného prepojenia. V Modeli podpory zdravia sa vnímanie a afektívne reakcie hodnotia pomocou týchto konštruktov: benefity činnosti, bariéry činnosti, sebauplatnenie a afektívna reakcia vo vzťahu k činnosti. Tieto konštrukty sú pre väčšinu výskumov hlavným cieľom vnímania pozitívnych dôsledkov, prekážok, presvedčení a zámerov vykonávať konkrétne činnosti zamerané na podporu zdravia. Tým sa zvyšujú kognitívne zručnosti, ktoré pomáhajú jednotlivcom efektívne prijímať nové rozhodnutia a umožňujú im vykonať zmeny vo vlastnom správaní. Vnímané sebauplatnenie je ústredným konštruktom, ktorý hodnotí osobnú schopnosť a sebadôveru pri rozvoji želaných výsledkov alebo správania zameraného na zdravie. Situačné a

interpersonálne vplyvy sú dôležitými konštruktmi, ktoré skúmajú vplyv sociálnej (podpora a zásahy rodiny a priateľov) a environmentálnej podpory (domov a okolie) na zdravie podporujúce správanie.



Obr. 3.1 Schéma Penderovej modelu podpory zdravia (Zdroj:nursinganswers.net)

Vďaka jednoduchosti použitia je model podpory zdravia cenným nástrojom v oblasti ošetrovateľského výskumu. Používanie Penderovej modelu podpory zdravia môže pozitívne ovplyvniť a zlepšiť správanie zamerané na podporu zdravia. Penderovej model vedie sestru k tomu, aby prispôsobila edukačnú

činnosť individuálnym potrebám jednotlivca, rodiny, komunity vo vzťahu k potrebám prostredia s cieľom iniciovať zmenu správania podporujúceho zdravie.

3.3 Teória transkultúrnej starostlivosti Madeleine Leininger

Dr. Madeleine Leininger, PhD, LHD, RN, CTN, FAAN, (Professor Emeritus of Nursing and Anthropology) (1925 - 2012) bola medzinárodne známa pedagogička, výskumníčka, konzultantka, autorka koncepcie transkultúrneho ošetrovateľstva. Počas práce v detskom domove v 50. rokoch 20. storočia zažila Madeleine Leiningerová niečo, čo označila za kultúrny šok, keď si uvedomila, že opakujúce sa vzorce správania detí majú zrejme kultúrny základ. Ako prvá v 60. rokoch 20. storočia vytvorila koncept „kultúrne kongruentnej starostlivosti“, ktorý bol cieľom teórie kultúrnej starostlivosti, a dnes sa tento koncept používa na celom svete. Madeleine Leiningerová identifikovala nedostatok kultúrnych a ošetrovateľských znalostí ako chýbajúcu zložku chápania mnohých variácií potrebných v nemocničnej starostlivosti na podporu zdravia, čo ju viedlo k vytvoreniu teórie transkultúrneho ošetrovateľstva (Transcultural Nursing), známej aj ako teória kultúrnej starostlivosti (Culture Care Theory) alebo Model vychádzajúceho slnka (Model Sunrise Enabler). Teória transkultúrneho ošetrovateľstva sa prvýkrát objavila v Leiningerovej knihe Culture Care Diversity and Universality (Rozmanitosť a univerzálnosť kultúrnej starostlivosti), ktorá vyšla v roku 1991, ale bola vyvinutá v 50. rokoch 20. storočia. Teória bola ďalej rozvinutá v jej knihe Transkultúrne ošetrovateľstvo, ktorá vyšla v roku 1995. V tomto dokumente je uvedené aj vysvetlenie transkultúrneho ošetrovateľstva, ktoré autorka definuje ako „podstatnú oblasť štúdia a praxe zameranú na porovnávanie kultúrnych hodnôt, presvedčení a praktík jednotlivcov alebo skupín podobných alebo odlišných kultúr s cieľom poskytnúť kultúrne špecifické a univerzálne ošetrovateľské postupy pri podpore zdravia alebo pohody, alebo pomôcť ľuďom čeliť nepriaznivým ľudským podmienkam, chorobe alebo smrti kultúrne zmysluplným spôsobom“. V treťom vydaní knihy Transcultural Nursing

(Transkultúrne ošetrovateľstvo), ktoré vyšlo v roku 2002, sa vysvetľuje výskum založený na teórii a aplikácia transkultúrnej teórie.

Teória transkultúrneho ošetrovateľstva zahŕňa poznanie a pochopenie rôznych kultúr, pokiaľ ide o ošetrovateľské a medicínske postupy, presvedčenia a hodnoty, s cieľom poskytovať zmysluplné a účinné ošetrovateľské služby v kontexte kultúrnych hodnôt ľudí v oblasti zdravia a choroby. Zameriava sa na skutočnosť, že rôzne kultúry majú odlišné správanie a odlišné hodnoty, presvedčenia a vzorce správania v oblasti zdravia a choroby. Špecifiká kultúrnej starostlivosti sa premietajú do poznatkov o jednotlivcoch, rodinách, skupinách, komunitách a inštitúciách v rôznych systémoch zdravotnej starostlivosti. Tieto poznatky poskytujú kultúrne špecifické významy a vyjadrenia o starostlivosti a zdraví. Ďalej sa zameriava na všeobecný alebo ľudový systém, systém(y) profesionálnej starostlivosti a na ošetrovateľskú starostlivosť. Informácie o týchto systémoch zahŕňajú charakteristiky a špecifické znaky starostlivosti každého z nich. Tieto informácie umožňujú identifikovať podobnosti a rozdiely alebo kultúrnu univerzálnosť starostlivosti a kultúrnu rozmanitosť starostlivosti. **Tradičný systém** nazývaný aj ako ľudový alebo laický, charakterizujú poznatky, názory, kultúrne naučené zručnosti príslušníkov danej kultúry pri ošetrovaní. V centre pozornosti je človek ako celostná bytosť (holistický prístup). Zameriava sa na prevenciu chorôb a smrť v súlade s obyčajmi, zvykmi a praktikami danej kultúry. Pri poskytovaní starostlivosti využíva domáce prostredie a prirodzené liečivá. Limituje využívanie modernej techniky či technológií.

Profesionálny systém predstavuje formálne naštudované poznatky a intervencie profesionálnej starostlivosti. V centre pozornosti je chorý človek. Je vedecky orientovaný, zameriava sa na nápravu telesného a duševného zdravia, v popredí je diagnostika, liečba a medikácia. Starostlivosť sa poskytuje v zdravotníckych zariadeniach.

3.3.1 Kľúčové metaparadigmy teórie transkultúrálnej starostlivosti

Madeleine Leiningerová obhajovala názor, že ošetrovateľstvo je humanistický a vedecký spôsob pomoci klientovi prostredníctvom špecifických kultúrnych procesov starostlivosti (kultúrne hodnoty, presvedčenia a praktiky) s cieľom zlepšiť alebo udržať zdravotný stav.

Medzi najvýznamnejšie pojmy - metaparadigmy teórie patrí:

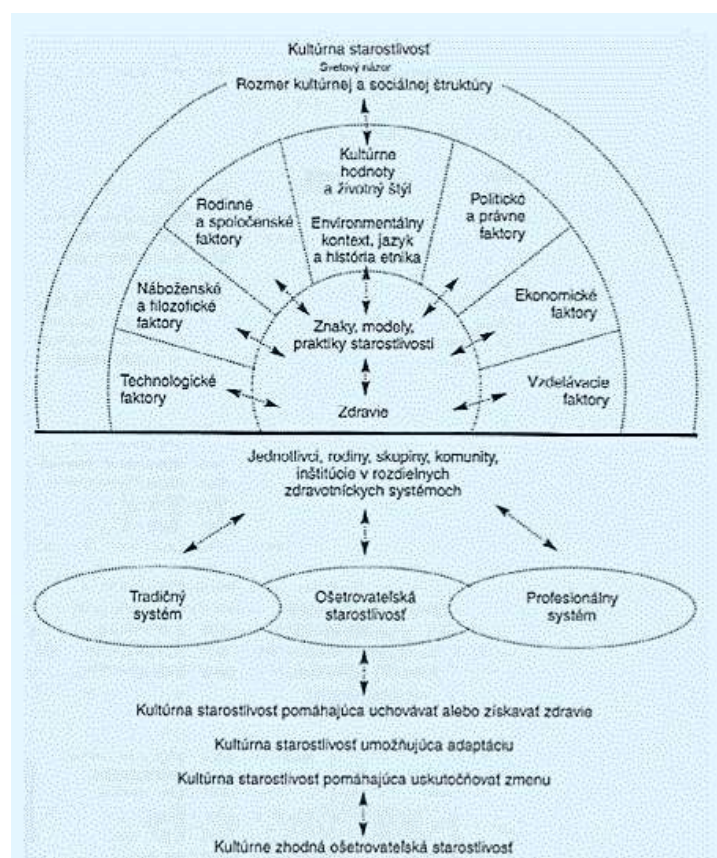
- **zdravie**, čo je stav zdravia, ktorý je kultúrne definovaný a konštituovaný,
- **prostredie**, ktoré zahŕňa fyzické, ekologické, sociálno-politické a/alebo kultúrne prostredie,
- **ošetrovateľstvo** je vnímané ako humanistická profesia, ktorá sa zameriava na ľudské javy s cieľom udržať alebo znovu získať ich zdravie alebo pohodu kultúrne zmysluplným a prospešným spôsobom,
- **osoba** predstavuje ľudskú bytosť (Leiningerová je presvedčená, že pojem osoba nie je v mnohých kultúrach kultúrne vhodný).

Madeleine Leiningerová vytvorila **Model vychádzajúceho slnka** (obr 3.2) v logickom poradí, aby znázornila vzájomné vzťahy pojmov vo svojej teórii kultúrnej starostlivosti. Model je koncepčný vizuálny sprievodca zobrazujúci viaceré faktory, ktoré podľa predpokladov ovplyvňujú kultúrne konformnú starostlivosť s ľuďmi rôznych kultúr. Model zahŕňa nasledujúce faktory:

- *technologické faktory* (prístup k informačným technológiám, ku komunikačným prostriedkom, prístup k médiám a tlači a iné);
- *náboženské a filozofické faktory* (význam života, individuálna viera, spiritualita, osobné hodnoty, normy a náboženské vyznanie a iné);
- *rodinné a spoločenské faktory* (familiárna štruktúra, postavenie v rodine, rodinné hodnoty, roly, priateľstvá, emocionálne a sexuálne vzťahy, prístup ku kultúre, voľný čas a šport a iné);
- *kultúrna hodnoty a životný štýl* (zodpovednosť za zdravie, liečiteľstvo, vnímanie oficiálneho systému zdravotníctva, tabak, alkohol, rekreačné drogy, pohybové aktivity, bezpečnosť, pohľady na svet, zábava a voľný čas, alternatívny životný štýl a iné);

- *politické a právne faktory* (prístup do verejnej politiky - bezpečnosť, zdravie, vzdelanie, životné prostredie, práca, doprava a iné);
- *ekonomické faktory* (zamestnanie, pracovné podmienky, bývanie a iné);
- *vzdelávacie faktory* (vedomosti, prístup k vzdelaniu, gramotnosť, prístup k informáciám a iné);
- *environmentálny kontext* (zdroj pitej vody, prítomnosť vegetácie či lesných plôch, prítomnosť zvierat, vzťahy s prírodnými zdrojmi, znečistenie vzduchu, vody, hluk a iné).

Model v podstate slúži ako kognitívna príručka pre výskumníka na vizualizáciu a premýšľanie o rôznych faktoroch, o ktorých sa predpokladá, že ovplyvňujú kultúrne zhodnú starostlivosť v procese objavovania. Model vychádzajúceho slnka bol dodatočne využitý pri vykonávaní kultúrno-logického hodnotenia zdravotníckych služieb v súvislosti s potrebami pacientov v oblasti well-being.



Obr. 3.2 **Model vychádzajúceho slnka** (Zdroj: Žiaková a kol., 2007)

Leiningerovej teória pomáha taktiež lepšie definovať očakávania vzťahu medzi sestrou a pacientom, pretože sestra je v konečnom dôsledku tá, ktorá vykonáva starostlivosť a je s pacientom väčšinu času, keď mu poskytuje starostlivosť. Cieľom Leiningerovej je, aby sestry brali ohľad aj na sociálne vnímanie pacienta.

3.3.2 Pojem kultúrna kompetencia

V súvislosti s princípmi transkultúrneho ošetrovateľstva sa aktuálne v celosvetovom meradle zavádza do ošetrovateľskej praxe pojem **kultúrna kompetencia**. Kultúrna kompetencia je schopnosť reagovať na kultúrnu rozmanitosť v systémoch zdravotnej starostlivosti. Kultúrna kompetencia bola prvýkrát oficiálne opísaná ako súbor kongruentných postojov, vedomostí a správania odborníkov, ktoré umožňujú efektívnu prácu v medzikultúrnych situáciách. Kultúrna kompetencia je taktiež definovaná ako postupne rozvíjaná sa schopnosť sestier poskytovať bezpečnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť klientom s odlišným kultúrnym zázemím (vek, pohlavie, rasa, etnický pôvod, náboženstvo, vzdelanie, sociálno-ekonomický status, geografický región a povolanie). Je vnímaná na **troch úrovniach**: individuálnej, organizačnej a systémovej. Individuálna kultúrna kompetencia je zameraná na konkrétnu osobu, ktorá starostlivosť poskytuje. Organizačná kultúrna kompetencia sa orientuje na systém procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti a zdôrazňuje potrebu organizačnej zmeny, a systémová kultúrna kompetencia sa zaoberá otázkami ako je kontrola profesijných a akreditačných noriem, nábor minoritných študentov a pod.

Kultúrna kompetencia zahŕňa **päť atribútov**, ktoré by sestry mali uplatňovať pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Tieto atribúty sú **kultúrne povedomie, kultúrna citlivosť, kultúrne vedomosti, kultúrne zručnosti a dynamický proces**.

Kultúrne povedomie sa vzťahuje na rozšírenie povedomia sestier o rôznych hodnotách, presvedčeníach, normách a spôsoboch života klientov. Dôležitý je

aj atribút, aby si sestry uvedomovali svoje vlastné kultúrne hodnoty, presvedčenia či praktiky a nemali predsudky voči klientom z rôznych kultúr.

Kultúrna citlivosť sa vzťahuje na uznanie a rešpekt sestier voči kultúrnej rozmanitosti klientov. Nemožno predpokladať, že kultúra každého jednotlivca je rovnaká, a kultúrna rozmanitosť je nevyhnutná. Okrem toho by sa malo predchádzať myšlienke, že vlastná kultúra je nadradená kultúre inej. Rešpektovanie kultúrnych rozdielov je vždy nevyhnutné na zabezpečenie kvalitnej a uspokojivej starostlivosti o klientov.

Kultúrne vedomosti sú položkou, na ktorú sa sestry môžu pripraviť pred stretnutím s klientmi. Sestry by mali byť oboznámené s koncepciami, teóriami alebo modelmi súvisiacimi s poskytovaním služieb u kultúrne odlišných skupín, čo pomáha identifikovať potreby zdravotnej starostlivosti a vhodné možnosti ošetrovateľskej starostlivosti.

Kultúrne zručnosti sa vzťahujú na schopnosť vykonávať kultúrne hodnotenie s cieľom zhromaždiť relevantné kultúrne údaje o aktuálnom zdravotnom probléme klienta, ako aj presne začleniť súvisiace údaje do plánovania a poskytovania starostlivosti kultúrne citlivým spôsobom. Pri tejto zručnosti sa uplatňuje efektívna komunikácia, ktorá zahŕňa verbálny aj neverbálny jazyk zrozumiteľný pre príslušníkov iných kultúr. Vhodné využitie tlmočníkov je niekedy nevyhnutné na dosiahnutie vzájomného porozumenia.

Dynamický proces znamená, že sestry sa stávajú kultúrne kompetentnými prostredníctvom osobných stretnutí s rôznymi klientmi. Kultúra, ktorá je ovplyvnená mnohými variantmi, má dynamický charakter, preto kultúrna kompetencia nemôže byť statickou situáciou. Ľudia vyjadrujú svoje emócie, prejavujú svoje utrpenie a interpretujú svoje symptómy a obavy rôzne v dôsledku kultúrnych rozdielov.

Zvyšujúca sa kultúrna rozmanitosť v systéme zdravotnej starostlivosti na celom svete zdôraznila potrebu zvyšovania kultúrnej kompetencie sestier. Kultúrnú rozmanitosť možno chápať ako rozdiely vo farbe pleti, rase, národnostnom pôvode, etnickom pôvode, sociálno-ekonomickom postavení, vzdelaní, povolaní, náboženstve a iných súvisiacich charakteristikách skupín ľudí. Na pochopenie kultúrnej kompetencie a usmernenie ošetrovateľskej praxe

možno použiť súvisiace teoretické modely ako napríklad Leiningerovej model vychádzajúceho slnka, Gigerovej model transkultúrneho hodnotenia a Purnellovej model kultúrnej kompetencie.

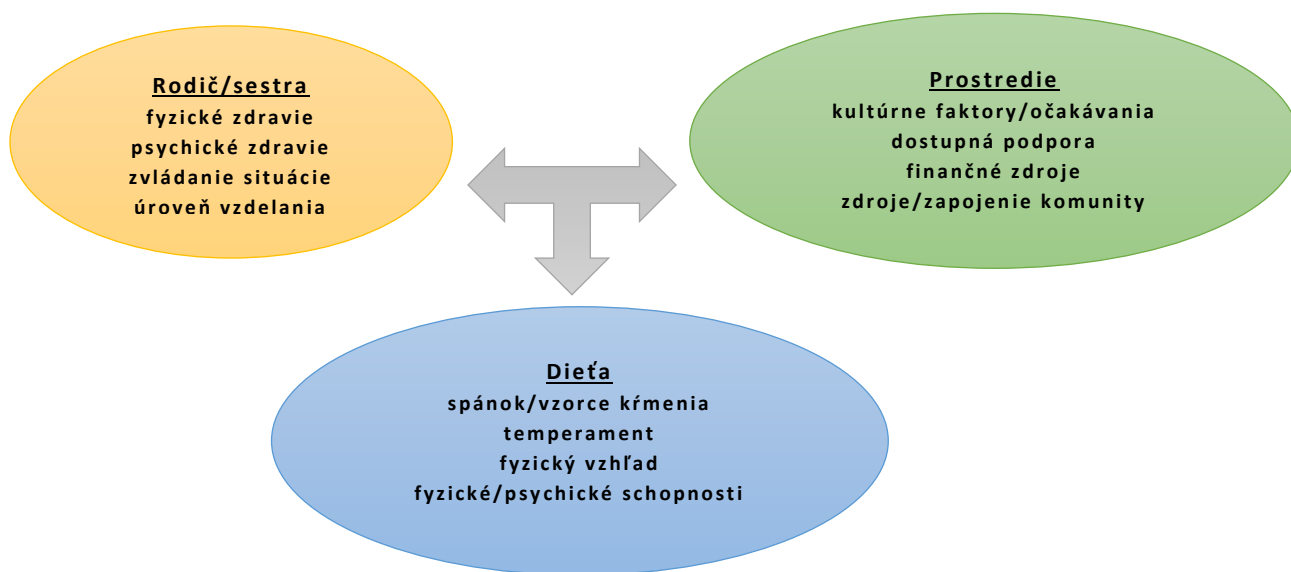
3.4 Model interakcie medzi rodičmi a deťmi Kathryn E. Barnard

Dr. Kathryn Elaine Barnard, PhD. RN, FAAN (1938 -2015) sa zaoberala „Teóriou interakcie s dieťaťom“. Zamerala sa na zlepšovanie zdravia dojčiat a ich rodín. Jej zistenia o interakcii medzi rodičmi a deťmi ako dôležitom prediktore kognitívneho vývoja prispeli k úzkemu prepojeniu s praxou. Je zakladateľkou projektu Nursing Child Assessment Satellite Training Project (NCAST), ktorý vytvára a rozvíja výstupy založené na výskume, hodnotení a školiacich programoch s cieľom naučiť odborníkov, rodičov a iných opatrovateľov zručnostiam, ktoré im umožnia zabezpečiť výchovné prostredie pre malé deti. Vychádza zo psychológie, ľudského vývoja a zameriava sa na interakciu matky a dieťaťa s prostredím.

3.4.1 Hlavné koncepty modelu

Medzi **hlavné koncepty modelu** patrí prepojenie opatrovateľa (rodič, sestra), prostredia a dieťaťa (obr. 3.3). V rámci týchto troch základných komponentov popisuje faktory, ktoré podľa autorky významne vplývajú na podporu zdravia dieťaťa s dôrazom na rast, vývoj dieťaťa a vzťah matky a dieťaťa. Ak rodič z akýchkoľvek príčin nepodporuje resp. neposkytuje dieťaťu fyziologický vývoj v oblasti fyzického a psychického zdravia vstupuje do starostlivosti sestra a snaží sa rodiča viesť k správnym intervenciám podporujúcim rozvoj dieťaťa. Každé dieťa je individuálne a je dôvodom, aby sa ku každému dieťaťu vytváral osobitý prístup prospešný pre vzájomný vzťah dieťaťa a rodiča. Rodičia, rovnako ako deti, musia byť schopní správne pochopiť podnety, aby mohli modifikovať svoj prístup a správanie.

Teória navrhuje ideu, „že individuálne charakteristiky každého člena ovplyvňujú systém rodič – dieťa, a že adaptívne správanie modifikuje tieto charakteristiky tak, aby zodpovedali potrebám systému“.



Obr. 3.3 Torzo modelu Kathryn E. Barnard

3.4.2 Definícia ošetrovateľskej paradigmy

Človek, ktorý chápe sluchové, zrakové a hmatové podnety a následne tieto informácie vie dobre využiť.

Zdravie: rodina, ktorá poskytuje základnú preventívnu zdravotnú starostlivosť.

Prostredie: miesta, ľudia, predmety, zvuky a pohľady.

Ošetrovateľstvo: vzdelávanie uľahčuje zmeny.

V Barnardovej modeli je človek schopný nielen chápať sluchové, zrakové a hmatové podnety, ale aj tieto informácie zmysluplne využiť. Na podporu zdravia tohto vzťahu je hlavnou nevyhnutnosťou rodina a spôsob jej interakcie. Prostredníctvom úspešného vzťahu medzi rodičmi a deťmi je to spôsob

preventívnej starostlivosti o zdravie, ktorý zabráni problémom so správaním, keď dieťa rastie. Barnardová tiež zobrazuje faktory, ktoré môžu vstúpiť do prostredia rodiča a dieťaťa. Vzťah môžu ovplyvniť živé a neživé predmety v prostredí. Napokon, sestry podporujú zdravé prostredie a vzdelávajú, podporujú väzby medzi novorodencami a ich rodičmi.

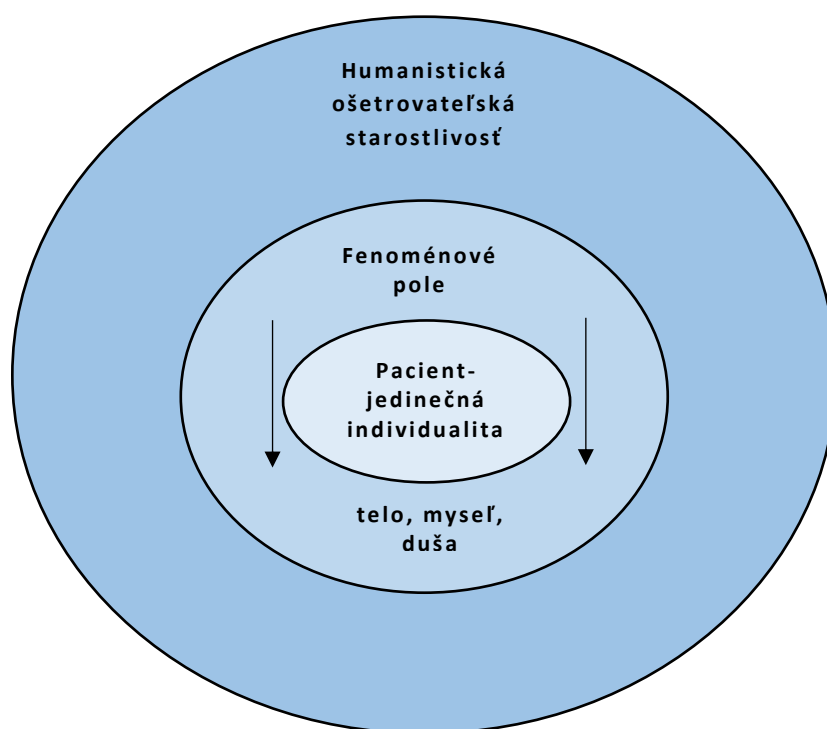
Barnardovej model ukazuje na skutočnosť, že jasné vymedzenie navonok jednoducho pôsobiacich pojmov je dôležité a naše sociálne interakcie sú neoddeliteľnou súčasťou úspechu alebo zlepšenia správania sa a duševného vývoja.

Model interakcie medzi rodičmi a deťmi Kathryn E. Barnardovej sa využíva v situáciách zameraných na úspešnosť liečby a zmenu životného štýlu. Posilnenie vzťahu rodič-dieťa umožňuje dieťaťu lepší prístup k starostlivosti. Jedným z efektívnych nástrojov, ktorý autorka navrhla pre sestry, je Child Health Assessment (Hodnotenie zdravotného stavu dieťaťa). Pomocou tohto nástroja môžu sestry určiť silu vzťahu medzi detským pacientom a jeho rodičmi. Táto analýza sa uskutočňuje pomocou série pozorovaní a hodnotiacich otázok. Sila vzťahu sa meria na stupnici s hodnotami od 0 do 10 (1 znamená najsilnejší vzťah a 10 najslabší). Na základe týchto výsledkov sestra môže rodičom poskytnúť rady, ako tento vzťah posilniť. Tento ošetrovateľský model sa môže uplatňovať v rôznych prostrediach. Aj keď sa zameriava na rozvoj zdravia dieťaťa prostredníctvom ich rodinného puta, z posilnenia tohto vzťahu by mohli mať prospech aj rodičia. Celkovo možno povedať, že pozitívny vzťah medzi rodičom a dieťaťom súvisí s lepším kognitívnym vývojom dieťaťa, a preto by ho sestry mali podporovať, aby sa zabezpečilo dosiahnutie duševného zdravia. Okrem toho tento model pomáha podporovať fyzické zdravie detí, pretože umožňuje rodičom dozvedieť sa potrebné informácie, ktoré pomôžu ich deťom v procese posilnenia zdravia, či uzdravovania.

3.5 Koncepčný ošetrovateľský model Margaret Jean Watsonová

Dr. Margaret Jean Watsonová, Ph.D, RN, AHN-BC, FAAN (1940 – súčasnosť) je teoretička ošetrovateľstva, ktorá vytvorila „Filozofiu a teóriu

transpersonálnej starostlivosti“ alebo „Vedu o starostlivosti“ a je zakladateľka Watson Caring Science Institute. Jej teória zdôrazňuje humanistické aspekty ošetrovateľstva, ktoré sa prelínajú s vedeckými poznatkami a ošetrovateľskou praxou. Podľa jej teórie môžu sestry starostlivosť preukazovať a praktizovať. Jean Watsonová veľmi jasne definuje, že „ošetrovateľstvo sa zaoberá podporou zdravia, prevenciou chorôb, starostlivosťou o chorých a obnovou zdravia“. Starostlivosť s holistickým prístupom je ústredným prvkom ošetrovateľskej praxe. Podľa nej humanistická ošetrovateľská starostlivosť zahŕňa hodnoty, vedomosti, zručnosti, záujem, postoje a cit. Humanistická starostlivosť sa viaže na intersubjektívne odpovede človeka v podmienkach zdravia aj choroby (obr. 3.4). Sestra, ktorá poskytuje starostlivosť, vníma pocity inej osoby a vníma ľudskú bytosť ako výnimočnú, neopakovateľnú individualitu.



Obr. 3.4 Schéma modelu humanistickej ošetrovateľskej starostlivosti

(Zdroj: Farkašová, 2009)

3.5.1 Kľúčové metaparadigmy koncepčného modelu

Watsonová definovala tri zo štyroch **metaparadigmatických pojmov** v ošetrovatelstve, a to osobu alebo človeka, zdravie a ošetrovatelstvo. Nevymedzuje pojem – prostredie. Ľudskú bytosť označila za hodnotnú **osobu** samu o sebe, o ktorú sa treba starať, rešpektovať ju, ošetrovať, chápať a pomáhať jej, vo všeobecnosti ponúka filozofický pohľad na človeka ako na plne funkčné integrované ja.

Zdravie je definované ako vysoká úroveň celkového fyzického, duševného a sociálneho fungovania, všeobecná adaptačno-udržiavacia úroveň každodenného fungovania, neprítomnosť choroby alebo prítomnosť úsilia vedúceho k neprítomnosti choroby.

Ošetrovatelstvo je veda o osobách a skúsenostiach so zdravím a chorobou, ktoré sú sprostredkované profesionálnymi, osobnými, vedeckými a etickými interakciami v oblasti starostlivosti. Uviedla termín „uspokojenie duše“ pri poskytovaní starostlivosti klientom.

Watsonová v modeli navrhuje 10 faktorov humanistickej starostlivosti, ktoré sestry aplikujú počas ošetrovateľskej starostlivosti. Sú to konkrétne: (1) formovanie humanisticko-altruistických hodnotových systémov, (2) vštepovanie viery a nádeje, (3) pestovanie citlivosti voči sebe a druhým, (4) rozvíjanie vzťahu pomoci a dôvery, (5) podpora a akceptácia vyjadrovania pozitívnych a negatívnych pocitov, (6) systematické využívanie tvorivého procesu riešenia problémov v rámci starostlivosti, (7) podpora transpersonálneho vyučovania - učenia sa, (8) poskytovanie podporného, ochraňujúceho alebo korigujúceho prostredia pre oblasť psychickú, fyzickú, duchovnú a spoločenskú (9) pomoc pri uspokojovaní ľudských potrieb a (10) umožnenie existenciálno-fenomenologických spirituálnych síl. Prvé tri faktory tvoria „filozofický základ“ vedy o starostlivosti a nasledujúcich sedem vychádza z tohto základu.

Uvedené faktory spolu s navrhovanými prvkami procesu aplikácie interpretujeme v tab 3.1.

Tab. 3.1 10 faktorov humanistickej starostlivosti zahrnutých v Watsonovej modeli

Faktory	Proces
1. Formovanie humanisticko-altruistického hodnotového systému	Praktizovanie láskavosti a vyrovnanosti v kontexte starostlivosti.
2. Vštepenie viery a nádeje	Byť autenticky prítomný a umožniť udržanie presvedčenia v seba samého a toho, o koho sa staráme.
3. Pestovanie citlivosti voči sebe a druhým	Pestovanie vlastných duchovných praktík a transpersonálneho ja, ktoré presahuje ego-ja.
4. Rozvíjanie vzťahu pomoci a dôvery	Rozvíjanie a udržiavanie dôverného, autentického vzťahu medzi sestrou a pacientom.
5. Podpora a akceptácia vyjadrovania pozitívnych a negatívnych pocitov	Prítomnosť a podpora vyjadrovania pozitívnych a negatívnych pocitov ako spojenia s hlbším duchovným vnímaním so sebou samým a s tým, o koho sa staráme.
6. Systematické využívanie tvorivého procesu riešenia problémov v rámci starostlivosti	Tvorivé využívanie všetkých spôsobov poznania seba samého ako súčasti procesu starostlivosti; zapájanie sa do postupov starostlivosti a liečenia.
7. Podpora transpersonálneho vyučovania - učenia sa	Zapojenie sa do skutočného vyučovania - učenia sa, ktoré dbá na jednotu bytia a zmyslu, pričom sa snaží zostať v referenčnom rámci druhých.
8. Poskytovanie podporného, ochraňujúceho alebo korigujúceho prostredia pre oblasť psychickú, fyzickú, duchovnú a spoločenskú	Vytváranie liečivého prostredia na všetkých úrovniach (fyzického, ako aj nefyzického, jemnohmotného prostredia energie a vedomia, v ktorom sa posilňuje celistvosť, krása, pohodlie, dôstojnosť a pokoj).
9. Pomoc pri uspokojovaní ľudských potrieb	Pomoc pri uspokojovaní základných potrieb s vedomím zámernej starostlivosti, aplikácia "základných vecí starostlivosti o človeka", ktoré potencujú zosúladenie mysle, tela a ducha, celistvosť a jednotu bytia vo všetkých aspektoch starostlivosti.
10. Umožnenie existenciálno-fenomenologických spirituálnych síl	Otváranie a pozornosť duchovno-zážitkovým a existenciálnym rozmerom vlastného života a smrti; starostlivosť o dušu seba a toho, o koho sa staráme.

Watsonovej hierarchia potrieb sa začína biofyzickými potrebami nižšieho radu alebo potrebami prežitia, vrátane potreby potravy a tekutín, eliminácie

a ventilácie. Nasledujú psychofyzické potreby nižšieho radu alebo funkčné potreby vrátane potreby aktivity, neaktivity a sexuality. Psychosociálne potreby vyššieho radu alebo integračné potreby zahŕňajú potrebu úspechu a afiliácie. A napokon potreba vyššieho rádu intrapersonálno-interpersonálna potreba alebo potreba hľadania rastu, ktorou je seberealizácia.

Ošetrovateľský proces načrtnutý vo Watsonovej modeli obsahuje rovnaké kroky ako proces vedeckého výskumu: posúdenie, plán, intervencia a hodnotenie. Hodnotenie zahŕňa pozorovanie, identifikáciu a preskúmanie problému a vytvorenie hypotézy. Vytvorenie plánu starostlivosti pomáha sestre určiť, ako by sa premenné skúmali alebo merali a aké údaje by sa zbierali. Intervencia je realizácia plánu starostlivosti a zber údajov. Nakoniec sa v rámci hodnotenia analyzujú údaje, interpretujú výsledky a môžu viesť k stanoveniu ďalšej hypotézy.

Watsonová je presvedčená, že sestry majú schopnosť a zodpovednosť integrovať koncept teórie humanistickej starostlivosti spolu s identifikovanými 10 faktormi do ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá uľahčí osobám rozvoj v oblasti uchovania a podpory zdravia.

Literatúra

ALLIGOOD, M.R. *Nursing theorists and their work*. St. Louis : Elsevier, 2018. 601 p. ISBN 978-0-323-40224-8.

BUSHER BETANCOURT, D. A. Madeleine Leininger and the Transcultural Theory of Nursing. In *The Downtown Review* [online]. 2015, vol. 2, issue 1.

Dostupné na internete:

<http://engagedscholarship.csuohio.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1020&context=tdr>

CAI, D-Y. A concept analysis of cultural competence. In *International Journal of Nursing Sciences* [online]. ISSN 2352-0132. 2016, vol. 3, issue 3, p. 268-273.

Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.002>

ČERVENÝ, M. A transzkulturális ápolástudomány alapjai. The fundamental concepts of transcultural nursing. In *Nővér* [online]. ISSN 0864-7003. 2016, 29 evf., 5 sz., p. 42. Dostupné na internete: <https://adoc.pub/n-ver-az-apolas-elmelete-es-gyakorlata-journal-of-nursing-thcb7f5f1324a9b2b0eb17841549708b4b56290.html>

ČERVENÝ, M., KILÍKOVÁ, M. Úvod do etnoošetrovateľského výskumu. In *Anthropologia integra* [online]. ISSN 1804-6665. 2018, roč. 9, č. 2, s. 35 – 42. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.5817/AI2018-2-35>

DUDAS, K. I. Cultural Competence: An Evolutionary Concept Analysis. In *Nursing Education Perspective* [online]. ISSN 1943-4685. 2012;vol. 33, issue 5, p. 317-321. Dostupné na internete: doi: 10.5480/1536-5026-33.5.317

FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovateľstvo – teória*. 3. vyd. Martin : Osveta, 2009. 245 s. ISBN 978-80-8063-322-6.

GEORGE, J. B. *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (6th ed.). Boston : Pearson, 2011. 685 p. ISBN 978-01-3513-583-9.

GIGER, J. N. *Transcultural nursing: assessment and intervention*. St Louis : Elsevier, 2017. 722 p. ISBN 978-03-2339-992-0.

GONZALO, A. *Jean Watson: Theory of Human Caring* [online]. 2021. Dostupné na internete: <https://nurseslabs.com/jean-watsons-philosophy-theory-transpersonal-caring/>

GONZALO, A. *Madeleine Leininger: Transcultural Nursing Theory* [online]. 2021. Dostupné na internete: <https://nurseslabs.com/madeleine-leininger-transcultural-nursing-theory/#description>

GONZALO, A. *Nola Pender: Health Promotion Model* [online]. 2021. Dostupné na internete: <https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/>

HULKOVÁ, V. *Ošetrovateľské konceptuálne modely pre vzdelávanie a prax*. Trenčín : Trenčianska univerzita v Trenčíne, 2020, 155 s. ISBN 978-808075-923-0.

CHANTAL, C.: A Pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory. In *The International Journal for Human Caring* [online]. ISSN. 2578-2304. 2003, vol.7, no 3, p. 51 – 57. Dostupné na internete: doi: 10.20467/1091-5710.7.3.51

KUMAR TK, A., CHANDRAN, S. *Application of Nursing Theories*. New Delhi : JaypeeDigital, 2017. 274 p. ISBN 978-93-8615-063-9.

LEININGER, M. M. *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. Washington : National League for Nursing, 1991. ISBN 978-08-8737-519-4.

LEININGER, M. M, McFARLAND, M. R. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. Sudbury : Jones and Bartlett, 2006. 413 p. ISBN 978-07-6373-437-4.

Madeleine Leininger Theory of Culture Care Diversity [online]. 2021. Dostupné na internete: <https://nursinganswers.net/essays/madeleine-leininger-theory.php>

Madeleine Leininger - Nursing Theorist [online].Dostupné na internete: <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Madeleine-Leininger.php>

MATTELIANO, M. A, STREET, D. Nurse practitioners' contributions to cultural competence. In *J Am Acad Nurse Pract* [online]. ISSN 2327-6924. 2012, vol. 24, issue 7, p. 425 - 435. Dostupné na internete: doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00701.x

McFARLAND, M. R., LEININGER, M. M. Transcultural nursing: Curricular concepts, principles, and teaching and learning activities for the 21st century. In LEININGER, M. M., McFARLAND, M. R. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed). New York : McGraw-Hill, 2002. p. 527 – 561. ISBN 978-00-7135-397-7.

OLISAROVA, V., TOTHOVA, V., CERVENY, M., DVORAKOVA, V., SADILEK, P. Pain Assessment: Benefits of Using Pain Scales for Surgical Patients in South Bohemian Hospitals. In *Healthcare* [online]. ISSN 2227-9032. 2021, vol. 9, issue 2, p. 171. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.3390/healthcare9020171>

OLIŠAROVÁ, V. Multikulturalismus, transkulturalismus a jejich obraz v současné ošetrovatelské péči. In TÓTHOVÁ, V. a kol. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. 1. vyd. Praha : Triton, 2012. s 13 - 20. ISBN 978-80-7387-645-6.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelstva v kocke*. Praha : Grada, 2007. 141 s. ISBN 978-80-247-1918-4.

Pender's Health Promotion Model [online]. Dostupné na internete: <https://nursinganswers.net/reflective-guides/penders-model.php>

PENDER, N. *The Health Promotion Model. Manual* [online]. Dostupné na internete: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf

PENDER, N. J., MURDAUGH, C. L., PARSONS, M. A. *Health Promotion in Nursing Practice*. 6th ed. Boston : Pearson, 2011. 349 p. ISBN 978-01-3509-721-2.

POKORNY, M. E. Nursing Theorists of Historical Significance: Kathryn E. Barnard. In ALLIGOOD, M. R., TOMEY, A. M. (Eds.). *Nursing Theorists and their work* (7th ed.). St. Louis : Elsevier, 2018. p. 61 – 63. ISBN 978-0-323-09194-7.

PURNELL, L. D. *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*. 4th ed. Philadelphia : FA Davis, 2013. 528 p. ISBN 978-0-8036-3705-4.

Services (JMH), M. - D. C. O. *Nursing practice models* [online]. Dostupné na internete: <http://www.jacksonhealth.org/nursing-practice-models.asp>

SLEZÁKOVÁ, Z. Ošetrovateľský proces Madeleine Leiningerovej In: Farkašová, D. a kol. *Teória ošetrovateľstva princípy a prax*. Martin : Osveta, 2021. s. 197 - 205. ISBN 978-80-8063-503-9.

SCHOLZ, P., TÓTHOVÁ, V. Humanistická péče dle modelu Margarety Jean Watsonové. In *Kontakt* [online]. ISSN 1212-4117. 2010, roč. 12, č. 1, s. 34 – 38. Dostupné na internete: doi: 10.32725/kont.2010.004

STARR, S. S, WALLACE, D. C. Client Perceptions of Cultural Competence of Community Based Nurses. In *J Community Health Nurs* [online]. ISSN 1532-7655. 2011, vol. 28, issue 2, p. 57 - 69. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1080/07370016.2011.564057>

TAVAKOLY SANY, S. B., VAHEDIAN SHAHROODI, M., HOSSEINI KHABOSHAN, Z., OROOJI, A., ESMAEILI, H. JAFARI, A., TAJFARD, M. Predictors of physical activity among women in Bojnourd, north east of Iran: Pender's health promotion model. In *Archives of Public Health* [online]. ISSN 2049-3258. 2021, 79, 178. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00698-x>

TÓTHOVÁ, V. a kol. *Zabezpečení efektivní ošetrovateľské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha : Triton, 2010. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.

WAYNE, G.. *Nursing Theories and Theorists. Madeleine M. Leininger* [online]. 2021. Dostupné na internete: https://nurseslabs.com/nursing-theories/#madeleine_m_leininger

WAYNE, G. *Nursing Theories and Theorists. Kathryn E. Barnard* [online]. 2021. Dostupné na internete: https://nurseslabs.com/nursing-theories/#kathryn_e_barnard

ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. Martin : Osveta, 2007. 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

4 PREVENTÍVNE PROGRAMY A PODPORA ZDRAVIA V AMBULANTNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Jana Michalková

V rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti je realizovaných mnoho preventívnych a podporno-výchovných činností a zásahov smerovaných na zdravie jednotlivca, rodiny, či komunity s dôrazom na jeho/ich aktívny prístup k rozhodnutiam v oblasti zdravia. Otázka zdravého spôsobu života zohráva dôležitú rolu v živote každého jedného z nás a mnohokrát má rodina a najbližšie okolie ten najväčší vplyv na naše preferované správanie a voľbu konkrétnych zdraviu prospešných alebo rizikových aktivít.

V kapitole 4.1 objasňujeme základné pojmy súvisiace so zdravím, podporou zdravia, výchovou k zdraviu a edukáciou, apelujeme na dôležitosť prevencie ochorení a približujeme konkrétne zdravotnícke i mimorezortné intervencie, ktoré sú súčasťou programov na podporu zdravia, realizované na medzinárodnej i národnej úrovni.

4.1 Podpora zdravia, výchova k zdraviu a edukácia

Zdravie je najvyššou hodnotou v spoločnosti a patrí medzi základné ľudské práva. Zdravie človeka – jeho fyzická, mentálna, sociálna i duchovná dimenzia by mali byť v centre záujmu každej krajiny. Na základe záverov konferencie v Alma-Ate (1978) o primárnej zdravotnej starostlivosti, bolo zdravie podľa WHO definované ako *stav, ktorý na jednej strane umožňuje jednotlivcom i skupinám ľudí poznať vlastné ciele a uspokojovať potreby a na druhej strane reagovať na zmeny a vyrovnávať sa so svojím prostredím*. V našich legislatívnych dokumentoch konkrétne v zákone NR SR č. 355/2007 Z. z., o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia nie je definícia zdravia uvedená, je však charakterizovaný pojem *verejné zdravie* ako úroveň zdravia spoločnosti, ktorá zodpovedá úrovni poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ochrane a podpore zdravia a ekonomickej úrovni spoločnosti.

V ošetrovatelstve je zdravie jedným z metaparadigmatických pojmov a podľa ošetrovateľského slovníka je to stav pohody (well-being) osoby, ktorá je príjemcom ošetrovateľskej starostlivosti v čase ošetrovania.

Starostlivosť o zdravie je komplex organizovaných, či neorganizovaných činností, ktorých cieľom je podporovať, rozvíjať, chrániť a prinavrátiť zdravie a pracovnú schopnosť, predlžovať a skvalitniť ľudský život, starať sa o zdravý vývoj ľudského rodu. Hlavným faktorom v starostlivosti o zdravie nie sú len finančné prostriedky a materiálno-technické zabezpečenie zdravotníckych služieb. Najviac podstatným článkom je sám človek, ktorý sa o svoje zdravie efektívne a účinne stará a rovnako dôležitá je aj spoločnosť, vytvárajúca sociálne a ekonomické podmienky pre život v nej.

Podpora zdravia („*health promotion*“) v súlade s definíciou WHO umožňuje ľuďom zvýšiť kontrolu nad vlastným zdravím. Zahŕňa širokú škálu politických, technologických, environmentálnych, sociálnych a výchovných intervencií, ktoré sú určené v prospech a na ochranu zdravia a kvality života jednotlivcov tým, že sa zaoberajú základnými príčinami ich zhoršeného zdravotného stavu a predchádzajú im, a nie sú zamerané len na liečbu a vyliečenie. Podpora zdravia je založená na aktívnom prístupe jedinca, skupiny, či spoločnosti k tomu, aby robil rozhodnutia, ktoré sú uvedomelé a správne v spojitosti s poznatkami, ktoré má o faktoroch určujúcich zdravie. Tie v najväčšom rozsahu modifikujú jeho/ich zdravotný stav a na druhej strane v značnej miere je možné zamedziť ich vplyv zo strany jednotlivca, či spoločnosti, zdraviu prospešným správaním. Prevencia sa od podpory zdravia líši tým, že sa zameriava na špecifické úsilie zamerané na zníženie rozvoja a závažnosti chronických chorôb a iných ochorení. Podpora, ochrana a rozvoj zdravia prispievajú k redukcii nerovností v zdraví.

Spoločenská podpora zdravia sa uplatňuje vytváraním podmienok pre realizáciu zdravého životného štýlu, ochranou a vytváraním zdravého životného prostredia tak, že spoločnosť sa stará o primeranú životnú úroveň, vytváranie pracovných príležitostí a lepších pracovných podmienok, o kreovanie príležitostí pre športové a rekreačné aktivity a podporuje vzdelávanie a šírenie informácií v súvislosti so zdravím.

Podpora zdravia nie je len v réžii zdravotníctva, prekračuje hranice zdravého životného štýlu a zameriava sa na to, aby jednotlivci i spoločnosť mali, čo najlepšie podmienky pre zdravý životný štýl, ak si ho v rámci vlastnej voľby vyberú. Aktivity na podporu zdravia sú realizované skôr ako ochorenie prepukne, a preto ich môžeme považovať za súčasť primárnej prevencie s možnosťou benefitu pre celkové zdravie a pohodu. Ide o multidisciplinárny, širokospektrálny, odborne vedený prístup, ktorým sa pozitívne vplýva na naše zdravie.

K *piatim základným prvkom*, ktoré tvoria strategický rámec podpory zdravia patrí:

1. Podpora politiky verejného zdravia.
2. Tvorba podporného prostredia.
3. Posilnenie účasti verejnosti.
4. Zlepšovanie osobných schopností.
5. Reorientácia zdravotníckych služieb.

Všetky tieto súčasti sú smerované k dosiahnutiu cieľov, vyplývajúcich z programov na podporu zdravia, ktoré priblížime neskôr.

Cestou k nadobudnutiu poznatkov, záujmu a pozitívnych postojov i zručností v oblasti zdravia je **výchova k zdraviu**. Môže byť orientovaná:

- a) na jednotlivca a jeho rodinu (človek, ktorý je zdravý, chorý alebo s ohrozeným zdravím),
- b) na skupiny obyvateľov vzhľadom na ich vekovú rozdielnosť, diferenciáciu z hľadiska akútneho alebo chronického ochorenia, prípadne odlišnosť v kontexte rizikového prostredia.

Pri výchove k zdraviu smerujeme výchovno-vzdelávaciu činnosť k jedincovi, či skupine a vedieme ho k podpore, ochrane a rozvoju zdravia realizáciou podnetných a pozitívnych činností a zamedzujeme pôsobenie negatívnych prvkov na jeho zdravie a dimenzie života. Od výchovy k zdraviu sa istým spôsobom líši tzv. **zdravotná výchova**. Ide tu predovšetkým o edukačné pôsobenie na chorých ľudí. Sústredíme sa na prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, zmenu liečebného režimu a životosprávy, rehabilitáciu, pomoc pri self-manážmente ochorenia, možnosť obnovy zdravia a dosiahnutie,

čo najvyššej možnej kvality života a to všetko ako komplex činností poskytovanej v rámci zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti.

Výchova k zdraviu je orientovaná na zdravých jedincov, zatiaľ čo zdravotná výchova na chorých. Vymedzenie oboch pojmov však nie je jednoznačné a tak môžeme povedať, že sú v bežnej praxi používané ako synonymá.

Úlohou zdravotníckych profesionálov pri podpore a **upevňovaní zdravia** (health maintenance) jednotlivca, rodiny a komunity je predovšetkým byť vzorom zdravého spôsobu života (svojím správaním, postojmi a konaním) a pomáhať pri voľbe možností a stratégií, ako si upevniť svoje zdravie. Dominantnou intervenciou je prízvukovať, aby bol jednotlivec, rodina i komunita vedený/á k **zodpovednosti za svoje zdravie**. Tematicky ide o apel na *zdravé stravovanie, podporu pohybovej aktivity ako opak sedavého spôsobu života, obmedzenie fajčenia a konzumácie alkoholu, dostatok spánku a odpočinku a prevenciu stresu*.

Výchova k zdraviu zahŕňa formálnu i neformálnu edukáciu. Výchova k zdraviu spolu s edukáciou sú neoddeliteľnou súčasťou práce sestier tak v ambulantnej ako aj v nemocničnej a komunitne orientovanej ošetrovateľskej starostlivosti. **Edukáciu** z pedagogického pohľadu môžeme definovať ako *výchovu a vzdelávanie*. Zahŕňa výučbu aj proces učenia a predstavuje interakciu najmenej dvoch zainteresovaných osôb. Vždy je dávaný dôraz na zmenu správania a konania. **Edukátorovi** ako hlavnému aktérovi edukačnej aktivity (sestre, lekárovi, učiteľovi...) nestačí informácie a nové poznatky len odovzdať, ale ovplyvňuje aj postoj a záujem **edukanta** (pacienta, rodiny, študenta...) a pomáha mu pri nadobúdaní zručností v poznávanej oblasti, čím získava spätnú väzbu o odovzdaných aj získaných znalostiach. Dosahujú sa tak ciele v *kognitívnej, afektívnej a psychomotorickej oblasti*. Môže ísť o ciele krátkodobé a dlhodobé. Správne stanovený cieľ edukácie má byť primeraný, jednoznačný, kontrolovateľný a komplexný a je formulovaný vždy zo strany edukanta, čiže toho, kto je edukovaný. Stanovenému cieľu je potrebné prispôbiť metódy, formy a obsah edukácie.

Platí, že edukácia je celoživotný proces. **Edukačný proces** je súčasťou ošetrovateľských činností sestry, ktoré sú realizované v rámci ošetrovateľského procesu a pozostáva z 5 fáz:

1. zber údajov o edukantovi (posudzovanie),
2. stanovenie edukačnej/vzdelanostnej diagnózy,
3. plánovanie edukácie,
4. realizácia edukačného plánu,
5. vyhodnotenie edukačného procesu.

Edukácia môže mať charakter **základnej edukácie** – príkladom je iniciálna edukácia pacienta s novodiagnostikovaným ochorením a poskytovanie bazálnych poznatkov, ktorými je pacient vedený k prvej zmene života vplyvom novovzniknutej situácie. **Reedukačný charakter** má edukácia pri prehlbovaní poznatkov, ak už pacient vedomosti/postoje/zručnosti má a je potrebné ich doplniť alebo modifikovať (pacient s ochorením DM 2. typu pri zmene liečby na inzulínoterapiu). **Komplexný charakter** edukácie majú tzv. edukačné kurzy, ktoré sú nápomocné k získaniu potrebných vedomostí, postojov a zručností pacienta spolu so zmenou režimových opatrení a iných zmien v komplexnom pohľade na život s jeho ochorením. V tomto kontexte edukácia prebieha etapovite prípadne aj v podobe edukačného programu.

Do procesu edukácie vstupujú viaceré determinanty: edukanti a ich charakteristika, edukačné konštrukty a edukačné prostredie.

V poslednom období kľúčovú úlohu v oblasti podpory zdravia a efektívneho poskytovania zdravotnej starostlivosti zohráva problematika **zdravotnej gramotnosti** („*health literacy*“). Podľa WHO je definícia zdravotnej gramotnosti interpretovaná ako kognitívne a sociálne zručnosti, ktoré určujú motiváciu a schopnosť jednotlivcov získať prístup k pochopeniu a použitiu informácií spôsobom, ktorý podporuje a udržiava dobrý zdravotný stav. Podľa **Nutbeamovho koncepčného modelu zdravotnej gramotnosti** z roku 2000 rozlišujeme:

1. **Základnú (funkčnú) gramotnosť**, ktorá predstavuje dostatok základných zručností v čítaní a písaní na to, aby jednotlivec dokázal efektívne fungovať v každodenných situáciách. Ide o prvú úroveň konceptu

zdravotnej gramotnosti a má za cieľ zvýšiť povedomie ľudí o zdravotných rizikách a viesť ich k dobrovoľnému a ochotnému prístupu prijímať opatrenia.

2. **Komunikačnú (interaktívnu) gramotnosť**, zahŕňa kognitívne zručnosti vyššieho rádu, ktoré spolu so sociálnymi zručnosťami umožňujú aktívnu účasť jednotlivca na každodenných činnostiach, získavanie informácií z rôznych foriem komunikácie, ako aj aplikovanie nových informácií na meniace sa okolnosti. Druhá úroveň sa zameriava na zvýšenie motivácie ľudí zodpovedne dodržiavať zásady zdravia. Jej úlohou je viesť jednotlivca k samostatnému prevzatiu zodpovednosti a zlepšeniu celkového zdravia.
3. **Kritickú gramotnosť**, tá figuruje ako ďalšia forma vyspelejších kognitívnych schopností, ktoré spolu so sociálnymi zručnosťami môžu byť použité na kritický rozbor informácií a tiež na použitie týchto informácií k vykonávaniu dôslednejšej kontroly nad životnými situáciami. Kritická gramotnosť sa sústreďuje na podporu politických opatrení v súvislosti so zdravím, ktoré vplývajú na ostatné determinanty zdravia.

Zdravotná gramotnosť má za cieľ pomáhať ľuďom vyhľadávať informácie spojené so zdravím. Jednotlivci si síce dokážu informácie vyhľadať, ale pri nedostatočnej úrovni zdravotnej gramotnosti im nedokážu správne porozumieť a ani ich správne interpretovať. Viaceré štúdie potvrdili asociáciu medzi zdravotnou gramotnosťou a životným štýlom. A naopak bola potvrdená súvislosť medzi nedostatočnou úrovňou zdravotnej gramotnosti a vyšším výskytom rizikových faktorov, ale aj vyššou celkovou mortalitou a mierou hospitalizácie, nižšou adherenciou k preventívnej zdravotnej starostlivosti, nižšou komplianciou s užívaním predpísaných liekov a nedostatkom zručností potrebných na zvládanie chronických ochorení.

Ak sa má verejnosť správať podľa odporúčení odborníkov, je nevyhnutná dlhodobá a pravidelná edukácia. *Inštitút pre prevenciu a intervenciu* (skr. IPI) v Bratislave bol oficiálne založený v roku 2020 a je pravdepodobne jednou z mála organizácií poskytujúcou online vzdelávanie širokej verejnosti v oblasti zdravotnej gramotnosti na Slovensku. Cieľom webinárov je poskytnúť

verejnosti pravdivé a aktuálne informácie založené na dôkazoch vysokoodborným tímom profesionálov verejnosti prístupným spôsobom.

Trendom budúcnosti je digitálne zdravotníctvo, ktoré sa prednostne zameriava na **digitálnu zdravotnú gramotnosť občanov** a tá je základným prvkom pre úspešné zavádzanie elektronického zdravotníctva. Aspektom digitálnej zdravotnej gramotnosti je nielen schopnosť nájsť informácie o zdraví, ale skôr ide o to vedieť, kde treba hľadať informácie, či prístupné zdroje informácií poskytujú primerané a užitočné informácie a či sú informácie o zdraví spoľahlivé. Digitálne služby poskytujú používateľom všeobecné informácie o zdraví, zdravotníckych aplikáciách, vďaka ktorým môžu ľudia zostať vo svojich domovoch. Zahŕňajú aj spoločné zdravotné záznamy, digitálne nástroje pre zdravotníckych pracovníkov a všeobecné digitálne informácie o zdraví.

Dosiahnutie vyššej zdravotnej gramotnosti ovplyvňuje **adherencia k liečbe a kompliancia pacienta**. Adherencia („priľnavosť, prilipnutie“) podľa definície WHO predstavuje rozsah, v ktorom korešponduje správanie jedinca s odsúhlasenými odporúčaniami zdravotníckych pracovníkov. Dôležité je aktívne zapojenie pacienta do vlastnej liečby a liečebného režimu, aby vnímal, že ide o jeho liečbu, a aby sa s ňou stotožnil. Ak sa s ňou nestotožní, môže to viesť k non-adherencii k liečbe. Adherencia má 3 zložky: **akceptáciu** – prijatie diagnózy a navrhnutej liečby, **komplianciu** – je úzko spojená s užívaním liekov, dodržiavanie časového harmonogramu a dávkovacích schém a **perzistenciu** (zotrvanie) – schopnosť pacienta dodržiavať pokyny v dlhšom časovom úseku (najmä pri ochoreniach, ktoré sú vo včasnom štádiu „bezpríznakové“). Podmienkou adherencie je systémovo daný predpoklad, že postup a pokyny zo strany zdravotníkov sú odborne správne, situácii primerané a vyhovujú individuálnym preferenciám pacienta. Platí, že čím viac má pacient adekvátnych a relevantných informácií o svojom zdravotnom stave, liečbe a liečebnom režime, tým lepšie akceptuje pokyny zo strany zdravotníckych profesionálov. Zvyšovanie zdravotnej gramotnosti pacientov na základe poskytovania informácií v oblasti zdravia pozitívne ovplyvňuje aj jeho ochotu spolupracovať na dosahovaní dobrého zdravotného stavu.

4.2 Prevencia ochorení a iných porúch zdravia

Prevencia ochorení („*disease prevention*“) je nástrojom podpory zdravia a dôležitou súčasťou starostlivosti o zdravie. Patrí k jedným z účinných, bezpečných a najmenej nákladných prostriedkov cesty za zdravím. Môžeme ju definovať ako *koordinovaný súbor opatrení a činností na úrovni obyvateľstva alebo zameraných na jednotlivca s cieľom predchádzať chorobám a ich následkom, ako i udržať optimálny stav zdravia, jeho posilňovanie a rozvoj*. Podľa WHO ide o opatrenia, ktorými sa nielen chorobe predchádza (napr. očkovanie, znižovanie výskytu prenášača choroby, protifajčiarske opatrenia), ale aj opatrenia, ktoré zastavia postup ochorenia a zmenšia jeho dôsledky v prípade výskytu.

Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov definuje prevenciu nasledovne:

- a) výchova a vzdelávanie s cieľom ochrany, zachovania alebo navrátenia zdravia osobe,
- b) aktívne vyhľadávanie možných príčin chorôb, ich odstraňovanie a predchádzanie vzniku chorôb,
- c) vyhľadávanie patologických procesov v ich asymptomatickom období s cieľom liečby, ktorou sa predchádza ich klinickému prejavu,
- d) aktívne sledovanie choroby s cieľom predchádzania zhoršeniu zdravotného stavu osoby,
- e) aktívne vyhľadávanie možných príčin chorôb v súvislosti s prácou, ich odstraňovanie a predchádzanie vzniku chorôb z povolania v súvislosti s výkonom lekárskej preventívnej prehliadky vo vzťahu k práci.

Podľa legislatívy tu patrí aj populačný a oportúnny skríning.

Preventívna činnosť môže mať **všeobecný** alebo **nešpecifický charakter** – je zameraná na zdravý spôsob života, vytváranie priaznivého prostredia pre zdravie a iné a tiež **špecifický (profylaktický) charakter**, keď sa upriamujeme na prevenciu vzniku určitej choroby alebo jej následkov (napr. očkovanie). Preventívne opatrenia môžu byť určené pre určitú definovanú populáciu (určitá

profesia, minoritná skupina, obyvatelia Košického regiónu, skupina seniorov) vtedy ide o **populačné preventívne programy**, alebo sú koncipované individuálne pre daného jedinca, vzhľadom k jeho potrebám, požiadavkám a aktuálnemu zdravotnému stavu a tu ide o **individuálne preventívne programy**.

Prevenciu delíme z viacerých hľadísk. Na základe **času** môžeme vymedziť *primárnu, sekundárnu a terciárnu* prevenciu.

Primárna prevencia predstavuje súbor opatrení určených na zníženie výskytu (incidencie) určitej choroby v definovanej populácii tým, že sa chránia osoby chorobou ešte nepostihnuté. Úlohou primárnej prevencie je dosahovať vyšší stupeň zdravia u človeka s cieľom, zvyšovať jeho odolnosť voči chorobám a zabrániť ich vzniku ako aj ďalšiemu šíreniu. Intervencie v rámci primárnej prevencie sú smerované na vyhľadávanie rizikových faktorov chorôb v populácii, znižovanie vplyvov a posilnenie ochranných faktorov, ktoré znižujú riziko vzniku ochorení. Významné miesto v primárnej prevencii má zdravotná výchova, ktorá je zameraná na zvyšovanie vedomostí o vzniku danej choroby. Upozorňuje na nebezpečenstvo užívania alkoholu, fajčenia, alebo ochranu priamo určenú na predchádzanie určitým chorobám napríklad očkovaním. Pre vytúženú zmenu správania nestačia len vedomosti, ale je potrebná aj motivácia, tiež zmena postojov a zručností.

Sekundárna prevencia zahŕňa opatrenia určené na včasnú diagnostiku a efektívnu liečbu choroby kvôli redukcii jej závažných následkov. Cieľom je liečiť pacienta v počiatočných štádiách a zabrániť tak vzniku pokročilých foriem ochorení, komplikáciám a zlepšiť jeho prognózu. Medzi nástroje sekundárnej prevencie patria **skriningové metódy** včasnej diagnostiky. Tie umožňujú pomerne rýchlo odhaliť chorobný proces a včas začať liečbu ešte pred rozvinutím choroby. Významné miesto v sekundárnej prevencii má opäť zdravotná výchova, ktorej cieľom je pochopenie významu včasnej diagnostiky s využívaním existujúcich preventívnych a skriningových možností.

Terciárna prevencia je založená na opatreniach zabraňujúcich invalidizácii pacientov a na rehabilitačných postupoch prípadne i resocializácii. Má za cieľ

predchádzať zhoršovaniu stavu už vzniknutých problémov alebo porúch, taktiež brániť ich recidívam.

Z hľadiska **objektu** rozlišujeme *hromadnú, selektívnu a indikatívnu* prevenciu. **Prevencia hromadná (všeobecná, populačná)** je zameraná na celú populáciu (napr. prevencia nárastu hmotnosti v celopopulačnom rozmere, identifikácia a zníženie výskytu hlavných rizikových faktorov v populácii). **Prevencia selektívna** sa týka vybraných definovaných skupín (napr. preventívna starostlivosť v materstve, komplexná preventívna urologická prehliadka u mužov po dovŕšení 50. roku veku, prevencia smerovaná na skupinu osôb so zvýšeným rizikom obezity). **Prevencia indikatívna** je nasmerovaná na osoby, ktoré sú zaradené do rizikovej skupiny až po odbornom vyšetrení (napr. osoby s hypertenziou alebo dyslipoproteinémiou, s obezitou - prevencia opakovaného vzostupu telesnej hmotnosti po dosiahnutej redukcii).

Z hľadiska **subjektu** poznáme prevenciu *spoločenskú, osobnú a zdravotnícku*. **Spoločenskú prevenciu** vykonávajú štátne orgány, inštitúcie, spoločenské organizácie, záujmové skupiny a pod. **Prevencia osobná** je prevádzaná jednotlivcami (dodržiavanie zásad správnej životosprávy, odvykanie škodlivým návykom a pod.). **Zdravotnícka prevencia** zahŕňa príslušné sanitárne, hygienické a protiepidemické opatrenia.

Podľa **použitej metódy prevencie** klasifikujeme *prevenciu na úrovni jednotlivca, zameranú na kolektívy a dispenzárnú starostlivosť*. **Prevencia na úrovni jednotlivca** je vykonávaná cez imunizáciu, zdravotnú výchovu, preventívne zameranú liečbu. **Prevencia zameraná na kolektívy** sa uskutočňuje cez legislatívne opatrenia (napr. Zákon o ochrane nefajčiarov), organizačné opatrenia ako stravovanie v školských jedálňach, športové kluby pri školách, pomoc pre seniorov. **Dispenzárna starostlivosť** je dôležitá preventívna metóda zdravotnej starostlivosti. Je to aktívna, sústavná, komplexná starostlivosť o populáciu.

4.3 Vybrané programy podpory zdravia v medzinárodnom a národnom kontexte

Chronické ochorenia, ako sú kardiovaskulárne choroby, onkologické ochorenia a diabetes mellitus 2. typu, sú celosvetovo hlavnými príčinami mortality a invalidity. Vo veľkej miere im však možno predchádzať. Dodržiavaním zdravých návykov je možné zvýšiť svoje šance na to, že sa budeme cítiť dobre a budeme žiť dlhšie. V uvedenej súvislosti približujeme globálne i konkrétne zahraničné i domáce iniciatívy a priority, ktoré sú v centre pozornosti jednotlivých rezortov v SR a ktoré sa sústreďujú na verejné zdravie populácie.

Cieľom programov podpory zdravia je zapojiť a posilniť jednotlivcov a komunity, aby si zvolili zdravé správanie a uskutočnili zmeny, ktoré znížia riziko vzniku chronických ochorení a iných chorobných stavov.

4.3.1 Globálne medzinárodné a národné iniciatívy a priority

KONCEPCIA ŠTÁTNEJ POLITIKY ZDRAVIA bola prijatá na základe uznesenia vlády SR č. 910/2000. Predstavuje strategickú rozvojovú politiku spoločnosti, ktorá formuluje dlhodobé i krátkodobé ciele, stratégie a priority štátu zamerané na starostlivosť o zdravie jeho podporu, ochranu, rozvoj a prinavrátenie. Zdravotná politika Európskeho spoločenstva vrátane všetkých jej členov sa riadi dokumentom prijatým WHO na jeho 51. zhromaždení v roku 1998 - **Zdravie pre všetkých v 21. storočí (skr. ZDRAVIE 21)**. Tento dokument má v súlade so svojím názvom sformulovaných 21 cieľov, ktoré spresňujú zdravotnícke stratégie na obdobie nasledujúcich dvadsiatich rokov v celosvetovom meradle. Nadväzuje na predchádzajúci program WHO **Zdravie pre všetkých do roku 2000**. Dlhodobým zámerom tejto Európskej politiky zdravia je dosiahnuť úplný potenciál zdravia pre všetkých. Program má 2 zamerania: a) podporovať a ochraňovať zdravie ľudí počas celého ich života, b) redukovať výskyt a utrpenie spôsobované najzávažnejšími chorobami a poškodeniami. Premieta sa to v nasledujúcich cieľoch:

Cieľ č. 1 Solidarita v záujme zdravia

Do roku 2020 treba znížiť súčasné rozdiely v zdravotnom stave medzi členskými štátmi najmenej o jednu tretinu.

Cieľ 2: Rovnosť v zdraví

Do roku 2020 treba zmenšiť rozdiely v zdravotnom stave jednotlivých socio-ekonomických skupín vnútri všetkých členských štátov najmenej o jednu štvrtinu tak, že sa podstatne zlepši zdravotný stav znevýhodnených skupín.

Cieľ 3: Zdravý štart do života

Do roku 2020, všetci novorodenci, dojčatá a predškoláci musia mať lepšie zdravie, a tým zabezpečený zdravý štart do života.

Cieľ 4: Zdravie mladých ľudí (do 18 rokov veku)

Do roku 2000 by mali byť mladí ľudia v regióne zdravší a schopnejší plniť svoje úlohy v spoločnosti.

Cieľ 5: Zdravé starnutie

Do roku 2020 budú mať aj ľudia starší než 65 rokov možnosť tešiť sa z plného zdravia a hrať aktívnu sociálnu rolu.

Cieľ 6: Zlepšenie duševného zdravia

Do roku 2020 treba zlepšiť psycho-sociálnu pohodu ľudí. Ľudia s psychickými problémami majú mať k dispozícii lepšie, komplexné a dostupné služby.

Cieľ 7: Zníženie výskytu prenosných chorôb – nákazlivé choroby

Do roku 2020 treba nepriaznivý dopad nákazlivých chorôb na zdravie podstatne zmenšiť systematicky realizovanými programami na eradikáciu, elimináciu alebo kontrolu tých z nich, ktoré sú významné pre zdravie populácie.

Cieľ 8: Zníženie výskytu neprenosných chorôb – chronické neinfekčné ochorenia

Do roku 2020 treba znížiť chorobnosť, invaliditu, predčasnú úmrtnosť v dôsledku hlavných chronických neprenosných chorôb na najnižšiu možnú mieru v celom regióne.

Cieľ 9: Zníženie výskytu úrazov z násilia a nehôd

Do roku 2020 treba významne a trvalo znižovať výskyt úrazov, zdravotného postihnutia a úmrtí z nehôd a násilia.

Cieľ 10: Zdravé a bezpečné fyzické prostredie

Do roku 2015 budú ľudia v regióne žiť v bezpečnejšom fyzickom prostredí. Expozícia škodlivinám neprekročí medzinárodne dohodnuté hodnoty.

Cieľ 11: Zdravší život

Do roku 2015 by ľudia všetkých vrstiev spoločnosti mali viesť zdravší spôsob života.

Cieľ 12: Zmenšenie škôd z alkoholu, drog a tabaku

Do roku 2015 treba významne znížiť vo všetkých členských štátoch nepriaznivý dopad na zdravie z užívania návykových látok ako tabak, alkohol a psychoaktívne drogy.

Cieľ 13: Ustanovizne pre zdravie

Do roku 2015 majú mať ľudia v regióne väčšie možnosti žiť v zdravom fyzickom a sociálnom prostredí doma, v škole, na pracovisku, v obci/meste.

Cieľ 14: Mnohorezortná zodpovednosť za zdravie

Do roku 2020 by mali všetky rezorty uznať a akceptovať svoj podiel zodpovednosti za zdravie.

Cieľ 15: Integrovaný rezort zdravotníctva

Do roku 2010 majú mať ľudia v regióne oveľa lepší prístup k primárnej zdravotníckej starostlivosti zameranej na rodinu a komunitu. Túto starostlivosť podporuje pružný a adekvátne reagujúci nemocničný systém.

Cieľ 16: Riadenie v záujme kvality starostlivosti

Do roku 2010 členské štáty majú zabezpečiť, aby riadenie zdravotníctva smerovalo k čo najlepším výsledkom, či už ide o celoštátne programy, alebo starostlivosť o jednotlivého pacienta.

Cieľ 17: Financovanie zdravotníckych služieb a rozdeľovanie zdrojov

Do roku 2010 majú mať členské štáty trvalo udržateľný mechanizmus financovania a rozdeľovania zdrojov pre zdravotníctvo založený na zásadách rovnakého prístupu, nákladovej efektívnosti, solidarity a optimálnej kvality.

Cieľ 18: Rozvoj ľudských zdrojov pre zdravie

Do roku 2010 všetky členské štáty musia zabezpečiť, že zdravotnícki pracovníci, ale aj odborníci v iných rezortoch získajú príslušné želateľné vedomosti, postoje a zručnosti na ochranu a podporu zdravia.

Cieľ 19: Výskum a poznatky pre zdravie

Do roku 2005 majú mať všetky členské štáty zdravotnícky výskum, informačné a komunikačné systémy, ktoré lepšie pomôžu získavať, efektívne využívať a rozširovať poznatky na podporu Zdravia pre všetkých.

Cieľ 20: Mobilizovať partnerov pre zdravie

Do roku 2005 by mali byť do realizácie Zdravia pre všetkých zapojení jednotlivci, skupiny a organizácie štátne, samosprávne i súkromné, ako aj celá občianska spoločnosť v združeniach a partnerstve pre zdravie.

Cieľ 21: Politika a stratégie pre „Zdravie pre všetkých“

Do roku 2010 by mali všetky členské štáty realizovať politiku „Zdravie pre všetkých“ na celoštátnej, oblastnej a miestnej úrovni, s podporou vhodnej inštitucionálnej infraštruktúry, riadenia a tvorivého vedenia celého procesu.

V roku 2012 odsúhlasilo 53 členských štátov z európskeho regiónu WHO nový spoločný politický rámec – **ZDRAVIE 2020: Európsky politický rámec na podporu vládnych a spoločenských aktivít pre zdravie a prosperitu**. Spoločné ciele tohto rámca sú:

1. významným spôsobom zlepšiť zdravotný stav a prosperitu populácie,
2. znížiť zdravotné nerovnosti,
3. posilniť verejné zdravie,
4. zaistiť, že zdravotné systémy orientované na ľudí sú univerzálne, udržateľné, spravodlivé a vysoko kvalitné.

Politika Zdravie 2020 je založená na **štyroch prioritných oblastiach politických opatrení**:

1. investícia do zdravia počas celého životného cyklu a vytváranie možností pre posilňovanie zodpovednosti obyvateľov za zdravie,
2. riešenie najväčších zdravotných výziev v regióne: neprenosných a prenosných ochorení,
3. posilňovanie zdravotných systémov, posilňovanie kapacít verejného zdravotníctva a pripravenosti, surveillance (dohľad) a schopnosti reagovať na núdzové situácie,
4. vytvorenie zdravých komúní a podporného prostredia pre zdravie ľudí.

Zdravie 2020 úzko súvisí so základným dokumentom, ktorý by mal v strednodobom a dlhodobom horizonte určovať smerovanie štátnej politiky zdravia na Slovensku a je ním **STRATEGICKÝ RÁMEC STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE PRE ROKY 2014 – 2030**. Strategický rámec definuje nasledovné priority v troch oblastiach zdravotníctva:

1. **Verejné zdravotníctvo:** predstavuje základný pilier starostlivosti o zdravie občanov. Priority v oblasti jeho pôsobenia sú:

- a) vnímať starostlivosť o zdravie populácie ako jednu zo základných úloh výkonu verejnej správy (zdravie vo všetkých politikách),
- b) vypracovať návrh funkčného modelu starostlivosti o zdravie populácie z pohľadu výkonu verejnej správy (štátna správa, samospráva),
- c) vybudovať systém starostlivosti o zdravie populácie na národnej, regionálnej a lokálnej úrovni,
- d) realizovať programy verejného zdravia v oblasti nemedicínskej prevencie,
- e) zvyšovať úroveň verejného zdravia u sociálne znevýhodnených komunít,
- f) zvyšovať úroveň pripravenosti na biologické, chemické a radiačné ohrozenia verejného zdravia,
- g) zlepšovať úroveň nemedicínskych determinantov zdravia prostredníctvom viaczorťnej spolupráce,
- h) posilňovať záujem a zodpovednosť občanov za vlastné zdravie, podporiť ich informovanosťou o zdravotnej starostlivosti, zdravom životnom štýle, ohrozeniach zdravia, prevencii drogových závislostí s využitím moderných komunikačných nástrojov a technológií.

2. **Integrovaná ambulantná zdravotná starostlivosť:** všeobecná ambulantná starostlivosť by mala byť základom poskytovania zdravotnej starostlivosti s prepojením na špecializovanú a následnú zdravotnú starostlivosť. Integrovaný model je organizovaná, koordinovaná a spolupracujúca sieť, ktorá spája rôznych poskytovateľov do poskytovania kontinuálnych zdravotníckych služieb. Prioritou bude implementovať koncepciu integrovaného modelu zdravotnej starostlivosti s prioritným zameraním

na pozície všeobecného lekára pre dospelých, všeobecného lekára pre deti a dorast, gynekológa a zubného lekára ako lekárov prvého kontaktu (gatekeeping) a ošetrovateľstvo na základe koncentrácie činností tvorbou nových postupov v oblasti liečby a prevencie, posilnením a rozšírením všeobecnej ambulantnej a ošetrovateľskej starostlivosti.

3. Ústavná zdravotná starostlivosť: je zabezpečovaná prostredníctvom nemocníc, alebo iných zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti. Kľúčové priority zahŕňajú:

- a) redefinovanie typov nemocníc a rozsahu nimi poskytovanej zdravotnej starostlivosti, určenie spádového územia, prehodnotenie existujúcich typov a organizačných štruktúr zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- b) prehodnotenie počtu a štruktúry akútnych lôžok a posilnenie lôžok doliečovacích, rehabilitačných, ošetrovateľských a lôžok pre dlhodobu chorých,
- c) realizácia programu obnovy zdravotníckej infraštruktúry nemocníc s cieľom efektívneho využívania ľudských zdrojov, budov a zdravotníckej prístrojovej techniky,
- d) funkčné prijímanie a odovzdávanie informácií (aj pomocou eHealth) medzi nemocnicami a inými zdravotníckymi zariadeniami ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti, pričom bude kladený dôraz tzv. prepúšťací manažment z nemocničného do domáceho či širšieho komunitného prostredia a komplexný manažment pacienta,
- e) implementácia, prevádzka a kultivácia DRG ako trvalo udržateľného nástroja pre financovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti.

NÁRODNÝ PROGRAM PODPORY ZDRAVIA PRE ROKY 2021 - 2030 (skr. NPPZ) vychádza z politiky WHO a opiera sa o Konceptiu štátnej politiky zdravia v SR. Bol schválený NR SR 30. januára 1992. Program bol viackrát aktualizovaný, a to v rokoch: 1995, 1999, 2005, 2011, 2014 a naposledy v roku 2021.

Súčasná Aktualizácia NPPZ bola vypracovaná na základe uznesenia vlády SR č. 311/2020. Jej hlavným cieľom je zlepšovať zdravotný stav obyvateľov SR, prostredníctvom **zvyšovania úrovne zdravotného uvedomenia a podpory**

zdravia. Ďalším z cieľov je dlhodobou **zlepšiť úroveň zdravého životného štýlu** obyvateľov SR založeného na prevencii a minimalizácii rizík a udržať vykonávanie preventívnych opatrení z hľadiska výskytu infekčných ochorení v minimálne rovnakom rozsahu ako sa vykonávajú v súčasnosti.

Aktualizovaný NPPZ vychádza v kontexte existujúcich Programov a Akčných plánov v rezorte zdravotníctva a Agendy 2030. Na základe programu EU4Health 2021-2027 sa zameriava na zlepšenie a podporovanie zdravia prevenciou chorôb v spolupráci s inými rezortmi pomocou aktivít a kampaní v oblasti zdravia. Prioritne sa sústreďuje na ovplyvňovanie *determinantov zdravia, znižovanie rizikových faktorov u obyvateľov a na zvyšovanie zainteresovanosti jednotlivých zložiek spoločnosti.*

NPPZ sa člení na tieto oblasti:

1. Preventívne opatrenia, zamerané primárne na **zmenu životného štýlu.**
Predovšetkým na výživu a stravovanie, fyzickú aktivitu, tabak, alkohol a drogy, podporu duševného zdravia, zdravé pracovné a životné podmienky.
2. Preventívne opatrenia zamerané na znižovanie výskytu **infekčných ochorení.** V tejto oblasti ide najmä o *zvýšenie povedomia o význame očkovania na vybrané ochorenia.*

Dôležité atribúty zdravotného uvedomenia a správania sa občanov SR na základe plnenia NPPZ sa sledujú v pravidelnom prieskume „Zdravotné uvedomenie a správanie obyvateľov SR“ na trojročnej báze (Aktualizácia NPPZ pre roky 2021-2030, 2022).

S prijatím NPPZ v SR súvisí projekt **ŠKOLA PODPORUJÚCA ZDRAVIE.** Je to medzinárodný projekt a vo svete sa rozvíja na podnet WHO od roku 1986. Na Slovensku sa začal presadzovať ako Národný projekt škôl podporujúcich zdravie od roku 1992. Aj v súčasnosti sú vzdelávacie inštitúcie (Národná sieť škôl podporujúcich zdravie), ktoré presadzujú ciele tohto projektu a motivujú svojich žiakov, učiteľov a iných zamestnancov školy k ochrane svojho zdravia, k tomu, aby praktizovali zdravý spôsob života a šírili ho vo svojom okolí aj mimo školy.

4.3.2 Iniciatívy a priority zamerané na oblasť výživy a pohybu

Viac zdravej výživy a pohybu, prináša menej zdravotných rizík. Správna výživa je nevyhnutná na udržanie zdravia v každom veku. Ľudia so zdravými stravovacími návykmi žijú dlhšie a majú menšie riziko obezity, kardiovaskulárnych ochorení, cukrovky 2. typu a niektorých druhov onkologických ochorení. Plán zdravého stravovania zahŕňa rôzne druhy ovocia, zeleniny, celozrnných výrobkov, chudých bielkovín a nízkoenergetických mliečnych výrobkov a obmedzuje pridané cukry, nasýtené tuky a sodík. Odborníci prízvukujú, že zdravé stravovanie môže vyhovovať aj našim chutiam, tradíciám, kultúre i rozpočtu každého z nás.

Výskyt nadhmotnosti a obezity je alarmujúci v krajinách Európy aj na Slovensku a s tým sú spojené aj ciele **NÁRODNÉHO AKČNÉHO PLÁNU NA PREVENCIU OBEZITY NA ROKY 2015 – 2025**. Bol schválený vládou SR 2. septembra 2015 a tematicky vychádza z Národného programu prevencie obezity. Zámerom programu je vytvoriť spoločensky prospešný systém, ktorý povedie k zníženiu incidencie a prevalencie *nadhmotnosti a obezity* v populácii, nevynímajúc detskú a dospelú populáciu, a eliminuje ich epidemický výskyt, zníženie počtu nových prípadov ochorení súvisiacich s nadhmotnosťou a obezitou, zníženie výskytu a vplyvu ostatných modifikovateľných rizikových faktorov týchto ochorení. Súčasťou akčného plánu je aj získavanie údajov o antropometrických charakteristikách detí vo vybraných vekových skupinách v súvislosti so stúpajúcim trendom výskytu obezity prostredníctvom projektu COSI („*Childhood Obesity Surveillance Initiative*“). V súčasnosti sa úlohy tohto programu realizujú prostredníctvom jednotlivých subjektov a Regionálnych úradov verejného zdravotníctva (ďalej ako RÚVZ). Pre dosiahnutie cieľov boli stanovené predovšetkým dve základné oblasti, v ktorých by mali byť vykonávané aktivity – výživa a fyzická aktivita.

Celonárodná medzinárodne koordinovaná kampaň na zvýšenie pohybovej aktivity dospelaj populácie je **VYZVI SRDCE K POHYBU**. Jej smerovaním je formou intenzívnej mediálnej kampane, sprievodných podujatí a súťaže zvýšiť informovanosť obyvateľstva o význame pohybovej aktivity v prevencii

chronických neinfekčných ochorení, propagácia minimálneho objemu a intenzity pohybovej aktivity, ktoré už môžu byť efektívne pre priaznivé ovplyvnenie zdravia jedinca, s cieľom zvýšiť úroveň pohybovej aktivity dospeljej populácie SR aspoň na túto postačujúcu hranicu, a rovnako aj vytvoriť u účastníkov súťaže návyk na pravidelnú pohybovú aktivitu.

AKČNÝ PLÁN PRE POTRAVINY A VÝŽIVU NA ROKY 2017 - 2025 vychádza z *WHO akčného plánu pre výživu a potraviny na r. 2014 – 2020*, z Bielej knihy (EÚ výživových kritérií z r. 2014), z dokumentu Viedenskej deklarácie pre výživu ako odozvy na Zdravie 2020 a záverov Rady EÚ zo 16. júna 2016 o zlepšovaní potravinárskych výrobkov. Hlavný strategický cieľ tohto plánu je zabrániť predčasným úmrtiam a znížiť záťaž súvisiacu s výživou, predchádzať neprenosným ochoreniam, obezite a možným formám podvýživy, ktoré sú silne ovplyvnené sociálnymi determinantami zdravia a ktoré môžu mať významný negatívny vplyv na pohodu a kvalitu života. Akčný plán obsahuje cielene zamerané úlohy rezortov zdravotníctva, pôdohospodárstva, školstva, kultúry, práce, sociálnych vecí a rodiny a rezortu obrany na podporu a povzbudzovanie prijatých cieľov zameraných na rizikové faktory výživy a potravín, ako aj na podporu a rozvíjanie zdravej stravy, potravín a stravovacích návykov u obyvateľov SR.

Fyzická aktivita je jedným z najlepších spôsobov, ako môžete zlepšiť svoje zdravie teraz aj v budúcnosti. Každý môže získať zdravotné výhody fyzickej aktivity - bez ohľadu na vek, schopnosti, postavu alebo veľkosť. Platí že, určitá fyzická aktivita je lepšia ako žiadna. Na túto myšlienku nadväzuje aj **NÁRODNÝ AKČNÝ PLÁN PRE PODPORU POHYBOVEJ AKTIVITY NA ROKY 2017 – 2020**. Akčný plán vychádza z *WHO stratégie pohybovej aktivity pre Európsky región na roky 2016 - 2025*, Globálneho akčného plánu WHO pre prevenciu a kontrolu neprenosných ochorení 2013 - 2020, Aktualizovaného národného programu podpory zdravia v SR, Slovenského športu 2020 a iných európskych a národných dokumentov dotýkajúcich sa podpory pohybovej aktivity. Hlavným zámerom akčného plánu je zlepšenie úrovne verejného zdravia prostredníctvom podpory pohybovej aktivity naprieč sektormi, podpora vzdelávania odborníkov v oblasti pohybovej aktivity a znižovanie ovplyvniteľných rizikových faktorov

nedostatočnej pohybovej aktivity súvisiacich s neprenosnými chronickými ochoreniami podporou udržania primeranej formy pohybovej aktivity v priebehu celého života. Akčný plán obsahuje všeobecný prehľad o pohybovej aktivite v súvislosti so strategickými dokumentami, definície, súčasný stav úrovne pohybovej aktivity, medzinárodné a národné odporúčania, benefity a konkrétne úlohy niektorých z orgánov štátnej správy.

V roku 2020 vydala WHO **Smernice o fyzickej aktivite a sedavom správaní**, ktoré poskytujú odporúčania založené na dôkazoch v oblasti verejného zdravia pre celú populáciu, to znamená pre deti, dospievajúcich, dospelých, starších dospelých, tehotné ženy a po pôrode a ľudí žijúcich s chronickými ochoreniami alebo postihnutím. Pre zvýšenie fyzickej aktivity musia krajiny prijať opatrenia, aby každému poskytli viac príležitostí na zvýšenie fyzickej aktivity. Je potrebné spoločné úsilie, na národnej a miestnej úrovni, v rôznych sektoroch a disciplínach na implementáciu politiky a riešenia vhodné pre kultúrne a sociálne prostredie jednotlivých štátov na podporu, umožnenie a povzbudenie fyzickej aktivity. Tieto usmernenia by sa mali použiť na informovanie pre národné zdravotné politiky v súlade s *Globálnym akčným plánom WHO o fyzickej aktivite na roky 2018 – 2030* a posilniť systémy dohľadu, ktoré sledujú pokrok smerom k národným a globálnym cieľom.

Množstvo skonzumovaného čerstvého ovocia, zeleniny a mlieka v EÚ je pod úrovňou medzinárodných aj vnútroštátnych odporúčaní v oblasti výživy. Na druhej strane sa zvyšuje spotreba spracovaných potravín, ktoré často obsahujú priveľa pridaného cukru, soli, tukov alebo prídavných látok. Následkom nezdravého stravovania v spojení s nízkou telesnou aktivitou je obezita. EÚ preto prijíma opatrenia, ktoré deti podnecujú, aby sa zdravo stravovali a viedli zdravý životný štýl. **STRATÉGIA SR PRE REALIZÁCIU ŠKOLSKÉHO PROGRAMU NA ŠKOLSKÉ ROKY 2017/2018 – 2022/2023** zameraná na podporu konzumácie ovocia, zeleniny a mlieka v školách, začala platiť od 1. augusta 2017. Program EÚ podporuje distribúciu **ovocia, zeleniny a mlieka do škôl** v celej EÚ ako súčasť širšieho programu osvetu o európskom poľnohospodárstve a prínosoch zdravého stravovania. Jeho cieľom je priblížiť deťom poľnohospodárstvo a naučiť ich zdravým stravovacím návykom. Hodnotiaca správa SR pre program

podpory spotreby ovocia a zeleniny, mlieka a výrobkov z nich u žiakov v školách bude pripravená k 1.3.2023.

V súčasnosti novým trendom v oblasti prevencie a podpory zdravia je zverejnenie **inovovaných postupov pre výkon prevencie na stránke MZ SR**. Vyberáme aspoň niektoré s ohľadom na oblasť výživy a pohybovej aktivity u dospelých i v detskej populácii (tab. 4.1).

Tab. 4.1 **Vybrané preventívne postupy vydané MZ SR**

1.	Odporúčania pre stravu a výživu u dospelých
2.	Odporúčania pre prevenciu diabetes mellitus 2. typu
3.	Pravidelná fyzická aktivita ako nástroj prevencie neprenosných ochorení v kontexte negatívnych vplyvov pandémie COVID-19 u detí mladšieho školského veku.
4.	Štandardný preventívny postup pre manažment dospelých s nadváhou a obezitou s dôrazom na psychologický prístup
5.	Ambulantná kardiovaskulárna rehabilitácia (AKVR)/sekundárna prevencia (SP)
6.	Odporúčaný postup pre výkon prevencie: Nefarmakologická prevencia a liečba neurodegeneratívnych ochorení. Pohybové, kognitívne a nutričné intervencie v prevencii demencií

(Zdroj: MZ SR, 2021)

4.3.3 Iniciatívy a priority zamerané na fajčenie, konzumáciu alkoholu a iných drog

Škodlivé užívanie alkoholu má závažný vplyv na verejné zdravie. Zdravotné problémy, ktoré sú spojené s požívaním alkoholu dosiahli alarmujúcu úroveň. Nadmerná konzumácia alkoholu každoročne prispieva k 3 miliónom úmrtí na celom svete, k zdravotným problémom a zhoršenému zdraviu miliónov ľudí. Podľa Národného centra pre prevenciu chronických ochorení a podporu zdravia („*National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*“, skr. *NCCDPHP*) je nadmerná konzumácia alkoholu popisovaná ako konzumácia 4 a viac nápojov pri jednej príležitosti u žien alebo 5 a viac nápojov pri jednej príležitosti u mužov. V záujme zníženia rizika škôd súvisiacich s alkoholom prebieha **NÁRODNÝ AKČNÝ PLÁN PRE PROBLÉMY S ALKOHOLOM NA ROKY 2021 - 2030**, ktorý nadväzuje na Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na

roky 2013 - 2020 a ten vychádzal z *Európskeho akčného plánu znižovania škodlivých účinkov alkoholu 2012 - 2020*, schválený v roku 2011 v Baku. Cieľom akčného plánu je *zvýšiť zdravotné uvedomenie a zdravotnú gramotnosť* o rozsahu a povahe zdravotných, sociálnych a ekonomických účinkov škodlivého užívania alkoholu, ako aj redukovať negatívne dopady konzumácie alkoholu na rôzne cieľové skupiny, presadzovaním dôsledného dodržiavania regulačných opatrení zo strany štátu. V dokumente sa zdôrazňuje multisektoriálny charakter riešenia problémov súvisiacich s alkoholom. Rezort zdravotníctva sa v rámci plnenia akčného plánu chce sústrediť najmä na edukačné aktivity v oblasti zdravého spôsobu života a primárnej prevencie látkových závislostí s dôrazom na alkohol, na informačno-propagačné aktivity pri príležitosti významných dní s protidrogovou problematikou, ako aj na zníženie recidív a zvýšenie abstinencie od alkoholu. Úlohou tiež bude zamerať sa na prehĺbenie vedomostí a zručností odborných pracovníkov RÚVZ v SR, ktorí poskytujú poradenské služby v prevencii závislostí.

NÁRODNÁ PROTIDROGOVÁ STRATÉGIA SLOVENSKEJ REPUBLIKY na obdobie rokov 2021-2025 s výhľadom do roku 2030 je definovaná ako základný strategický dokument SR v oblasti protidrogovej politiky. Je v poradí šiestym strategickým, nadrezortným materiálom pre oblasť drogovej politiky v SR, ktorým v roku 1995 položila základy národnej protidrogovej politiky a ktoré ďalej rozvíja a aktualizuje. Nadväzuje na Národnú protidrogovú stratégiu SR na obdobie rokov 2013 - 2020, schválenú uznesením vlády SR č. 380/2013. V nadväznosti na ukončenie platnosti Národnej protidrogovej stratégie a vzhľadom na potrebu pokračovania aktivít pre dosiahnutie cieľov - chrániť a zvyšovať blaho spoločnosti a jednotlivcov, chrániť verejné zdravie, poskytovať vysoký stupeň bezpečnosti pre širokú verejnosť a zabezpečiť multidisciplinárny, integrovaný, vyvážený a faktami podložený prístup k drogovej problematike bola vytvorená nová Stratégia.

Deň 31. máj je od roku 1987 vyhlásený WHO za **Svetový deň bez tabaku**. Cieľom kampane, do ktorej sa zapája aj SR, je povzbudiť ľudí k rozhodnutiu prestať fajčiť, ponúknuť im potrebné nástroje pomoci a podporiť ich v kritických momentoch počas abstinencie. Nielen počas Svetového dňa bez tabaku odborní

pracovníci z RÚVZ SR radiia záujemcom, ako sa možno zbaviť závislosti od tabaku. Ľudia, ktorí majú záujem prestať fajčiť, sa môžu obrátiť na **Linku pomoci na odvykanie od fajčenia - 0908 222 722**. Cieľom je poskytnúť volajúcim základnú prvotnú pomoc v procese odvykania od fajčenia a to hlavne so zameraním na zlepšenie informovanosti o spôsoboch odvykania od fajčenia, zvýšiť motiváciu pre ukončenie fajčiarskeho návyku a zvýšiť stupeň zdravotného uvedomenia.

Program **SEX/DROGY** funguje od roku 2001. Vyškolení terénni sociálni pracovníci a pracovníčky pôsobia priamo v teréne - na festivaloch a v kluboch, kde informujú mladých ľudí o rizikách, ktoré súvisia s užívaním drog a aktívnym sexuálnym životom. Ročne nakontaktujú 400 až 1 000 mladých ľudí. Súčasťou programu je aj stránka www.drogy.org, ktorá informuje ľudí o rizikách, ktoré súvisia s užívaním jednotlivých drog, s možnosťou liečby závislostí, o predávkovaní, abstinenčnom syndróme a najmä o stratégiách na znižovanie rizík. Cieľom je poskytnúť spoľahlivé a praktické informácie tým mladým, ktorí už s drogami majú skúsenosť vďaka experimentovaniu či dokonca pravidelnému užívaniu drog. Aby mladí mohli robiť informované rozhodnutia a chrániť svoje zdravie.

4.3.4 Iniciatívy a priority v oblasti chronických neinfekčných ochorení

CELONÁRODNÝ INTEGROVANÝ PROGRAM INTERVENCIE PROTI NEINFEKČNÝM CHOROBÁM (skr. CINDI, *Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention Programme*) je prierezová štúdia zdravotného stavu populácie spojená s vyšetrením parametrov na určenie rizika chronických neinfekčných ochorení. Je funkčný od roku 1984 a je riadený WHO. Koordinátorom programu v SR je MZ SR - hlavný hygienik a Sekcia ochrany zdravia obyvateľstva. Dlhodobý a konečný cieľ programu je znižovať celkovú mortalitu populácie Slovenska, najmä mortalitu na srdcovo-cievne choroby a nádorové ochorenia, odstrániť predčasné úmrtia do 65 rokov veku a predĺžiť strednú dĺžku života, hlavne u mužov. Strednodobý cieľ programu je skvalitniť zdravotný stav obyvateľov Slovenska – znížiť morbiditu a úmrtnosť na vybrané ochorenia kardiovaskulárnej

sústavy a onkologické ochorenia zásahmi zameranými na znižovanie výskytu prioritných rizikových faktorov chronických ochorení. Krátkodobý cieľ programu je znížiť prevalenciu jedincov s rizikovým životným štýlom. Zvýšiť informovanosť populácie o následkoch rizikového životného štýlu a o možnostiach eliminácie rizika úpravou životosprávy.

Slovensko bolo WHO v roku 1993 prijaté do siete 36 krajín, ktoré plnia program CINDI. Na základe toho boli zriadené Poradenské centrá ochrany a podpory zdravia v 36 okresoch Slovenska pri Regionálnych úradoch verejného zdravotníctva.

Poradenské centrum ochrany a podpory zdravia (skr. Poradne zdravia)

Poradne zdravia sa venujú najmä prevencii, preto v prvom rade je toto poradenstvo určené mladším a ľuďom v strednom veku. Podporujú tiež záujem ľudí, aby sa zaujímali o svoj zdravotný stav a včasnou a správnou prevenciou predchádzali najčastejším chronickým neinfekčným ochoreniam.

V poradniach zdravia vykonávajú činnosť lekári, sestry, verejní zdravotníci, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, pôrodné asistentky a iní zdravotnícki pracovníci. Finančné prostriedky zabezpečuje príslušný ÚVZ SR a RÚVZ z rozpočtu, ďalšie zdroje môžu získať z grantových a tendrových výziev, či formou peňažných darov. Hlavné úlohy Poradní zdravia sú v prvom rade zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva a následne zníženie výskytu chronických neprenosných chorôb prostredníctvom všeobecného a špecializovaného poradenstva zameraného na zmenu správania sa, resp. životného štýlu. Špecializované poradenstvo poskytujú v oblasti zdravej stravy, pohybu, odvykanie fajčenia, odvykanie od alkoholu, podpora psychického stavu a v iných oblastiach podľa špecifikácií regiónu.

Vyšetrenie prebieha príchodom klienta, ktorý by mal prísť nalačno, deň pred vyšetrením na večeru by nemal konzumovať ťažké jedlá, sladké jedlá a alkohol. V deň vyšetrenia sa odporúča piť nesladený čaj a čistú vodu, neodporúča sa piť kávu a minerálky. Pol hodinu pre vyšetrením sa nesmie fajčiť. Po príchode sa zrealizujú antropometrické vyšetrenia, odmeria sa výška a váha klienta, obvod pásu a bokov, hrúbka kožnej tukovej riasy. Následne sa odoberie venózna krv na biochemické vyšetrenie. Po týchto vyšetreniach je klient vyšetrený lekárom,

ktorý na základe výsledkov a osobnej anamnézy odporučí optimálne a primerané zmeny životného štýlu formou komplexného poradenstva s následnými kontrolnými návštevami. Na základe komplexného zhodnotenia stavu odporučí klientovi návštevu špecializovanej poradne. Všetky tieto vyšetrenia a kontrolné návštevy ako aj špecializované poradne sú pre každého klienta bezplatné. V roku 2022 je plánovaná príprava Stratégie rozvoja Poradenských centier ochrany a podpory zdravia v SR.

Globálny akčný plán na prevenciu a kontrolu chronických neprenosných ochorení 2013 – 2020 bol prijatý členskými krajinami WHO na jeho 66. zasadnutí v máji 2013 ako postup pre riešenie chronických ochorení pre dané obdobie. Tento plán sa má postupne naplňať v 6 definovaných cieľoch a zároveň monitorovaním 9 dobrovoľných globálnych zámerov a 25 indikátorov do roku 2025. Ide o oficiálny dokument, ku ktorému sa hlási aj Aliancia pre chronické neprenosné ochorenia (skr. Aliancia NCD) a Slovenská aliancia pre chronické ochorenia (skr. SACHO).

Pevne definovaných 6 cieľov bolo:

1. Zvýšiť prioritu na prevenciu a kontrolu chronických ochorení v globálnych, regionálnych a národných agendách prostredníctvom posilnenej medzinárodnej spolupráce.
2. Posilniť schopnosti členských štátov, prirodzený leadership, riadenie a viac-sektorálnu iniciatívu, aby sa zrýchlil proces prevencie a kontroly chronických chorôb.
3. Znížiť mieru rizikových faktorov, ktoré zapríčiňujú chronické choroby.
4. Posilniť a navodiť zdravotné systémy k riešeniu prevencie a kontroly chronických chorôb prostredníctvom posilnenej primárnej zdravotnej starostlivosti a univerzálneho zdravotného poistenia.
5. Podporiť členské krajiny pri vykonávaní kvalitného výskumu a vývoja pre prevenciu a kontrolu chronických chorôb.
6. Monitorovať trendy a determinanty chronických chorôb a hodnotiť pokrok v ich prevencii a kontrole.

Dobrovoľné globálne zábery zahŕňali:

- I. 25 %-né relatívne zníženie rizika predčasných úmrtí spôsobených kardiovaskulárnymi chorobami, rakovinou, cukrovkou alebo chronickými respiračnými chorobami,
- II. najmenej 10 %-né relatívne zníženie škodlivého užívania alkoholu v rámci národného kontextu,
- III. 10 %-né relatívne zníženie nedostatku fyzickej aktivity,
- IV. 30 %-né relatívne zníženie požívania soli (NaCl),
- V. 30 %-né relatívne zníženie používania tabaku u ľudí starších ako 15 rokov,
- VI. 25 %-né relatívne zníženie zvýšeného krvného tlaku v rámci národného kontextu,
- VII. pozastaviť dynamiku zvyšovania výskytu cukrovky a obezity,
- VIII. najmenej 50 % potenciálne ohrozených ľudí srdcovým infarktom alebo cievnu mozgovou príhodou obdrží liekovú terapiu a poradenstvo (vrátane glykemickej kontroly),
- IX. 80 %-ná dostupnosť základných technológií a liekov, vrátane generík, ktoré sú potrebné na liečbu hlavných chronických chorôb vo verejných a súkromných zariadeniach.

Na skupinu onkologických ochorení sa upriamuje **Európsky plán na boj proti rakovine**, ktorý je politickým záväzkom konať proti rakovine a ďalším odrazovým mostíkom smerom k silnej EÚ v oblasti zdravia a bezpečnejšej, lepšie pripravenej a odolnejšej Európe. Cieľom tohto plánu je zamerať aktivity na štyri kľúčové oblasti, v ktorých môže EÚ priniesť najväčšiu hodnotu: (1) prevencia; (2) včasné odhalenie; (3) diagnostika a liečba; a (4) kvalita života pacientov s rakovinou. Plán sa zameriava aj na výskum a inovácie a využitie potenciálu, ktoré ponúka digitalizácia a nové technológie.

Osobitnú pozornosť treba venovať na európskej aj národnej úrovni odporúčaniam **Európskeho kódexu proti rakovine**.

- I. Znížiť používanie tabaku a iných výrobkov nikotínu
- II. Podporiť zdravý životný štýl
- III. Riešiť európsky problém s alkoholom
- IV. Znížiť záťaž spôsobenú rakovinou kože v Európe

- V. Chrániť občanov pred škodlivou expozíciou karcinogénov v životnom prostredí
- VI. Umožniť prístup k očkovacím látkam pre celú populáciu
- VII. Vybudovať kapacitu pre včasné zisťovanie rakoviny

NÁRODNÝ ONKOLOGICKÝ PROGRAM (skr. NOP) je plán verejného zdravia, zdravotnej starostlivosti a bezpečnosti pacienta, ktorý je zameraný na zníženie incidencie a mortality a zlepšenie kvality života pacientov s onkologickými ochoreniami prostredníctvom systematického a spravodlivého uplatňovania stratégií založených na dôkazoch, ktoré sú zamerané na prevenciu, diagnostiku, liečbu, podpornú, paliatívnu starostlivosť a starostlivosť na konci života, ako aj výskum zameraný na hľadanie inovatívnych riešení a hodnotenie výsledkov.

V zmysle Programového vyhlásenia vlády SR, v ktorom sa vláda SR zaväzuje podporovať zdravie a prevenciu vo všetkých verejných politikách, predložili MZ SR zástupcovia zdravotníckeho sektora, patientskych organizácií a odborných spoločností **DOHODU O PLÁNE BOJA PROTI RAKOVINE SPÔSOBENEJ HPV** (infekcia ľudským papilomavírusom) **NA SLOVENSKU**. Z dohody vyplývajú nasledujúce aktivity v sledovanej oblasti:

1. **Zvyšovanie zaočkovanosti:** Po konzultácii so Slovenskou spoločnosťou primárnej pediatrickej starostlivosti budú všetky zdravotné poisťovne od 1. 5. 2022 prostredníctvom svojich vybraných komunikačných kanálov aktívne pozývať deti vo veku 12 rokov na očkovanie proti HPV vírusu.
2. **Zlepšenie dostupnosti očkovania:** Od 1. 5. 2022 bola MZ SR schválená plná úhrada 9 valentnej vakcíny pre 12 ročné deti. Diskutovať o využití skúseností zo zahraničných očkovacích programov, alebo aj z iných oblastí manažmentu očkovania na Slovensku a preniesť ich do zlepšenia dostupnosti očkovania proti HPV.
3. **Účinné vzdelávanie a budovanie povedomia o rizikách spojených s HPV:** Realizovať cielenú a intenzívnu kampaň vedenú MZ SR v kooperácii s MŠVVaŠ SR, so zapojením zdravotných poisťovní, patientskych organizácií, odborných spoločností, VÚC, ako aj NOI. Edukácia a zvyšovanie povedomia by sa mali zameriavať priamo na študentov vyšších ročníkov gymnázií a rodičov študentov nižších ročníkov. V tejto súvislosti

preto MŠVVaŠ SR spolu s partnermi podporuje spustenie pilotného programu edukácie o HPV na základných a stredných školách už v roku 2022.

4. **Dostatočné financovanie:** Ak chceme výrazne znížiť až eliminovať výskyt onkologických ochorení spôsobených HPV v populácii, je potrebné zabezpečiť dostatočné financovanie špeciálne určené na prevenciu a preventívne programy.
5. **Dostupné kvalitné dáta:** Manažment jednotlivých projektov zameraných na prevenciu musí byť postavený na merateľných cieľoch a kvalitnom zbere dát. Vypracovať odporúčania týkajúce sa priebežného monitorovania a transparentného vyhodnocovania údajov o zaočkovanosti, ako aj dlhodobých epidemiologických dát.

4.3.5 Iné iniciatívy a priority

NÁRODNÝ PROGRAM AKTÍVNEHO STARNUTIA NA ROKY 2021 - 2030 (návrh, skr. NPAS)

SR implementuje od roku 2014 *Národný program aktívneho starnutia na roky 2014 - 2020* ako prvý strategický dokument zameraný na podporu aktívneho starnutia ľudí. Dokument bol spracovaný, prijatý a realizovaný ako súčasť základnej vízie slovenskej spoločnosti ponúkať šance na kvalitnejší a udržateľný rozvoj pre všetkých. Impulzmi pre spracovanie „nového“ strategického dokumentu na roky 2021 - 2030 sa stali najmä aktuálne prognózy v oblasti demografického vývoja na Slovensku a jeho možného dopadu na udržateľnosť spoločenských podmienok prosperity v medzigeneračnej perspektíve. Osobitnú pozornosť si zasluhujú aj dlhodobé zmeny rodinnej inštitúcie a jej pripravenosti plniť funkcie podpory jej členov v perspektíve rodinného životného cyklu. Ďalej zmeny ekonomiky, s dôrazom na jej digitalizáciu, čo ovplyvňuje svet vzdelávania a práce, ale aj každodenného života a komunikácie ľudí rozličných vekových kategórií v rodinnom, širšom privátnom či verejnom priestore. Víziou NPAS je podporiť budovanie udržateľnej spoločnosti cez podporu a zhodnocovanie potenciálu ľudí všetkých vekových kategórií, najmä v kontexte procesu ich

starnutia. Globálnym cieľom NPAS je vytvoriť pre naplnenie tejto vízie optimálne hodnotové, zdrojové a inštitucionálne podmienky. NPAS štrukturálne stavia na výsledkoch európskeho projektu Index aktívneho starnutia (*Active Ageing Index*), ktorý pristupuje k aktívnemu starnutiu v jednote štyroch základných domén:

- a) domény predpokladov a kapacít pre aktívne starnutie cez vytváranie priaznivého prostredia pre aktívne starnutie;
- b) domény príspevku starších ľudí k rozvoju udržateľných spoločností cestou ich aktívnej pozície na trhu práce v rámci plateného zamestnania;
- c) domény participácie starších ľudí v spoločensky prospešných aktivitách;
- d) domény nezávislého, dôstojného a autonómneho života starších ľudí.

V programe **Európska únia pre zdravie počas rokov 2021 – 2027** (*EU4Health 2021 – 2027: vízia zdravšej Európskej únie*) sú dôležitými bodmi prevencia ochorení, podpora zdravia, spoločenské a demografické zmeny. Vzhľadom na demografické zmeny, ktoré vedú k starnutiu európskeho obyvateľstva, sa Európska komisia zaviazala vydať **Zelenú knihu o starnutí**, kde budú stanovené hlavné priority v súvislosti so starnutím a možné spôsoby predvídania dôsledkov starnúceho obyvateľstva Európy za účelom otvorenia verejnej diskusie v tejto oblasti.

Zdravé starnutie je predmetom iniciatív aj pre WHO. V roku 2020 vydala dokument s názvom **Dekáda zdravého starnutia 2020 – 2030** za účelom nastavenia spolupráce vlád, občianskych združení, medzinárodných spoločností, výskumníkov a akademickej obce s cieľom zlepšiť život starších ľudí, ich rodín a komunít, posilniť zdravé starnutie. Uvedený dokument obsahuje ukazovatele špecifické pre zdravé starnutie, ktoré rešpektujú všetky ciele trvalo udržateľného rozvoja v rámci *Agendy 2030 pre udržateľný rozvoj* prijatej OSN:

- ochrana starších ľudí pred chudobou, prístup k sociálnemu zabezpečeniu a dlhodobej zdravotnej starostlivosti,
- ochrana starších ľudí, ktorí sú citlivejší na nedostatok jedla, podvýživu, či nebezpečné potraviny,
- podporovať dobré zdravie a blahobyt v každom veku,

- zabezpečiť celoživotné vzdelávanie starších ľudí, gramotnosť, tréning zručností, bezbariérovú účasť na vzdelávaní a rozvíjať digitálne zručnosti starších ľudí,
- dosiahnuť rovnaké podmienky pre prístup k službám pre ženy a mužov; – podporovať pracovné príležitosti aj v staršom veku,
- zabezpečiť infraštruktúru s prístupom na internet, s novými technológiami a digitálnym zdravotníctvom aj pre starších ľudí,
- znížiť rozdiely v rôznych sektoroch medzi domácnosťami a komunitami na základe národnosti alebo úrovne vzdelania,
- premeniť mestá a ľudské obydli na bezpečné, odolné a umožňujúce maximálne využívať schopnosti ľudí počas ich života,
- podporovať mier a prístup k spravodlivosti, zabrániť diskriminácii založenej na veku,
- zdravé starnutie nemá ponechať nikoho bokom s cieľom tvoriť budúcnosť pre všetkých ľudí.

Globálna stratégia a akčný plán WHO pre starnutie a zdravie (2016 – 2030) zahŕňa celoživotný prístup k zdravému starnutiu podporené dlhším a zdravším životom.

NÁRODNÝ PROGRAM DUŠEVNÉHO ZDRAVIA NA ROKY 2019 – 2020 je komplexným programom starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku, ktorým sa problematika duševného zdravia stáva politickou prioritou v celej jej komplexnosti. Je vytvorený na princípe systémového prístupu k starostlivosti so snahou zabezpečiť rovnaký prístup k starostlivosti o duševné zdravie tak ako k starostlivosti o telesné zdravie.

V rámci ochrany duševného zdravia bola MZ SR zriadená **Národná linka na podporu duševného zdravia - 0800 193 193**. Sústreďuje sa na online a telefonické psychologické poradenstvo s cieľom poskytnúť anonymnú a dištančnú formu komunikácie pri poskytovaní služieb v oblasti starostlivosti o duševné zdravie:

- psychologické poradenstvo, krízovú intervenciu a bezpečný priestor pre rozhovor o neistote, obavách či psychických problémoch v časoch následkov pandémie Covid-19 a aktuálneho vojenského konfliktu,
- podpora zdravotníkom, ktorí zažívajú nadmernú záťaž a sú vystavení zvýšenej pravdepodobnosti rozvoja stresom podmienených psychických porúch,
- poskytnutie poradenstva a podpory zdravotníkom, ale aj širokej verejnosti pri zvládaní akútnej stresovej reakcie či príznakov rozvíjajúcej sa posttraumatickej stresovej reakcie na mimoriadne stresové udalosti. Služby poskytujú profesionálni pracovníci v oblasti duševného zdravia, najmä psychológovia so špecializáciou v klinickej psychológii a psychiatrii s certifikáciou v psychoterapii a krízovej intervencii v aktuálnom počte 29 odborníkov. Linka je v prevádzke v pracovné dni v čase od 14.00 hod. do 22.00 hod. a cez víkendy v čase od 10.00 – 18.00 hod.

E-mailová poradňa Linky dôvery Nezábudka je iniciatívou **Ligy za duševné zdravie** (nepolitické, charitatívne, humanitné, neprofesionálne, nezávislé záujmové združenie občanov a právnických osôb s cieľom aktívnej podpory duševného zdravia) zabezpečuje anonymné a bezplatné poradenstvo s odpoveďou najneskôr do 48 hodín. Na spolupráci so záujemcom o službu tohto druhu sa podieľa poradca – psychológ, klinický psychológ alebo terapeut a riešia problémy detského veku, rodičovské a školské problémy, osobnostné problémy detí, dospievajúcich a dospelých, problémy na pracovisku a v kolektívoch, osobnostný rozvoj, témy závislostí (alkohol, drogy, hazard, internet, chorobné nakupovanie...), poruchy osobnosti, depresie, úzkostné poruchy, poruchy spánku, poruchy príjmu potravy (mentálna bulímia a anorexia), traumatické zážitky, psychosomatické ťažkosti, práca so zmyslom života, rodinné a partnerské problémy. Taktiež funguje aj **Nonstop telefonická poradňa** – Linka dôvery Nezábudka (0800 800 566), ktorá je bezplatná, anonymná, poskytujúca vypočutie, možnosť emočnej podpory a rád v ťažko riešiteľných, naliehavých alebo krízových situáciách.

NÁRODNÝ PROGRAM PREVENČIE HIV/AIDS V SR na roky 2017 – 2020 (skr. NPP HIV/AIDS) bol zameraný na celú populáciu SR. Dôraz sa kladie na ohrozené

skupiny obyvateľstva. Prevencia HIV/AIDS je zameraná najmä na zníženie rizika vzniku a šírenia HIV infekcie, najmä na prevenciu sexuálneho prenosu HIV, prenosu HIV krvou, vertikálneho prenosu infekcie HIV a zníženie nežiaducich následkov, osobného a sociálneho dopadu HIV infekcie na jednotlivcov a spoločnosť - zabezpečenie adekvátnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti a podporovanie akcií a aktivít smerujúcich k zníženiu sociálnych a ekonomických dopadov infekcie HIV/AIDS na spoločnosť. Koordinátorom Národného programu bol hlavný hygienik SR, ktorý je zároveň predsedom Národnej komisie pre prevenciu HIV/AIDS. V tomto roku sa má NPP HIV/AIDS aktualizovať na ďalšie roky a bude súčasťou *Národného plánu kontroly infekčných ochorení v SR*.

K aktivitám zabezpečujúcim plnenie úloh NPP HIV/AIDS je kampaň boja proti AIDS s názvom **ČERVENÉ STUŽKY**, ktorú s podporou MŠVVaŠ SR (v rámci *Rozvojového projektu Zdravie a bezpečnosť v školách 2021*), Okresného úradu v Žiline (odbor školstva) a mesta Žiliny organizuje Gymnázium sv. Františka z Assisi v Žiline. Kampaň sa uskutočňuje pod záštitou Kancelárie WHO na Slovensku a pod odbornou garanciou MZ SR a viacerých odborných pracovísk na Slovensku a v zahraničí. V roku 2021 prebiehal už pätnásty ročník kampane.

Informačná kampaň Európskej agentúry pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci (skr. EU OSHA) na roky 2020 - 2022 s názvom **ZDRAVÉ PRACOVISKÁ ZNIŽUJÚ ZÁŤAŽ**. Na Slovensku je kampaň koordinovaná prostredníctvom Národného kontaktného miesta EU-OSHA, ktoré funguje pri Národnom inšpektoráte práce. Kampaň je zameraná na prevenciu poškodení podporno-pohybovej sústavy súvisiacich s prácou. Poukazuje na to, ako možno poškodenia podporno-pohybovej sústavy súvisiace s prácou aj napriek ich zložitosti riešiť rovnako ako akýkoľvek iný problém v oblasti BOZP. V jej rámci sa podnikom poskytnú nástroje a podpora, potrebné na systematické riešenie poškodení podporno-pohybovej sústavy súvisiacich s prácou: praktické tipy, príručky, audiovizuálne materiály, príklady osvedčených postupov a prípadové štúdie. Všetky uvedené informácie vrátane novej databázy relevantných zdrojov, sa nachádzajú na webovom sídle kampane (<https://healthyworkplaces.eu>).

Pre roky 2023 - 2025 prichádza EU OSHA s kampaňou **Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci v digitálnom veku**. Kampaň je zameraná na zvyšovanie

povedomia o vplyve nových digitálnych technológií na prácu a pracoviská, ako aj na súvisiace problémy a výhody v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci (BOZP). Poskytuje aj platformu na výmenu riešení dobrej praxe. V súlade s prístupom tzv. vízie nulovej úmrtnosti, pokiaľ ide o úmrtia v súvislosti s prácou v strategickom rámci EÚ v oblasti ochrany zdravia a bezpečnosti pri práci na obdobie 2021 – 2027, ako aj v súlade s cieľmi európskej digitálnej stratégie, je zámerom kampane posunúť problematiku BOZP do širšej politickej rozpravy v EÚ a zohľadniť rodový rozmer a potreby osobitných skupín pracovníkov vystavených vyššiemu riziku.

Štruktúru kampane tvorí päť prioritných oblastí:

1. Práca pre digitálne platformy.
2. Pokročilá robotika a umelá inteligencia.
3. Práca na diaľku.
4. Inteligentné digitálne systémy.
5. Riadenie pracovníkov prostredníctvom umelej inteligencie.

Kampaň vychádza predovšetkým zo zistení a zdrojov z prehľadu BOZP o digitalizácii 2020 – 2023, ale zahŕňa aj výskum agentúry EU-OSHA v iných oblastiach.

PLATFORMA NA PODPORU ZDRAVIA ZNEVÝHODNENÝCH SKUPÍN (ďalej ako Platforma) je záujmovým združením právnických osôb. Platforma realizuje vzdelávacie, výskumné a propagačné aktivity smerujúce k vytvoreniu komplexného modelu podpory zdravia znevýhodnených skupín a rozvíjajúce zdravotnú mediáciu na Slovensku. Vznik Platformy iniciovala v roku 2012 Asociácia pre kultúru, vzdelávanie a komunikáciu (skr. ACEC), ktorá sa zaoberá zdravotnou osvetou a mediáciou v rómskych osadách už od roku 2002. Platforma združuje subjekty mimovládneho, štátneho aj súkromného sektora, ktoré sa na Slovensku venujú problematike zdravia znevýhodnených skupín. Od októbra 2013 Platforma realizovala **celoslovenský projekt Zdravé komunity**. Predstavuje praxou overený a funkčný model realizácie zdravotnej mediácie v marginalizovaných komunitách prostredníctvom asistentov osvetu zdravia. Asistenti sú vyberaní priamo z cieľových komunít a adresne vzdelávaní. Od 1. 1. 2017 prebralo tento projekt MZ SR prostredníctvom štátnej

príspevkovej organizácie **ZDRAVÉ REGIÓNY**, čím sa vytvoril priestor na realizáciu komplexného, dlhodobého riešenia situácie znevýhodnených skupín v oblasti zdravia na národnej úrovni. Aktuálne v rámci tejto príspevkovej organizácie prebiehajú *Národný program Zdravé komunity 2B, Národný program Zdravé komunity 3B a Národný program Korona te merel*.

Literatúra

BAŠKOVÁ, M. a kol. *Výchova k zdraviu*. Martin: Osveta, 2009. 226 s. ISBN 978-80-8063-320-2.

ČEPOVÁ, E., KOLARČÍK, P., MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. Zdravotná gramotnosť, metóda ako zlepšiť zdravie populácie a jej využitie vo verejnom zdravotníctve [online]. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*. ISSN 1336-9326. 2017, roč. 12, č. 1, s. 24 - 32. [cit. 2021-11-14]. Dostupné na internete: https://coherentsite.files.wordpress.com/2016/06/cepova_2017_28-36.pdf

ČELEDOVÁ, L., ČELEDÁ, R. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Praha : Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

DINGOVÁ, M. JAKUBCOVÁ, T. Zdravotná gramotnosť - nový pojem pre ošetrovateľskú prax. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. ISSN 1338-6263. 2011, roč. 1, č. 1, s. 34 – 41.

Digitálna zdravotná gramotnosť – zdravotná starostlivosť prispôsobená potrebám európskych občanov v čase demografických zmien (stanovisko z vlastnej iniciatívy) [online]. Európsky hospodársky a sociálny výbor, Brusel, 21.03.2019. [cit. 2022-04-05]. Dostupné na internete: <https://webapi2016.eesc.europa.eu/v1/documents/EESC-2019-00067-00-00-AC-TRA-SK.docx/content>

Dohoda o Pláne boja proti rakovine spôsobenej HPV na Slovensku [online]. [cit. 2022-04-05]. Dostupné na internete: https://aopp.sk/storage/app/media/HPV_dohoda.pdf

FÁBRYOVÁ, Ľ. a kol. *Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku*. [online]. MZ SR, 2021, schválené a účinné do 15.12.2021. [cit. 2022-03-05]. Dostupné na internete:

https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/1-10-2021/14_1-SDTP-komplexny-manazment-nadhmotnosti_obezity-v-dospelom-veku-1_revizia.pdf

GAJDOŠÍK, J. Adherencia k liečbe – dôležitá súčasť dosiahnutia účinku terapie pri chronických ochoreniach [online]. In *AtheroRev*. ISSN 2464-6563. 2017, roč. 2, č. 1, s. 15 – 19. [cit. 2022-03-05]. Dostupné na internete: <https://www.atheroreview.eu/casopisy/athero-review/2017-1/adherencia-k-liecbe-dolezita-sucast-dosiahnutia-ucinku-terapie-pri-chronickych-chozeniach-60300/download?hl=cs>

GAŽOVÁ, A., KYSELOVIČ, J. Kompliancia pacienta a adherencia k liečbe [online]. In *Farminews*. ISSN 1214-5017. 2015, roč. 13, č.3, s. 10. [cit. 2022-03-05]. Dostupné na internete: <https://www.edukafarm.sk/data/soubory/casopisy/farmiNEWS/03-2015/7.%20Kompliancia%20pacienta.pdf>

HEGYI, L., OCHABA, R. *Výchova k zdraviu a podpora zdravia*. Bratislava : Herba, 2013. 96 s. ISBN 978-80-89631-14-8.

Informačná kampaň EU OSHA na roky 2020 – 2022 „Zdravé pracoviská znižujú záťaž“ [online]. [cit. 2022-04-05]. Dostupné na internete: https://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=4750:informana-kampa-eu-osh-na-roky-2020-2022-zdrave-pracoviska-zniuju-zaa&catid=64:preventivne-pracovne-lekarstvo&Itemid=73

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovateľskej praxi*. Praha : Grada Publishing, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KELČÍKOVÁ, S. *Koncept podpory zdravia v edukácii pacienta*. 2. dopl. vyd. Martin : JLF UK, 2013. 75 s. ISBN 978-80-89544-56-1.

KIMÁKOVÁ, T., TÓTH, Š., UHER. I. *Zdravé a aktívne starnutie účastníkov vzdelávania na Univerzite tretieho veku a vysokoškolských študentov*. Košice : ŠafarikPress, 2021. s. 71-86. ISBN 978-80-574-0026-4.

Koncepcia ochrany a podpory zdravia. Výchova k zdraviu - health promotion [online]. [cit. 2022-05-05]. Dostupné na internete: <https://www.unipo.sk/public/media/17467/3.KONCEPCIA%20OCHRANY%20A%20PODPORY%20ZDRAVIA2.pdf>

MALKOVÁ, I. a kol. *Štandardný preventívny postup pre manažment dospelých s nadváhou a obezitou s dôrazom na psychologický prístup* [online]. MZ SR, 2021. schválené a účinné do 15.12.2021. [cit. 2022-03-05]. Dostupné na internete: <https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/Prevencia/030-SPP-pre-manazment-dospelych-s-nadvahou-a-obezitou-s-dorazom-na-psychologicky-pristup.pdf>

MZ SR. 2021. *Schválené nové a inovované postupy pre výkon prevencie* [online]. [cit. 2022-04-05]. Dostupné na internete: <https://www.health.gov.sk/?Postupy-Prevencia>

Národná linka na podporu duševného zdravia. [online]. [cit. 2022-04-05]. Dostupné na internete: <https://www.health.gov.sk/?Linka-PDZ>

Národný akčný plán v prevencii obezity na roky 2015-2025 [online]. [cit. 2022-05-10]. Dostupné na internete: https://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/NAPPO_2015-2025.pdf

Národný program aktívneho starnutia na roky 2021-2030. 2021 [online]. [cit. 2022-05-10]. Dostupné na internete: <https://www.employment.gov.sk/files/sk/ministerstvo/rada-vlady-slovenskej-republiky-prava-seniorov-prisposobovanie-verejnych-politik-procesu-starnutia-populacie/narodny-program-aktivneho-st>

arnutia-roky-2014-2020/narodny-program-aktivneho-starnutia-roky-2021-2030.pdf

OCHABA, R., KAČMÁRIKOVÁ, M. *Výchova k zdraviu a podpora zdravia*. Trnava : Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2020. s. 128 - 135. ISBN 978-80-568-0253-3.

PENÁK, P. *Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na roky 2021 - 2030* [online]. 20.01.2022. [cit. 2022-01-20]. Dostupné na internete: https://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=4994:narodny-akny-plan-pre-problemy-s-alkoholom-na-roky-2021-2030&catid=108:materialy-s-chvalene-vladou

PENÁK, P. *Aktualizácia Národného programu podpory zdravia pre roky 2021 - 2030* [online]. 20.01.2022. [cit. 2022-01-20]. Dostupné na internete: https://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=4993:aktualizacia-narodneho-programu-podpory-zdravia-pre-roky-2021-2030&catid=108:materialy-schvalene-vladou

Program SEX/DROGY – mladí mladým - otvorene o tabu témach [online]. [cit. 2022-04-05]. Dostupné na internete: <https://www.ozodyseus.sk/sex-drogy>

Programy a projekty Úradov verejného zdravotníctva SR na rok 2022 a ďalšie roky [online]. [cit. 2022-04-05]. Dostupné na internete: https://www.uvzsr.sk/docs/pap/PaP_UVZ_2022.pdf

Slovenská aliancia pre chronické ochorenia [online]. [cit. 2022-04-05]. Dostupné na internete: https://www.hpi.sk/cdata/Documents/Analyza_trendov_CHO_a_monitorovani_e_RF.pdf

Správa o plnení Národného programu prevencie HIV/AIDS v Slovenskej republike na roky 2017 – 2020 za rok 2019 [online]. [cit. 2022-04-05]. Dostupné na internete: https://www.uvzsr.sk/docs/info/epida/Sprava_o_plneni_NPP_HIV_AIDS_v_SR_2017_2020_za_rok_2019.pdf

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030. [online]. [cit. 2022-04-05]. Dostupné na internete:

https://www.vzbb.sk/sk/podujatia/2014/nhp_slovakia.pdf

Svetový deň bez tabaku 2021 [online]. [cit. 2022-04-05]. Dostupné na internete:

https://www.ruvzv.sk/den_bez_tabaku_2021.html

TÓTHOVÁ, V., CHLOUBOVÁ, I., PROKEŠOVÁ, R. (eds.) *Význam ošetrovateľstvá v preventívni kardiologii.* Praha : Grada Publishing, 2019. 160 s. ISBN 978-80-271-2197-7.

Vestník MZ SR, 2018. 50. *Odborné usmernenie na zriaďovanie, prevádzku a činnosť poradenských centier ochrany a podpory zdravia z 1. novembra 2018,* čiast. 51-52, roč. 66.

Zákon NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zdravotná gramotnosť [online]. [cit. 2022-04-05]. Dostupné na internete: https://www.ipisk.eu/zdravotn%C3%A1-gramotnos%C5%A5_1

ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovateľský slovník.* Martin : Osveta, 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

5 SESTRA S POKROČILOU PRAXOU V AMBULANTNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Beáta Grešš Halász

Profesia sestry ako aj samotný vedný odbor ošetrovateľstvo historicky prechádzajú kontinuálnou evolúciou v dôsledku požiadaviek doby na zdravotnú starostlivosť a služby s cieľom riešiť zdravotné, sociálne a na osobu orientované výzvy súčasnosti. Odborná verejnosť volá po investícii do rozvoja profesie sestry, obzvlášť v oblasti pokročilej praxe. Sestry tvoria najväčšiu skupinu zdravotníckych pracovníkov, preto nie je prekvapujúce, že takáto investícia má vysoký potenciál priniesť významné zlepšenie výsledkov starostlivosti a služieb v oblasti zdravotníctva. Medzinárodné spoločnosti vyhlasujú, a národné politiky si uvedomujú, že situácia v dôsledku stúpajúcej krivky prevalencie a incidencie neinfekčných a chronických ochorení je s momentálnym systémovým nastavením dlhodobu neudržateľná. Je potrebné posilniť pracovné sily v oblasti zdravotníctva, obzvlášť v oblasti ošetrovateľstva - podľa ICN konkrétne pokročilú prax v ošetrovateľstve - s cieľom efektívne zvládať propagáciu zdravia, prevenciu, a manažment chorôb. Deklarácia WHO z Astany z roku 2018 vyzdvihuje úlohu primárnej starostlivosti, kde základ spočíva vo využití plného rozsahu praxe sestier. ICN výrazne súhlasí a dodáva, že v uvedenom kontexte sestry s pokročilou praxou sú efektívnym a účinným zdrojom dosahovania úspechu vo výzvach súčasnej doby v oblastiach dostupnosti, bezpečnosti a kvality starostlivosti a služieb v zdravotníctve.

5.1 Pokročilá prax v ošetrovateľstve

Na prvý pohľad sa môže zdať, že pokročilá prax v ošetrovateľstve je nový, moderný koncept, na Slovensku obzvlášť, keďže rola sestry s pokročilou praxou bola legislatívne ukotvená iba nedávno. Určité vzory pokročilej praxe v ošetrovateľstve však bolo možné vidieť už v období profesionalizácie ošetrovateľskej praxe. V kontexte evolúcie roly, sestry sa neformálne stávali

sestrami s pokročilou praxou nadobúdaním odborných vedomostí a praktických zručností počas svojej niekoľkoročnej kariéry. Platí to rovnako aj pre slovenské sestry. Mnohé erudované sestry s niekoľkoročnou praxou, vykonávaním a zdokonaľovaním sa v odborných intervenciách nadobúdali určitú pokročilosť v rámci vlastnej odbornej praxe. Vedomosti nadobúdali mnohokrát prostredníctvom dostupných vzdelávacích aktivít v rámci sústavného vzdelávania, či skúsenosťami pri spolupráci s inými profesiami v zdravotníctve, alebo samoštúdiom. Preto je nutné si uvedomiť, že pokročilá prax v ošetrovatelstve nie je úplne nová rola. Tá tu existuje už niekoľko desiatok rokov, je však doplnená o potrebné vedomosti na pokročilej úrovni, ktoré sú samozrejme nevyhnutné k naplneniu podstaty role pre výkon pokročilej praxe.

5.1.1 Vývoj role

Rola sestry s pokročilou praxou má korene v USA v období 60. rokov, kedy pre nedostatok pediatrov erudované sestry s niekoľkoročnou praxou preberali niektoré kompetencie lekárov. Situácia vyústila do vykoreňovania oficiálnej role sestry s pokročilou praxou a vzdelávacieho programu pre sestry ako prvého na Univerzite v Colorade pod vedením sestry Dr. Loretty C. Ford a lekára Dr. Henriho Silvera v roku 1965. Program pripravoval sestry s pokročilou praxou v odbore pediatria, ktoré boli schopné na základe vzdelania a praxe identifikovať symptómy, diagnostikovať a manažovať bežné zdravotné problémy detí, a v tejto oblasti pracovať v kolaborácii s lekármi. Legislatíva podporila myšlienku a odporúčania zainteresovanými odborníkmi a následne definovala spoločnú zodpovednosť za starostlivosť vykonávanú lekárom a sestrou s pokročilou praxou, konkrétne sestrou - praktičkou (Nurse Practitioner). Výrazným posunom pre sestry s pokročilou praxou bolo vypracovanie a publikovanie pokynov pre rolu Americkou asociáciou sestier a implementovanie programu pre získanie licencie, ktorá umožňuje sestrám pracovať samostatne dodnes. Pojem pokročilá prax v ošetrovatelstve (Advanced Practice Nursing - APN) sa začal používať v 80. rokoch. Už v roku 1994 bolo 49 000 sestier označovaných ako sestry s pokročilou praxou. Pokročilá prax sestier prináša

excelentné výsledky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi/klientovi vo viacerých krajinách ako napríklad USA, Veľká Británia, Írsko a Nemecko.

Všeobecne, požiadavka pre integráciu pokročilej praxe v ošetrovateľstve do systémov zdravotníctva rastie. Vývoj role sestry s pokročilou praxou sa v rámci krajín rôzni. Navyše, rola je v tej ktorej krajine rôzne definovaná v zmysle zodpovednosti, kompetencií, úloh, nomenklatúry a podmienok pre udeľovanie tejto dezinácie, čo viedlo a vedie k nekonzistencii, nepochopeniu a zmätku v tvorbe legislatívy, chápaniu role samotnými odborníkmi v zdravotníctve i verejnosťou. ICN stavia na týchto faktoch aj v rámci definovania role a odporúčaní pre správne fungovanie role, ktoré vydalo. ICN definuje sestru s pokročilou praxou ako: „...registrovanú sestru s expertízou, vedomosťami, komplexnými rozhodovacími zručnosťami a klinickými kompetenciami pre expandovanú prax, ktorých charakteristika je formovaná kontextom a/alebo krajinou, v ktorej sa povolanie pre prax vykonáva.“

5.1.2 Terminológia a nomenklatúra

Pokročilá prax v ošetrovateľstve je etablovaná predovšetkým v anglicky hovoriacich krajinách. V úvode je nutné objasniť terminológiu vzťahujúcu sa k pokročilej praxi v ošetrovateľstve. V tejto publikácii preto uvádzame pôvodné anglické a následne preložené názvy s cieľom čo najrelevantnejšie vystihnúť podstatu každej role, či dezinácie.

Advanced Nursing Practice - ANP (pokročilá ošetrovateľská prax) je oblasť ošetrovateľstva rozširujúca hranice praxe v ošetrovateľstve, prispieva k znalostiam ošetrovateľstva a podporuje rozvoj profesie; rola je charakterizovaná integráciou a aplikáciou širokého spektra teoretických poznatkov a poznatkov založených na dôkazoch ako súčasť postgraduálneho vzdelávania v ošetrovateľstve.

Advanced Practice Nurse - APN (sestra s pokročilou praxou) je všeobecná sestra alebo sestra - špecialistka, ktorá získala prostredníctvom ďalšieho postgraduálneho vzdelávania (minimálne magisterského) základňu odborných

znalostí, zručnosti v komplexnom rozhodovaní, a klinické kompetencie pre pokročilú ošetrovateľskú prax, ktorej charakteristiky sú formované kontextom, v ktorom je oprávnená pracovať. Dve najčastejšie identifikované role Advanced Practice Nurse - APN (sestra s pokročilou praxou) sú Clinical Nurse Specialist - CNS (sestra - klinický špecialista) a Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik).

Advanced Practice Nursing - APN (pokročilá prax v ošetrovateľstve) je považovaná za pokrokovú v zmysle intervencií ovplyvňujúcich klinické výsledky poskytovanej starostlivosti pre jednotlivcov, rodiny a komunity/rôznorodé populácie. Stavia na postgraduálnom vzdelávaní a praktickej príprave so špecifikáciou centrálnych kritérií a kľúčových kompetencií pre prax.

Advanced Practice Registered Nurse - APRN (registrovaná sestra s pokročilou praxou) je označenie používané v USA pre sestru, ktorá splnila požiadavky pre vzdelanie a certifikáciu, a získala licenciu pre výkon praxe ako APRN v jednej zo štyroch rolí: certifikovaná registrovaná anestéziologická sestra (Certified Registered Nurse Anesthetist - CRNA), certifikovaná registrovaná sestra - pôrodná asistentka (Certified Nurse – Midwife - CNM), sestra - klinická špecialistka (Clinical Nurse Specialist - CNS), a certifikovaná sestra-praktik (certified Nurse Practitioner - CNP).

Sestra - klinická špecialistka (CNS) a sestra-praktik (NP) sú najčastejšie dva medzinárodne identifikované typy sestry s pokročilou praxou.

Clinical Nurse Specialist - CNS (sestra - klinický špecialista) je sestra s pokročilou praxou poskytujúca klinické expertízne poradenstvo a starostlivosť založenú na stanovených diagnózach v špecializovaných klinických oblastiach praxe spolu so systémovým prístupom v praxi ako člen zdravotníckeho tímu.

Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) integruje klinické zručnosti spojené s ošetrovateľstvom a medicínou s cieľom hodnotiť, diagnostikovať a manažovať pacientov v prostredí primárnej a akútnej starostlivosti, ako aj pri kontinuálnej starostlivosti o populáciu s chronickým ochorením.

Advanced Midwife Practitioner - AMP (pôrodná asistentka s pokročilou praxou) má podobnú úroveň vzdelania a príslušné kompetencie ako ANP (Advanced Nurse Practitioner- sestra s pokročilou praxou), avšak sústredené na odbor

pôrodná asistencia. Táto úroveň profesie v danom odbore je implementovaná napríklad v Írsku.

Clinical Midwife Specialist - CMS (pôrodná asistentka- klinický špecialista) má podobnú úroveň vzdelania a príslušné kompetencie ako CNS (Clinical Nurse Specialist- sestra- klinický špecialista), opäť sústredené na odbor pôrodná asistencia. Táto úroveň profesie v danom odbore je implementovaná tiež v Írsku.

5.1.3 Integrácia role

Legislatíva je v zmysle medzinárodnej komparácie nekonzistentná. Nedostatok regulácie predstavuje pre vlády a spoločnosť ťažkosti z dôvodu neistoty v koncepcii a úlohe pokročilej praxe. Výskumy ukázali, že starostlivosť poskytovaná sestrami s pokročilou praxou vykazuje zlepšené výsledky u pacientov, no aj napriek tomu sa vo väčšine krajín regulácia pokročilej praxe v ošetrovatelstve neuplatňuje, alebo nie je jasná. Jednotnosť je možné dosahovať chápaním a integráciou vhodného modelu do praxe. Jedným z najrozsiahlejších citovaným modelom je model A. B. Hamrickovej. Tento model je považovaný za najintegrovanejší v porovnaní s ostatnými modelmi pokročilej praxe, pretože berie do úvahy všetky roly pokročilej praxe. Podľa tohto modelu má sestra s pokročilou praxou spĺňať kritéria vyplývajúce z role v kontexte danej špecializácie. Model zahŕňa: primárne kritéria, centrálné kompetencie, základné kompetencie a kritické environmentálne faktory ovplyvňujúce ošetrovateľskú prax. Centrálna a základná kompetencie sú vo vzájomnej interakcii.

Postavenie role sestry s pokročilou praxou je na najvyššej úrovni hierarchie. Definuje to tak aj Európska federácia sestier (EFN), ktorá vypracovala tzv. „EU Nursing Workforce Matrix 3+1“. Je to matrica zobrazujúca kategórie pracovníkov v ošetrovatelstve. Matrica popisuje 3+1 kategórie nasledovne: všeobecná sestra, sestra-špecialista, a sestra s pokročilou praxou; tieto kategórie kombinuje s kategóriou zdravotníckeho asistenta ako samostatnou kategóriou v zmysle spolupráce. Táto spolupráca má podporiť konfiguráciu

pracovních síl a dosiahnuť kvalitnú, bezpečnú a efektívnu starostlivosť. Podľa EFN má sestra s pokročilou praxou od roku 2016 kompetencie (definície sú v súlade s ICN a direktívou EÚ a jej novelizovanou verziou 2013/55/EU).

5.1.4 Charakteristika role

Sestra s pokročilou praxou je sestra so vzdelaním a praxou na pokročilej úrovni. Nasledujúce vyhlásenia poskytujú základ pre pochopenie pokročilej praxe v ošetrovatelstve. sestry s pokročilou praxou sú:

- praktici v ošetrovatelstve poskytujúci bezpečnú a kompetentnú starostlivosť pacientom, kde základom je ošetrovateľské vzdelanie,
- ide o úlohy alebo úrovne praxe, ktoré si vyžadujú formálne vzdelanie nad rámec prípravy všeobecnej sestry (minimálna požadovaná vstupná úroveň je magisterské vzdelanie),
- úlohy a úroveň praxe zahŕňujú zvýšené merateľné schopnosti a spôsobilosť nad rámec tých, ktoré identifikujú všeobecnú sestru,
- ktorí nadobudli schopnosť vysvetliť a aplikovať teoretický, empirický, etický, legislatívny, starostlivosť poskytujúci profesionálny rozvoj role,
- ktorí definujú kompetencie a štandardy pravidelne revidované s cieľom udržiavať úroveň praxe,
- a sú ovplyvnení globálnym, sociálnym, politickým, hospodárskym a technologickým prostredím.

Úroveň a rozsah klinického rozhodovania, zručností, vedomostí, spoľahlivosti, autonómie a zodpovednosti sestry s pokročilou praxou majú širší rozsah v porovnaní s prípravou a praxou všeobecnej sestry. Rozsah a hĺbka praxe súvisí s klinickou skúsenosťou a vzdelávacou prípravou na úrovni magisterského stupňa a viac. Avšak jadro role sestry s pokročilou praxou spočíva v kontexte ošetrovatelstva a ošetrovateľských princípov.

5.1.5 Vzdelanie sestry s pokročilou praxou

Uvedené charakteristiky role sú vlastnosti napomáhajúce rozpoznať pokročilú prax v ošetrovatelstve a rolu sestry s pokročilou praxou v závislosti od iných dezignácií i profesií. Ďalej je do deskripcia domén ako vzdelanie, prax, výskum, vodcovstvo a regulácia povolania, ktorá rozlišuje sestru s pokročilou praxou od všeobecnej sestry. Môže samozrejme dôjsť k prekrytiu expertízy s inými zdravotníckymi profesiami, čo je mnohokrát evidentné najmä v oblasti primárnej starostlivosti a služieb, a to v súvislosti s rozsahom autonómie sestry s pokročilou praxou. S uvedeným pochopiteľne súvisí potreba vzdelania ako prerekvizita. Ide o:

- prípravu nad rámec všeobecného alebo špecializačného vzdelania, teda magisterské vzdelanie a vyššie,
- formálne uznanie vzdelávacích programov pripravujúcich sestry pre pokročilú ošetrovateľskú prax,
- kreditový systém v spojitosti s definovaním vzdelávacích aktivít.

Napriek tomu, že v mnohých krajinách je požiadavkou pre prijatie do vzdelávacieho programu pre sestru s pokročilou praxou klinická prax, ICN nenašlo dôkaz podporujúci túto požiadavku.

5.1.6 Kompetencie sestry s pokročilou praxou

Rola a úroveň ošetrovatelstva je zameraná a poskytovanie starostlivosti, prevenciu chorôb a liečbu spočívajúcu v priamej a nepriamej zdravotnej službe na pokročilej úrovni vrátane rehabilitačnej starostlivosti a manažmentu chronických ochorení nad rámec kompetencií všeobecnej sestry alebo sestry špecialistky. Podstata práce sestry s pokročilou praxou je manažovať komplexné zdravotné problémy vrátane ťažko dostupných, zraniteľných a rizikových populácií. Sestra s pokročilou praxou má schopnosť integrovať výskum, vzdelávať, viesť a byť lídrom, a schopnosť klinicky manažovať prípady v kontexte rozšírenej autonómie v závislosti od legislatívy v tej-ktorej krajine. Súčasťou práce sestry s pokročilou praxou je schopnosť pokročilého

posudzovania, hodnotenia, rozhodovania a diagnostického zdôvodnenia nad rámec klinických kompetencií všeobecnej sestry alebo sestry špecialistky. Sestra s pokročilou praxou je schopná poskytovať konzultácie, podporu a pomoc iným zdravotníckym pracovníkom s dôrazom na inter a multidisciplinárnu kolaboráciu. Taktiež koordinuje, implementuje a hodnotí aktivity zamerané na zlepšovanie poskytovanej zdravotnej starostlivosti a služieb na pokročilej úrovni. Sestra s pokročilou praxou je uznávaná ako primárny kontakt pre pacientov/klientov a ich príbuzných a to najmä v primárnej starostlivosti.

Regulačnými mechanizmami, ktoré odporúča ICN sú v závislosti od lokálnych právnych predpisov a podmienok výkonu pokročilej praxe v ošetrovatelstve, sú:

- oprávnenie diagnostikovať,
- oprávnenie predpisovať lieky,
- oprávnenie objednať diagnostické testovanie a liečbu,
- oprávnenie odporučiť pacienta/klienta k iným odborníkom, alebo službám,
- oprávnenie prijímať a prepúšťať pacientov/klientov z nemocnice alebo iných služieb,
- oficiálne používať titul „sestra s pokročilou praxou“,
- existujúca legislatíva pre udelenie a ochranu titulu,
- existujúca legislatíva a pravidlá autoritatívneho subjektu, alebo nejaká forma regulačného mechanizmu explicitne pre Advanced Practice Nurse - APN (sestra s pokročilou praxou) (napr. certifikácia, iné poverenie alebo autorizácia špecifická pre kontext krajiny).

V priebehu rokov sestra s pokročilou praxou začala byť vnímaná ako expert v klinike, vodca, výskumník a edukátor s charakteristikami role integrujúcej sa do tém chápania a ovplyvňovania problémov kontroly a riadenia, rozvoja postupov a klinického vodcovstva.

5.2 Pokročilá prax v ošetrovatelstve na Slovensku

ICN (International Council of Nurses) deklaruje potrebu podstaty pokročilej praxe v ošetrovatelstve a odporúčania pre podmienky integrácie role do zdravotníckych systémov zohľadniť, avšak adaptovať ich v rámci lokálnych podmienok. Iniciatíva totiž súvisí s profesionálnym postavením ošetrovatelstva v danej krajine a tiež jej schopnosťou integrovať túto novú rolu/úroveň ošetrovatelstva do vzdelávania a praxe. Pripravenosť krajiny na integráciu role môže byť posudzované existenciou špecializácií a úrovne ošetrovateľského vzdelávania, pravidiel výkon povolania a kompetencií špecifických pre sestry, a rozsahom výskumu a vodcovstva. Existencia magisterského vzdelávania i špecializácií je prerekvizitou pre možnosť vývoja a prípravy sestier - klinických špecialistiek a sestier-praktikov. Dobrou praxou je mať klasifikačný systém pre úrovne pracovníkov v odbore ošetrovatelstvo, ktorý zabezpečí konzistentnosť výkonu sestier na jednotlivých úrovniach.

Pokročilá prax v ošetrovatelstve stavia na princípoch ošetrovatelstva s cieľom maximalizovať komplexnú starostlivosť a služby v zdravotníctve, a nie je konkurenciou, zástupcom či náhradníkom iných profesií v zdravotníctve. Hamricovej model pokročilej praxe v ošetrovatelstve uvádza základné domény role sestry s pokročilou praxou a ich stručný popis (tab. 5.1). Sú to základné popisy jednotlivých domén, ktoré v prípade špecializácií sú rôznorodé v závislosti od špecifických požiadaviek daného odboru ošetrovatelstva.

Tab. 5.1 Domény a kompetencie pre sestry s pokročilou praxou podľa Hamric

Priama klinická prax	• vytvára základ pre ďalších šesť kompetencií • klinická expertíza v danej oblasti ošetrovatelstva s využitím komplexnej, holistickej perspektívy a terapeutického partnerstva s pacientmi/rodinami • edukácia, poradenstvo, koordinácia starostlivosti • priame a nepriame aktivity • využívanie klinického úsudku, kritického myslenia a zodpovednosti • využívanie dôkazov pre prax, využívanie rôznorodých prístupov v rámci manažmentu zdravia a choroby
-----------------------------	---

5.1 Domény a kompetencie pre sestry s pokročilou praxou podľa Hamric - pokračovanie

Koučing a riadenie	• schopnosť vybudovať terapeutický vzťah • partnerstvo, koučing, komunikácia, vodcovstvo, konzultácie poskytované pacientom/rodine • vedomostná expertíza v oblasti individualizácie manažmentu starostlivosti o pacientov/rodiny a individuálny manažment potrieb pacienta/rodiny • schopnosť využívať prax založenú na dôkazoch
Konzultácie	• klinické konzultácie s cieľom zvýšiť úroveň schopností a vedomostí pacienta/rodiny • poskytovanie konzultácií pacientom/rodinám, ale aj kolegom v rámci vlastnej špecializácie a expertízy
Kolaborácia	• partnerstvo s pacientom/ rodinou a odborníkmi tímu • využívanie odbornosti všetkých členov tímu zdravotnej starostlivosti pre maximálny benefit pre pacienta/rodinu • kolaborácia súvisí s faktormi ovplyvňujúcimi kolegiálne vzťahy s pacientom/rodinou, v tíme, v rámci organizácie, zdravotnej politiky na národnej či globálnej úrovni • ide o interdisciplinárnu, multidisciplinárnu a transdisciplinárnu interprofesionálnu kolaboráciu zohľadňujúcu spoločný cieľ, individuálne kompetencie, zodpovednosť, vzájomný rešpekt, dôveru, pochopenie, vzájomné akceptovanie sa
Prax založená na dôkazoch (EBP)	• schopnosť využívať EBP na pokročilej, expandovanej úrovni • uplatniť prax EBP v rámci oddelenia, kliniky, zariadenia, zdravotného systému, na národnej/medzinárodnej úrovni • fungovať ako člen panelu expertov na rôznych úrovniach • na úrovni globálnej vytvárať klinické postupy, pokyny, odporúčania pre prax • tvoriť a uplatňovať proces zmien na pokročilej úrovni • tvoriť a uplatňovať proces hodnotenia výsledkov praxe na pokročilej úrovni
Vodcovstvo	• mentorstvo, inovácie a aktivizmus • byť schopný posudzovať klinický mikrosystém, v ktorom APN pracuje • schopnosť rozpoznať a posudzovať potreby pre inovácie/zmenu • implementovať stratégie s cieľom zlepšiť kvalitu, bezpečnosť a spoľahlivosť starostlivosti • spolupráca, kolaborácia v kontexte inovácií a zmien • vodcovstvo sa týka klinickej praxe, ošetrovateľskej profesie, systémovej úrovne starostlivosti a zdravotnej politiky • vodcovstvo na lokálnej, regionálnej, národnej a medzinárodnej úrovni sa týka oblastí starostlivosti o jedinca až po obhajobu zmien v národných zdravotníckych politikách

5.1 Domény a kompetencie pre sestry s pokročilou praxou podľa Hamric - pokračovanie

Etické rozhodovanie	• poznať, rozumieť a aplikovať etické princípy pri manažmente starostlivosti s prihliadaním na špecifické potreby pacienta/rodiny • vytvárať etické prostredie pre pacienta v rámci manažmentu zdravia a choroby • podporovať sociálnu spravodlivosť v systéme zdravotnej starostlivosti • schopnosť sebareflexie, pocit spravodlivosti, zodpovednosti • posúdiť a hodnotiť rozhodnutia s využitím kritického myslenia na pokročilej úrovni
----------------------------	---

Grešš Halász, Tkáčová, Magurová (2019) sumarizuje názov, definíciu role, kompetencie role a kvalifikáciu odporúčanú pre prípravu na rolu podľa odporúčaní EFN (2016) v tabuľke 5.2.

Tab. 5.2 Kategória sestra s pokročilou praxou (Advanced Nurse Practitioner)

Názov kategórie	sestra s pokročilou praxou (Advanced Nurse Practitioner)
Definícia	Sestra je autorizovaná pracovať na pokročilej úrovni ošetrovateľstva a poskytovania zdravotnej starostlivosti. Špecifické charakteristiky role sú tvorené kontextom a/alebo krajinou, v ktorej má sestra akreditáciu pre prax.
Kompetencie	• autonómne vyšetrovať, diagnostikovať a predpisovať, vykonávať na – dôkazoch - výskumov založené terapeutické intervencie vrátane preskripcie liekov, liečiv a farmaceutických výrobkov, a aktívne monitorovať ich efektivitu, • byť zodpovedný za klinické rozhodnutia na pokročilej úrovni prostredníctvom manažmentu starostlivosti u jednotlivcov, rodín, komún, • identifikovať potrebu prevencie rizík a priorit v súvislosti s propagáciou zdravia s cieľom vytvoriť a implementovať relevantné stratégie v rámci obširnejšieho výberu agendy verejného zdravia, • vykonávať poradenstvo, odporúčať a edukovať ZP o najnovších inováciách v praxi, pôsobiť ako mentor a rolový model, aktívne sa zapájať do poskytovania vedomostí patientskym komunitám, • asertívne komunikovať a rovnako prispievať k rozhodovaniu, • autonómne intervenovať komplexné zdravotné posúdenie s využitím profesionálneho úsudku pre odporúčanie pacienta špecialistom, iným odborníkom, agentúram v prípade potreby • iniciovať a viesť zmeny v zdravotníckych službách v kontexte potrieb pacienta a potrieb služieb s cieľom zabezpečiť kontinuálne zlepšovanie kvality starostlivosti, • identifikovať výskumné priority a viesť, vykonávať a diseminovať výsledky výskumov do praxe, ktoré tvoria a vedú ošetrovateľskú prax k pokročilosti, angažovať sa v oblastiach vzdelávania a tvorby postupov.

Tab. 5.2 **Kategória sestra s pokročilou praxou (Advanced Nurse Practitioner) - pokračovanie**

Kvalifikácia	Vzdelanie si vyžaduje minimálne po - bakalársky/po - registračný magisterský stupeň. Vzdelávanie musí zahŕňať celkovo 90 - 120 kreditov. Musí obsahovať teoretické a supervidované klinické vzdelávanie na vysokej úrovni. Výsledky vzdelávania musia byť prepojené s pokročilou úrovňou ošetrovateľskej praxe s autonómnym rozsahom.
---------------------	---

(Zdroj: Grešš Halász, Tkáčová, Magurová (2019) podľa odporúčaní EFN (2016))

V zmysle odporúčania EFN, Slovensko aktualizovalo legislatívu týkajúcu sa pracovníkov v odbore ošetrovateľstvo v roku 2017 - 2018. Na Slovensku bola rola sestry oficiálne zadefinovaná Vyhláškou MZ SR č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom. Vyhláška pojednáva o jednotlivých kategóriách sestier zhrňujúc ich kompetencie v konkrétnych bodoch. Podľa Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z. § 3, sestra s pokročilou praxou je sestra, ktorá: „...získala vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo, ak vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa získala v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo a špecializáciu v príslušnom špecializačnom odbore a ktorá nadobudla najmenej päťročnú odbornú prax v príslušnom špecializačnom odbore, alebo získala vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo, ak vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa získala v bakalárskom študijnom programe získala v študijnom odbore ošetrovateľstvo a ktorá nadobudla najmenej osemročnú odbornú prax...“.

Sestra s pokročilou praxou okrem činností podľa § 1 a 2 vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z. v súlade so štandardmi a s lekárskou diagnózou samostatne:

- posudzuje potreby osoby, rodiny a komunity v rozsahu preventívnych opatrení a ošetrovateľskej starostlivosti,
- zodpovedá za určenie a realizáciu individuálneho ošetrovateľského plánu osoby,

- navrhuje a indikuje preventívne opatrenia na zabezpečenie bezpečnosti a stabilizácie zdravotného stavu osoby,
- navrhuje a indikuje intervencie a postupy v rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti osobe, rodine a komunite,
- indikuje odber biologického materiálu na základné laboratórne vyšetrenia v určenom indikačnom rozsahu po konzultácii s lekárom,
- rozhoduje a zodpovedá za plnenie intervencií a aplikáciu medikamentózne liečby osobe, ktoré zodpovedajú potrebám osoby a sú v súlade s liečebným plánom určeným lekárom,
- indikuje a predpisuje zdravotnícke pomôcky súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti podľa osobitného predpisu (§ 119a zákona NR SR č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 351/2017 Z. z.),
- indikuje ošetrovanie primárne sa hojacej rany, zabezpečuje dodržiavanie príslušných hygienicko-epidemiologických postupov,
- nariaďuje bariérový režim a dohliada nad dodržiavaním bariérového režimu pri ošetrovaní osôb, rozhoduje o umiestňovaní osôb na lôžka v súlade s dodržiavaním hygienicko-epidemiologických zásad,
- riadi prácu členov ošetrovateľského tímu, kontroluje a analyzuje záznamy v ošetrovateľskej dokumentácii,
- tvorí, reviduje a vyhodnocuje ošetrovateľské štandardy a mapy ošetrovateľskej starostlivosti, vzdelávacie plány a aplikuje ich do ošetrovateľskej praxe,
- sleduje potrebu realizácie výskumu v ošetrovateľstve,
- realizuje ošetrovateľský výskum a jeho výsledky využíva v ošetrovateľskej praxi,
- zavádza a hodnotí systém kvality ošetrovateľskej starostlivosti, podieľa sa na odbornej príprave žiakov a študentov zdravotníckych odborov.

5.3 Sestra s pokročilou praxou v primárnej zdravotnej starostlivosti

Sestra–praktik - „Nurse Practitioner“ (NP) - je jedna z najbežnejšie identifikovaných kategórií sestry s pokročilou praxou. Sestra-praktik prináša komplex zdravotníckych služieb integrujúcich klinickú expertízu v diagnostike a liečbe stavov, vrátane preskripcie s dôrazom na prevenciu a holistický manažment pacienta/klienta. Práca sestry-praktika je definovaná populáciou: napr. rodinná sestra-praktik, pediatrická, pre dospelých - gerontologických, alebo ženská. Uplatňuje sa najmä v primárnej a akútnej starostlivosti. ICN dokument predostiera historické pozadie, koncept kategórie sestry-praktik, a vysvetľuje základ kompetencií a vzdelania kategórie pre klinickú prax. Taktiež vysvetľuje význam vytvorenia kategórie sestry-praktika a s ním súvisiace regulačné a poverovacie mechanizmy. Uvádza, že po uznaní konceptu je stanovenie rozsahu praxe jedným zo spôsobov informovania verejnosti, administrátorov a iných zdravotníckych pracovníkov o roli s cieľom odlíšiť kvalifikovanú sestru-praktika od iných klinikov nie dostatočne pripravených pre prax sestry-praktika alebo bez oprávnenia pre výkon.

S uvedeným súvisí aj situácia a nedávne dianie na Slovensku. V tomto kontexte je potrebné vysvetliť terminológiu vzhľadom na to, že na Slovensku sa pred nedávnom objavili zmeny v názvoch a tituly kategórií sestier, ktoré vniesli nespočetné množstvo nedorozumení a nezhôd medzi odborníkmi zo zdravotníctva i súvisiacich odvetví. Anglicky hovoriace krajiny uznávajú oficiálnu dezignáciu sestry-praktika, teda angl. Nurse Practitioner s rovnomeným oficiálnym titulom ako kategóriu sestry s pokročilou praxou. Je to kategória sestry, ktorá po absolvovaní vzdelávania na úrovni minimálne 2. stupňa (magister) sa stáva autonómnym klinikom. Vzdelávanie a praktická príprava vedie k samostatnej diagnostike a liečbe ochorení s využitím protokolov na princípe EBP, ktoré sú zamerané na človeka ako celistvú bytosť než len na jeho stav alebo ochorenie. Úroveň autonómie závisí od kontextu - krajiny a regulácie. V doslovnom preklade „Nurse Practitioner“ sa objavuje názov „praktická sestra“ pre tento titul. V roku 2018 sa zákonom NR SR č.

156/2018 Z. z. (ktorým sa menil a dopĺňal zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menili a dopĺňali niektoré zákony), konkrétne § 102ah v časti „Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. septembra 2018“ zmenilo pomenovanie „zdravotnícky asistent“ na „praktická sestra“. Situácia a slabá predchádzajúca diskusia o tejto zmene vniesla znepokojenie, nejasnosti a nedorozumenia hlavne medzi odborníkmi v zdravotníctve. Situácia sa nezlučovala ani so stanoviskom Európskej komisie. Odborný pohľad na situáciu bol vyjadrený v článku Grešš Halász, Tkáčová, Magurová (2019) s názvom „Kto je vlastne praktická sestra?“, kde okrem podmienok pre udelenie titulu „sestra“ sa autorky zaoberali aj samotným názvom v kontexte jeho používania a percepcie vo svete. V januári roku 2021 sa situácia legislatívne vrátila do pôvodného stavu a názov „zdravotnícky asistent“ sa opäť začal oficiálne používať.

Terminológia má svoje opodstatnenie a jeho zámenou je hrozba nepochopenia a nesprávneho uplatnenia kategórií zdravotníckych pracovníkov. Je tiež hrozbou porušenia ako národných, tak aj európskych a medzinárodných dohôd v súvislosti s výkonom povolania a vzájomného uznávania kvalifikácií. Máme za to, že vzhľadom na existenciu názvu Praktický lekár, ako ekvivalent odborníka v ošetrovatelstve na podobnej úrovni by bola Praktická sestra. Nedávnymi legislatívnymi zmenami sa však už pod pojmom praktická sestra na Slovensku myslí úplne iná kategória sestry. Pre uvedené skutočnosti sme zámerne použili voľný preklad „sestra-praktik“ ako ekvivalent Nurse Practitioner (NP) v celom texte kapitoly, aby nedošlo k nedorozumeniam. V prípadoch, kde vychádzame z anglicky publikovaných oficiálnych materiálov a kde sa to týka hlavne konkrétnej krajiny s oficiálnou dezignáciou, používame pôvodné označenie Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik).

5.4 História a stručný vývoj role sestry-praktika

Sestra-praktik je bežne identifikovaná kategória sestry s pokročilou praxou, ktorá poskytuje starostlivosť pacientom v oblasti primárnej starostlivosti -

komunitnej, dlhodobej a akútnej na pokročilej úrovni ošetrovateľstva. Pokročilá prax v ošetrovateľstve má korene v USA v 60. rokoch minulého storočia. Bol to prvý moment úvah o pokročilej praxi v ošetrovateľstve v dôsledku výrazného poklesu dostupnosti primárnej starostlivosti v odboroch pediatrie. Rola bola založená na pacienta zameranom holistickom prístupe s úlohou diagnostikovať, liečiť a manažovať pacientov. Niektoré kompetencie lekárov boli adaptované do tejto role, ako napríklad diagnostika a liečba pacientov s bežnými či chronickými ochoreniami.

Cieľom politiky USA je poskytovať starostlivosť pacientom/klientom v zdraví a chorobe, vrátane propagácie zdravého života. V posledných rokoch bol v krajine zaznamenaný nedostatok lekárov v primárnej starostlivosti, preto je predpoklad expanzie a využitia role sestry-praktika v plnej miere. V priemere 20 % amerického obyvateľstva žije v oblasti, kde je značný nedostatok zdravotníckych odborníkov. Z tohto počtu sa približne 34 miliónom ľuďom nedostáva adekvátnej starostlivosti. Starostlivosť sestrami-praktikmi má z podobných dôvodov, i dôvodov stúpajúcej demografickej krivky starnúcej populácie, chronických, kardiovaskulárnych a onkologických ochorení s potrebou primárnej, komunitnej akútnej a dlhodobej starostlivosti v súčasnosti stúpajúci trend celosvetovo.

Sestra-praktik v primárnej starostlivosti musí mať vzdelanie, vedomosti, schopnosti a zručnosti, ktoré sú potrebné k výkonu nezávislej a priamej klinickej praxe. Spôsobilosť pre výkon povolania v rámci role je získavaná prostredníctvom vzdelávacích programov zahrňujúcich praktickú výučbu, kde sestra získava skúsenosti pri priamom kontakte s pacientom. Dôraz je kladený na nezávislú a interprofesionálnu činnosť. Sestra musí byť schopná využívať analytické schopnosti pri posudzovaní stavu pacienta/klienta v kontexte ošetrovateľstva založenom na dôkazoch, starostlivosti zameranej na pacienta/klienta, a pokročilých vedomostí v oblasti kliniky i systému poskytovania zdravotnej starostlivosti.

5.5 Vzdelanie sestry-praktika

Vzdelávacie programy pre sestry-praktikov sa v krajinách rôznia, pričom magisterský stupeň vzdelania (postgraduálna úroveň) je považovaný za minimálny kvalifikačný štandard pre prípravu sestry s pokročilou praxou – sestry-praktika. V súčasnosti USA je trendom doktorské vzdelanie pre sestru-praktika (Doctor of Nursing Practice- DNP) ako štandard. Základom vzdelávacích programov a ich vývoja sú kompetencie v klinickej praxi a základné prvky praxe sestry-praktika. Programy zahŕňajú teóriu a prax na pokročilej úrovni (supervidovanú sestrou-praktikom alebo lekárom) s určením minimálneho počtu hodín (v mnohých krajinách je to 500 hodín klinickej praxe - USA, Írsko, UK a pod.). Základnou úrovňou vzdelania sestier-praktikov je minimálne magisterské (MSc.) alebo doktorské (DNP), s možnosťou špecifického zamerania sa prostredníctvom certifikovaných programov. Sú to napríklad USA, Kanada, Austrália a pod. Avšak v niektorých kanadských provinciách je postgraduálny certifikát postačujúci pre výkon Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik). Vo Veľkej Británii je postačujúca kvalifikácia bakalár ošetrovateľstva pre výkon Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik), alebo Clinical Nurse Specialist - CNS (sestra- klinický špecialista) s relevantnou dĺžkou praxe v oblasti špecializácie. Írske regulačné štandardy predpisujú magisterský stupeň kvalifikácie pre Advanced Nursing Practice - ANP (pokročilá ošetrovateľská prax)/Advanced Midwife Practitioner - AMP (pôrodná asistentka s pokročilou praxou) a bakalársky stupeň s postgraduálnou špecializáciou pre Clinical Nurse Specialist - CNS (sestra- klinický špecialista)/Clinical Midwife Specialist - CMS (pôrodná asistentka- klinický špecialista). Požadované vzdelanie môže byť doplnené o vzdelanie v oblasti preskripcie (pod supervíziou lekára/bez supervízie lekára), o ktorej sa v súčasnosti veľa diskutuje, a v niektorých krajinách sa už uplatňuje (USA, Kanada, Austrália, Veľká Británia, Írsko a pod.).

Odborné diskusie vyústili v snahu o zjednotenie podmienok pre minimálnu kvalifikáciu sestry s pokročilou praxou. Hlavnými argumentmi sú rastúce požiadavky na skúsenosti, zručnosti a zodpovednosť v kontexte komplexnejšieho procesu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a klinickej

praxe, a uznanie sestry s pokročilou praxou ako profesionálov inými zdravotníckymi disciplínami. Komplexita role sestry s pokročilou praxou si teda vyžaduje nové vzdelávacie stratégie, a to najmä v 5 centrálnych oblastiach:

- identifikácia klinických priorít,
- riešenie klinických problémov prostredníctvom chápania klinického kontextu,
- rozvoj klinických úvah v rámci modulácií rolí,
- rozvoj etického rámca v súvislosti s rozhodovaním,
- prevzatie profesionálnej zodpovednosti za klinické posúdenie.

Ošetrovateľstvo ako vedný odbor v oblasti druhostupňového vysokoškolského vzdelávania a prípravy sestry s pokročilou praxou sa posunul na úroveň doktorského vzdelania v dôsledku požiadaviek doby a pokroku. Obsah vzdelávania je zameraný na pokročilú úroveň prípravy v oblasti kliniky daného subodboru ošetrovateľstva. Nedávna národná štúdia pod záštitou AACN a RAND korporácie zistila existenciu medzinárodnej zhody odbornej obce v tom, že pre výkon pokročilej praxe je potrebné pretransformovať vzdelávanie zo všetkých úrovní na doktorský stupeň s cieľom splniť budúce potreby v zdravotníctve. V súčasnosti sú DNP vzdelávacie programy realizované v 49 štátoch USA. Štandardizácia vzdelávania pokročilej praxe prináša úroveň doktorského vzdelania ako najvhodnejšieho akademického stupňa vzdelania pre pokročilú prax sestier. AACN v roku 2015 vydala a aktualizovala v roku 2018 odporúčania pre obsah vzdelávania a praxe Advanced Nursing Practice - ANP (pokročilá ošetrovateľská prax) na akademickom stupni DNP.

Kompetencie, ktoré z role vyplývajú, sú:

- vedecký základ pre prax,
- organizačné vedenie,
- klinické bádanie a analýza pre prax založenú na dôkazoch,
- informačné technológie,
- zdravotnícka politika,
- interprofesionálna kolaborácia,
- klinická prevencia a zdravie populácie.

Tento krok prináša reálne a priame prepájanie vedeckých dôkazov s praxou. Expandovaná príprava sestry s pokročilou praxou môže práve priamym využitím praxe založenej na dôkazoch veľmi pozitívne ovplyvniť rovnosť medzi ošetrovateľským a medicínskym vzdelaním a tým potenciálne zmierniť dlhodobé interprofesionálne napätie medzi týmito dvomi vednými odbormi. Odporúčania AACN (American Association of Colleges of Nursing) sú postavené na základoch požiadavky pripravovať sestry s pokročilou praxou ako klinických expertov. Vzdelávacie programy sú zamerané na vodcovstvo, kolaboráciu, inovatívne metódy a prax založenú na dôkazoch. Je však nutné vysvetliť, že DNP nie je rola, ale stupeň vzdelania. Medzi DNP doktorátom a PhD (Philosophiae Doctor)/DNS (Doctor of Nursing Science) doktorátom je však rozdiel (v cieľoch a schopnostiach absolventov). DNP je zamerané na klinickú prax, ktorá využíva výskum v praxi, a PhD/DNS sa zameriava na samotný výskum. Na základe výzvy transformovať druhostupňové vysokoškolské vzdelávanie na úroveň DNP, mnohé univerzity v USA ho v súčasnosti ponúkajú ako 3 ročné denné štúdium post-bakalárske, ročné post-magisterské.

Cieľom vytvorenia všeobecne platného a použiteľného kurikula vzdelávania je identifikovať pre prax potrebné vedomosti a skúsenosti spoločné pre všetky kategórie sestry s pokročilou praxou a odlíšiť všeobecné činnosti od špecializovaných, potrebných pre klinickú expertízu v určených oblastiach praxe. Študenti pokročilej praxe v ošetrovateľstve musia nadobudnúť zručnosti v oblastiach praxe presahujúce všetko, čo sa učili alebo vykonávali ako registrované sestry.

Pre konkrétne príklady uvádzame niekoľko certifikovaných programov:

- Sestra-praktik v akútnej starostlivosti.
- Sestra-praktik pre dospelých.
- Sestra-praktik pre psychiatrické a duševné zdravie dospelých.
- Sestra s pokročilou praxou - manažment Diabetes mellitus.
- Sestra-praktik – rodinná.
- Sestra-praktik pre psychiatrické a duševné zdravie rodiny.
- Sestra-praktik v gerontológii.

- Sestra-praktik v pediatrii.
- Sestra-praktik – školská.

Obsahom MSc (Master in Science – ekvivalent magisterského štúdia) vzdelávania sú povinné moduly zamerané na vedu, dizajn štúdií a štatistiku, prax založenú na dôkazoch, zdravie obyvateľstva v globálnej spoločnosti, profesionálna transformácia: pokročilá ošetrovateľská prax. Špecializačné moduly sú zahrnuté v oblastiach kardiológie, endokrinológie, HIV/AIDS, onkológia, ortopédia, pediatrické behaviorálne a duševné zdravie a pod.

Absolventi DNP programu sú vedúce sestry v interdisciplinárnych tímoch zdravotnej starostlivosti a pracujú na zlepšení systémov starostlivosti, výsledkov pacientov, kvality a bezpečnosti. V rámci vzdelávania existujú tri modely: BSc/N k DNP, MSc/N k DNP a PhD. k DNP. Cieľom programu DNP je pripraviť sestry na rolu pokročilej praxe a klinických odborníkov schopných implementovať EBN do klinickej praxe, posudzovať a hodnotiť výsledky pacientov a transformáciu systémov zdravotnej starostlivosti s cieľom zabezpečiť kvalitu a bezpečnosť. Absolventi DNP sú lídrami v oblasti obhajoby politiky a stanovovania národných programov.

5.6 Kompetencie sestry-praktika

Sestry - praktici (magistri/doktori ošetrovateľstva) sú schopní implementovať do praxe vedomosti založené na vedeckých dôkazoch s využitím informatiky a technológií pre dosahovanie najvyššej kvality starostlivosti a služieb. Kompetencie Advanced Nursing Practice - ANP (pokročilá ošetrovateľská prax) v primárnej starostlivosti závisia od systému zdravotníctva, regulácie a politicko-kultúrnej klímy v tej-ktorej krajine. Predpokladmi pre výkon role sestry-praktika sú pokročilé komunikačné zručnosti, kolaborácia, komplexné rozhodovanie, vodcovstvo, a podnikanie v oblasti zdravotníckych služieb, ktoré úzko súvisia so vzdelávaním a prípravou. Konkrétne kompetencie pre Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) boli vypracované na základoch kompetencií Advanced Nursing Practice - ANP (pokročilá ošetrovateľská prax) organizáciou NONPF. NONPF v roku 2017 zaktualizovala uvedených deväť kompetencií a

priradila ich ku všeobecným kompetenciám pokročilej praxe v súvislosti s ich obsahom. Kompetencie Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) zosumarizované v tabuľke 5.3 zahrňujú vybrané kompetencie pre Advanced Nursing Practice - ANP (pokročilá ošetrovateľská prax), z ktorých vychádza deväť odporúčaných kompetencií pre Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) pracujúcich v primárnej starostlivosti.

Tab. 5.3 **Kompetencie ANP a NP**

Kompetencie ANP	NONPF kompetencie NP
Priama klinická prax	Nezávislé praktické schopnosti Schopnosti založené na vedeckých základoch
Koučing a riadenie	Nezávislé praktické schopnosti Technologická a informatická gramotnosť
Konzultácie	Nezávislé praktické schopnosti Schopnosti založené na vedeckých základoch Etické kompetencie
Kolaborácia	Nezávislé praktické schopnosti Schopnosti založené na vedeckých základoch Etické kompetencie Vodcovské zručnosti
Prax založená na dôkazoch	Kompetencie zamerané na kvalitu Kompetencie zamerané na požiadavky praxe Schopnosti založené na vedeckých základoch
Vodcovstvo	Vodcovské zručnosti Kompetencie zamerané na systém poskytovania zdravotnej starostlivosti Kompetencie zamerané na postupy a pokyny
Etické rozhodovanie	Etické kompetencie Technologická a informatická gramotnosť

(Zdroj: NONPF, 2017)

Popis kompetencií Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) podľa NONPF

Nezávislé praktické schopnosti využíva sestra tak, že pracuje ako licencovaný nezávislý praktik. Vo svojej profesionálnej praxi demonštruje najvyššiu mieru zodpovednosti. Nezávisle manažuje diagnostikovaných a ešte nediagnostikovaných pacientov/klientov, pričom vykonáva celé spektrum zdravotníckych služieb vrátane propagácie zdravia, prevencie ochorení, ochrany zdravia, implementácie usmernení, poradenstva, manažmentu ochorení,

paliatívnej starostlivosti, a starostlivosti v terminálnom štádiu. Pri svojej práci využíva skriningové a diagnostické stratégie. Predpisuje lieky a pomôcky v kontexte rozsahu svojej praxe. Manažuje stav pacientov/klientov a rodín v zdraví a chorobe. Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) poskytuje starostlivosť zameranú na pacienta/klienta, pričom zohľadňuje kultúrne odlišnosti a vníma pacienta/klienta ako rovnocenného partnera pri rozhodovaniach. Pracuje tak, aby vybudovala funkčný vzťah s pacientom/klientom so zameraním na diskretnosť, súkromie, komfort, emocionálnu podporu, dôveru a rešpekt. Pri svojej práci zohľadňuje kultúrne a spirituálne preferencie, hodnoty a presvedčenia jednotlivca, rodiny alebo komunity. K výkonom pristupuje po celý čas tak, aby pacient súčasťou rozhodovacieho procesu o postupoch a plánoch starostlivosti.

Schopnosti založené na vedeckých dôkazoch zahrňujú kritickú analýzu dát a dôkazov pre zdokonaľovanie pokročilej praxe v ošetrovatelstve. Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) integruje vedomosti z humanitných vedeckých odborov s dôrazom na ošetrovatelstvo. Výsledky výskumu a iné zdroje vedomostí implementuje s cieľom zdokonaľiť proces vykonávania intervencií a výsledkov u pacientov/klientov. Vyvíja nové praktické prístupy integráciou výskumu a vedy, teórie a praktických skúseností do svojej činnosti.

Kompetencie zamerané na kvalitu sa týkajú aktivít Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik), ktoré využívajú dôkazy pre kontinuálne zdokonaľovanie kvality klinickej praxe. Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) vyhodnocuje ako organizačné štruktúry, procesy starostlivosti, financovanie, marketing a rozhodnutia v rámci politiky vplývajú na kvalitu zdravotnej starostlivosti. Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) uplatňuje svoje zručnosti ako recenzent s cieľom podporiť kultúru excelentnosti. Hľadá rozdiely v praxi a je proaktívna pri implementácii intervencií vedúcich k zabezpečeniu kvality. Manažuje požiadavky praxe samostatne a/alebo v spolupráci s inými odborníkmi.

Vodcovské zručnosti spočívajú v iniciovaní a vedení zmien. Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) využíva schopnosti komplexného a pokročilého vodcovstva pre podporu kolaborácie so zainteresovanými (pacienti, komunity, integrované zdravotnícke tímy, tvorcovia politiky a pod.) s cieľom

zdokonaľovať poskytovanú zdravotnú starostlivosť. Využíva pritom kritické a reflektívne myslenie. Obhaja zdokonalenú dostupnosť, kvalitu a zdroje - efektívnu starostlivosť. Efektívne (ústne alebo písomne) posúva vedomosti získané z praxe a participuje v aktivitách profesionálnych organizácií, ktoré ovplyvňujú pokročilú prax v ošetrovateľstve a/alebo stav zdravia populácie.

Kompetencie zamerané na systém poskytovania zdravotnej starostlivosti zahrňujú aktivity zamerané na aplikovanie organizačných schopností s cieľom zdokonaľovať poskytovanú zdravotnú starostlivosť. Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) zefektívňuje zmeny využitím širokospektrálnych organizačných zručností zahrňujúc schopnosti konsenzu, partnerstva, rokovania a budovania. Na systémovej i individuálnej úrovni minimalizuje riziká pre pacientov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Napomáha tvoriť zdravotný systém, ktorý sa venuje potrebám kultúrne diverznej populácie, poskytovateľov starostlivosti a zainteresovaných. Analyzuje organizačnú štruktúru, funkčnosť a zdroje. Kolaboruje so zainteresovanými v plánovaní zmien naprieč kontinuum starostlivosti.

Kompetencie zamerané na postupy a pokyny súvisia s demonštrovaním chápania a interpretácie pokynov a samotnej praxe. Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) zastáva etické princípy a propaguje dostupnosť, spravodlivosť, kvalitu a efektivitu. Analyzuje etické, právne a sociálne faktory vplývajúce na tvorbu pokynov a postupov. Aktívne prispieva k tvorbe pokynov, posudzuje a zohľadňuje vplyv globalizácie na tvorbu postupov a pokynov.

Etické kompetencie integrujú etické princípy týkajúce sa rozhodovania. Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) posudzuje etické konzekvencie svojich rozhodnutí. Implementuje eticky správne možnosti pri komplexných situáciách poskytujúcich starostlivosť jednotlivcom a populáciám v systémoch zdravotnej starostlivosti.

Technologická a informatická gramotnosť zahŕňa zručnosti vo využívaní vhodných technológií pri manažovaní ošetrovateľskej praxe. Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) transformuje technologické a vedecké informácie do praxe prispôsobujúc sa rôznym konzumentom zdravotných služieb a ich individuálnym potrebám. Využíva svoju gramotnosť v oblasti informatiky pri komplexnom

rozhodovaní. Participuje na tvorbe klinického informačného systému propagujúceho bezpečnú, kvalitnú a na zdroje efektívnu starostlivosť. Využíva technologické systémy, ktoré sú schopné zachytávať dáta pre hodnotenie ošetrovateľskej starostlivosti.

Rozsah praxe predstavuje celý rad oprávnení a povolení vykonávať činnosti, ktoré sú uplatňované v štátoch USA certifikovaním a licencovaním. Niektoré štáty USA majú rozsah praxe rozšírenejší, iné obmedzenejší. Závisí to od lokálnej legislatívy. Americká asociácia sestier (ANA - American Nurses Association) definuje rozsah praxe všeobecne, ako „kto, čo, kde, prečo a ako vykonávať intervencie“. Americká asociácia sestier-praktikov (AANP- American Association of Nurse Practitioners) vo svojej publikácii predkladá rozsah praxe sestry s pokročilou praxou- Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) v uvedených dimenziách:

- **Profesionálna rola** - Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) je nezávislý praktik uplatňujúci sa v ambulantných, akútnych zariadeniach a zariadeniach dlhodobej starostlivosti v primárnej a špecializovanej oblasti. Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) posudzuje, diagnostikuje, ošetruje a manažuje akútne epizodické a chronické ochorenia. Propaguje zdravý životný štýl a prevenciu ochorení. Objednáva, riadi, dohliada a interpretuje výsledky diagnostických a laboratórnych testov, predpisuje farmakologické prípravky a nefarmakologickú liečbu, edukuje pacientov/klientov a poskytuje poradenské služby. Je nezávislým licencovaným klinikom, ktorý poskytuje služby autonómne a koordinovane s inými odborníkmi. Môže pôsobiť tiež ako výskumník, interdisciplinárny konzultant a zástupca pacienta/klienta. Poskytuje širokú škálu služieb jednotlivcom, rodinám, skupinám a komunitám.
- **Vzdelávanie** - Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) je registrovaná sestra, ktorá dosiahne graduálne vzdelanie, postgraduálny certifikát a doktorský stupeň vzdelania. Príprava poskytuje špecializované vedomosti a nácvik klinických zručností, ktoré umožňujú sestrám pracovať v rôznych zdravotníckych zariadeniach, uskutočňovať diferenciálnu diagnostiku, manažovať a iniciovať liečebný plán, predpisovať lieky a liečbu.

Vzdelávacie programy sú zabezpečené požiadavkami akreditácie a štandardov.

- **Spoľahlivosť** - autonómnosť role Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) si vyžaduje jej spoľahlivosť v poskytovaní kvalitnej starostlivosti. Spoľahlivosť je konzistentná s etickým kódexom profesie, národnou certifikáciou, periodickým prehodnocovaním spôsobilosti, hodnotením klinických výsledkov a dokladovaním sústavného vzdelávania.
- **Zodpovednosť** - na pacienta/klienta sústredená podstata role Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik), ktorá si vyžaduje dlhodobý záväzok voči rozvíjajúcim sa potrebám spoločnosti a pokrokom v oblasti zdravotníctva. Ako vodca, rola Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) spája úlohy poskytovateľa, mentora, edukátora, výskumníka a administrátora. Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) je zodpovedná za svoj sústavný profesionálny rast, angažovanosť v profesionálnych organizáciách, a participáciu v aktivitách týkajúcich sa zdravotnej politiky na lokálnej, štátnej, národnej a medzinárodnej úrovni.

Niekoľko zaujímavých faktov o role Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik)

Pre doplnenie uvádzame niekoľko aktuálnych faktov o pôsobení praktických sestier v USA:

- Viac ako 325 000 sestier pôsobí v pozícii licencovanej Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik).
- Viac ako 36 000 nových Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) ukončilo vzdelanie v akademickom roku 2019 - 2020.
- 88,9 % sú certifikované Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) v primárnej starostlivosti a celkovo 70,2 % všetkých Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) poskytuje primárnu starostlivosť.
- 42,5 % Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) pracujúcich na plný úväzok spolupracuje s nemocnicami, 12,8 % so zariadeniami dlhodobej starostlivosti.

- 96,2 % Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) na plný úväzok predpisuje lieky vrátane kontrolovaných liekov vo všetkých 50 štátoch USA; predpíšu v priemere 21 preskripcií za deň.
- 59,4 % Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) sa za hodinu navštívi 3 a viac pacientov/klientov.
- Pochybenia sa vyskytujú zriedkavo; iba 1,9 % Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) bolo obžalovaných z pochybenia.
- Sestry v pozícii Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) strávia v priemere 11 rokov.
- Priemerný vek Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) je 49 rokov veku.
- V roku 2017 plat Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) zamestnanej na plný pracovný úväzok predstavuje v priemere \$105 670 ročne; v roku 2020 to bolo \$110 000.

Oblasti praxe Nurse Practitioner - NP (sestra-praktik) v USA v období do roku 2020:

- Rodina 69,7 %.
- Dospelí 10,8 %.
- Menej ako 10 % (zostupne): dospelí - gerontologická primárna starostlivosť, oblasť psychiatrie/duševné zdravie, akútna starostlivosť, pediatria- primárna starostlivosť, dospelí - gerontologická akútna starostlivosť, ženské zdravie, gerontológia, neonatálna starostlivosť, pediatria - akútna starostlivosť.

5.7 Konklúzia sestry-praktika

Sestra s pokročilou praxou – sestra-praktik využíva teoretické poznatky a praktické zručnosti pri svojej práci, pričom sa angažuje v oblasti EBP a výskume. Predpokladom pokročilosti sú jedinečné kombinácie teórie, zručností, angažovania sa vo výskume využívajúc EBP. Sestra-praktik je nielen poskytovateľom ošetrovateľskej starostlivosti, ale aj edukátorom, konzultantom, výskumníkom, administrátorom a vodcom. Rozsah pokročilej praxe sestry-praktika sa rozširuje o medicínsku diagnostiku a liečbu

pacientov/klientov s akútnymi epizodickými a chronickými ochoreniami. Sestry-praktici pôsobiaci v špecializovaných oblastiach ošetrovateľstva sa musia kvalifikovať pre používanie a interpretáciu širokej škály diagnostických nástrojov. Na základe diagnostiky a danej situácie, a jednou z kompetencií je aj odporúčenie pacienta/klienta k špecialistovi alebo pre hospitalizáciu. Sestra-praktik môže pôsobiť v primárnej a/alebo špecializovanej starostlivosti. Predpoklady, ktoré spájajú primárnu starostlivosť so špecializovanou starostlivosťou, sú využiteľné od primárnej po inštitucionalizovanú starostlivosť, od veľkých zdravotníckych organizácií po kliniky až ambulancie, v zariadeniach, kde sa vyžaduje kolaborácia s inými odborníkmi. Napríklad sú to nemocnice, špeciálne kliniky, zariadenia dlhodobej starostlivosti, špeciálne kliniky, chirurgické centrá, kliniky pre plánovanie rodiny, školské zdravotnícke centrá, hospice, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti alebo organizácie preventívnej starostlivosti. Sestra-praktik mnohé intervencie vykonáva nezávisle, bez supervízie, v iných prípadoch zas spolupracuje s inými odborníkmi priamo na mieste. Vzhľadom na to, že služby sestry-praktika sa dôsledne sústreďujú na podporu zdravia a spôsoby znižovania dopadu ochorení na pacientov/klientov, rola sa stala v USA rešpektovaná pacientmi/klientmi, ako aj odbornou verejnosťou.

Sestra-praktik v primárnej starostlivosti poskytuje služby jednotlivcom, rodinám a komunitám, ale v rámci svojich kompetencií ovplyvňuje aj širšie populácie svojou komplexnou a pokročilou praxou. Využíva pri tom pokročilé vedomosti, zručnosti, spôsobilosť vedecky, kriticky a reflektívne myslieť, viesť, manažovať, implementovať zmeny na základe dôkazov z najnovších poznatkov vyplývajúcich z výskumov, tvoriť politiku, pokyny a usmernenia poskytovania zdravotných služieb v kontexte autonómnej pokročilej praxe. Musí byť však zručná a schopná kolaborácie a multidisciplinárnej komunikácie. Súčasťou všetkých plánov a rozhodnutí je pacient/klient (jednotlivec, rodina, komunita) ako rovnocenný partner, pretože starostlivosť a poskytované služby sa týkajú v prvom rade jeho samotného. Pacient/klient (rodina, komunita) má právo rozhodnúť o tom kto, ako, kedy mu poskytne pomoc v zdraví alebo chorobe. To sú všeobecné ciele a princípy ošetrovateľstva. Primárna ošetrovateľská

starostlivosť na Slovensku predstavuje aktivity sestier, ktoré sú mnohokrát závislé na rozhodnutiach lekára/poskytovateľa služieb. Autonomia ošetrovateľstva je v súvislosti s platnými kompetenciami sestier pracujúcich v primárnej starostlivosti v porovnaní s vybranou krajinou USA nie na rovnakej, ba dokonca ani podobnej úrovni. Vplyvom zmien v demografii, technológiách, hľadania spôsobov efektívneho využitia zdrojov, hľadania nových možností je snaha presunúť starostlivosť poskytovanú v nemocniciach do primárnej alebo komunitnej starostlivosti. Vzniká tu preto otázka, aké sú alternatívy využitia sestier s pokročilou praxou v oblasti primárnej starostlivosti a čo je nutné uskutočniť pre ich efektívne využitie v praxi. Model systému ošetrovateľskej starostlivosti USA so zadefinovanou rolou sestry s pokročilou praxou – sestry-praktika poskytuje pozitívny príklad. Dokazujú to i výskumy uskutočnené na Slovensku. Percepcia sestier v roli pokročilej sestry bola mierne pozitívna a významne pozitívne súvisela s rokmi praxe. Percepcia však nedosahovala požadovanú úroveň positivity, čo autorky spájajú s oblasťou prípravy a vzdelávania. Obsah programov a systém je odlišný od krajín, kde je rola plne etablovaná. Magisterské programy sa skladajú z predmetov zameraných na manažment a vodcovstvo, kritické myslenie, výskum a prax založenú na dôkazoch. Avšak predmet zameraný na pokročilú ošetrovateľskú prax zahrnutý zatiaľ nie je. Taktiež je rozdiel v špecializovaní sa v odboroch. V zahraničí sa často uplatňuje špecializácia už v prvom roku magisterského programu, teda vzniká možnosť výberu zamerania už v tomto štádiu. Na Slovensku existuje sústava špecializačných a certifikačných pracovných činností, ktoré môžu aspiranti absolvovať mimo vysokoškolského vzdelávania ako nadstavbu. Podobne výsledky zamerané na percepciu vlastnej praxe sestrami predstavovali aj iné štúdie zamerané na špecializovanú ošetrovateľskú starostlivosť v oblasti manažmentu chronických rán. Napriek tomu, že takúto špecializáciu na Slovensku nemáme, a certifikačná príprava nadobudla zatiaľ len legislatívny charakter v zmysle minimálneho štandardu pre takýto program, a teda v tomto čase nemáme na Slovensku absolventov tohto štúdia, výsledky percepcie v kontexte pokročilosti nadobudli viac pozitívny výsledok. Je nutné podotknúť, že nie je mnoho výskumov venovaných tejto problematike v našej krajine.

Vzniká tu priestor pre hodnotenie úrovne pokročilosti za daných podmienok, ale najmä pre úpravu vzdelávania zameraného na implementáciu predmetu pokročilá prax v ošetrovatelstve, na úvahy o postavení špecializácií a certifikácii vo vzťahu ku kurikulu prvo a druhostupňového vzdelávania v ošetrovatelstve v prípade podobných výsledkov, ako sme uviedli. Týka sa to aj komparácie fungovania sestier-praktikov v zahraničí, ktorá významne ovplyvňuje úroveň ošetrovatelstva v primárnej a komunitnej oblasti. Výskumy iných krajín, kde je rola sestry-praktika etablovaná v rôznych podmienkach deklarujú vysoko pozitívny prínos role. Sestry s pokročilou praxou vykazujú vzory praxe, ktoré sa líšia od ostatných úrovní a kategórií sestier. Výsledky výskumov preukazujú vysokú spokojnosť pacientov/klientov s poskytovanými službami sestrou s pokročilou praxou, zníženie frekvencie návštev pohotovostí, redukcia v čakacej dobe, hospitalizácií a rehospitalizácií. Dôležité je v tomto kontexte pripomenúť, že úroveň pokročilosti v ošetrovatelstve je merateľná.

Literatúra

AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING (AACN). *AACN Position Statement on the Practice Doctorate in Nursing* [online]. Washington, DC: AACN, 2004. 28 pp. [cit. 2021-06-08]. Dostupné na internete: <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/News/Position-Statements/DNP.pdf>

AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING (AACN). *The Doctor of Nursing Practice (DNP): Fact Sheet* [online]. Washington DC: AACN, 2018. 3 p. [cit. 2021-06-08]. Dostupné na internete: <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/News/Factsheets/DNP-Factsheet-2018.pdf>

AMERICAN ASSOCIATION OF NURSE PRACTITIONERS (AANP). *Scope of Practice for Nurse Practitioners* [online]. Austin, TX: AANP, 2015. 1 p. [cit. 2021-06-02]. Dostupné na internete: <https://www.aanp.org/images/documents/publications/scopeofpractice.pdf>

AMERICAN ASSOCIATION OF NURSE PRACTITIONERS (AANP).. *NP Facts: The Voice of the Nurse Practitioner* [online]. Austin, TX: AANP, 2017. 1 p.

[cit. 2021-06-07]. Dostupné na internete:

<https://www.aanp.org/images/documents/about-nps/npfacts.pdf>

AMERICAN ASSOCIATION OF NURSE PRACTITIONERS (AANP). *NP Facts: The Voice of the Nurse Practitioner* [online]. Austin, TX: AANP, 2021. 1 p.

[cit. 2021-07-07]. Dostupné na internete:

https://storage.aanp.org/www/documents/NPFacts__052721.pdf

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. *Nursing: Scope and Standards of Practice, 3rd Edition*. Silver Spring, MD: Nursesbooks.org, 2015. 260 pp. ISBN 978-1-55810-619-2.

APRN Consensus Group Work Group & NCSBN APRN Advisory Committee. 2008. *Consensus Model for APRN regulation: Licensure, Accreditation, Certification, and Education* [online]. APRN, 2008. 41 p. [cit. 2021-06-07]. Dostupné na internete:

https://ncsbn.org/Consensus_Model_for_APRN_Regulation_July_2008.pdf

AUERBACH, D. I., MARTSOLF, G. R., PEARSON, M. L., TAYLOR, E. A., ZAYDMAN, M., MUCHOW, A. N., SPETZ, J., LEE, Y. The DNP by 2015: A study of the institutional, political, and professional issues that facilitate or impede establishing a post- baccalaureate doctor of nursing practice program. In *RAND Health Quarterly*. ISSN 2162-8254. 2015, vol. 5, issue 1, p. 3.

BARTON, T. D., ALLAN, D. *Advanced Nursing Practice: Changing Healthcare in a Changing World*. London: Palgrave, 2015. 306 pp. ISBN 978-0-230-37813-1.

BEGLEY, C., MURPHY, K., HIGGINS, A., ELLIOTT, N., LALOR, J.- SHEERIN, F., COYNE, I., COMISKEY, C., NORMAND, C., CASEY, C., DOWLING, M., DEVANE, D., COONEY, A., FARRELLY, F., BRENNAN, M., MESKELL, P., MACNEELA, P. *Evaluation of Clinical Nurse and Midwife Specialist and Advanced Nurse and Midwife Practitioner Roles in Ireland (SCAPE) Final Report*. NCNM : Dublin, 2010. 467 pp.

BRYANT-LUKOSIUS, D., WONG, F.K.Y. International Development of Advanced Practice Nursing. In *M.F. Tracy & E.T. O'Grady* (eds). Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach, 6th edn. p. 129-141, St. Louis, Missouri: Elsevier. 2019. 696 pp. ISBN 978-0-323-44775-1.

CARNEY, M. Regulation of advanced nurse practice: its existence and regulatory dimensions from an international perspective. In *Journal of Nursing Management*. 2016, vol. 24, issue 1, p.105-114. doi:10.1111/jonm.12278.

DELAMAIRE, M. L., LAFORTUNE, G. *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Paper No. 54* [online]. Paris: Head of Publications Service OECD, 2010. 107 p. [cit. 2021-05-08] Dostupné na internete: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmbrcfms5g7-en.pdf?expires=1548793611&id=id&accname=guest&checksum=B1B73E59DAEC896A9DE7BAEA15EB4865>

DIMUNOVÁ, L., RÓNAYOVÁ, I., GREŠŠ HALÁSZ, B., DANČOVÁ, G., RAKOVÁ, J. Analysis of chronic wound management in nursing. In *Clinical Social Work and Health Intervention*. ISSN 2222-386X. 2020, vol. 11, issue 3, p. 65 - 70.

DRACUP, K., BRIAN-BROWN, W. Doctor of Nursing Practice - MRI or Total BodyScan?. In *American Journal of Critical Care*. ISSN: 1937-710X. 2005, vol. 14, p. 278- 281.

DUKE UNIVERSITY, SCHOOL OF NURSING. *Doctor of Nursing Practice (DNP) Program Student Handbook 2018 - 2019*. Durham, NC : DU, School of Nursing, 2018. 45 pp.

EUROPEAN FEDERATION OF NURSES ASSOCIATION. *EFN Workforce Matrix 3+1. Executive Summary*. Brussels : EFN, 2016. 11 pp.

GARDNER, G., DUFFIELD, C., GARDNER, A. *The Australian Advanced Practice Nursing Self-Appraisal Tool (The ADVANCE Tool)*. Queensland University of Technology. 16 pp.

GARDNER, G., DUFFIELD, C., DOUBROVSKY, A., ADAMS, M. Identifying advanced practice: a national survey of a nursing workforce. In *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2015, vol. 55, p. 60 - 70. Dostupné na internete: doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.12.001.

GREŠŠ HALÁSZ, B. Moderné ošetrovateľstvo-pokročilá prax sestier. In *XI. Celoslovenská vedecká konferencie sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva: Zborník abstraktov*. [CD-ROM]. Bratislava : Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. 2016, s. 19 - 20. ISBN 978-80-89542-56-7.

GREŠŠ HALÁSZ, B., TKÁČOVÁ, Ľ., MAGUROVÁ, D. , *Pokročilá prax v ošetrovateľstve*, 1. vyd. Prešov : Beáta Grešš Halász, 2019. 159 s. ISBN 978-80-570-0922-1.

GREŠŠ HALÁSZ, B., TKÁČOVÁ, Ľ., WICZMÁNDYOVÁ, D., MAGUROVÁ, D. *Pokročilá prax v ošetrovateľstve v systéme slovenského zdravotníctva*, 1. vyd. Prešov : Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2020. 194 s. ISBN 978-80-555-2385-9.

HAMRIC, A.B., HANSON, CH. M., TRACY, M. F., O'GRADY E.T. *Advanced Practice Nursing: The Integrative Approach*, 5th edn. Missouri : Elsevier Health Sciences, 2014. 726 pp. ISBN 978-1-4557-3980-6.

HAMRIC, A.B., TRACY, M.F. *A definition of Advanced Practice Nursing*. In M.F. Tracy & E.T. O'Grady (eds) *Advanced Practice Nursing: An integrative approach*, 6th edn. p. 61 - 79. St. Louis : Elsevier, 2019. 696 pp. ISBN 978-0-323-44775-1.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). *Scope of Nursing Practice and Decision- Making Framework Toolkit*. ICN Regulation Series. ICN : Geneva. 60 pp. ISBN 978-92-95094-33-8.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). *Guidelines on Advanced Practice Nursing*. ICN : Genewa. 44 pp. ISBN 978-92-95099-71-5.

LAURANT, M., REEVES, D., HERMENS, R., BRASPENNING, J., GROL, R., SIBBALD, B. Substitution of doctors by nurses in primary care. In *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. ISSN 1469-493X. 2005, vol. 18, no. 2.

[cit. 2021-06-16]. Dostupné na internete:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846614>

LOWE, G., PLUMMER, V., O'BRIEN, A. P., BOYD L. Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. In *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 1365-2648. 2012, vol. 68, issue 3, p. 677 - 685.

MORGAN, C., BARRY, C., BARNES, K. Master's programs in advanced nursing practice: new strategies to enhance course design for subspecialty training in neonatology and pediatrics. In *Advances in Medical Education and Practice*. ISSN 1179-7258. 2012, vol. 3, p. 129 - 137.

NEWHOUSE, R. P., STANIK-HUTT, J., WHITE, K. M., JOHANTGEN, M., BASS, E. B., ZANGARO, G., WILSON, R. F., FOUNTAIN, L., STEINWACHS, D. M., HEINDEL, L., WEINER, J. P. Advanced practice nurse outcomes 1990 - 2008: a systematic review. In *Nursing Economic\$*. 2011, vol. 29, issue 5, p. 230 - 250.

NATIONAL ORGANISATION OF NURSE PRACTITIONER FACULTIES (NONPF). *Nurse Practitioner Core Competencies Content: A delineation of suggested content specific to the NP core competencies* [online]. Washington, DC: NONPF, 2017.

[cit. 2021-04-15] Dostupné na internete:

http://c.ymcdn.com/sites/www.nonpf.org/resource/resmgr/competencies/2017_NPCoreComps_with_Curric.pdf

RÓNAYOVÁ, I., GREŠŠ HALÁSZ, B. Use of a nurse with advanced practice in chronic wound management. In *Ukrajina. Zdravja naciji*. ISSN 2077-6594. 2020, vol. 60, issue 3, p. 110 - 115.

SCHOBBER, M. *Introduction to Advanced Nursing Practice: An international focus*. Cham, Switzerland : Springer International Publishing AG, 2016. 273 pp. ISBN 978-3-319-32204-9.

TRACY, M.F., O'GRADY, E.T. *Advanced Practice Nursing: An integrative approach*, 6th Edition. St. Louis : Elsevier. 2019. 696 pp. ISBN 978-0-323-44775-1.

Vyhláška MZ SR č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). *Astana Declaration: From Alma-Ata Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*. Astana, Kazakhstan: Global Conference on Primary Health Care. 2018. 12 p.

WOO, B.F.Y., LEE, J.X.Y., TAM, W.W.S. The impact of the Advanced Practice Nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: A systematic review. In *Human Resources in Health* [online]. 2018, vol. 15, issue 1, p. 63. Dostupné na internete: doi: 10.1186/s12960-017-0237-9.

Zákon NR SR č. 156/2018 Z.z., ktorým sa menil a dopĺňal zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menili a dopĺňali niektoré zákony, § 102ah.

6 AMBULANTNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O DETI A DORAST

Libuša Tirpáková

Ambulancie všeobecných lekárov pre deti a dorast patria do siete zdravotníckych zariadení v Slovenskej republike. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. a) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 350/2005 Z. z. vydalo koncepciu odboru všeobecnej starostlivosti o deti a dorast. Náplňou odboru je poskytovanie všeobecnej starostlivosti o deti a dorast, ktorá zabezpečuje podobne ako všeobecné lekárstvo pre dospelých miestne a časovo dostupnú všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť o deti a dorast do 18. rokov + 364 dní. Všeobecná starostlivosť o deti a dorast má v náplni všetko, čo súvisí s chorobou a zdravím vo všetkých ekonomických a sociálnych súvislostiach so zreteľom na prostredie, v ktorom dieťa a mladistvý žije, študuje a pracuje. Zahŕňa v sebe poznatky z pediatrie, dorastového lekárstva a základné poznatky a prax z rôznych špecializačných odborov. Tieto uplatňuje prostredníctvom činností preventívnych, diagnostických, liečebných, rehabilitačných a posudkových u všetkých ochorení a stavov detí a dorastu. Všeobecný lekár pre deti a dorast poskytuje všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť svojim zaregistrovaným pacientom a neodkladnú starostlivosť všetkým deťom a mladistvým bez ohľadu na trvalé bydlisko, pohlavie, rasu a vyznanie.

Dôležitou náplňou zdravotnej starostlivosti o deti a dorast sú preventívne prehliadky, ktoré umožňujú včasné odhalenie a nápravu odchýlok od fyziologického stavu v priebehu vývoja. Súčasťou tejto preventívnej zdravotnej starostlivosti je aj poradenstvo v oblasti výživy zamerané na laktačný program. Vykonáva plošný vakcinačný program schválený v Slovenskej republike. Poskytuje predškolskú a školskú zdravotnú starostlivosť.

Spolupracuje so zdravotníckymi zariadeniami v regióne pri poskytovaní komplexnej zdravotnej starostlivosti svojim pacientom a zúčastňuje sa

medzirezortnej spolupráce. Spolupracuje najmä s orgánmi miestnej správy a zariadeniami sociálnej starostlivosti a v prípade potreby s ostatnými inštitúciami, ktoré riešia problémy detí.

Zdravotnú starostlivosť poskytuje všeobecný lekár pre deti a dorast v štandardných podmienkach vo svojej ordinácii, domácom prostredí pacienta alebo v mieste náhlej poruchy zdravia či úrazu. Pracuje spolu so sestrou a podľa potreby aj ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky číslo 09812/2008 –OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení uvádza, že personálne zabezpečenie všeobecnej ambulancie pre deti a dorast tvoria lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria a sestra alebo sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii. Okrem personálneho zabezpečenia musí všeobecná ambulancia pre deti a dorast spĺňať aj priestorové a materiálno technické zabezpečenie. Základné priestorové vybavenie všeobecnej ambulancie pre deti a dorast tvorí ambulancia, prípravovňa (ak je zriadená), čakáreň (vybavená germicídnym žiaričom), toaleta pre pacientov, toaleta pre personál, denná miestnosť alebo šatňa pre personál, ktorá môže byť spoločná pre viaceré ambulancie, priestor s výlevkou pre upratovačku.

Základné vecné vybavenie a prístrojové vybavenie všeobecnej ambulancie pre deti a dorast je: vyšetrovacie ležadlo s výškou najmenej 60 cm, umývadlo na ruky, drez na umývanie pomôcok a vylievanie biologických materiálov - ak je inštalovaný v prípravovni, v ambulancii nie je potrebný, písací stôl, stolička, počítač s príslušenstvom, telefón, stolička pre pacienta, prebaľovací stôl, vešiak, nástenný teplomer, nádoba na odpad so šliapadlom - aj v prípravovni, ak je zriadená, emitná miska, pohárik na vodu na jednorazové použitie, uzamykateľná skriňa na lieky a zdravotnícke pomôcky, kartotečná uzamykateľná skriňa, chladnička na liečivá, osobná váha a výškomer, skrinka na nástroje a pomôcky, parný sterilizátor, ak pracovisko nemá zabezpečenú sterilizáciu dodávateľským spôsobom oddelením centrálnej sterilizácie alebo materiál na jednorazové použitie, obväzový sterilný materiál a nesterilný materiál,

dezinfekčné prostriedky, antiseptiká, prostriedky na vyšší stupeň dezinfekcie termolabilných nástrojov a prístrojov, pomôcky na odbery biologického materiálu, pomôcky na podávanie liekov, infúzny stojan, tlakomer, fonendoskop, teplomer, nábytok na vybavenie čakárne, liečivá v rozsahu a sortimente podľa zamerania ambulancie, umývací a dezinfekčný automat na dekontamináciu a dezinfekciu zdravotníckych pomôcok, ak pracovisko nemá zabezpečenú sterilizáciu dodávateľským spôsobom oddelením centrálnej sterilizácie alebo materiál na jednorazové použitie. Okrem uvedeného základného vybavenia ambulancia všeobecného lekára pre deti a dospelosť musí disponovať s ďalším vybavením, ktoré tvoria: nástroje na ušno-nosovo-krčné vyšetrenie (otoskop alebo čelový reflektor so spekulami, ladička), nástroje a pomôcky na očné vyšetrenie (optotypy, tabuľky na vyšetrenie farbocitu, očná lupa), pomôcky a didaktické hračky na vyšetrovanie neuropsychického vývoja dieťaťa, neurologické kladivko, indikátorové papieriky na vyšetrenie moču, taška na návštevnú službu pre lekára, taška na návštevnú službu pre sestru, germicídny žiarič v ambulancii, prístroj na stanovenie C-reaktívneho proteínu (CRP) s možnosťou stanovenia ďalších parametrov podľa použitých testov a možnosťou softwarového vybavenia na ďalšie testy, ak nie je výsledok vyšetrenia dostupný do 15 minút.

6.1 Úloha sestry v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dospelosť

Sestra v ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dospelosť vykonáva činnosti v rozsahu svojich kompetencií a v súlade s právnymi predpismi a štandardami v oblasti preventívnej, liečebnej, hygienicko-epidemiologickej a edukačnej. Činnosti sestry v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dospelosť tvoria výkony:

- samostatná práca v rozsahu odbornej spôsobilosti bez odborného dohľadu a bez indikácie lekára,
- samostatná práca bez odborného dohľadu a bez indikácie lekára v súlade s diagnózou stanovenou lekárom,

- ošetrovateľská starostlivosť o pacientov podľa diagnózy pacienta a indikácie lekára,
- administratívna činnosť.

Jednotlivé oblasti činnosti sestry môžeme rozdeliť do oblasti primárnej prevencie, sekundárnej a terciárnej prevencie. V oblasti primárnej prevencie sestra vykonáva aktivity zamerané na hodnotenie a podporu normálneho rastu a vývinu dieťaťa, aktívne participuje na preventívnych prehliadkach u detí, organizuje a realizuje preventívne očkovanie, vykonáva zdravotnú výchovu u detí a rodičov, aktívne spolupracuje so školskými zariadeniami, podporuje uspokojovanie potrieb detí v rodine.

V oblasti sekundárnej prevencie sa podieľa na činnostiach pri diagnostike a liečbe ochorení u detí, ktoré patria do kompetencie sestry, eliminuje existujúce ošetrovateľské problémy pri zdravotných problémoch dieťaťa, participuje pri dispenzarizácii chronicky chorých detí a skriningových vyšetreniach u detí.

Činnosti sestry vychádzajúce z terciárnej prevencie sú zamerané na stabilizáciu ošetrovateľských problémov pri poškodených funkciách organizmu, prevenciu komplikácii už existujúcich zdravotných problémov a podporu pri adaptácii dieťaťa na chronický stav.

V oblasti administratívnych činností vedie zdravotnú dokumentáciu v rozsahu kompetencií sestry, archivuje zdravotnú dokumentáciu pacientov, v spolupráci s lekárom vykonáva výkazníctvo pre zdravotné poisťovne.

V rámci hygienicko-epidemiologického režimu zabezpečuje riadny chod ambulancie. Zaisťuje ochranné pomôcky, zabezpečuje pomôcky pre jednotlivé výkony, realizuje dezinfekciu a sterilizáciu pomôcok. Realizuje hygienický filter v čakárni ambulancie.

K činnostiam sestry patrí aj, v spolupráci s lekárom, návštevná služba v domácom prostredí.

6.2 Preventívna starostlivosť v pediatrii

Obdobie detstva je veľmi dynamické. V jeho priebehu sa dieťa výrazne mení a vyvíja. Vývin je kontinuálny, ale každé vývinové obdobie má svoje špecifiká.

Novorodenecké obdobie trvá od okamihu narodenia do ukončeného 28. dňa života. Je obdobím tzv. biologického osamostatnenia a adaptácie na extrauterinné prostredie. Najvýznamnejšie adaptačné zmeny prebiehajú v období prvých 7 dní života. V tomto období sa u novorodenca objavuje novorodenecká žltacka, dochádza k prechodnému poklesu pôrodnej hmotnosti.

Obdobie dojčenia sa datuje do jedného roka života dieťaťa. Pre toto obdobie je charakteristický prudký rast a rozvoj motoriky. V polroku sa začína prvá dentícia.

Obdobie batolaťa je ohraničené medzi prvým a tretím rokom života dieťaťa. Dieťa sa osamostatňuje v základných funkciách, rozvíja sa jazyk, ukončuje sa prvá dentícia. Telo je ešte „guľatých“ tvarov, buclaté s pomerne krátkymi končatinami. Psychomotorický rozvoj rýchlo napreduje, dieťa začína „bojovať“ za svoju nezávislosť, prejavuje sa prvé obdobie vzdoru „ja sám“.

Predškolský vek trvá od troch do šiestich rokov. Charakteristickou črtou tohto obdobia je socializácia dieťaťa. Dieťa navštevuje kolektívne zariadenie, je schopné hrať sa s inými deťmi. Začiatok obdobia predškolského veku je obdobím „neustálych otázok“, čo je veľmi dôležité pre rozvoj myslenia. Okolo štvrtého roku života sa objavuje druhé obdobie vzdoru. V predškolskom období sa rast spomaľuje, deti majú štíhlejšiu a „vytiahnutú“ postavu, končatiny sa predlžujú. Zdokonaľuje sa motorika. Na konci obdobia sa posudzuje zrelosť dieťaťa na školskú dochádzku.

Školský vek sa kryje s návštevou povinnej školskej dochádzky, t. j. od 6 do 15 rokov. Mladší školský vek je do 12 rokov života dieťaťa, po 12. roku začína starší školský vek. Obdobie mladšieho školského veku je pomerne „pokojné“. Dieťa pomalšie rastie, mení sa mliečna dentícia za trvalý chrup. Zvýrazňuje sa individualita každého jedinca, rozdiely medzi deťmi sú zreteľnejšie. Rozvíja sa abstraktné myslenie. Starší školský vek sa kryje s obdobím puberty. Je to obdobie prudkých somatických a psychických zmien. Dochádza k rastovému

špurty, rozvíja sa pohlavná zrelosť. Nastupuje tretie obdobie vzdoru, dospievajúci je výrazne kritický voči dospelým.

Obdobie adolescencie trvá od 15 do 18 rokov a môže sa kryť s obdobím puberty. Typické pre toto obdobie je urýchlenie lineárneho rastu, rozvoj sexuálnych znakov a dosiahnutie pohlavnej zrelosti. Pokračuje „boj“ o samostatnosť, uvoľňujú sa väzby na rodinu. Vplyv vrstovníkov a väzba na nich môže byť silnejšia než na rodinu. Budujú sa vzťahy k opačnému pohlaviu.

Významný podiel v zdravotnej starostlivosti o deti a dorast tvoria preventívne prehliadky. Každé vývinové obdobie má špecifické zameranie preventívnych prehliadok. Cieľom preventívnych prehliadok je sledovanie zdravotného stavu dieťaťa, včasné odhaľovanie vývojových chýb, chronických ochorení a akýchkoľvek odchýlok od fyziologického vývoja. Prevencia ako metóda práce v ambulanciách všeobecného lekára pre deti a dorast sa zakladá na princípe longitudinálneho sledovania dieťaťa a mladistvého od narodenia až do dospelosti. Podľa štatistických údajov Národného centra zdravotníckych informácií bolo v ambulanciách všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast v roku 2020 evidovaných 4 811 878 návštev pacientov vrátane návštevnej služby vykonanej lekárom alebo sestrou. V roku 2020 bolo vykonaných 944 439 preventívnych prehliadok, z toho u detí do jedného roka bolo vykonaných 416 198 preventívnych prehliadok (8,1 prehliadok na 1 evidovanú osobu v danom veku). U detí vo veku 6 až 14 rokov bolo vykonaných 203 590 preventívnych prehliadok, čo bolo 0,5 preventívnej prehliadky na jednu evidovanú osobu v danej vekovej skupine. U pacientov vo veku od 15. do 18. roku života bolo vykonaných 63 891 preventívnych prehliadok (0,3 prehliadky na jednu evidovanú osobu v danej vekovej skupine).

Preventívne prehliadky (tab. 6.1) u detí sú hrazené podľa zákona 577/2004 Z. z. z verejného zdravotného poistenia a to:

- deväť preventívnych prehliadok poistenca verejného zdravotného poistenia do jedného roku veku u lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria, z toho najmenej tri preventívne prehliadky do troch mesiacov veku,

- jedna preventívna prehliadka poistenca vo veku 18 mesiacov u lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria,
- jedna preventívna prehliadka poistenca od troch rokov veku do 18 rokov veku raz za dva roky u lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria.

Tab. 6.1 Náplň preventívnych prehliadok u detí

Názov výkonu	Indikačné obmedzenie
1. preventívna prehliadka – bazálne vyšetrenie novorodenca Komplexné pediatrické vyšetrenie vrátane kompletnej anamnézy, zhodnotenia správy od neonatológa, založenia zdravotnej dokumentácie. Pri vyšetrení sa posudzuje celkový stav dieťaťa, koža a svalový tonus. Hodnotí sa: tvar a veľkosť veľkej fontanely (VF), švy, obvod hlavy a hrudníka, oči, nos, ústna dutina a tvar podnebia; auskultačný nález na srdci; stav pupka; slabiny, pulzacie tepien, stav semenníkov; symetria dolných končatín, pohyblivosť bedrových kĺbov. Vyšetria sa novorodenecké reflexy. Poskytne sa poradenstvo rodičom, podporí sa laktačný program.	vykonáva sa v domácom prostredí do troch pracovných dní od doručenia prepúšťacej správy dieťaťa, ktoré je po narodení prepustené z ústavnej starostlivosti do domáceho prostredia.
2. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: anamnézu, vyšetrenie celkového stavu, antropometrické merania, vyšetrenie kože a svalového tonusu, vyšetrenie lymfatických uzlín. Hodnotí sa: tvar a veľkosť VF, záhlavie, obvod hlavy a hrudníka, oči, nos, ústna dutina a tvar podnebia; tvar a pohyblivosť krku, lymfatické uzliny; fyzikálny nález na srdci a pľúcach; veľkosť pečene a stav pupka; slabiny, pulzacie tepien, stav semenníkov; symetria dolných končatín, pohyblivosť bedrových kĺbov. Vyšetří sa psychomotorický vývin. Poskytne sa poradenstvo rodičom, podporí sa laktačný program.	vykonáva sa do 4. týždňa života
3. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: anamnézu, vyšetrenie celkového stavu, antropometrické merania, vyšetrenie kože a svalového tonusu, vyšetrenie lymfatických uzlín. Hodnotí sa: tvar a veľkosť VF, záhlavie, obvod hlavy a hrudníka, oči, nos, ústna dutina a tvar podnebia; tvar a pohyblivosť krku, lymfatické uzliny; fyzikálny nález na srdci a pľúcach; veľkosť pečene a stav pupka; slabiny, pulzacie tepien, stav semenníkov; symetria dolných končatín, pohyblivosť bedrových kĺbov. Vyšetří sa psychomotorický vývin. Poskytne sa poradenstvo rodičom, podporí sa laktačný program.	vykonáva sa v 5. až 7. týždni života
4. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: anamnézu, vyšetrenie celkového stavu, antropometrické merania, vyšetrenie kože a svalového tonusu, vyšetrenie lymfatických uzlín. Hodnotí sa: tvar a veľkosť VF, záhlavie, obvod hlavy a hrudníka, oči, nos, ústna dutina; tvar a pohyblivosť krku, lymfatické uzliny; fyzikálny nález na srdci a pľúcach; veľkosť pečene a stav pupka; slabiny, pulzacie tepien, stav semenníkov; symetria dolných končatín, pohyblivosť bedrových kĺbov. Vyšetří sa psychomotorický vývin. Zhodnotia sa jazvy po BCG očkovaní, skontroluje sa vykonanie ortopedického skríningu. Poskytne sa poradenstvo rodičom, podporí sa laktačný program. USG vyšetrenie bedrových kĺbov u dojčiat.	vykonáva sa v 8. až 10. týždni života

Tab. 6.1 **Náplň preventívnych prehliadok** - pokračovanie

Názov výkonu	Indikačné obmedzenie
5. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: anamnézu, vyšetrenie celkového stavu, antropometrické merania, vyšetrenie kože a svalového tonusu, vyšetrenie lymfatických uzlín. Hodnotí sa: tvar a veľkosť VF, záhlavie, obvod hlavy a hrudníka, oči, nos, ústna dutina; tvar a pohyblivosť krku, lymfatické uzliny; fyzikálny nález na srdci a pľúcach; veľkosť pečene a stav pupka; slabiny, pulzácie tepien, stav pohlavných orgánov; symetria dolných končatín, pohyblivosť bedrových kĺbov. Vyšetří sa psychomotorický vývin. Poskytne sa poradenstvo rodičom, podporí sa laktačný program.	vykonáva sa v 3. až 4. mesiaci života
6. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: anamnézu, vyšetrenie celkového stavu, antropometrické merania, vyšetrenie kože a svalového tonusu, vyšetrenie lymfatických uzlín. Hodnotí sa: tvar a veľkosť VF, záhlavie, obvod hlavy a hrudníka, oči, nos, ústna dutina; tvar a pohyblivosť krku, lymfatické uzliny; fyzikálny nález na srdci a pľúcach; veľkosť pečene a stav pupka; slabiny, pulzácie tepien, stav pohlavných orgánov; symetria dolných končatín, pohyblivosť. Vyšetří sa psychomotorický vývin. Orientačne sa vyšetří sluch, reakcie očí a moč. Poskytne sa poradenstvo rodičom, podporí sa laktačný program. Základné patologické súčasti moču (kompletný dôkaz). Močový sediment (semikvantitatívne)	vykonáva sa v 5. až 6. mesiaci života
7. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: anamnézu, vyšetrenie celkového stavu, antropometrické merania, vyšetrenie kože a svalového tonusu, vyšetrenie lymfatických uzlín. Hodnotí sa: tvar a veľkosť VF, záhlavie, obvod hlavy a hrudníka, oči, nos, ústna dutina, stav dentície; tvar a pohyblivosť krku, lymfatické uzliny; fyzikálny nález na srdci a pľúcach; veľkosť pečene a stav pupka; slabiny, pulzácie tepien, stav pohlavných orgánov; symetria dolných končatín, pohyblivosť. Vyšetří sa psychomotorický vývin. Orientačne sa vyšetří sluch a zraková ostrosť. Poskytne sa poradenstvo rodičom vrátane informácie o fluorizácii, podporí sa laktačný program.	vykonáva sa v 7. až 8. mesiaci života
8. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: anamnézu, vyšetrenie celkového stavu, antropometrické merania, vyšetrenie kože a svalového tonusu, vyšetrenie lymfatických uzlín. Hodnotí sa: tvar a veľkosť VF, záhlavie, obvod hlavy a hrudníka, oči, nos, ústna dutina, stav dentície; tvar a pohyblivosť krku, lymfatické uzliny; fyzikálny nález na srdci a pľúcach; veľkosť pečene a stav pupka; slabiny, pulzácie tepien, stav pohlavných orgánov; symetria dolných končatín, pohyblivosť. Vyšetří sa psychomotorický vývin. Orientačne sa vyšetří sluch a zraková ostrosť. Poskytne sa poradenstvo rodičom vrátane informácie o fluorizácii, podporí sa laktačný program.	vykonáva sa v 9. až 10. mesiaci života
9. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: anamnézu, vyšetrenie celkového stavu, antropometrické merania, vyšetrenie kože a svalového tonusu, vyšetrenie lymfatických uzlín. Hodnotí sa: tvar a veľkosť VF, záhlavie, obvod hlavy a hrudníka, oči, nos, ústna dutina, stav dentície; tvar a pohyblivosť krku, lymfatické uzliny; fyzikálny nález na srdci a pľúcach; veľkosť pečene a stav pupka; slabiny, pulzácie tepien, stav pohlavných orgánov; symetria dolných končatín, pohyblivosť. Vyšetří sa psychomotorický vývin. Orientačne sa vyšetří sluch a zraková ostrosť. Podporí sa laktačný program. Poskytne sa rodičom poradenstvo o potrebe prvej preventívnej prehliadky ústnej dutiny dieťaťa u zubného lekára.	vykonáva sa v 11. až 12. mesiaci života

Tab. 6.1 **Náplň preventívnych prehliadok** - pokračovanie

Názov výkonu	Indikačné obmedzenie
10. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: anamnézu, vyšetrenie celkového stavu, antropometrické merania, vyšetrenie kože a svalového tonusu, vyšetrenie lymfatických uzlín. Hodnotí sa: tvar a veľkosť VF, záhlavie, obvod hlavy a hrudníka, oči, nos, ústna dutina, stav dentície; tvar a pohyblivosť krku; lymfatické uzliny; fyzikálny nález na srdci a pľúcach; veľkosť pečene a stav pupka; slabiny, pulzácie tepien, stav pohlavných orgánov; symetria dolných končatín, pohyblivosť. Vyšetří sa psychomotorický vývin. Orientačne sa vyšetří sluch a zraková ostrosť. Podporí sa laktačný program. Vyžiada sa informácia od rodiča o absolvovaní preventívnej prehliadky ústnej dutiny dieťaťa u zubného lekára.	vykonáva sa v 15. mesiaci života
11. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: anamnézu od rodičov so zameraním na nové anamnestické údaje. Vyšetrenie celkového stavu, antropometrické merania. Kompletne pediatrické vyšetrenie. Overenie laterality, znalosť farby, odmeranie krvného tlaku, vyšetrenie moču, vyšetrenie reči, slovnej zásoby, vyšetrenie sluchu, kontrola chrbtice, genitálu. Odoslanie dieťaťa na potrebné odborné vyšetrenie. Posúdenie psychického vývoja. Zhodnotenie sociálnej situácie. Poskytne sa poradenstvo rodičom vrátane výživy. Základné patologické súčasti moču (kompletný dôkaz). Močový sediment (semikvantitatívne).	vykonáva sa v 3. roku života
12. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: rozhovor s rodičmi zameraný na nové anamnestické údaje. Antropometrické merania. Vyšetrenie spočívajúce z posúdenia celkového stavu dieťaťa. Kompletne pediatrické fyzikálne vyšetrenie. Hodnotenie psychomotorického vývoja. Vyšetrenie zrakovej ostrosti, vyšetrenie sluchu. Vyšetrenie tlaku krvi, moču. Vyšetrenie znalosti farieb, ich slovné označenie. Udržiavanie telesnej čistoty. Posúdenie zaradenia dieťaťa do kolektívu v predškolskom období. Zhodnotenie sociálnej situácie. Pravidelné poradenstvo rodičom vrátane výživy. Základné patologické súčasti moču (kompletný dôkaz). Močový sediment (semikvantitatívne).	vykonáva sa v 5. roku života
13. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: rozhovor s rodičmi zameraný na nové anamnestické údaje. Antropometrické merania. Vyšetrenie spočívajúce z posúdenia celkového stavu dieťaťa. Kompletne pediatrické fyzikálne vyšetrenie. Hodnotenie psychomotorického vývoja. Vyšetrenie tlaku krvi, moču. Vyšetrenie znalosti farieb, ich slovné označenie. Vyšetrenie zrakovej ostrosti, vyšetrenie sluchu. Posúdenie školskej zrelosti. Posúdenie zdravotnej schopnosti vo vzťahu k povinnej školskej telesnej výchove. Zhodnotenie sociálnej situácie. Pravidelné poradenstvo rodičom. Základné patologické súčasti moču (kompletný dôkaz). Močový sediment (semikvantitatívne).	vykonáva sa v 6. roku života alebo v 7. roku, ak dieťa nenastúpilo školskú dochádzku
14. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: antropometrické merania. Vyšetrenie spočívajúce z posúdenia celkového stavu dieťaťa. Kompletne pediatrické fyzikálne vyšetrenie. Vyšetrenie zrakovej ostrosti, vyšetrenie sluchu. Vyšetrenie tlaku krvi, moču. Sledovanie úrovne v škole. Zhodnotenie sociálnej situácie. Pravidelné poradenstvo rodičom. Základné patologické súčasti moču (kompletný dôkaz). Močový sediment (semikvantitatívne).	vykonáva sa v 9. roku života

Tab. 6.1 **Náplň preventívnych prehliadok** - pokračovanie

Názov výkonu	Indikačné obmedzenie
15. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: antropometrické merania. Vyšetrenie spočívajúce z posúdenia celkového stavu dieťaťa. Kompletné pediatrické fyzikálne vyšetrenie. Vyšetrenie zamerané na deformity chrbtice, deformity nôh, posúdenie pohlavného vývoja. Vyšetrenie zrakovej ostrosti, vyšetrenie sluchu. Vyšetrenie tlaku krvi, moču. Posúdenie zdravotnej schopnosti vo vzťahu k povinnej školskej telesnej výchove. Poruchy správania. Zhodnotenie sociálnej situácie. Vyšetrenie hladiny celkového cholesterolu. Pravidelné poradenstvo rodičom. Základné patologické súčasti moču (kompletný dôkaz). Močový sediment (semikvantitatívne). Odber venózne krvi Odber kapilárnej krvi Cholesterol celkový Cholesterol celkový v kapilárnej krvi (REP) Sedimentácia erytrocytov	vykonáva sa v 11. roku života
16. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: antropometrické merania. Vyšetrenie spočívajúce z posúdenia celkového stavu dieťaťa. Kompletné pediatrické fyzikálne vyšetrenie. Vyšetrenie zamerané na deformity chrbtice, deformity nôh, posúdenie pohlavného vývoja. Vyšetrenie zrakovej ostrosti, vyšetrenie sluchu. Vyšetrenie tlaku krvi, moču. Posúdenie zdravotnej schopnosti vo vzťahu k povinnej školskej telesnej výchove. Pohovor s rodičmi o otázke vhodnej voľby povolania a posúdenie prípadnej zmeny pracovnej schopnosti. Zhodnotenie sociálnej situácie. Pravidelné poradenstvo rodičom. Základné patologické súčasti moču (kompletný dôkaz). Močový sediment (semikvantitatívne).	vykonáva sa v 13. roku života
17. preventívna prehliadka Výkon zahŕňa: antropometrické merania. Zhodnotenie kompletného zdravotného stavu. Vyšetrenie spočívajúce z posúdenia celkového stavu dieťaťa. Kompletné pediatrické fyzikálne vyšetrenie so záverom. Posúdenie pohlavného vývoja, vyšetrenie zrakovej ostrosti, vyšetrenie sluchu. Vyšetrenie tlaku krvi a moču. Záverečné hodnotenie celkového zdravotného stavu, spísanie epikrízy a odchýlok a porúch od normy. Pravidelné poradenstvo. Základné patologické súčasti moču (kompletný dôkaz). Močový sediment (semikvantitatívne).	vykonáva sa v 15. roku života

(Zdroj: Zákon č. 577/2004 Z. z.)

6.2.1 Hodnotenie rastu

Rast je špecifickou telesnou zmenou v zmysle nárastu dĺžky, zväčšovania hmotnosti tela a jeho jednotlivých častí. Rast tela nie je rovnomerný a proporcionálny, rýchlosť a miera rastu sa v priebehu života mení. Pri hodnotení rastu sa hodnotí hlavne hmotnosť, výška, proportionalita, kostný a zubný vek.

Dĺžka donoseného novorodenca je 48 – 53 cm, priemerná dĺžka chlapcov je 50,5 cm, u dievčat dosahuje priemerná dĺžka 49,9 cm.

Rastové obdobie je charakteristické tromi fázami rastu:

- **infantilné** rastové obdobie, ktoré nadväzuje na vnútromaternicový vývin a pokračuje do dvoch rokov. V prvom roku vyrastie dieťa asi o 25 cm, čo je asi 50 % pôrodnej dĺžky, na konci prvého roku meria asi 75 cm, v druhom roku vyrastie približne o 12 cm. Na konci druhého roku dieťa dosahuje približne 50 % svojej dospeljej výšky,
- **detské** rastové obdobie sa začína koncom prvého roku života, v priebehu druhého roku prebieha spoločne s infantilným obdobím. Rast sa postupne spomaľuje, klesá z 8 cm/rok až na 5 cm/rok. V tomto období dorastá o ďalších 30 % dospeljej výšky,
- **pubertálne** rastové obdobie je charakteristické ďalším rastovým špurtom. Trvá 4 – 5 rokov, u dievčat nastupuje skôr asi o dva roky. Rastový prírastok dosahuje až 10 cm/rok. Dieťa dorastie zvyšných 20 % svojej konečnej výšky.

U detí do dvoch rokov sestra zaznamenáva telesnú dĺžku, ktorú meria pomocou meracej podložky (bodymeter, obr. 6.1) alebo páskovej miery. Pri meraní sú orientačné body merania vertex (najvyšší bod temena hlavy) a päty. Na meranie dojčiat sú potrebné dve osoby, pričom jedna zaisťuje, aby sa temeno hlavičky dieťaťa dotýkalo nulového bodu a druhá pridržiaa dolné končatiny dieťaťa tak, aby boli po dobu merania natiahnuté. Os ramien a os bedier pritom musí byť kolmá na pozdĺžnu os tela. U detí od dvoch rokov sestra zaznamenáva výšku pomocou teleskopického meradla (antropometer, stadiometer, obr. 6.2) Orientačné body sú vertex a chodidlá nôh. Dieťa je pri meraní vyzuté, stojí na pevnej podložke, pričom jeho päty, oblasť bedier a lopatiek by sa mali dotýkať steny za ním. Jeho postoj by mal byť rovný s pätami pri sebe. Hlava by nemala byť naklonená dopredu, dozadu ani do strán.



Obr. 6.1 **Meranie dĺžky** (Zdroj: Kráľová, 2018)



Obr. 6.2 **Meranie výšky**

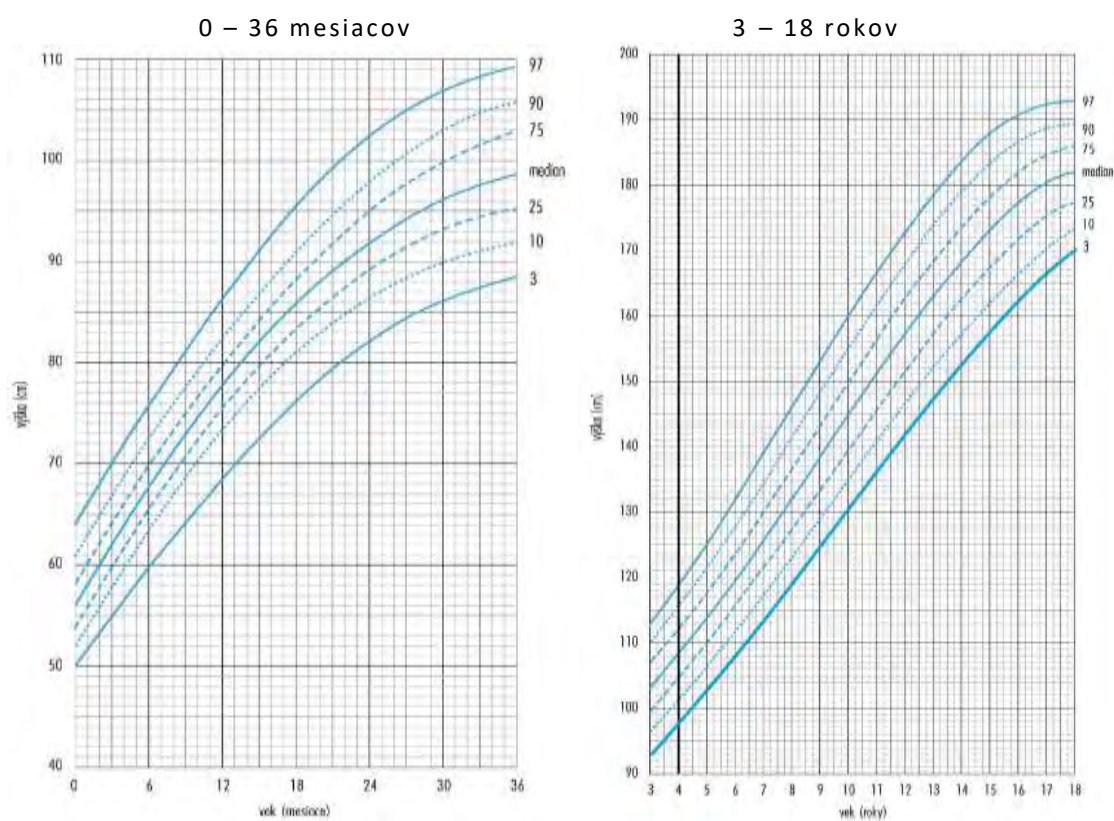
(Zdroj: <https://www.konga.com/product/medical-giraffe-height-measuring-stadiometer-4082911>, Kráľová, 2018)

Namerané hodnoty dĺžky/výšky sa hodnotia pomocou percentilových grafov (obr. 7.3, 7.4, tab. 6.2), zohľadňuje sa aj rastový potenciál daný výškou rodičov. V percentilových grafoch sú väčšinou znázornené čiary, ktoré zodpovedajú hodnotám 3., 10., 25., 50., 75., 90. a 97. percentilu pre daný vek referenčných údajov. Päťdesiaty percentil, t. j. prostredná hrubá čiara vo všetkých rastových grafoch, väčšinou vystihuje strednú hodnotu telesného znaku v referenčnej

populácii. U detí, ktoré majú telesnú dĺžku/výšku pod 10. a hlavne pod 3. percentilom môže ísť o poruchu rastu.

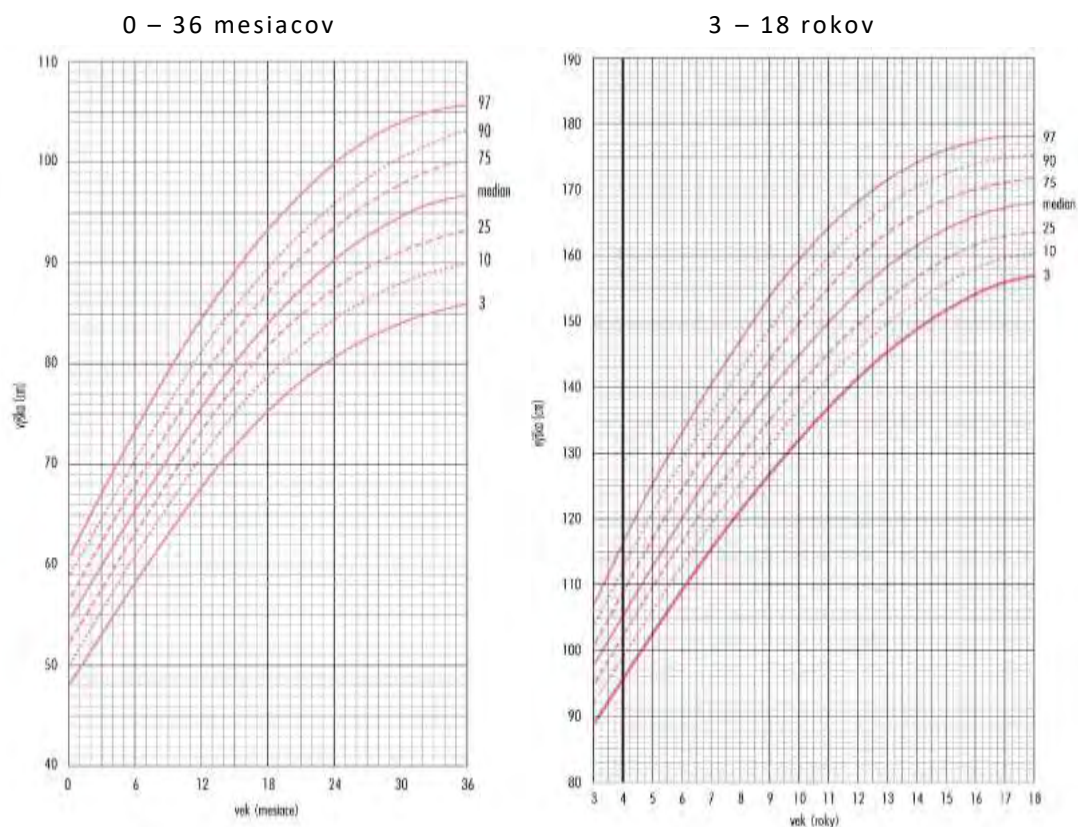
Tab. 6.2 Hodnotenie telesnej výšky podľa percentilových pásiem

Percentilové pásmo	Hodnotenie
90 <	veľmi vysoké
75 - 90	vysoké
25 - 75	stredné
3 - 25	malé
< 3	veľmi malé



Obr. 6.3 Rastové krivky chlapci

(Zdroj: <https://www.pfizerpro.sk/sites/pfizerpro.sk/files/g10052171/f/201810/RastKrivkyChlapci.pdf>)



Obr. 6.4 Rastové krivky dievčatá

(Zdroj: <https://www.pfizerpro.sk/sites/pfizerpro.sk/files/g10052171/f/201810/RastKrivkyDievcata.pdf>)

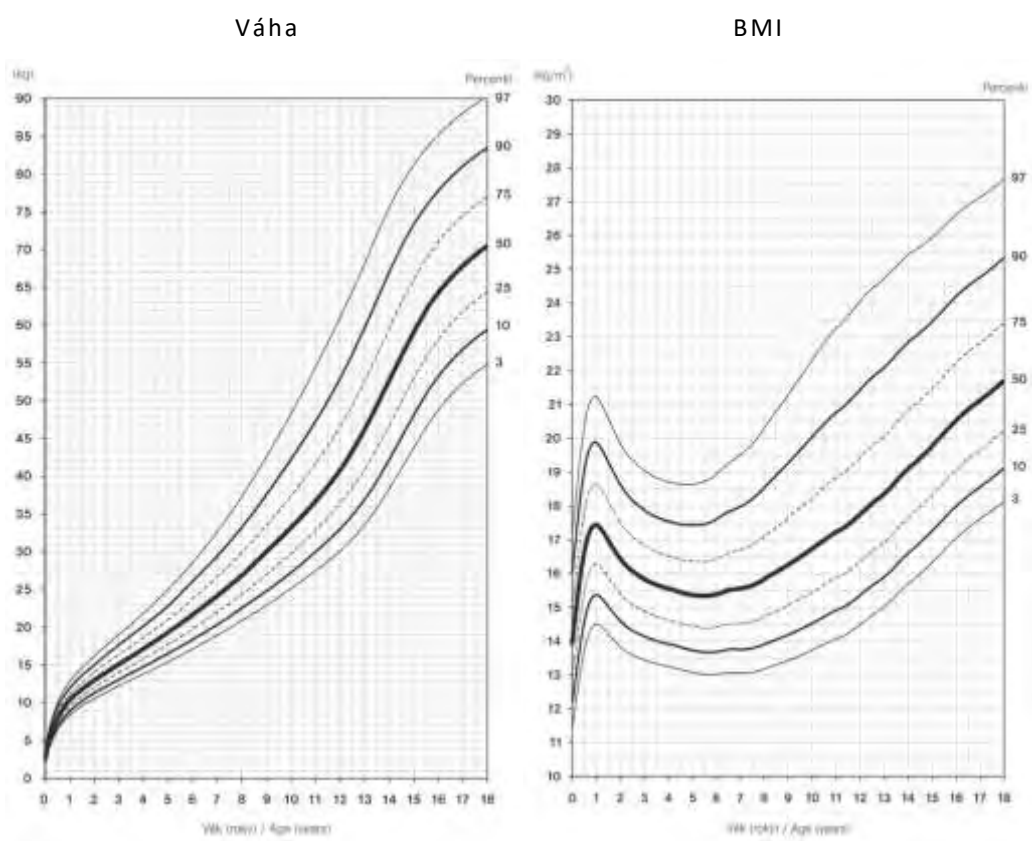
Hmotnosť a prírastok hmotnosti je dôležitým ukazovateľom prospievania dieťaťa. Donosený novorodenec váži priemerne 3400 g. Po pôrode nastáva prirodzený úbytok pôrodnej hmotnosti maximálne do 10 %. Prírastok hmotnosti v prvom polroku života je 150 – 200 g týždenne, v druhom polroku 75 – 100 g týždenne. Ak dieťa prospieva do 6. mesiaca svoju pôrodnú hmotnosť zdvojnásobí, do jedného roka strojnásobí. V ďalších rokoch dieťa priberie za rok v priemere o 2 kg ročne, od 5. roku až do puberty asi o 1 kg ročne.

Sestra u detí do 18. mesiaca kontroluje hmotnosť na dojčenskej váhe, u detí, ktoré sú schopné stáť samostatne sa používa osobná váha. Malé deti sa vážia vždy nahé, staršie deti v minimálnej spodnej bielizni.

Na hodnotenie sa používajú percentilové grafy. U detí do šiestich resp. desiatich rokov sa odporúča používať grafy hmotnostne-výškového pomeru (obr.6.7, 6.8), u starších detí grafy BMI (obr. 6.5, 6.6, tab. 6.3). Neplatí to pre dojčatá u ktorých je hmotnosť závislá na spôsobe výživy.

Tab. 6.3 Hodnotenie BMI

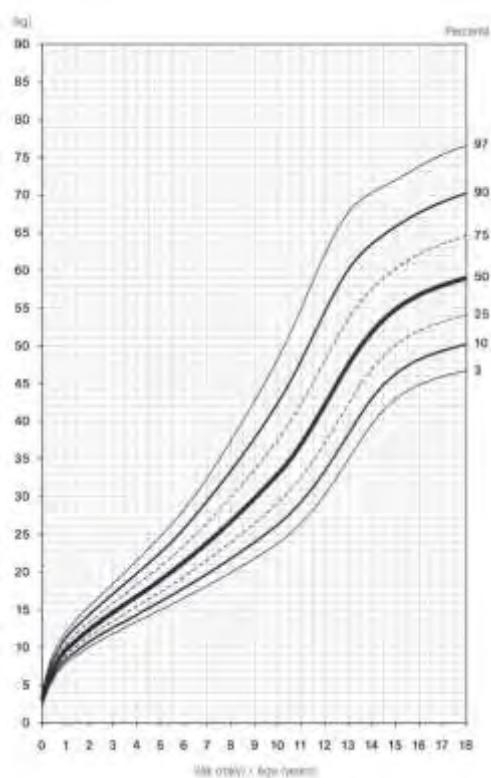
Percentilové pásmo	Hodnotenie
97 <	obezita
90 - 97	nadmerná hmotnosť
75 - 90	robustnosť
25 - 75	proporcionalita
10 - 25	štíhlosť
< 10	chudosť



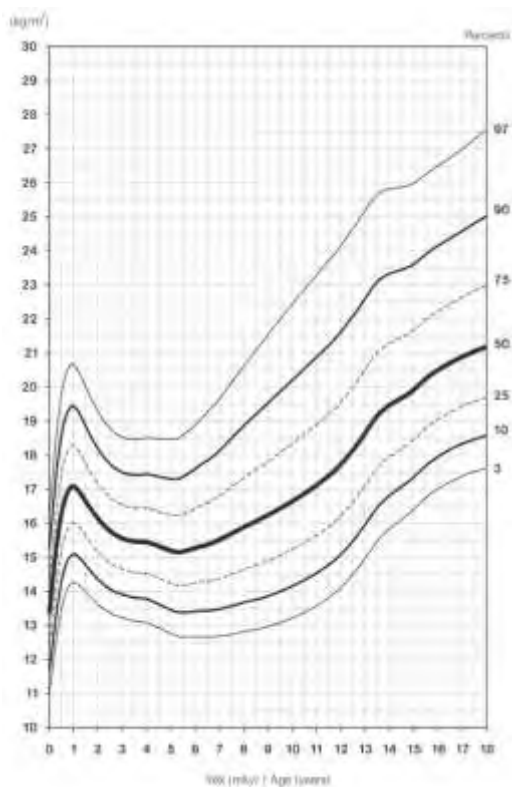
Obr. 6.5 Hmotnostné grafy chlapci 0 - 18 rokov

(Zdroj: http://szu.cz/uploads/documents/obi/CAV/6.CAV_5_Rustove_grafy.pdf)

Váha



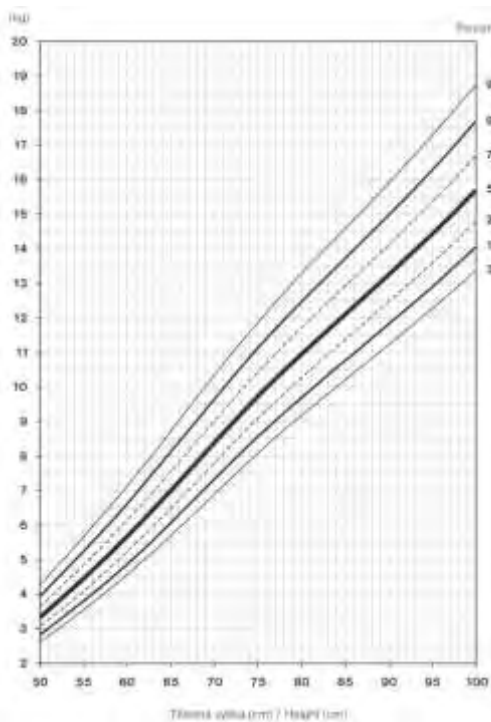
BMI



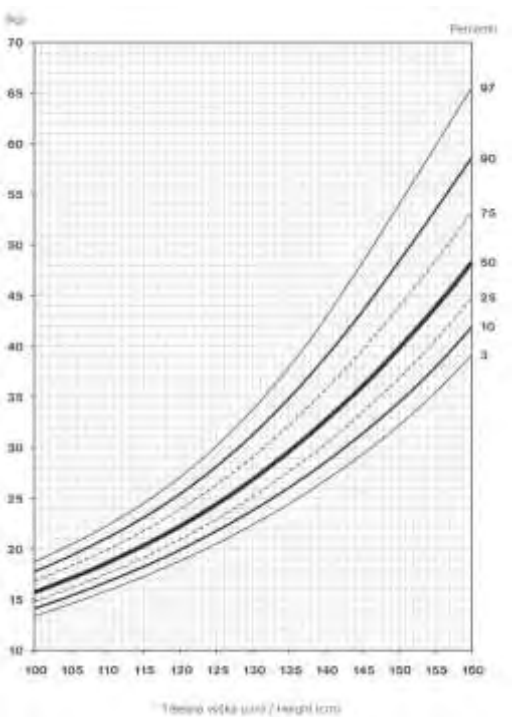
Obr. 6.6 Hmotnostné grafy dievčatá 0 - 18 rokov

(Zdroj: http://szu.cz/uploads/documents/obi/CAV/6.CAV_5_Rustove_grafy.pdf)

50 – 100 cm

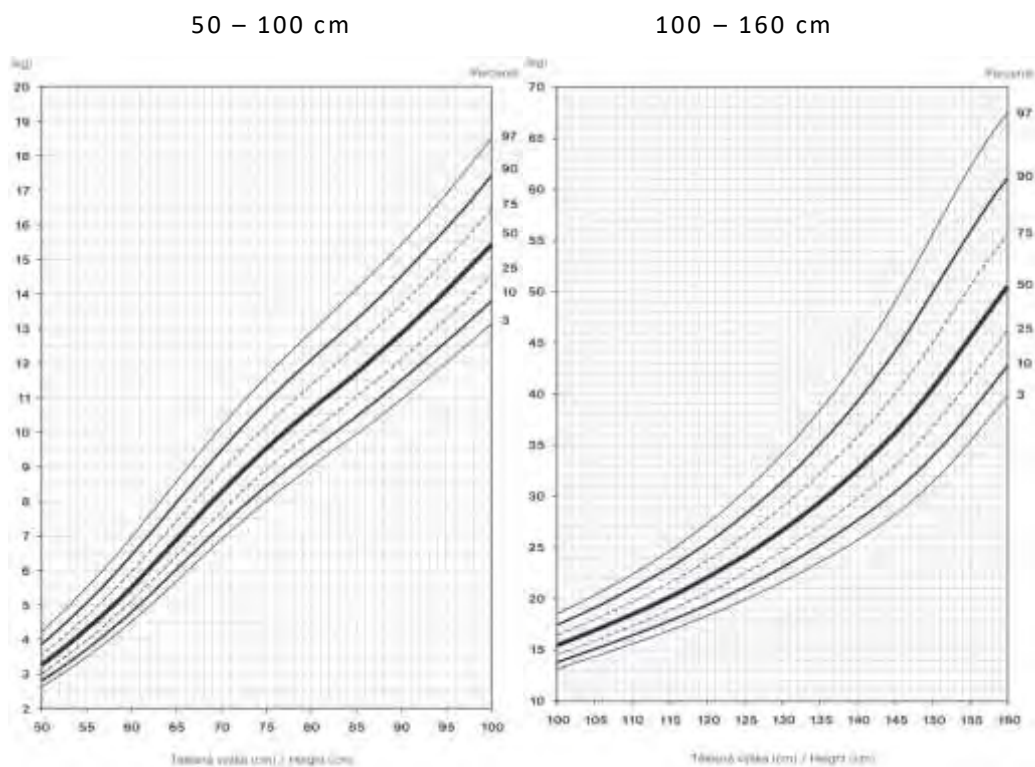


100 – 160 cm



Obr. 6.7 Hmotnosť k telesnej výške chlapci

(Zdroj: http://szu.cz/uploads/documents/obi/CAV/6.CAV_5_Rustove_grafy.pdf)

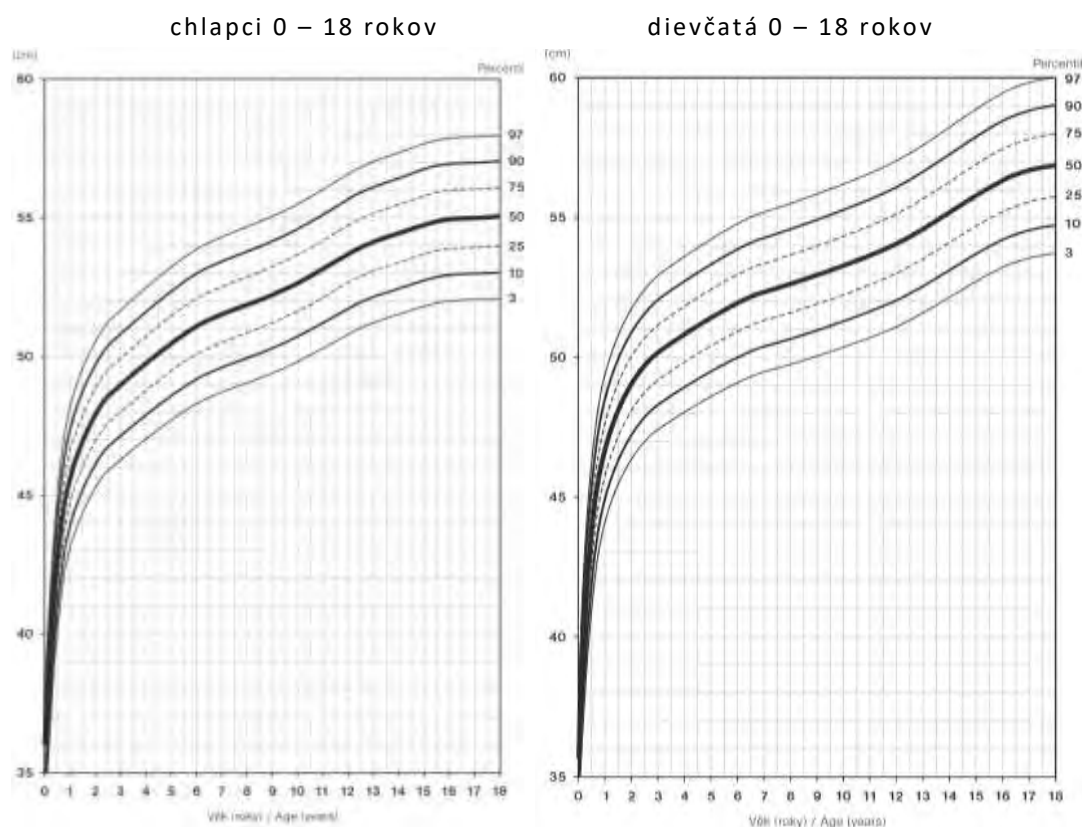


Obr. 6.8 Hmotnosť k telesnej výške dievčatá

(Zdroj: http://szu.cz/uploads/documents/obi/CAV/6.CAV_5_Rustove_grafy.pdf)

6.2.2 Hodnotenie rastu hlavy a hrudníka

Jednotlivé časti tela rastú nerovnomerne, mení sa ich vzájomný pomer, a tým sa mení celkový vzhľad dieťaťa v priebehu detstva. Veľkosť hlavy u novorodenca tvorí 1/4 celkovej dĺžky tela, u dospelého je to len 1/8. Mení sa aj pomer tvárovej a mozgovej časti. Sestra pri meraní obvodu hlavy používa páskovú mieru. Pásková miera sa vedie cez glabellu (vo výške obočia) a vzadu cez opistokranion (najväčšie vykľnutie na záhlaví). Meranie sa realizuje s presnosťou 0,1 cm. Ak je obvod hlavy v novorodeneckom období menší ako 31 cm hovoríme o mikrocefálii, pri obvode väčšom ako 38 cm o makrocefálii. Obvod hlavy u dieťaťa sa hodnotí pomocou referenčných dát (obr. 6.9).



Obr. 6.9 Obvod hlavy

(Zdroj: http://szu.cz/uploads/documents/obi/CAV/6.CAV_5_Rustove_grafy.pdf)

U novorodencov, dojčiat a menších batoliat sa hodnotí veľká fontanela, jej veľkosť a napätie. Prepadnutá fontanela naznačuje dehydratáciu, vyklenujúca zvýšený intrakraniálny tlak. Veľká fontanela sa uzatvára medzi 8. – 18. mesiacom života. Malá fontanela nemá presahovať veľkosť špičky prsta a má byť zrastená do 2 mesiacov života dieťaťa.

Obvod hrudníka je u novorodenca menší ako obvod hlavy. V šiestom mesiaci sa tieto hodnoty vyrovnávajú. Po prvom roku života dieťaťa začína prevyšovať obvod hrudníka obvod hlavy. U ročného dieťaťa je priemerná hodnota obvodu hrudníka 48 cm – obvod hlavy 47 cm. U šesťročného dieťaťa je priemerný obvod hrudníka 56 cm. Sestra meria obvod hrudníka páskovou mierou, na chrbte tesne pod dolným uhlom lopatiek, vpredu na hrudníku cez prsné bradavky. Obvod hrudníka meria s presnosťou na 1 cm.

6.2.3 Hodnotenie zraku

Súčasťou preventívnych prehliadok u detí je vyšetrenie zrakovej ostrosti. Sestra pracujúca v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast by mala byť schopná realizovať vyšetrenie a taktiež ho vyhodnotiť.

Dieťa sa nenarodí s dokonalým videním, ale jeho zraková ostrosť sa postupne vyvíja. V prvých týždňoch života je len schopnosť vnímať svetlo, chýba schopnosť fixovať. V 2. – 3. mesiaci sa súčasne so vzrastajúcou zrakovou ostrosťou zjaví fixačný reflex a dieťa začína monokulárne fixovať svetlo, osoby, predmety. Druhé oko sa uchýľuje a môže blúdiť. Okolo 6. mesiaca života sa rozvíja monokulárne alternujúce videnie, dieťa pozerá striedavo pravým alebo ľavým okom, obe oči sú percepčne rovnocenné, ale nie sú ešte schopné pozeráť súčasne. V 6. mesiacoch dieťa udrží fixáciu, jeho vízus je 0,5/60. Medzi 9. – 12. mesiacom dochádza k vývinu priestorového a hĺbkového videnia. Vízus u 9 mesačného dieťaťa je 6/60, ročné dieťa má vízus 6/30. Zraková ostrosť sa postupne zlepšuje, u dvojročného dieťaťa je 6/12, trojročné dieťa má vízus 6/8, hodnoty dospelého človeka dosahuje v štyroch rokoch, vízus je 6/6 (5/5). Prechod od monokulárneho videnia k binokulárnemu je postupný a plynulý. V 7. – 8. roku života sú všetky reflexy binokulárneho videnia pevné a ťažko sa dajú odbúrať.

Metóda vyšetrenia zrakovej ostrosti závisí od vývinovej úrovne dieťaťa. Vízus každého oka sa vyšetruje zvlášť. V prvých týždňoch sa zrak hodnotí podľa schopnosti dieťaťa fixovať pohľadom tvár osoby, ktorá je v jeho tesnej blízkosti. Okolo 3. mesiaca života je dieťa schopné sledovať pohybujúcu sa hračku v svojom zornom poli, vo veku 6 mesiacov testom zrakových schopností dieťaťa je cielené a správne smerované uchopenie hračky. Do troch rokov veku dieťaťa sa vízus vyšetruje skôr orientačne. Dieťaťu sa ponúkajú napr. hračky a sleduje sa ako dieťa reaguje na ponúknutú vec. Aj tu je potrebné vyšetriť každé oko zvlášť. Na vyšetrenie zrakovej ostrosti do diaľky sa po 3. roku veku dieťaťa používajú obrázkové optotypy alebo Pflügerove háky resp. Landoltove krúžky. Dospelý typ Snellenových optotypov sa môže použiť u detí starších ako sedem rokov, kedy dieťa už pozná jednotlivé písmená/čísllice. Pri vyšetrení zrakovej

ostrosti do diaľky je dôležité dodržiavať správnu vzdialenosť, na ktorú sú optotypy konštruované, najčastejšie 5 alebo 6 metrov. Sestra pri vyšetrovaní zrakovej ostrosti musí dbať na to, aby nevyšetrované oko bolo dobre zakryté, taktiež je potrebné v priebehu vyšetrenia meniť znaky na optotypoch, hlavne u školopovinných detí, ktoré majú schopnosť si optotypy zapamätať. Vízus sa uvádza v podobe zlomku, hodnota čitateľa vyjadruje vzdialenosť v metroch z ktorej vyšetrovaný číta a hodnota menovateľa udáva veľkosť písmena, ktorú vyšetrovaný z danej vzdialenosti prečíta. Hodnoty normálneho vízusu sú 6/6, resp. 5/5.

Dieťa v 9. mesiaci života rozoznáva farby v poradí: biela, ružová, červená, modrá, fialová. Pomenovať farby sa naučí v 3. – 4. roku života.

6.2.4 Hodnotenie sluchu

Sluch umožňuje dieťaťu učiť sa rozpoznávať hlasy, napodobňovať zvuky, zachytiť signály nebezpečenstva, komunikovať, a tak rozvíjať sociálne vzťahy. Pre rozvoj reči a intelektuálnych schopností je najdôležitejšie obdobie do 3. roku života. Na Slovensku sa skríning sluchu u novorodencov začal v roku 1998, od roku 2006 je povinný skríning sluchu u všetkých novorodencov na novorodeneckom oddelení. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky vydalo Odborné usmernenie pre včasnú diagnostiku poruchy sluchu u novorodencov a detí číslo: 25940-7/2005 – OZS. Článok 2 tohto usmernenia hovorí, že každému novorodencovi sa musí vyšetriť sluch skríningovým prístrojom na vyšetrenie transientných otoakustických emisií najneskôr na tretí deň života novorodenca. U rizikových novorodencov sa vyšetrenie vykoná do jedného mesiaca života. Uvedené skríningové vyšetrenie sa zaznamenáva do zdravotnej dokumentácie novorodenca. Skríningové vyšetrenia sa vykonávajú na novorodeneckých pracoviskách pred prepustením novorodencov do domácej starostlivosti. Skríningové vyšetrenia vykonáva zaškolená sestra na novorodeneckom oddelení skríningovým prístrojom na vyšetrenie sluchu. Ak skríningové vyšetrenia preukážu u novorodenca neprítomné transientne otoakustické emisie dieťa sa odporučí na vyšetrenie otorinolaryngológom.

Všeobecní lekári pre deti a dorast majú povinnosť sledovať neobjektívnymi metódami vývoj reči a sluchu. Orientačné vyšetrenie sluchu u menších dojčiat je založené na pozorovaní reakcie dieťaťa na zvukový podnet (tab. 6.4). Vo veku šesť mesiacov sa očakáva, že dieťa otočí hlavu a zrakom vyhľadá zdroj tichého vyššieho tónu prichádzajúceho z laterálnej strany. Vyšetrenie sa vykonáva v pokojnom prostredí, asistujúca osoba sedí pred dieťaťom a zamestnáva pozornosť dieťaťa, vyšetrujúca osoba stojí z boku, asi pol metra od dieťaťa, mimo jeho zorného poľa. Ako zdroj zvuku sa môže použiť napr. „pískajúca“ hračka. Každé ucho sa vyšetruje zvlášť. Dieťa staršie ako jeden rok by malo vedieť lokalizovať zvuk vznikajúci za ním alebo nad ním. Pri sluchovej skúške u trojročného dieťaťa sestra využíva slovné pokyny, ktoré dieťa má splniť. Po štvrtom roku života sa pri sluchovej skúške využívajú pokyny dané tichým hlasom napr. aby dieťa vykonalo určitú činnosť, opakovalo slovo, ukázalo konkrétnu hračku atď.

Tab. 6.4 Znaky funkčného stavu sluchu v priebehu prvých mesiacov života

0 – 2 mesiace	úľaková reakcia a žmurknutie pri nečakanom zvuku upokojenie po tichom hlase alebo hudbe
2 – 3 mesiace	zmena v pohyboch tela ako reakcia na zvuk zmena výrazu tváre pri neznámych zvukoch
3 – 4 mesiace	otáčanie hlavy a očí za zvukom
6 – 7 mesiacov	otáčanie za zvukom hlasu a rozhovoru

(Zdroj: Kovács a kol., 2014)

6.2.5 Hodnotenie denticie

Vývin mliečneho chrupu začína v 6. týždni intrauterinného vývinu vznikom primárnej zubnej lišty. V 6. – 10. týždni intrauterinného vývinu vznikajú zárodky mliečnych zubov. Mineralizácia koruniek zubov mliečneho chrupu začína v 5. – 6. mesiaci intrauterinného života a končí v 2. – 12. mesiaci života. Na prerezávanie mliečnych zubov nemajú vplyv pohlavné rozdiely. Prvé mliečne zuby sa prerezávajú v sánke (tab. 6.5). Mliečne zuby zostávajú v čeľustiach obmedzený čas. Kompletný mliečny chrup má 20 zubov. Koncom štvrtého roka

začína resorpcia koreňov. Najprv sa resorbujú korene rezákov, potom stoličiek a napokon korene očných zubov.

Tab. 6.5 Čas a poradie prerezávania mliečnych zubov

stredné rezáky	6. – 8. mesiac
bočné rezáky	7. – 10. mesiac
prvé stoličky	12. – 15. mesiac
očné zuby	16. – 20. mesiac
druhé stoličky	20. – 30. mesiac

(Zdroj: Beluš, 2003)

Vývin trvalých zubov sa začína tvorbou druhotnej zubnej lišty v 12. týždni intrauterinného vývinu. Zárodky trvalých zubov sa zakladajú od 17. týždňa intrauterinného vývinu až do 4. roku života. Trvalé zuby sa u dievčat prerezávajú o 0,5 – 1,5 roka skôr ako u chlapcov. Trvalé zuby sa najprv prerezávajú v sánke okrem črenových zubov (tab. 6.6).

Tab. 6.6 Čas a poradie prerezávania trvalých zubov

prvé stoličky	5. – 7. rok
stredné rezáky	6. – 8. rok
bočné rezáky	7. – 9. rok
očné zuby	9. – 13. rok
prvé črenové zuby	9. – 13. rok
druhé črenové zuby	10. – 14. rok
druhé stoličky	12. – 15. rok
tretie stoličky	16. – 24. rok

(Zdroj: Beluš, 2003)

Významnú úlohu v starostlivosti o chrup v detskom veku má domáca starostlivosť, ktorá kladie vysoké nároky na rodičov. Sestra edukuje rodičov o spôsobe starostlivosti o detský chrup. Starostlivosť o ústnu dutinu u dieťaťa sa začína ešte pred prerezaním prvého mliečneho zuba. Po každom jedle je treba

vlhkou gázou odstrániť zvyšky jedál. Dieťa si tak už od narodenia zvyká na pocit čistých úst. Do konca prvého roku života má vhodná výživa pre zabránenie vzniku zubného kazu rozhodujúci význam. Strava dieťaťa má byť vyvážená, nesmú prevažovať sladkosti a sladké nápoje, ktoré sú príčinou rýchlej deštrukcie čerstvo prerezaných mliečnych zubov. Po prerezaní prvého mliečneho zuba je potrebné povrch zuba mechanicky očistiť, najprv vlhkou gázou, neskôr zubnou kefkou bez použitia zubnej pasty. Čistenie zubov vyžaduje asistenciu rodiča až do 9. – 10. roku dieťaťa. Vzhľadom na to, že deti častú zubnej pasty prehltnú, je treba používať detskú zubnú pastu s nižším obsahom fluoridov, aby nedošlo ku predávkovaniu fluoridmi a následnej fluoróze, čo sa prejaví napríklad v podobe bielych škvŕn na trvalých zuboch. Stomatologickú preventívnu prehliadku by malo dieťa absolvovať už po dovŕšení prvého roku života a následne dvakrát do roka až do dovŕšenia 18. roku života.

6.2.6 Hodnotenie pohlavného vývinu

Prirodzeným vyvrcholením sexuálneho zrenia je dosiahnutie plnej pohlavnej zrelosti. Začiatok pohlavného dozrievania je ovplyvnený genetickými, rasovými a socioekonomickými faktormi. Prvé somatické znaky sexuálneho zrenia sa objavujú u dievčat priemerne v 11. roku života, dochádza k rastu prsníkov, ktoré je na začiatku často asymetrické. Po začiatku vývinu prsných žliaz sa objavuje pubické ochlpenie, prvá menštruácia sa dostavuje v priemernom veku 13 rokov. U chlapcov priemerne vo veku 11,5 roka, dochádza k zväčšeniu objemu semenníkov, objem testes sa určuje pomocou orchidometrie (jednotlivé čísla na orchidometri ,obr. 6.10, udávajú objem semenníkov v ml), začína sa vyvíjať pubické ochlpenie, postupne dochádza k nárastu penisu. Mutovanie hlasu začína okolo 13. roku života, spermaché nastupuje okolo 13, 5 roka. Na hodnotenie rozvoja puberty sa používa Tannerova stupnica (tab. 6.7, 6.8).

Tab. 6.7 Tannerova stupnica hodnotenia rozvoja puberty u dievčat

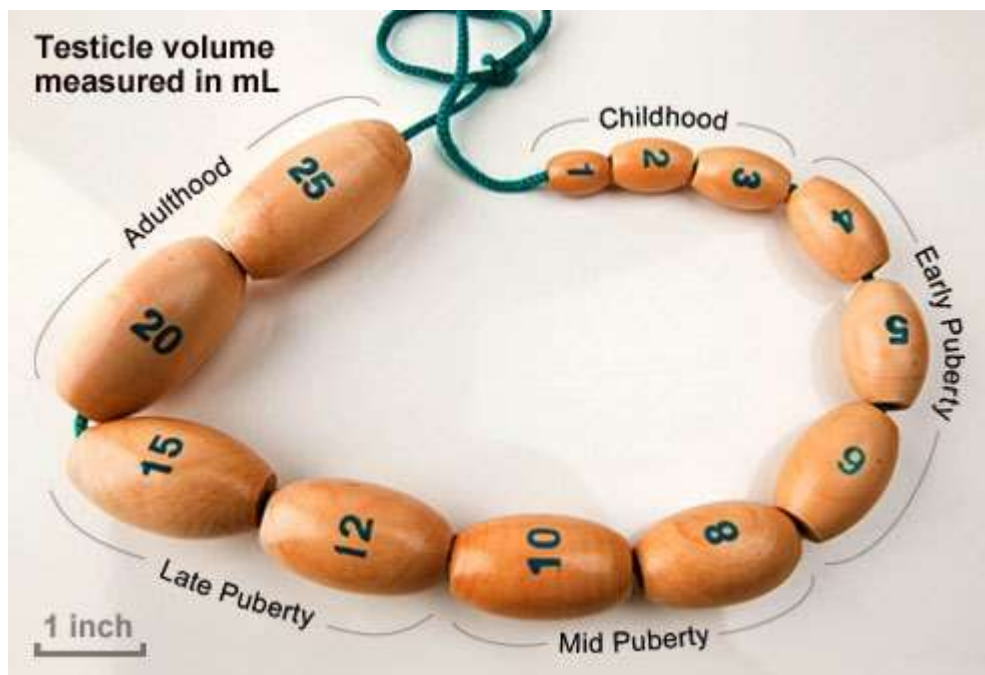
Štádium puberty	Pubické ochlpenie (P)	Vývoj prsníkov (B)
1	žiadne	bradavka je len málo zvýšená nad úroveň hrudníka, areola je v úrovni hrudníka
2	ojedinelé, rovné, málo pigmentované	štádium gombíka
3	tmavšie, mierne stočené	štádium púčika
4	dospelého typu, redšie	prsník rastie, areola a bradavka vytvoria samostatnú kontúru, pri pohľade z boku prečnieva obrysy prsníka
5	husté, šíri sa vnútornú stranu stehien	prominuje len väčšmi pigmentovaná bradavka, areola klesne na úroveň obrysov prsníka

(Zdroj: Kovács a kol., 2014)

Tab. 6.8 Tannerova stupnica hodnotenia rozvoja puberty u chlapcov

Štádium puberty	Pubické ochlpenie (P)	Penis (G)	Semenníky a miešok (G)
1	žiadne	detský	detské, objem testis <4 ml, rovnako veľké
2	ojedinelé, rovné, málo pigmentované	mierne predĺžený	zväčšený miešok, mierne pigmentovaný, objem testis 4 – 9 ml
3	tmavšie, mierne stočené	dlhší	zväčšovanie semenníkov na objem 10 ml
4	dospelého typu, redšie	začína rásť do šírky, oddeľuje sa žalud'	väčšie, miešok pigmentovaný, zvráskavený
5	husté, šíri sa pozdĺž linea alba	dospelý	dospelé

(Zdroj: Kovács a kol., 2014)



Obr. 6.10 Orchidometer

(Zdroj: <https://mlb.nbcsports.com/2011/03/25/bonds-trial-update-whats-an-orchidometer/>)

6.2.7 Hodnotenie výživy

Strava ovplyvňuje správny rast a vývoj dieťaťa. Pestrou a vyváženou stravou sa budujú v dieťati správne stravovacie návyky, ktoré si so sebou nesie až do dospelosti. Najviac energie potrebuje dieťa po narodení po dobu prvého roka. S pribúdajúcim vekom následne potreba energie mierne klesá. Ďalší skok v potrebe energie smerom hore je v období dospievania. U detí sa nedostatok energie môže prejavovať spomalením rastu a vývoja.

Materské mlieko predstavuje optimálny a najprirodzenejší spôsob výživy dojčaťa, je dôležitým zdrojom energie a živín aj vo vyššom batoliacom veku, t. j. u detí do 2 rokov. Materské mlieko spĺňa nutričné, metabolické a tráviace potreby novorodenca (tab. 6.9). Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva o podpore výživy dojčiat a batoliat dojčením číslo 14422/2009 – OZS odporúča začať s prípravou matky na dojčenie pri preventívnych prehliadkach v tehotenstve upozornením gynekológa, pôrodníka alebo pôrodnej asistentky na výhody dojčenia. Kvalifikovaná pomoc pri rozvoji laktácie a podpore dojčenia v prvé dni po pôrode v ústavných zdravotníckych zariadeniach

sa poskytuje neonatológom alebo pediatrom spolu so sestrami so špecializáciou v špecializačnom odbore intenzívna ošetrovateľská starostlivosť v neonatológii a v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii. Podpora dojčenia v ambulantnej zdravotnej starostlivosti sa vykonáva pri prvej preventívnej prehliadke novorodenca v domácom prostredí do 48 hodín po prepustení dieťaťa z ústavnej zdravotnej starostlivosti všeobecným lekárom pre deti a dorast. Poučí matku o technike dojčenia, zdôrazní význam dojčenia ako prevencie alergických ochorení dieťaťa v budúcnosti, informuje matku o pitnom režime a dodržiavaní správnej životosprávy počas dojčenia, informuje rodičov o nutričných hodnotách materského mlieka, ktoré dojčatú plne zaistia dostačujúci prísun tekutín a výživy. Pri návštevách rodičov s dieťaťom v ambulancii vykonáva kontrolu dojčenia, v spolupráci so sestrou realizuje edukáciu matky.

Tab. 6.9 Zloženie materského mlieka podľa Heskera

Zloženie v 100 g	Jednotky	Kolostrum	Prechodné mlieko	Zrelé mlieko
energia	kJ(kcal)	236 (56)	277 (66)	297 (71)
proteíny	g	2	1,6	1,1 (6 % CE)
tuky	g	2,6	3,5	4 (54 % CE)
saturované MK	g	1,1	1,4	1,8 (21 % CE)
monoenové MK	g	1,1	1,4	1,3
polyenové MK	g	0,3	0,5	0,4
cholesterol	mg	31	29	25
sacharidy	g	6,6	6,9	7,1 (40 % CE)
laktóza	g	6,6	6,9	7
voda	g	88,2	87,7	87,5
sodík	mg	47	29	16
draslík	mg	70	64	53
vápnik	mg	28	40	31
horčík	mg	3	4	4
fosfáty	mg	14	18	15
železo	mg	0,05	0,04	0,03
zinok	mg	0,6	0,4	0,2
jód	μg	N	2,4	6,3
retinol	μg	155	88	54
karotenoidy	μg	135	26	24

Tab. 6.9 Zloženie materského mlieka podľa Heskera - pokračovanie

Zloženie v 100 g	Jednotky	Kolostrum	Prechodné mlieko	Zrelé mlieko
vitamín D	µg	N	N	0,1
vitamín E	mg	1,3	1,3	0,5
tiamín	mg	0,01	0,02	0,02
riboflavín	mg	0,03	0,03	0,04
niacín	mg	0,8	0,7	0,5
vitamín B ₆	mg	0,01	0,01	0,01
vitamín B ₁₂	µg	0,1	0,1	0,1
kyselina listová	µg	2	3	5
vitamín C	mg	7	6	4

(Zdroj: Svačina a kol., 2008)

Podľa odporúčaní WHO/UNICEF všetky zdravé deti by mali byť v prvých šiestich mesiacoch výlučne dojčené. Prikrmovanie je vhodné začať po ukončení šiesteho mesiaca a s dojčením je vhodné ďalej pokračovať do prvého až druhého roku, aj dlhšie (tab. 6.10). Náhradným variantom pre deti, ktoré nemôžu byť dojčené je umelá mliečna výživa. Mliečne formuly sú pripravované z kravského mlieka a upravené tak, aby ich zloženie bolo čo najviac prispôsobené zloženiu materského mlieka. Adaptácia mliečnych formúl spočíva aj v obohatení o zložky, ktoré významne ovplyvňujú imunitný systém dojčťa.

Komplementárna výživa je definovaná ako nemliečna výživa zložená zo solídnej či tekutej potravy podávanej popri materskom mlieku alebo mliečnych formulách. Dôvody zavádzania komplementárnej výživy sú výchovné, ich cieľom je naučiť dojča žuť a prehĺtať tuhšiu stravu a rozšíriť jeho chuťové spektrum a nutričné z dôvodu zvýšenej energetickej potreby dieťaťa. Lekár v spolupráci so sestrou edukuje matku o spôsobe zavádzania komplementárnej výživy.

Tab. 6.10 **Stratégia zavádzania príkrmov u dojčťa**

Vek dieťaťa	Stratégia	Potraviny
od 5. mesiaca veku dieťaťa na umelej mliečnej výžive od 7. mesiaca veku dojčeného dieťaťa	1. týždeň predkrm	pred jednou mliečnou dávkou zeleninový predkrm prvé 4 dni, potom mäsovozeleninový predkrm
	2. týždeň náhrada prvej mliečnej dávky – obed	mäsovozeleninový príkrm
	3. týždeň náhrada druhej mliečnej dávky – desiata	ovocný príkrm alebo ovocnomliečny príkrm
	4. týždeň náhrada tretej mliečnej dávky – večera	ryžová alebo kukuričná mliečna kaša

(Zdroj: Svačina a kol., 2008)

Z nutričného hľadiska je obdobie batolaťa charakterizované ako obdobie privykania si na stravu dospelých. Dieťa by malo jesť pravidelne 3 – 4 krát denne s jednou až dvoma desiatami. Odporúčaná energetická hodnota stravy je 100 kcal/kg/deň. Raňajky by mali predstavovať 20 % z celodennej energetickej dávky jedla. Desiata by mala tvoriť 5 % dennej dávky. Obed, predstavuje 40 % dennej dávky. Olovrant 5 % dennej dávky a večera, ktorá sa má podávať aspoň hodinu pred spaním má tvoriť 30 % z celkovej dennej dávky. Sestra poučí rodičov o spôsobe zaraďovania nových potravín, ktoré by malo byť podľa rovnakých zásad ako u dojčiat, každý nový druh potravy zaradiť s odstupom 2 – 3 dní kvôli možnej intolerancii.

V predškolskom období, od 4. do 6. roku, celková denná energetická dávka by mala byť rozdelená nasledovne: raňajky 18 %, desiata 15 %, obed 35 %, olovrant 10 % a večera 22 %.

Obdobie puberty a adolescencie je charakteristické intenzívnym rastom, zmenami v telesnom zložení a zvýšenou fyzickou aktivitou. Vhodné rozdelenie celkovej dennej energetickej dávky je: raňajky 20 %, desiata 15 %, obed 30 %, olovrant 15 %, večera 20 %. U dospievajúcich chlapcov sa odporúča ľahká druhá večera medzi 21. až 22. hodinou.

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 11 písm. o) zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v roku 2015

zverejnil aktualizované Odporúčané výživové dávky pre obyvateľstvo v Slovenskej republike (9. revízia) (tab. 6.11), ktoré vytvárajú základný predpoklad na zabezpečenie zdravej výživy pre jednotlivé fyziologické skupiny populácie a zohľadňujú ich energetické a výživové požiadavky podľa veku, pohlavia, fyzického zaťaženia organizmu a fyziologického stavu organizmu.

Pri vypracovaní odporúčaných výživových dávok boli ako základné kritériá zohľadňované vek, pohlavie, výškovohmotnostný index, ďalej u detí a mladej populácie základné ukazovatele funkcie telesného rastu a vývinu, ale tiež pohybové aktivity. Odporúčané výživové dávky sú určené pre fyziologické skupiny pre priemerného spotrebiteľa na deň. V individuálnych prípadoch si vyžadujú prípadné korekcie a prispôsobenie aktuálnemu stavu výživy jedinca. Výživové požiadavky u dojčiat vo veku 0 – 6 mesiacov a 7 – 12 mesiacov sú stanovené s ohľadom na výživu materským mliekom a prikrmovaním a s postupným prechodom na prirodzenú stravu.

Tab. 6.11 **Odporúčané výživové dávky pre obyvateľstvo Slovenskej republiky**

	Energetická hodnota			Bielkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
	kcal/kg	kcal/deň	kJ/deň			
dojča						
0 – 6 m.	95	550	2300	12	29	60
7 – 12 m.	90	750	3100	16	36	91
batoľa						
	90	1200	5000	25	48	167
predškolský vek						
	80	1650	6900	35	63	236
školský vek						
7 – 10 r.	72	2100	8800	53	78	297
chlapci 11 – 14 r.	60	2550	10700	64	87	378
dievčatá 11 – 14 r.	55	2450	10300	62	82	367

Tab 6.11 **Odporúčané výživové dávky pre obyvateľstvo Slovenskej republiky - pokračovanie**

	Energetická hodnota			Bielkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
	kcal/kg	kcal/deň	kJ/deň			
dospievajúci 15 – 18 rokov						
chlapci študujúci	50	3000	12600	75	100	450
chlapci zvýšená fyzická aktivita	58	3700	15500	90	125	554
dievčatá študujúce	42	2400	10000	60	82	354
dievčatá zvýšená fyzická aktivita	53	2900	12100	70	97	437

(Zdroj: Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2015)

6.2.8 Hodnotenie psychomotorického vývinu

Normálny psychomotorický vývin je dôležitý pre celý budúci život dieťaťa. Pri sledovaní psychomotorického vývinu je dôležité venovať pozornosť hlavne deťom do 1 roku, deti rýchle rastú a získavajú nové zručnosti. Pri hodnotení psychomotorického vývinu sa hodnotia vlastnosti charakteristické pre dané vekové obdobie a vyskytujúce sa u 90 – 95 % zdravej populácie príslušného veku. Negatívny vplyv na rozvoj normálneho psychomotorického vývinu môže mať poškodenie vo včasnom postnatálnom období, nedostatočná výživa, prítomnosť závažných chorôb znemožňujúcich správne zásobovanie mozgu živinami a kyslíkom. Pre správny psychomotorický vývin je dôležitý dostatok podnetov z okolia už od prvých dní života.

Pri hodnotení psychomotorického vývinu sa sleduje hrubá motorika a jemná motorika (tab. 6.12), vývin reči a sociálny vývin (tab. 6.13), a vyšetrenie reflexov.

Vývin motoriky možno rozdeliť na štyri obdobia:

- **holokinetické** – do dvoch mesiacov života, prevláda hypertonus s flekčným postavením končatín, pohyby končatín sú nekoordinované, trhavé,
- **monokinetické** – medzi 3. – 5. mesiacom života. Mizne hypertonia, okolo 4. mesiaca nastupuje fyziologická hypotonia, postupne sa objavuje zdvíhanie hlavičky, opiera sa o horné končatiny, od 5. mesiaca sa otočí z brucha na chrbát a opačne,
- **dromokinetické** – od 6. do 12 mesiaca. Dieťa sa začína postupne posadzovať, liezť po štyroch, po odznení fyziologickej hypotonie dieťa sa začína postavovať a postupne sa pridáva chôdza. Pohyby končatín majú jasný smer, ale chýba ešte koordinácia,
- **kratikinetické** – po 12. mesiaci života. Pohyby sú cielené, aj keď nie úplne koordinované, u dieťaťa je vzpriamený stoj a chôdza.

Tab. 6.12 Rozvoj hrubej a jemnej motoriky

Vek	Hrubá motorika	Jemná motorika
1. mesiac	otáča hlavu do strán, pri priťahovaní do sedu neudrží váhu hlavy v polohe na bruchu otočí hlavu, neudrží hlavu zdvihnutú pri kontakte s podložkou reflexná chôdza, neunesie váhu vlastného tela	chvíľu sleduje očami svetlé predmety, prsty zaťaté v pästi, palmárny úchop, tvár charakteru masky bez zapojenia mimického svalstva
3. mesiac	otáča hlavou do strán, pri priťahovaní do sedu sa hlava zdvíha v jednej rovine s chrbticou, udrží váhu hlavy v polohe na bruchu otočí hlavu, hlavu udrží zdvihnutú, opiera sa o lakťe „pasie koníčky“	hrá sa s rukami sleduje očami
6. mesiac	zdvíha hlavičku, aktívne sa priťahuje do sedu, sedí s oporou od 4. mesiaca začínajú pokusy pretočenia sa z brucha na chrbát, od 5. mesiaca z chrbta na brucho neudrží váhu tela v stoji	palmárny úchop, siaha po hračke, preloží vec z ruky do ruky

Tab 6.12 Rozvoj hrubej a jemnej motoriky - pokračovanie

Vek	Hrubá motorika	Jemná motorika
9. mesiac	lezie po štyroch, sedí samo bez opory, zdvíha sa z kľaku do stoja, stojí s oporou	koordinácia ruka-oko-ústa tlčie kockami o seba
12. mesiac	vyťahuje sa do stoja, chodí okolo opory	nožnicový úchop
18. mesiac	chodí samostatne bez opory, zohýna sa pre veci	čmáranice, stavia 2 – 3 kocky na seba, vyprázdňuje veci „upratuje“
2 roky	behá, šplhá po schodoch	samo sa kŕmi lyžičkou, obracia jednotlivé stránky, postaví 6 kociek na seba
3 roky	krátko stojí na jednej nohe, skáče na dvoch nohách	obkreslí kruh
4 roky	strieda nohy pri chôdzi do schodov	kreslí hlavonožca
5 rokov	dokáže skákať na jednej nohe	nakreslí postavu s hlavou, trupom a končatinami

(Upravené podľa: Michálek a kol., 2013)

Rozvoj reči začína v prvom roku života a vrcholí až v priebehu druhého roku aj keď dieťa reči rozumie oveľa skôr ako začne samo rozprávať. V rýchlosti rozvoja reči sú individuálne rozdiely, veľký význam zohrávajú podnety z vonkajšieho prostredia.

Pri rozvoji osobnosti dieťaťa a jeho socializácii zohráva veľkú úlohu rodina, neskôr škola a priatelia. V rozvoji citovej oblasti má dominantné postavenie matka

Tab. 6.13 Rozvoj reči a sociálny vývin

Vek	Rozvoj reči	Sociálny vývin
1. mesiac	plačom reaguje na diskomfort	koncom prvého mesiaca náznak úsmevu
3. mesiac	obracia sa za zvukom, objavuje zvuk svojho hlasu, začína sa s ním hrať	usmieva sa spontánne
6. mesiac	očami nájde zdroj zvuku, na oslovenie odpovedá jednotlivými hláskami	raduje sa z pozornosti
9. mesiac	zdvojuje slabiky, vysloví „mama“ „tata“ ale nerozumie významu týchto slov	obáva sa cudzích ľudí

Tab 6.13 **Rozvoj reči a sociálny vývin** - pokračovanie

Vek	Rozvoj reči	Sociálny vývin
12. mesiac	rozumie jednoduchým príkazom, vie vysloviť tri zmysluplné slová	prejavuje blízkej osobe náklonnosť
18. mesiac	cielenne použije aspoň 5 slov, ukazuje časti tela	-----
2 roky	ovláda 200 – 300 slov, vytvára trojslovné vety, osvojí si približne 30 nových slov každý mesiac, používa zámena	používa lyžicu, hrnček, bráni svoje „vlastníctvo“, v priebehu dňa sa nepomočí
3 roky	ovláda 700 – 900 slov, používa jednotné a množné číslo	je samo, obuje sa, rozopne si gombíky, hrá sa s vrstovníkmi ale nespolupracuje s nimi, delí sa s ostatnými
4 roky	rozpráva s ostatnými, popíše obrázok, rozpráva zážitky	hrá sa v kolektíve, má kamarátov, ovláda svoje potreby
5 rokov	bezchybná výslovnosť, samostatne označí farby	spolupracuje s ostatnými, vie sa podriaďovať záujmom skupiny

(Upravené podľa: Kovács a kol., 2014; Lebl, Provazník, Hejčmanová a kol., 2007; Michálek a kol., 2013)

6.3 Očkovanie

Jedným z najvýznamnejších preventívnych opatrení proti prenosným chorobám patrí imunizácia. Cieľom imunizačného programu je dosiahnuť a udržať vysokú zaočkovanosť detí primeraného veku a odporúčané očkovania detí zo zraniteľných skupín.

Ľudia boli už od pradávna ohrozovaní infekčnými chorobami preto už staroveké civilizácie v Číne, Indii, Arábii, Grécku a Ríme sa snažili ochranu pred nimi vyriešiť zázkrokmi, ktoré sú podobné dnešnému očkovaniu. Vykonávali rôzne preventívne opatrenia napr. vnášali materiál z pustúl chorého na kiahne do kože zdravého jedinca, u detí vkladali tampóny s rozdrvenými kiahňovými chrastami do nosa, obliekali košieľky, ktoré nosili deti choré na kiahne. Všetky tieto opatrenia označované ako variolizácia, viedli k umele navodenej infekcii a ďalšiemu šíreniu ochorenia zanechávajúcemu imunitu. Riziko úmrtí po variolizácii bolo vysoké (3 – 4 %) a táto metóda neviedla k zníženiu intenzity alebo k prerušeniu epidemického procesu. Prvú variolizáciu v Európe vykonal

na anglickom kráľovskom dvore lekár Maitland v roku 1721. V ten istý rok v Prešove prvýkrát v kontinentálnej Európe použil variolizáciu župný lekár Ján Adam Reyman. Variolizáciu nahradila po objave Angličana E. Jennera v roku 1796 vakcinácia, jej podstata spočívala vo využití skríženej imunity proti vírusu kiahní a vírusu kravských kiahní. Prvou vakcináciou položil Edward Jenner základy pre vykorenenie zatiaľ jedinej infekčnej choroby – varioly, pravých alebo tzv. čiernych kiahní. V 19. storočí L. Pasteur objasnil podstatu očkovania. Dokázal, že ochrana proti infekčným chorobám môže byť zabezpečená práve očkovaním. Rozhodujúcim krokom v ľudskej imunizácii bolo použitie post expozičnej vakcinácie proti besnote u mladého J. Meistera, ktorý bol pohryzený besným psom. Koncom 19. a začiatkom 20. storočia došlo k poznaniu mnohých pôvodcov infekčných chorôb a následne k objavom a rozvoju ďalších očkovacích látok.

Slovenská republika sa od roku 1986 riadi jednotným imunizačným programom. Národný imunizačný program je zameraný na prevenciu prenosných ochorení preventabilných očkovaním. Program sa plní v súlade s odporúčaniami Svetovej zdravotníckej organizácie a v súlade s praxou členských štátov krajín Európskej únie. Národný imunizačný program v Slovenskej republike zahŕňa pravidelné povinné očkovanie detí a dospelých, očkovanie osôb vo vysokom riziku infekcie a očkovanie všeobecne odporúčané v záujme prevencie ochorení. Očkovanie sa realizuje v súlade so Zákonom č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a v súlade s jeho vykonávacím predpisom Vyhláškou č. 585/2008 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení v znení neskorších predpisov, ktorá bola doplnená o vyhlášku č. 273/2010, ktorou sa mení a dopĺňa Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 585/2008 Z. z. a vyhlášku č. 544/2011, ktorou sa mení a dopĺňa Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 585/2008 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení v znení Vyhlášky č. 273/2010 Z. z.

Vyhláška 585/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení v §5 špecifikuje nasledujúce druhy očkovania:

- povinné pravidelné očkovanie osôb, ktoré dosiahli určený vek,
- povinné očkovanie osôb, ktoré sú vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz,
- povinné očkovanie osôb, ktoré sú profesionálne vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz,
- odporúčané očkovanie osôb, ktoré sú vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz,
- odporúčané očkovanie osôb, ktoré sú profesionálne vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz,
- očkovanie osôb cestujúcich do cudziny a z cudziny,
- očkovanie osôb na vlastnú žiadosť,
- povinné mimoriadne očkovanie.

V súlade so Zákonom č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s Vyhláškou č. 585/2008 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení v znení neskorších predpisov sa každoročne vykonáva administratívna kontrola pravidelného povinného očkovania, pri ktorej sa sleduje zaočkovanosť detí očkovaných vzhľadom na dosiahnutý vek. Zaočkovanosť sa vyhodnocuje na úrovni obvodov, okresov, krajov a celého Slovenska.

Tab. 6.14 Rozvoj očkovacieho programu na území Slovenska

Rok	Očkovanie proti	Charakter očkovania
1919	pravé kiahne	povinné (v Uhorsku od r. 1836)
1942	záškrt	povinné (na Slovensku)
1946	záškrt	povinné pre Československo
1952	tetanus	odporúčané
1953	čierny kašeľ	odporúčané
1953	tuberkulóza	povinné

Tab. 6.14 Rozvoj očkovacieho programu na území Slovenska - pokračovanie

Rok	Očkovanie proti	Charakter očkovania
1957	detská obrna (Salkova vakcína)	celonárodné
1958	záškrt, tetanus, čierny kašeľ	povinné, trojvakcína
1960	detská obrna (Sabinova vakcína)	povinné
1969	osýpky	povinné
1973 - 1975	tetanus	celonárodné
1982	ružienka	povinné pre dievčatá do veku 14 rokov
1985	ružienka	povinné od veku 15 mesiacov
1985	vírusová hepatitída typ B	rizikové skupiny
1987	vírusová hepatitída typ B	ďalšie rizikové skupiny
1987	prúšnice	povinné
1988	vírusová hepatitída typ B	rizikové skupiny (novorodenci HBsAg pozitívnych matiek)
1991	vírusová hepatitída typ B	rizikové skupiny
1992	osýpky, ružienka, prúšnice	povinné – kombinovaná vakcína
VIII. 1992	Hib (haemophilus influenzae typu b)	lokálne
XII. 1992	vírusová hepatitída typ A	postexpozične v epidémii
1997	Hib	lokálne
VII. 1998	vírusová hepatitída typ B	povinné – dojčatá od 10. týždňa
X. 1998	Hib	odporúčané
2000	Hib	povinné
2000	DTP (záškrt (D), tetanus (T), čierny kašeľ (P, pertussis))-VHB (vírusová hepatitída typ B)	kombinovaná vakcína
2001	DTP-Hib	kombinovaná vakcína
2004	záškrt	povinné preočkovanie v 13. roku života
2004	vírusová hepatitída typ B	povinné - adolescenti
2005	detská obrna - IPV	neživá parenterálna vakcína
2007	DTP-IPV-VHB-Hib	hexavakcína
2007	DT-IPV	preočkovanie v 13. roku života
2007	HPV (ľudský papilomavírus)	odporúčané
2008	pneumokoky (7)	odporúčané

Tab. 6.14 Rozvoj očkovacieho programu na území Slovenska - pokračovanie

Rok	Očkovanie proti	Charakter očkovania
2009	pneumokoky (7)	povinné pre deti v 1. roku života
2009	záškrt, tetanus	povinné preočkovanie dospelých
2010	čierny kašeľ	povinné preočkovanie v 13. roku života
X. 2010	pneumokoky (13)	povinné, dojčatá
2012	tuberkulóza	odporúčané

(Zdroj: Hudečková, Švihrová, 2013)

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky v súlade s § 5 Zákona č. 355/2007 o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a v súlade s Vyhláškou Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 585/2008 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení v znení neskorších predpisov vydáva každoročne aktuálny očkovací kalendár (tab. 6.15) pre povinné pravidelné očkovanie detí a dospelých. Povinné očkovanie je hrazené zo zdravotného poistenia.

Tab. 6.15 Očkovací kalendár

Vek	Druh očkovania	Typ očkovania
v 3. mesiaci života	záškrt, tetanus, čierny kašeľ' (acelulár. vakcína)	I. dávka (základné očkovanie)
v 5. mesiaci života	vírusová hepatitída B, invazívne hemofilové nákazy, detská obrna (DTaP-VHB-HIB-IPV)	II. dávka (základné očkovanie)
v 11. mesiaci života	pneumokokové invazívne ochorenia (konjugovaná vakcína (PCV), simultánna aplikácia s hexavakcínou)	III. dávka (základné očkovanie)
najskôr prvý deň 15. mesiaca, najneskôr v 18. mesiaci života	osýpky, mumps, ružienka (MMR)	I. dávka
v 5. roku života	osýpky, mumps, ružienka (MMR)	II. dávka

Tab. 6.15 **Očkovací kalendár** - pokračovanie

Vek	Druh očkovania	Typ očkovania
v 6. roku života	záškrt, tetanus, čierny kašeľ' (acelulár. vakcína) detská obrna (DTaP-IPV)	preočkovanie
v 11. roku života	osýpky, mumps, ružienka (MMR)	II. dávka
v 13. roku života	záškrt, tetanus, čierny kašeľ' (acelulár. vakcína) detská obrna (DTaP-IPV)	preočkovanie

(Zdroj: Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky)

6.3.1 Očkovacie látky

Očkovacie látky sa používajú na celom svete ako veľmi účinný spôsob ochrany ľudí pred nakazením infekčnými chorobami. Mnohé infekčné choroby sú v súčasnosti vďaka očkovaniu veľmi zriedkavé, preto sa na ich negatívne dôsledky niekedy zabúda. Keby sa ľudia prestali očkovať, mohli by sa znovu objaviť mnohé z týchto chorôb a vypuknúť s nimi súvisiace epidémie. Očkovacia látka nemôže vyvolať dané infekčné ochorenie. Očkovacie látky účinkujú tak, že tzv. učia imunitný systém (prirodzenú obranu tela) človeka brániť sa pred konkrétnym ochorením. Zameriavajú sa najmä na choroby spôsobené vírusmi alebo baktériami. Očkovacia látka obsahuje jeden alebo viacero antigénov a ďalšie zložky v závislosti od druhu očkovacej látky. Patria sem: stabilizátory, ktoré udržujú stabilitu jednotlivých zložiek očkovacej látky; adjuvansy tzv. pridané látky zlepšujúce imunitnú odpoveď očkovacej látky tak, aby bola intenzívnejšia, rýchlejšia a dlhodobejšia; pomocné látky - ide o neúčinné zložky, ako je voda, chlorid sodný (soľ); konzervačné látky alebo stabilizátory, ktoré prispievajú k nemennosti zloženia a účinnosti očkovacej látky počas skladovania. V niektorých druhoch očkovacích látok sa v stopových množstvách môžu vyskytovať aj iné látky, ktoré sa používajú vo výrobnom procese, ako je napríklad ovalbumín (vaječný proteín) alebo neomycín

(antibiotikum). Hladiny jednotlivých zložiek očkovacej látky sa neustále kontrolujú, aby boli stále na bezpečnej úrovni. Každá očkovač látka musí pred použitím prejsť **dôkladným testovaním**. Očkovač látka môže byť povolená na použitie v Európskej únii a Európskom hospodárskom priestore len po vedeckom vyhodnotení výsledkov týchto testov, aby sa zabezpečila jej kvalita, bezpečnosť a účinnosť.

Vakcíny sú vyrobené viacerými spôsobmi z: inaktivovaných alebo oslabených vírusov, inaktivovaných alebo oslabených baktérií, purifikovaných polysacharidov bakteriálnych bunkových stien, inaktivovaných toxínov, rekombinantnej DNA produkovanej genetickým inžinierstvom.

Sestra v ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast musí ovládať manipuláciu s očkovacími látkami. Dôležité je dodržať tepelné podmienky uskladnenia očkovacích látok. Očkovač látky sa skladujú pri teplote +2 - +8 °C. V ambulanciách sa neodporúča skladovať očkovacie látky dlhšie ako jeden mesiac. Pri príprave očkovacej látky je potrebné dodržiavať správnu techniku prípravy. V prípade lyofilizovaných očkovacích látok je potrebné očkovaciu látku nariediť. Je dôležité dodržať objem riediaceho roztoku, postup riedenia a čas dokedy je možné nariedenú očkovaciu látku aplikovať. Niekedy je potrebné pri očkovaní vykonať kombináciu očkovacích látok. Pri kombinácii očkovacích látok platia tri základné pravidlá:

- odlišné vakcíny sa nemôžu kombinovať v jednej striekačke, okrem výnimiek v SPC (Summary of Product Characteristic),
- aplikácia do rôznych aplikačných miest, pokiaľ sa podávajú dve rôzne očkovacie látky v jeden deň,
- poznať možnosť kombinácie vakcín podľa typu vakcín pri aplikácii v jeden deň. (tab. 6.16, 6.17)

Tab. 6.16 **Doporučené intervaly pri postupnom očkovaní a kombinovaní „živých“ a „neživých“ vakcín**

Kombinácia vakcín	Doporučený minimálny interval medzi dávkami
≥2 neživé vakcíny	žiadny, môžu byť podané súbežne kedykoľvek a v akomkoľvek časovom intervale
neživé a živé atenuované vakcíny	žiadny, môžu byť podané súbežne kedykoľvek a v akomkoľvek časovom intervale
≥2 živé atenuované vakcíny, podané do kože, pod kožu, do svalu	štvortýždňový interval, pokiaľ nie sú podané súčasne

(Zdroj: Fait, Vrablík, Češka a kol., 2011)

Tab. 6.17 **Rozdelenie očkovacích látok na živé a neživé**

Očkovacia látka		Ochorenie proti ktorému sa očkuje
živá oslabená (atenuovaná)		TBC, detská obrna, žltá zimnica
neživá	inaktivovaná	VHA, kliešťová encefalitída
	toxoid (inaktivovaný toxín)	tetanus, záškrt
	subjednotková a kombinovaná	chrípka, meningokoková meningitída
	rekombinantná	VHB, infekcie HPV

(Zdroj: Fait, Vrablík, Češka a kol., 2011)

Očkovacie látky sa môžu aplikovať viacerými spôsobmi:

- viacnásobnými vpichmi,
- intradermálne (predná strana m. deltoideus, volárna strana predlaktia)
- subkutánne (m. deltoideus, m. quadriceps),
- intramuskulárne (m. deltoideus, m. vastus lateralis),
- persliznicová aplikácia (perorálne, inhalačne),
- perkutánne.

Pri samotnom výkone aplikácie očkovacej látky očkujúci: opticky skontroluje obsah ampulky (pri prítomnosti zrazenín sa obsah nesmie použiť), po vybratí z chladničky ampulku ohreje v rukách a premieša (studená očkovacia látka vyvoláva pri aplikácii bolestivú reakciu), uloží očkovaného do vhodnej polohy a prístupné miesto vpichu, zvolí správne miesto na aplikáciu, po dezinfekcii

miesta vpichu a zaschnutí dezinfekčného roztoku aplikuje očkovaciu látku tzv. suchou ihlou (prevencia možných lokálnych reakcií po očkovaní), spôsob aplikácie a miesto aplikácie dodržiava podľa odporúčaní výrobcu očkovacej látky, po aplikácii očkovacej látky miesto vpichu sa nemasíruje (zabráni sa prenikaniu očkovacej látky cez kanál vpichu, ktorá môže spôsobiť bolesť a lokálne podráždenie), zabezpečí zdravotnícky dohľad u očkovaného počas 30 minút po očkovaní (maximum alergických reakcií sa vyskytuje do 30 minút po výkone). Údaje o očkovaní sa zapisujú do zdravotnej dokumentácie a do očkovacieho preukazu, ktorý vystaví lekár. Záznam o očkovaní v zdravotnej dokumentácii obsahuje dátum očkovania, názov a poradie dávky očkovacej látky, výrobcu, šaržu, dávku, spôsob aplikácie a meno očkujúceho. Do zdravotnej dokumentácie sa zapíše aj dôvod, pre ktorý sa očkovanie neuskutočnilo, a tiež nezvyčajné reakcie, ktoré sa u očkovaného vyskytli.

Kontraindikácie očkovania u dieťaťa sú uvedené v odbornom usmernení Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vykonávaní očkovania u detí a dorastu s dočasnými alebo trvalými kontraindikáciami očkovania číslo 33477/2010 – OZS v článku III. Podľa tohto usmernenia kontraindikácie sú u dieťaťa:

- imunokompromitovaného (primárne alebo sekundárne imunodeficientné stavy),
- s neurologickými poruchami,
- s nežiaducimi reakciami po predchádzajúcom očkovaní,
- so závažnými akútnymi ochoreniami v prípade rizika z omeškania, vyžadujúceho hospitalizáciu počas výkonu očkovania,
- so závažnými ochoreniami, vyžadujúcimi individuálny prístup k očkovaniu,
- s úplnou alebo čiastočne neznámou anamnézou o očkovaní.

V prípade kontraindikácie očkovania sa dieťa z ambulancie všeobecného lekára pre deti a dorast odošle do príslušného centra očkovania. Lekár špecialista posúdi kontraindikáciu očkovania (dočasná, trvalá) a vypracuje sa individuálna očkovacia schéma, po konzultácii so špecialistami v príslušných odboroch.

Každá očkovacia látka má okrem svojho pozitívneho účinku aj možné nežiaduce účinky (tab. 6.18). Nežiaduce účinky sa delia na tri hlavné skupiny:

- fyziologické lokálne alebo celkové nežiaduce účinky,
- závažné fyziologické nežiaduce účinky vrátane neurologických,
- alergické nežiaduce účinky.

Nezvyčajné reakcie oznamuje lekár Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv a príslušnému regionálnemu úradu verejného zdravotníctva.

Tab. 6.18 Kategórie najčastejšie očakávaných fyziologických lokálnych a celkových nežiaducich účinkov po očkovaní

Lokálny nežiaduci účinok	Žiadny	Mierny	Stredne ťažký	Ťažký
začervenanie	0 mm	0 – 25 mm	26 – 50 mm	51 mm a viac
opuch	0 mm	0 – 25 mm	26 – 50 mm	51 mm a viac
bolesť	bez bolesti	bolesť na dotyk	bolesť pri pohybe končatiny	spontánna bolesť
Celkový nežiaduci účinok	Žiadny	Mierny	Stredne ťažký	Ťažký
telesná teplota	do 37,4 °C	37,5 – 38,0 °C	38,1 – 39,0 °C	39,1 °C a viac
únava	žiadny celkový nežiaduci účinok sa neobjavil	nežiaduci účinok je tolerovaný, očkovaný vykonáva bežné aktivity, neužíva lieky	nežiaduce účinky u očkovaného narúšajú vykonávanie bežných aktivít, na zlepšenie stavu sa môžu užívať lieky	nežiaduce účinky u očkovaného znemožňujú vykonávanie bežných denných aktivít, na zmiernenie problémov sa vždy užívajú lieky, očkovaný vyhľadá pomoc lekára
bolesť hlavy				
bolesť svalov				
bolesť kĺbov				
trávacie ťažkosti				

(Zdroj: Fait, Vrablík, Češka a kol., 2011)

Úlohy sestry v manažmente očkovacích látok spočívajú v:

- príjem očkovacích látok,
- priebežná kontrola teploty uskladnenia,
- kontrola kapacity skladovania,

- vybavenie na zachovanie chladového reťazca,
- udržiavanie vybavenia,
- manažmente zásob,
- efektívna dodávka očkovacích látok,
- správna manipulácia s očkovacími látkami,
- efektívne monitorovanie očkovacích látok,
- kontrola odpadu z výkonu očkovania.

Literatúra

BELUŠ, D. Vývin chrupu. In ŠAŠINKA, M., NYULASSY, Š., BADALÍK, L. *Vademecum Medici*. Martin : Osveta, 2003. S. 169 – 171. ISBN 80-8063-115-8.

Činnosť všeobecných ambulancií pre deti a dorast v slovenskej republike 2020. Národné centrum zdravotníckych informácií [online]. [cit. 2021-12-07].

Dostupné na internete:

https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Vse_obecna_starostlivost_deti_dorast/Pages/default.aspx

Európsky informačný portál o očkovaní [online]. [cit. 2021-07-07]. Dostupné na internete: <https://vaccination-info.eu/sk/skutocnosti-tykajuce-sa-ockovacich-latok/ako-ucinkuju-ockovacie-latky/zlozky-ockovacich-latok>

FAIT, T., VRABLÍK, M. ČEŠKA, R. a kol. *Preventívni medicína*. Praha : Maxdorf, 2011. 770 s. ISBN 978-80-7345-237-7.

HORANSKÝ, V., MOJŽIŠ, R., SLAFKOVSKÝ, A. *Pediatric primárnej starostlivosti*. Liptovský Mikuláš : TeLeM, TLM s. r. o., 1994. 415 s. ISBN 80-901404-3-2.

KAIFEROVÁ, J. KOVÁCSOVÁ, L, MARKOVSKÁ, N. Význam prevencie a ošetrovania zubného kazu v mliečnom chrupe. In *Praktické lekárnictvo*. ISSN 1339-4185. 2011, roč. 1, č. 1, s. 16 – 18.

KOLARČÍK, L., DEDEK, V., PTÁČEK, M. *Příručka pro sestry v oftalmologii*. Praha : Grada, 2016. 160 s. ISBN 978-80-247-5458-1.

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecná starostlivosť o deti a dorast č. 15988 – 1/2006 - OZS. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2006. Roč. 54, osobitné vydanie.

KOVÁCS, L. a kol. *Pediatrická propedeutika*. Bratislava : ARETE s. r. o., 2014. 124 s. ISBN 978-80-970624-4-6.

KRÁĽOVÁ, J. *Hodnotenie výživového stavu*. Ústav ochrany a podpory zdravia [online], 2018. [cit. 2021-09-06]. Dostupné na internete: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjz-rCCpajxAhXH2qQKHe_UApcQFjAAegQIBhAD&url=https%3A%2F%2Fis.muni.cz%2Ffel%2Fmed%2Fpodzim2018%2FBVVP0321c%2Fum%2FHodnotenie_vyzivoveho_stavu2018.pdf%3Fstahnout%3D1%3Bdk%3D1BoNeXCM&usg=AOvVaw3fUPYaGfA0dL-D-ZN6JkPI

KREJČOVSKÝ, L., RIEDLOVÁ, J., BLÁHA, P. Metodika měření vybraných tělesných parametrů. In: VIGNEROVÁ, J., BLÁHA, P. *Sledování růstu českých dětí a dospívajících: norma, vyhublost, obezita*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2001. s. 15 - 21. ISBN 80-707-1173-6.

LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L. a kol. *Predklinická pediatrie*. Praha : Galen, 2007. 247 s. ISBN 978-80-7262-438-6.

Medical Giraffe Height Measuring Stadiometer [online]. [cit. 2021-08-10]. Dostupné na internete: <https://www.konga.com/product/medical-giraffe-height-measuring-stadiometer-4082911>

MICHÁLEK, J. a kol. *Pediatrická propedeutika. Vybrané kapitoly*. Brno : Muni Press, 2013. 159 s. ISBN 978-80-210-4695-5.

MUSCARI, M. *Pediatric Nursing*. Philadelphia : Wolters Kluwer, 2016. 299 pp. ISBN 978-1-4511-9428-9.

Očkovací kalendár. [online]. [cit. 2021-08-10]. Dostupné na internete: https://www.uvzsr.sk/docs/info/ockovanie/Ockovaci_kalendar_pre_pravidelne_povinne_ockovanie_deti_a_dospelych_na_rok_2021.pdf

Odborné usmernenie pre včasnú diagnostiku poruchy sluchu u novorodencov a detí č. 25940-7/2005 – OZS. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2006. Roč. 54, čiastka 24 – 27.

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podpore výživy dojčiat a batoliat dojčením č. 14422/2009 – OZS. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2009. Roč. 57, čiastka 54 – 55.

Odporúčané výživové dávky pre obyvateľstvo v Slovenskej republike (9. revízia). Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2015. Roč. 63, čiastka 4 – 5.

Percentilový graf telesnej výšky chlapci [online]. [cit. 2021-08-10]. Dostupné na internete: <https://www.pfizerpro.sk/sites/pfizerpro.sk/files/g10052171/f/201810/RastKrivkyChlapci.pdf>

Percentilový graf telesnej výšky dievčatá [online]. [cit. 2021-08-10]. Dostupné na internete: <https://www.pfizerpro.sk/sites/pfizerpro.sk/files/g10052171/f/201810/RastKrivkyDievcata.pdf>

Růstové grafy [online]. [cit. 2021-08-10]. Dostupné na internete: http://szu.cz/uploads/documents/obi/CAV/6.CAV_5_Rustove_grafy.pdf

SIKOROVÁ, L. *Detská sestra v primárni a komunitní péči*. Praha : Grada, 2012. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.

SVAČINA, Š. a kol. *Klinická dietologie*. Praha : Grada, 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-7031-4.

ŠPÁNIKOVÁ, M. Práca všeobecného lekára pre deti a dorast – náplň práce detského lekára v línii prvého kontaktu. In *Pediatrica pre prax*. ISSN 1339-4231. 2009, roč. 10, č. 2, s. 109 – 110.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2008. Roč. 56, čiastka 32 – 51.

Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

7 AMBULANTNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O Dospelých

Libuša Tirpáková

Ambulancie všeobecného lekárstva poskytujú primárnu zdravotnú starostlivosť dospeljej populácii. Sú zaradené do verejnej minimálnej siete. Ambulantná zdravotná starostlivosť sa poskytuje aj v domácom prostredí alebo inom prirodzenom prostredí osoby.

Koncepciu zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecné lekárstvo vydalo Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky v súlade s § 45 ods. 1 písm. a) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 350/2005 Z. z. Hlavnou náplňou odboru všeobecné lekárstvo je: zabezpečiť prvý kontakt občana s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti; zabezpečiť rovnosť k voľnému a neobmedzenému prístupu občana k všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti; rozhodnúť o spôsobe poskytnutia zdravotnej starostlivosti vo vlastnej kompetencii, sprostredkovaním špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti; zabezpečiť integráciu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, jej kontinuitu a dostupnosť po časovej osi života osoby; zabezpečiť poskytovanie komplexnej a kontinuálnej zdravotnej starostlivosti dospelým obyvateľom bez rozdielu veku, pohlavia, rasy či náboženstva; zabezpečiť manažment zdravotnej starostlivosti osoby; zabezpečiť kvalitu a efektivitu celého systému poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť poskytuje všeobecný lekár a sestra s príslušnou odbornou spôsobilosťou. Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky číslo: 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení uvádza, že personálne zabezpečenie tvoria lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo a sestra alebo sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v odboroch vnútorného lekárstva (od roku 2018 je aktuálna špecializácia

ošetrovateľská starostlivosť o dospelých). Materiálno-technické vybavenie tvoria základné priestorové vybavenie (priestory ambulancie, čakáreň, hygienické zariadenie) a základné vecné vybavenie a prístrojové vybavenie všeobecnej ambulancie pre dospelých (pomôcky na dezinfekciu a sterilizáciu, pomôcky na podávanie liekov, pomôcky na odber biologického materiálu, pomôcky na meranie vitálnych funkcií, resuscitačný set, taška pre návštevnú službu lekára a sestry s príslušným vybavením...). Okrem základného vecného a prístrojového vybavenia ďalšie vybavenie tvoria aj nástroje na ušno -nosovo-krčné vyšetrenie (otoskop alebo čelový reflektor so spekulami, ladička C5), neurologické kladivko, nástroje a pomôcky na očné vyšetrenie (optotypy, tabuľky na vyšetrenie farbocitu, očná lupa), prístroj na stanovenie C-reaktívneho proteínu (CRP) s možnosťou stanovenia ďalších parametrov podľa použitých testov a možnosťou softwarového vybavenia na ďalšie testy, ak nie je výsledok vyšetrenia dostupný do 15 minút.

7.1 Sestra v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých

Ambulancia všeobecného lekára predstavuje medicínu prvej línie a zabezpečuje zdravotnú starostlivosť v dvoch rovinách. Jedná sa o prvý kontakt s pacientom a následne o stály styk v rámci zabezpečovania kontinuálnej starostlivosti o zdravie pacientov. Ideálna sestra v ordinácii všeobecného lekára je vysoko vzdelanou profesionálkou, ktorá s prehľadom a spoľahlivo zvláda každodenné problémy v praxi. Kompetencie sestry v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých sa odvíjajú od dosiahnutého vzdelania a dĺžky praxe. Rozsah kompetencií sestry určuje Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 95/2018 Z. z. ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

Sestra vykonáva odbornú činnosť v oblasti liečebno-preventívnej, hygienicko-epidemiologickej a zdravotno-výchovnej.

Rozsah ošetrovateľskej praxe v oblasti liečebno-preventívnej, ktorú vykonáva sestra samostatne v súlade s lekárskou diagnózou v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých najčastejšie pozostáva z: posudzovania potrieb a uspokojovania potrieb klienta, zabezpečuje dodržiavanie bezpečného prostredia osoby a ochranu intimity osoby pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, podieľa sa na zhodnotení stavu osoby formou kontrolného záznamu alebo dotazníka vo vzťahu k príslušnému ochoreniu alebo klinickému stavu a informuje lekára o zistených odchýlkach, meria, sleduje a interpretuje číselné údaje a klinické údaje o vitálnych funkciách osoby a o fyziologických funkciách osoby v rozsahu nevyhnutnom na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vykonáva orientačné vyšetrenie zrakovej ostrosti pomocou optotypov, orientačné vyšetrenie farbocitu a orientačné vyšetrenie sluchu, vyšetruje krv pomocou jednoduchých diagnostických prístrojov, realizuje orientačné vyšetrenie moču, hodnotí a ošetruje poruchy celistvosti kože a slizníc, poskytuje prvú pomoc a resuscitáciu vrátane použitia automatického externého defibrilátora a záchranného dýchania anestéziologickou maskou. Na základe indikácie lekára sestra pripravuje pacienta k liečebným a vyšetrovacím výkonom, realizuje odber biologického materiálu, aplikuje lieky enterálne a parenterálne, vykonáva preväz a ošetrenie rán.

Prevencia v primárnej zdravotnej starostlivosti o dospelých pozostáva zo systematickej preventívnej činnosti realizovanej komplexnými preventívnymi prehliadkami, dispenzarizáciou pacientov s vybranými ochoreniami a očkovaním proti prenosným ochoreniam. Pri realizácii týchto činností sestra aktívne spolupracuje. V rámci prevencie sestra realizuje edukáciu zameranú na zdravý životný štýl a intervencie na podporu zdravia a proti zisteným rizikovým faktorom.

Sestra dbá na dodržiavanie hygienicko-epidemiologického režimu, zabezpečuje plynulú a hygienickú prevádzku pracoviska. Súčasťou práce sestry je aj návštevná služba vo vlastnom sociálnom prostredí pacienta.

V administratívnej činnosti práca sestry spočíva v príprave, preberaní, kompletizácii a archivácii zdravotnej dokumentácie, u nového pacienta v zakladaní novej zdravotnej dokumentácie a registrácii (kapitácii) pacienta.

Práceschopným pacientom pripravuje formulár pracovnej neschopnosti a vedie ich evidenciu, vedie štatistické údaje. Formou dokumentácie je aj písomná (mailová) komunikácia s pacientmi – odosielanie predvolaní na preventívne prehliadky, povinné očkovania, predvolanie na dostavenie sa na kontrolu dočasnej práceneschopnosti. K administratívnej práci sestry patrí aj spracovanie ročných výkazov podľa pokynov Národného centra zdravotníckych informácií.

Poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti vyžaduje od sestry nielen odborné vedomosti, ale aj sociálne a komunikačné zručnosti. Pri získavaní informácií sestra využíva verbálnu a neverbálnu komunikáciu, je dôležité počúvať pacienta, neprerušovať ho a nerušiť ho zbytočnými otázkami, pri komunikácii s pacientom vylúčiť rušivé momenty – telefonovanie, rozprávanie iných ľudí, hľadať podstatu hovoreného. Sestra má komunikovať profesionálne, neprejavovať a nenechať sa ovplyvniť osobnými predsudkami, sympatiami a nesympatiami.

Tab. 7.1 Rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou v ambulancii všeobecného lekára

1.	samostatná práca v súlade so štandardami v ošetrovatelstve a lekárskou diagnózou
2.	samostatná práca na základe indikácie lekára
3.	ošetrovateľské výkony, ktoré súvisia s diagnostickými a liečebnými výkonmi uskutočňovanými lekárom
4.	administratívna činnosť
5.	sestra ako „blízky človek“
6.	sestra ako asistentka
7.	sestra ako školiteľka

(Zdroj: Gazdíkova . a kol., 2021)

7.2 Preventívna starostlivosť o dospelých

Prevencia je nenahradiiteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Všeobecné zaužívané delenie profylaxie rozoznáva primárnu a sekundárnu prevenciu. Primárna prevencia je prevencia, ktorá sa zameriava

na posilňovanie zdravia a na znižovanie až elimináciu rizikových faktorov, ktoré majú preukázateľný a priamy vplyv na vznik ochorení. Úlohou sekundárnej prevencie je skorý záchyt ochorenia a zabránenie jeho ďalšieho šírenia – skríning. Prevencia u dospelých sa zameriava na nozologické jednotky podľa priorít zdravotnej politiky štátu: kardiovaskulárne ochorenia (arteriálna hypertenzia, ICHS a cievne ochorenia mozgu), ďalšie ochorenia so závažným celospoločenským dopadom ako diabetes mellitus, poruchy lipidového metabolizmu, osteoporóza, nádorové ochorenia, chronickú obštrukčnú chorobu priedušiek, astmu bronchiale, alergické ochorenia, duševné poruchy a poruchy správania, alkoholizmus, nikotinizmus a drogové závislosti.

Obsah a periodicitu preventívnych prehliadok upravuje Zákon 577/2004 Z. z. a jeho novelizácie, naposledy 133/2021 Z. z. Periodicita preventívnych prehliadok u poistencov starších ako 18 rokov je jedna preventívna prehliadka raz za dva roky, raz ročne ak ide o darcu krvi, orgánov alebo tkanív. Náplňou preventívnej prehliadky je aktualizácia anamnestických údajov, fyzikálne vyšetrenie pacienta, laboratórne vyšetrenia, EKG, skríning kolorektálneho karcinómu, skríning rakoviny prostaty, kontrola stavu očkovania.

7.2.1 Anamnéza

Zber anamnestických údajov pozostáva z osobnej anamnézy, vrátane sociálnej, so zameraním na zmeny, rizikové faktory a profesijné riziká. Zisťujú sa aktuálne subjektívne ťažkosti pacienta a abúzy (fajčenie, užívanie alkoholu, užívanie drog). V rodinnej anamnéze sa kladie dôraz na výskyt kardiovaskulárnych ochorení, výskyt hypertenzie, diabetes mellitus, poruchy metabolizmu tukov a výskyt nádorových ochorení.

7.2.2 Fyzikálne vyšetrenie

Fyzikálne vyšetrenie je zamerané na vyšetrenie jednotlivých orgánových systémov. Súčasťou vyšetrenia je aj kontrola krvného tlaku a pulzu. Pri kontrole hodnôt krvného tlaku sestra dodržiava správny postup merania krvného tlaku

a eliminuje faktory, ktoré negatívne vplývajú na namerané hodnoty krvného tlaku (správna veľkosť manžety; umiestnenie tlakomeru vo výške srdca; pri meraní krvného tlaku pacient sedí s opretým chrbtom, dolné končatiny má voľne položené na podložke, horná končatina má byť mierne ohnutá v lakti, predlaktie má byť vo výške srdca, dlaň smeruje nahor; v priebehu merania krvného tlaku pacient nevykonáva žiadne aktivity – rozprávanie, pohyby; pred meraním krvného tlaku pacient nemá fajčiť, požiť kofeín a vykonávať fyzickú aktivitu), pri kontrole pulzu je dôležité aby pacient pred meraním pulzu bol aspoň 5 minút v pokoji.

Sestra realizuje meranie telesnej hmotnosti a výšky na základe ktorých sa stanoví BMI skóre pacienta.

7.2.3 Laboratórne vyšetrenia

Rozsah laboratórnych vyšetrení určuje zákon č. 577/2004 Z. z. - kreatinín Alanínaminotransferáza ALT, glukóza, cholesterol celkový, triacylglyceroly sedimentácia erytrocytov, krvný obraz, orientačné chemické vyšetrenie moču. Zákon č. 41/2013 upravil periodicitu kontroly triacylglycerolov a cholesterol celkový u všetkých osôb nad 40 rokov v dvojročných intervaloch (predtým len u osôb 40 – 41 ročných).

Pred odberom krvi na laboratórne vyšetrenie sestra poučí pacienta o príprave na odber (nalačno aspoň 12 hodín pred odberom, dodržať pitný režim, pred odberom neužiť lieky, ktoré by mohli negatívne ovplyvniť laboratórne výsledky), rovnako poučí pacienta aj o spôsobe odberu moču. Odber krvi realizuje sestra uzavretým alebo otvoreným spôsobom.

7.2.4 Hodnotenie kardiovaskulárneho rizika

Kardiovaskulárne ochorenia sú zodpovedné za takmer polovicu všetkých úmrtí v Európe aj na Slovensku. Sú hlavnou príčinou invalidity a zníženej kvality života. Podľa štatistických údajov sú kardiovaskulárne ochorenia v Európe zodpovedné za úmrtie do 75 rokov u 42 % žien a 38 % mužov. Najčastejšími

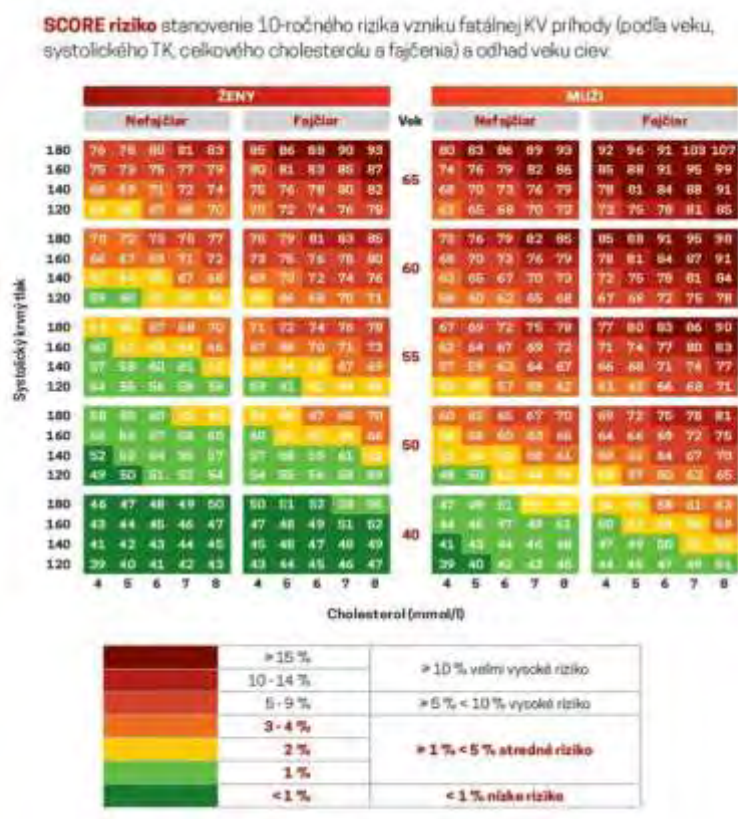
rizikovými faktormi kardiovaskulárnych ochorení sú: fajčenie, stres, nadváha, poruchy metabolizmu tukov, inzulínová rezistencia, neliečený vysoký tlak, pohybová inaktivita, u žien aj nedostatok estrogénov.

V súčasnej dobe sa na stanovenie absolútneho kardiovaskulárneho rizika odporúča systém SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Tabuľky tohto systému (obr. 7.1), z ktorých sa odčítava absolútne kardiovaskulárne riziko, boli vypracované na základe rozsiahleho súboru dát z európskych epidemiologických štúdií. V súčasnosti sú k dispozícii európska verzia (pre vysoké a nízke riziko) a verzie pre jednotlivé štáty. Slovensko na základe štatistických údajov je zaradené medzi štáty s vysokým rizikom. Absolútne kardiovaskulárne riziko sa z neho určuje ako pravdepodobnosť smrteľnej artériosklerotickej kardiovaskulárnej príhody v nasledujúcich 10 rokoch alebo do veku 60 rokov. Vysoké kardiovaskulárne riziko je definované ako pravdepodobnosť výskytu smrteľnej kardiovaskulárnej príhody v nasledujúcich 10 rokoch $\geq 5\%$. Na stanovenie tohto rizika sa používajú nasledujúce rizikové faktory: pohlavie, vek, status fajčiar/nefajčiar, hodnota systolického krvného tlaku a hodnota plazmatickej koncentrácie celkového cholesterolu.

Model SCORE sa používa na zhodnotenie kardiovaskulárneho rizika v rámci primárnej prevencie u jedincov bez preukázaného ochorenia. Dôležitú úlohu zohrávajú pravidelné preventívne prehliadky. Na základe hodnotenia celkového zdravotného stavu a laboratórnych výsledkov jedinca sa vyhodnotí stupeň kardiovaskulárneho rizika a stanoví individuálny plán. Jedincom s nízkym kardiovaskulárnym rizikom ($<5\%$) sa poskytnú rady, ako tento priaznivý stav udržať. U jedincov s vysokým kardiovaskulárnym rizikom ($\geq 5\%$) a u tých, ktorí vysoké riziko dosiahnu vo veku do 60 rokov života je potrebné začať s preventívnymi opatreniami.

Preventívne opatrenia spočívajú aj v edukácii pacienta o zdravom životnom štýle – u fajčiarov ukončenie fajčenia; úprava jedálnička s adekvátnym prísunom čerstvého ovocia a zeleniny, vlákniny, konzumácii rýb a potravín obsahujúcich nenasýtené alebo omega-3-mastné kyseliny, u obéznych jedincov zníženie kalorického príjmu; zvýšenie pohybovej aktivity do takej miery, aby ich kardiovaskulárne riziko kleslo na čo najnižšiu úroveň. Za vhodné aktivity sa

predovšetkým považuje chôdza, beh, bicyklovanie, plávanie a ďalšie aeróbne aktivity.



Obr. 7.1 SCORE riziko

(Zdroj: <http://www.syntrival.sk/score-vypocet/>)

7.2.5 Onkologický skríning

Skríning je rozpoznávanie zdravotného problému (choroby, stavu) u osôb, ktoré nejavia známky tohto problému, pomocou testov alebo metód. Cieľom skríningu je záchyt chorôb v štádiu, kedy sú ešte liečiteľné.

Kolorektálny karcinóm patrí medzi najzávažnejšie súčasné problémy sveta v oblasti neprenosných chorôb. Takmer 60 % prípadov sa vyskytuje vo vyspelých štátoch. Odporúčaný skríning pre kolorektálny karcinóm začína vo veku 50 rokov a pokračuje až do 75. roku života. Cieľom skríningu kolorektálneho karcinómu je zvýšenie záchytu a odstránenia prednádorových polypóznych lézií

hrubého čreva, zvýšenie záchytu včasných štádií kolorektálneho karcinómu, zníženie úmrtnosti a incidencie na ochorenie kolorektálneho karcinómu a zníženie paliatívnych chirurgických operácií, endoskopických a chemoterapeutických paliatívnych výkonov u pokročilých štádií. Oportúnny skríning rakoviny konečníka a hrubého čreva je zameraný na vyhľadávanie rakoviny konečníka a hrubého čreva v rámci preventívnych prehliadok každé dva roky. U jedincov so zvýšeným rizikom test nie je vekovo obmedzený. Populačný skríning rakoviny konečníka a hrubého čreva je zameraný na aktívne a organizované vyhľadávanie rakoviny konečníka a hrubého čreva. Indikovaných poistencov na populačný skríning pozýva zdravotná poisťovňa. Na Slovensku bola od januára do októbra 2019 uskutočnená prvá fáza skríningu kolorektálneho karcinómu na vzorke 20 tisíc vybraných a pozvaných ľudí príslušnými zdravotnými poisťovňami podľa presne stanovených kritérií. Alternatívnou možnosťou je absolvovať tzv. primárnu skríningovú kolonoskopiu, ktorú v prípade, že je negatívna je odporúčané zopakovať o 10 rokov.

Odber stolice na okultné krvácanie pacient realizuje v domácom prostredí. Sestra poučí pacienta o spôsobe odberu. V závislosti od typu použitého testu poučí pacienta aj o potrebných diétnych obmedzeniach. V súčasnosti používané testy si nevyžadujú špeciálne diétne opatrenia, s výnimkou vysadenia liekov, ktoré môžu mať vplyv na výsledok vyšetrenia. Vyšetrenie odobratej vzorky a spôsob jeho vyhodnotenia závisí od typu použitého testu.

Karcinóm prostaty patrí medzi najčastejšie onkologické ochorenia u mužov s narastajúcim trendom výskytu. Slovensko patrí medzi krajiny so stredne vysokým výskytom tejto malignity. Cieľom skríningu karcinómu prostaty je diagnostika ochorenia vo včasnom štádiu, keď je ešte možná účinná liečba. Cieľovou skupinou skríningu sú muži od 50. roku veku a muži od 40. roku veku s výskytom karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve. Zákon č. 577/2004 Z. z. určuje obsah kompletnej preventívnej urologickej prehliadky, ktorá zahŕňa: fyzikálne vyšetrenie, palpačné vyšetrenie prostaty per rektum, palpačné vyšetrenie semenníkov, ultrazvukové vyšetrenie močových ciest a obličiek. Laboratórne vyšetrenia: moč chemicky, močový sediment, kreatinín, prostatický antigén (PSA). Periodicita preventívnej urologickej prehliadky je raz

za tri roky. Podľa hodnôt prostatického antigénu sa preventívna prehliadka upravuje nasledovne: raz za tri roky nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 1,0 ng/ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve alebo raz za dva roky nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 1,1 ng/ml – 2,5 ng/ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve alebo raz za jeden rok vo veku nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 2,6 ng/ml – 4,0 ng/ml s výskytom karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve.

7.3 Očkovanie dospelých

Očkovanie dospelých sa realizuje v súlade s Vyhláškou Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 585/2004. Do pravidelného povinného očkovania dospelých je zaradené preočkovanie proti tetanu a diftérii každých 15 rokov. Povinnosť ďalších očkovaní vychádza z príslušnosti k rizikovej skupine alebo možného profesionálneho rizika. Očkovanie sa odporúča aj osobám, ktoré sú vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz alebo, ktoré sú profesionálne vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz. Očkovanie sa môže realizovať aj na vlastnú žiadosť osoby, taktiež pri cestovaní, hlavne do exotických krajín.

Tab. 7.2 Očkovanie dospelých

Očkovanie	Veková skupina		
	19 - 59	60 - 64	≥65
Diftéria, tetanus	preočkovanie – 1 dávka každých 15 rokov		
Chrípka	raz ročne (zdravotná indikácia, vlastná žiadosť, obyvatelia ÚSS)	raz ročne	
Pneumokoky	základné očkovanie – 1 dávka preočkovanie – 1 dávka každých 5 rokov (zdravotná indikácia, vlastná žiadosť, obyvatelia ÚSS)	základné očkovanie – 1 dávka preočkovanie – 1 dávka každých 5 rokov	
Hepatitída A	2 dávky – interval 6 – 12 mesiacov (zdravotná indikácia, profesionálne riziko, vlastná žiadosť)		
Hepatitída B	3 dávky – 0, 2, 6 mesiacov (zdravotná indikácia, profesionálne riziko, vlastná žiadosť)		
Tuberkulóza	tuberkulín negatívne osoby (kontakt s TBC, profesionálne riziko)		

Tab. 7.2 **Očkovanie dospelých** - pokračovanie

Očkovanie	Veková skupina		
	19 - 59	60 - 64	≥65
Meningokoky	1 dávka (zdravotná indikácia, vlastná žiadosť)		
Kliešťová encefalitída	základné očkovanie – 3 dávky preočkovanie – 1 dávka každých 3 – 5 rokov (profesionálne riziko, vlastná žiadosť)		
Besnota	predexpozične - 3 dávky postexpozične – 5 dávok (zdravotná indikácia, profesionálne riziko, vlastná žiadosť)		

(Zdroj: Hudečková, Švihrová, 2013)

Očkovanie vykonáva lekár alebo ním poverená sestra. Záznam o očkovaní sa zapíše do zdravotnej dokumentácie, obsahuje dátum očkovania, názov a poradie dávky očkovacej látky, výrobcu, šaržu, dávku, spôsob aplikácie a meno lekára, ktorý očkovanie vykonal. Do zdravotnej dokumentácie sa zapíše aj dôvod, pre ktorý sa očkovanie neuskutočnilo a nežiaduce účinky, ak sa u očkovanej osoby vyskytli.

Očkovacie látky u dospelých, v závislosti od typu očkovacej látky, sa aplikujú intramuskulárne (m. deltoideus nedominantného ramena, do m. gluteus sa neočkuje), subkutánne (m. triceps humeri), intradermálne (volárna strana predlaktia, predná strana nad deltovým svalom), perorálne (u dospelých sa podáva živá vakcína proti cholere).

V roku 2019 sa v Číne objavil nový koronavírus SARS-CoV-2, ktorý spôsobuje ochorenie COVID-19. Priebeh ochorenia je rôzny, postihnuté osoby môžu byť asymptomatické, môžu mať mierne ťažkosti, v závažných prípadoch môže spôsobiť ťažký akútny respiračný syndróm. Globálne šírenie ochorenia COVID-19 vyhlásila Svetová zdravotnícka organizácia za pandémiu 11. marca 2020. Ide o prvú pandémiu spôsobenú koronavírusom.

S nástupom pandémie začal vývoj vakcín. V súčasnosti sú Európskou liekovou agentúrou (EMA) schválené mRNA vakcíny Comirnaty (Pfizer-BionTech), Spikevax (Moderna), ktoré sa aplikujú v cykle dvoch dávok, dvoj dávková proteínová vakcína Nuvaxovid (Novavax) a vektorové vakcíny Vaxzevria

(AstraZeneca), aplikuje sa v dvoch dávkach, a COVID-19 Vaccine Janssen (Janssen), ktorá sa aplikuje v jednej dávke. Ďalšie vakcíny sú v procese posudzovania a schvaľovania.

Pri manipulácii s vakcínami proti COVID-19 je dôležité zachovať chladový reťazec, spôsob riedenia a veľkosť dávky podľa pokynov výrobcu. Pri aplikácii vakcín proti COVID-19 je veľmi dôležitá jej správna aplikácia. Vakcíny sa aplikujú intramuskulárne do deltového svalu pod 90°uhlom, rameno má byť voľné bez stiahnutia vyhrnutým rukávom. Po dezinfekcii miesta vpichu a vpichnutí ihly nie je potrebné aspirovať, po vytiahnutí ihly miesto vpichu jemne pritlačiť a následne prekryť čistým tampónom. Očkovaný po aplikácii vakcíny zostáva pod dozorom aspoň 15 minút kvôli nožnej reakcii na očkovaciu látku. Je dôležité, aby sestra poučila očkovaného o možných vedľajších účinkoch a spôsobe ich zvládnutia.

7.4 Ambulantná zdravotná starostlivosť o seniorov

Staroba a starnutie je prirodzeným obdobím života človeka, t .j. posledné ontogenetické obdobie života jedinca. Štrukturálne a funkčné zmeny vzniknuté počas starnutia majú prevažne regresívny charakter a sú ireverzibilné. Progresivita týchto zmien je ovplyvňovaná prostredím, zdravotným stavom, životným štýlom, sociálno ekonomickým vplyvom, sebahodnotením... Obvykle preto sa rozlišuje kalendárna staroba (kalendárny vek), sociálna staroba (sociálny vek) a biologická staroba (biologický vek).

Kalendárna staroba (kalendárny vek) je najľahšie vymedziteľným pojmom, kedy podľa dátumu narodenia určíme presné hranice nástupu seniorského obdobia. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie sa životné obdobia človeka delia na obdobie detstva do 15 rokov, od 15 do 29 rokov je obdobie mladého veku, 30 – 44 rokov obdobie dospelosti, 45 – 59 rokov obdobie stredného veku. Za seniorské obdobie sa podľa WHO považuje vek od 60 rokov. Ten sa delí na: obdobie včasnej staroby (tretí vek, starší vek, presenium) od 60 do 74 rokov, obdobie vlastnej staroby (štvrtý vek, starý vek, senium) od 75 do 89 rokov a dlhovekosť od 90 rokov a viac.

V súčasnosti sa v ekonomicky vyspelých krajinách používa nasledovné delenie seniorského veku:

- 65 – 74 rokov – mladí seniari (young old),
- 75 – 84 rokov – starí seniari (old old),
- 85 rokov a viac – dlhovekí seniari (oldest old).

Sociálna staroba zohľadňuje predovšetkým premenu sociálnych rolí, životného štýlu a ekonomického zaistenia jedinca. Tieto zmeny sú individuálne a do istej miery závisia od dôchodkového veku. Demografické ukazovatele predpokladajú postupne vyšší podiel seniorskej populácie v hospodársky vyspelých krajinách. Kým napr. v roku 1998 bol na Slovensku podiel osôb starších ako 60 rokov a viac 15,3 % predpokladá sa, že v roku 2025 podiel populácie 60 rokov a viac bude tvoriť 26,1 % a v roku 2050 37,9 %.

Biologická staroba (biologický vek) je dôsledok involučných zmien jednotlivých orgánov a ich funkcií u daného jedinca. Starnutie jednotlivých systémov môže prebiehať primerane kalendárnemu veku alebo sa môže podstatne líšiť od fyziologického starnutia. Predčasné starnutie „progeria“ spôsobujú genetické príčiny, vplyv vonkajšieho prostredia, alebo kombinácia týchto dvoch faktorov. Starnutie postihuje jednotlivé orgánové systémy.

7.4.1 Zmeny kardiovaskulárneho systému

Kardiovaskulárne ochorenia patria k najčastejším príčinám úmrtia. Starnutie kardiovaskulárneho systému spôsobuje morfológické a funkčné zmeny ciev a srdca. Vekom dochádza k poklesu pulzovej frekvencie a poklesu maximálnej pulzovej frekvencie po záťaži, tento stav súvisí so znižovaním počtu pacemakerových buniek. Dochádza k úbytku svalových buniek myokardu, ktorý je kompenzovaný hypertrofiou zostávajúcich kardiomyocytov. Hromadením kolagénu a fibrózou dochádza k strate kontraktačnej sily srdca. Kalcifikácia srdcových chlopní a tuková degenerácia má za následok vznik chlopňových chýb. Úbytok elastínu a nárast kolagénu na stenách aorty a veľkých tepien spôsobuje ich väčšiu tuhosť. Stratou elasticity, ukladaním kalcia a cholesterolu dochádza k rozvoju aterosklerózy.

K najčastejším ochoreniam kardiovaskulárneho systému vo vyššom veku patrí hypertenzia, ischemická choroba srdca, srdcová insuficiencia, ischemická choroba dolných končatín a chronická venózna insuficiencia.

7.4.2 Zmeny nervového systému

Starnutie nervového systému sa prejavuje v jeho zmenách. Znižuje sa počet nervových buniek, dochádza k zmenám v prenose vzruchu a ich receptoroch. Pokles rýchlosti a koordinácii pohybov postupne zhoršuje vykonávanie aj denných bežných aktivít. Najčastejšie ochorenia u seniorov postihujúce nervový systém sú: cievne mozgové príhody, vo veku 60 – 70 rokov častejšie postihujú mužov, po 80. roku života je častejší výskyt u žien; syndróm demencie, ktorý je charakterizovaný poklesom až stratou intelektových schopností v dôsledku organického poškodenia mozgu. Najčastejším typom demencie v starobe je Alzheimerova demencia. Rozvoj ochorenia je postupný, klinické prejavy ochorenia sa môžu vyskytnúť do veku 65 rokov (presenilná forma, forma so skorým začiatkom), častejší je výskyt senilnej formy (forma s neskorým začiatkom) vo veku 65 rokov a viac.

7.4.3 Zmeny dýchacieho systému

V procese starnutia dochádza k zmenám dýchacích orgánov. Znižuje sa samočistiaca funkcia pľúc z dôvodu úbytku riasinkového epitelu a hlienových žliazok, čo má vplyv na časté infekcie dýchacích ciest. Ročná incidencia pneumónii u starých ľudí je 30 na 1000 obyvateľov, zatiaľ čo v celej populácii iba 2 – 15 na 1000 obyvateľov. Dochádza k poklesu elasticity pľúc následkom degenerácie elastických vlákien, klesá počet alveol a stávajú sa plytkejšími. Hrudník je rigidnejší a následkom degeneratívnych zmien chrčtice nadobúda „súdkovitý“ tvar. Znižuje sa výkonnosť dýchacích svalov, zmena mechanických vlastností hrudníka a oslabenie dýchacích svalov zhoršujú účinnosť kašľa.

7.4.4 Zmeny gastrointestinálneho systému

Starnutie tráviaceho systému postihuje všetky orgány trávenia, zmeny sú asymetrické, nepostupujú rovnakou rýchlosťou a majú rôzny rozsah. Medzi najvýznamnejšie zmeny jednotlivých orgánov gastrointestinálneho traktu patrí zníženie počtu chuťových pohárikov, zníženie vylučovania slín, postupná strata vlastného chrupu a nutnosť zubnej náhrady. Následkom pridružených chorôb môže byť spomalená pasáž pažerákom, zvyšuje sa bakteriálne osídlenie tenkého čreva, pasáž hrubým črevom môže byť spomalená, čo môže viesť k vzniku zápchy. Znižuje sa reparačná schopnosť žalúdočnej sliznice, čím vzniká zvýšené riziko vzniku gastroduodenálneho vredu, spomaľuje sa vyprázdňovanie žalúdka, čo môže viesť k nechutenstvu a následnej strate hmotnosti.

7.4.5 Zmeny uropoetického systému

Starnutie uropoetického systému sa prejavuje znižovaním renálnych funkcií. Funkcia obličiek u ľudí klesá už po 40. roku života. Vekom klesá glomerulárna filtrácia, paralelne s glomerulárnymi klesajú aj tubulárne funkcie, klesá koncentračná a zriedňovacia kapacita obličiek. Starší ľudia majú zníženú schopnosť spätne resorbovať sodík, čo môže viesť k zvýšenému sklonu k stratám soli a tekutín a taktiež k hyperkaliémii. Je pravdepodobné, že na progresívnom poklese renálnych funkcií sa podieľajú aj ochorenia, ktoré môžu postihovať obličky najmä hypertenzia, diabetes mellitus a aterosklerotické zmeny renálnych ciev.

7.4.6 Zmeny pohybového systému

Starnutie pohybového systému je charakteristické zmenou denzity kostí. Strata kostnej hmoty vedie k osteopénii až osteoporóze, ktorá je výraznejšia u žien, v 65 rokoch každá žena stratí tretinu kostnej hmoty. Kĺbové chrupavky znižujú svoju hrúbku, čo vedie k osteoartróze, naopak nekĺbové chrupavky, napr. chrupavka nosa a ušnice, vekom rastú. Charakteristickým prejavom

sprevádzajúcim starnutie je zmena držania tela spojená s funkčne decentrovaným postavením v kĺboch a s charakteristickým obmedzením mobility v kĺboch. Mení sa štýl chôdze, typická chôdza u seniorov je na širokej báze s kratšími krokmi. Pri starnutí svalov dochádza k zmenšeniu objemu svalovej hmoty (sarkopénia), poklesu sily, výdrže, poddajnosti a rýchlosti kontrakcie. U 70 ročných seniorov je pokles objemu svalov asi o 25 %.

7.4.7 Zmeny endokrinného systému

V priebehu starnutia prechádza endokrinný systém mnohými zmenami. Dochádza k zmenám hladiny hormónov (tab. 7.3), niektoré môžu výrazne klesať, iné stúpať alebo sa vôbec nemenia. Zmeny hladiny hormónov vedú k organovým a funkčným zmenám prejavujúce sa najmä relatívnym hypogonadizmom a hypovirilizáciou, osteoporózou, oslabením svalstva a sily, hypodipsiou, endokrinne modifikovanými kardiovaskulárnymi poruchami a hypertenziou, obezitou a poruchami metabolizmu glycidov, zmenenou stresovou reakciou a ďalšími.

Tab. 7.3 Zmeny hormonálnych hladín v priebehu starnutia

Vzostup	Pokles	Bez zmeny
TSH (alebo bez zmeny)	IGF, GH	kortizol
parathormón	DHEA	estrogény u mužov
FSH	aldosterón, renín	
atriový natriuretický faktor	T ₃	
vazopresín (alebo bez zmeny, v noci zníženie)	kalcitonín	
inzulín	D-vitamíny	
	testosterón	
	glukagón	
	prolaktín	

(Zdroj: Kalvach a kol., 2004)

7.4.8 Zmeny zraku a sluchu

Starnutie oka je sprevádzané anatomickými a funkčnými zmenami. Dochádza k involučným zmenám tkaniva: ubúda množstvo podkožného tuku, čo spôsobuje „vpadnutie očí“; stratou elasticity vlákien vznikajú na mihalniciach vrásky, kožné záhyby môžu spôsobiť pokles horného viečka a obmedziť zorné pole; znižuje sa počet rias na polovicu a menej; znižuje sa sekrécia slz (tretina populácie nad 55 rokov trpí syndrómom suchého oka); zväčšuje sa zakrivenie rohovky, čo vedie k astigmatizmu; na rohovke sa často vytvára arcus senilis, hlavne u osôb s familiárnou hypercholesterolémiou; degeneratívne zmeny sklovca vytvárajú dojem „letiacich mušiek“; zmeny sietnice môžu spôsobovať poruchy zraku až stratu zraku; častý je výskyt katarakty, až 38 % seniorskej populácie trpí týmto ochorením, a glaukómu, pokročilý glaukóm sa vyskytuje asi u 5 % seniorov.

Vekom klesá akomodačná kapacita, čím sa znižuje zraková ostrosť. 10 až 21 % ľudí vo veku 75 – 85 rokov má vízus horší ako 6/9. Od 40. roku dochádza postupne k strate schopnosti akomodovať do blízka. Zhoršuje sa adaptácia na svetlo a tmu, znižuje sa kvalita farbocitu. Vplyvom starnutia sa zužuje zorné pole. U starých ľudí dochádza k zhoršenej priestorovej orientácii v dôsledku degeneratívnych zmien periférie sietnice. Medzi 70. – 80. rokom dosahuje relatívny cirkulárny skotóm v periférii 20 – 30°.

Človek dokáže vnímať 300 000 rôznych zvukov frekvencie 16 – 20 000 Hz hlasitosti nižšej ako 1 dB. Zmeny sluchu v starobe sú dané pôsobením hluku, toxínov a zmenami v cievnom prekrvení. V priebehu starnutia degeneruje vnútorné ucho a znižuje sa počet vlákien v sluchovom nerve. Oslabuje sa percepcia vysokých tónov. Presbyakúzia je percepčná porucha sluchu vyskytujúca sa u starých ľudí. Porucha sluchu je symetrická, manifestujúce klinické príznaky sú značne individuálne. Charakteristickým znakom presbyakúzie je precitlivosť na nadmernú intenzitu zvuku, ktorý starí ľudia môžu vnímať nepríjemne až bolestivo, a ťažkosti s porozumením reči.

Okrem porúch sluchu sa v starobe často objavujú ušné šelesty. U stareckej nedoslýchavosti sa objavujú až v 50 % kvôli pridruženým chorobám, ktoré sa v

tomto veku často objavujú: cukrovka, vysoký krvný tlak, vysoká hladina cholesterolu, zmeny na krčnej chrbtici.

7.4.9 Zmeny kože

Starnutie kože je degeneratívny proces. Prejavom starnutia sú vrásky. Vekom sa znižuje turgor kože, ubúda podkožný tuk, znižuje sa elasticita kože. Časté sú senilné veruky a senilné keratómy. Vlasý sa stávajú tenšími, redšími, suchými, pomalšie rastú, stratou melanínu dochádza k šediveniu vlasov.

7.4.10 Zmeny imunitného systému, metabolizmu tekutín a elektrolytov a termoregulácie

Funkcie imunitného systému s narastajúcim vekom klesajú. Involúcia imunitného systému – imunosenescencia je sprevádzaná zvýšenou náchylnosťou na infekcie, nárast autoimunitných ochorení a častejší výskyt nádorov. Dysfunkcia imunitného systému vedie k zníženej odpovedi na xenoantigén, prejavuje sa v osobitostiach očkovania u seniorov.

V procese starnutia dochádza k zmenám v metabolizme vody a elektrolytov. Znižuje sa obsah celkovej telesnej vody a draslíka, oslabuje sa pocit smädu. Porušené regulačné mechanizmy vnútorného prostredia sa môžu prejaviť pri záťažových situáciách (úrazy, popáleniny, infekčné choroby a iné) rýchlym a nečakaným rozvratom vnútorného prostredia.

Telesná teplota u zdravého človeka je pomerne stabilná. Udržovanie telesnej teploty v stabilnom pásme je prejavom fungujúcich fyziologických homeostatických mechanizmov. Kolísanie telesnej teploty môže byť ovplyvnené osobou, vekom, dennou dobou a fyzickou aktivitou. Vo vyššom veku v dôsledku lability termoregulačných mechanizmov ľahko vzniká hypotermia, ale aj hypertermia.

7.5 Symptomatológia chorôb v starobe

Involučné zmeny v procese starnutia sa prejavujú aj do klinického obrazu ochorení. Ochorenia majú často atypickú symptomatológiu, ktorú charakterizujú:

- Mikrosymptomatológia alebo oligo/monosymptomatológia, ktoré sa prejavujú minimálnymi alebo chýbajúcimi príznakmi úplne, ochorenie sa môže prejaviť iba jedným alebo obmedzeným počtom príznakov.
- Nešpecifické príznaky, ktoré sa prejavujú aj u mnohých iných ochorení, ako je napr. únava, nechutenstvo, zvýšená spavosť, spomalené myslenie, a pod. alebo symptómy tzv. druhotného postihnutia kedy na chorobný stav reaguje iný orgán (mozog, obličky...).
- Pre vyšší vek je typická multiborbidita pri ktorej môže dôjsť k výskytu „domino efektu“, pri ktorom dekompenzácia jednej choroby vyvoláva dekompenzáciu iných chorôb. V súvislosti s rozvojom „domino efektu“ môže pri záťažovej situácii dôjsť k dekompenzáci najkrehkejšieho orgánu.
- V seniorskom veku sa stretávame s polypragmáziou t. j. s užívaním nevhodného množstva liekov. Tento stav môže spôsobiť atypické liekové interakcie, zvýšený alebo nedostatočný účinok, neočakávaný alebo nežiaduci účinok, v ojedinelých prípadoch až liekovú toxicitu.

7.6 Posúdenie a funkčná klasifikácia seniorov

Vyšetrenie seniora vychádza zo štandardného klinického vyšetrenia, ktoré je ale komplexnejšie. Komplexné geriatrické hodnotenie (comprehensive geriatric assessment – CGA) je zamerané na posúdenie zdravotného stavu, funkčnej výkonnosti a sebestačnosti, duševného zdravia a sociálnej situácie.

V primárnej zdravotnej starostlivosti v praxi všeobecného lekára pre dospelých zdravotný stav seniora sa hodnotí anamnézou, fyzikálnym vyšetrením, skríningovými vyšetreniami a posúdením užívaných liekov.

Anamnéza obsahuje základné oblasti anamnestického rozhovoru – rodinná, osobná, aktuálne ochorenia. Rozsiahlu časť tvorí sociálna anamnéza (perignóza) a hodnotenie sociálneho fungovania seniora, ktoré je zamerané na sociálne vzťahy v rodine, mieru osamelosti seniora, nevhodné zaobchádzanie so seniorom, sebestačnosť seniora a kvalitu bývania.

Fyzikálne vyšetrenie sa opiera o štandardizované posúdenie morfológických a funkčných zmien. Hodnotí sa celkový vzhľad seniora, nutričný stav, vyšetrenie je zamerané na podrobné vyšetrenie jednotlivých častí tela (vyšetrenie hlavy, hrudníka, brucha, končatín). Dôležitou súčasťou je vyšetrenie pohybového aparátu. Zmeny chôdze, zmeny na chrbtici, znížená pohyblivosť všetkých úsekov chrbtice, degeneratívne zmeny končatinových kĺbov, zmena svalového tonusu sú sprievodné príznaky starnutia.

K hodnoteniu sebestačnosti seniora sa používajú testy, ktoré sa zameriavajú na vyšetrenie bežných denných činností a zložitejších denných činností. K základným testom hodnotenia sebestačnosti v bežných denných činnostiach patrí test ADL (Activities of daily living). Najpoužívanejším testom u nás je Barthelovej test (tab. 7.4), ktorý má 10 položiek: schopnosť jedenia a pitia, obliekanie, kúpanie, udržiavanie osobnej hygieny, udržanie moču, udržanie stolice, používanie WC, schopnosť presunu z lôžka na stoličku, chôdza po rovine, chôdza po schodoch.

Zložitejšie denné činnosti, ktoré zahŕňujú spôsobilosť nakupovať, pripravovať si jedlo, upratovať byt, prať, šoférovať alebo schopnosť cestovať verejnou dopravou, telefonovať, užívať lieky a zaobchádzať s peniazmi, sa hodnotia pomocou testu IADL (Instrumental activities of daily living) (tab. 7.5).

Posúdenie duševného stavu sa zameriava na hodnotenie kognitívnych funkcií, afektívne funkcie a poruchy správania. K hodnoteniu porúch kognitívnych funkcií existuje mnoho rôzne modifikovaných testov. K najbežnejším testom patrí Mini-mental state examination (MMSE), tzv. Folsteiov test (tab. 7.6). Z ďalších bežne používaných testov je Test kreslenia hodín (Clock drawing test) (tab. 7.8), ktorý slúži ako rýchla orientačná skúška, ktorou je možné detekovať určité kognitívne poruchy. Vyšetrovaná osoba dostane za úlohu nakresliť ciferník, umiestniť na ňom správne všetky čísla a následne pomocou malej a

veľkej ručičky zaznamenať požadovaný čas. V kresbe sa hodnotí, správnosť rozmiestnenia všetkých 12 čísel po ciferníku, správny počet ručičiek, dĺžka a poloha ručičiek. V poslednom období je odporúčaný MoCA test (Montreal Cognitive Assessment, Nasreddinov test) (tab. 7.7), ktorý slúži na zachytenie včasných štádií kognitívneho deficitu.

Na zistenie prítomnosti depresie je možné použiť Geriatrickú škálu depresie podľa Yessavaga (tab. 7.9).

Schopnosť seniora zaistiť si sebaopateru, úroveň fyzickej aktivity a druhu zdravotných a sociálnych potrieb vyjadruje nasledujúca klasifikácia podľa Spirdusovej:

- elitní seniori – najvyšší stupeň aktivít, do vysokého veku tolerujú extrémnu záťaž,
- zdatní seniori – najvyšší stupeň aktivít, udržujú si dobrú telesnú a duševnú kondíciu,
- nezávislí seniori – zvládajú bežné denné činnosti (ADL) a zložitejšie denné činnosti (IADL), v bežných podmienkach nepotrebujú podstatnú podporu rodiny a okolia, pri mimoriadnej záťaži vyžadujú pomoc,
- krehkí seniori – vykazujú nízku mieru zdatnosti, odolnosti, adaptability, sú na hranici sebestačnosti, ohrození sú náhlou poruchou zdravotného a funkčného stavu, nezvládajú záťažové situácie, potrebujú pomoc pri zložitejších denných činnostiach (IADL), vyžadujú podporu rodiny alebo opatrovateľskej služby,
- závislí seniori – závažná disabilita, vyžadujú pomoc pri niektorých bežných aktivitách (ADL), majú obmedzenú mobilitu, potrebujú trvalú a pravidelnú podporu rodiny alebo opatrovateľskej služby,
- úplne závislí seniori – dlhodobá alebo úplne pripútaní na lôžko, nezvládnu ani bežné aktivity (ADL), vyžadujú trvalý dohľad, bazálnu ošetrovateľskú starostlivosť,
- umierajúci seniori – vyžadujú komplexnú paliatívnu starostlivosť.

7.6.1 Posúdenie seniora z pohľadu ošetrovateľstva

Sestra v rámci legislatívne vymedzených kompetencií má svoje nezastupiteľné miesto v starostlivosti o seniorov. Jednou z nich je hodnotenie stavu osoby formou kontrolného záznamu alebo dotazníka vo vzťahu k príslušnému ochoreniu alebo klinickému stavu. Oblasť posudzovania u seniora sú zamerané na:

- fyzické zdravie,
- duševné zdravie,
- sociálne funkcie,
- rizikové faktory.

Komplexné, multidimenzionálne posúdenie rizikových a krehkých seniorov má nasledujúce benefity:

- skvalitňuje diagnostickú precíznosť,
- podporuje efektivitu starostlivosti,
- zachováva nezávislosť, posilňuje funkčnosť a/alebo redukuje funkčné zmeny,
- zlepšuje mentálne zdravie,
- zvyšuje šancu na dlhší život, zlepšuje kvalitu života,
- redukuje záťaž opatrovateľa,
- znižuje potrebu hospitalizácie a/alebo rezidenčnej starostlivosti,
- znižuje náklady na starostlivosť.

7.6.2 Posudzovacie a meracie škály

Hodnotiace nástroje uľahčujú prácu zdravotníckych pracovníkov a umožňujú objektivizáciu pri posúdení jedinca. Jednotlivé hodnotiace nástroje sú koncipované tak, aby umožnili zber relatívne veľkého množstva údajov v čo najkratšom čase. Meracie nástroje môže sestra alebo iný posudzovateľ kompetentne používať len na základe výcviku kognitívnych, interpersonálnych, technických zručností a kritického myslenia.

Tab. 7.4 Test bežných denných činností podľa Barthelovej (ADL)

Činnosť		Prevedenie činnosti	Bodové skóre
1.	jedenie, pitie	samostatne bez pomoci s pomocou neprevedie	10 5 0
2.	obliekanie, vyzliekanie	samostatne bez pomoci s pomocou neprevedie	10 5 0
3.	kúpanie	samostatne alebo s pomocou neprevedie	5 0
4.	osobná hygiena	samostatne alebo s pomocou neprevedie	5 0
5.	kontinencia moču	plne kontinentný občas inkontinentný trvale inkontinentný	10 5 0
6.	kontinencia stolice	plne kontinentný občas inkontinentný inkontinentný	10 5 0
7.	použitie WC	samostatne bez pomoci s pomocou neprevedie	10 5 0
8.	presun lôžko - stolička	samostatne bez pomoci s malou pomocou vydrží sedieť neprevedie	15 10 5 0
9.	chôdza po rovine	samostatne nad 50 m s pomocou 50 m na vozíku 50 m neprevedie	15 10 5 0
10.	chôdza po schodoch	samostatne bez pomoci s pomocou neprevedie	10 5 0

Hodnotenie stupňa závislosti

Hodnotenie	Závislosť	Počet bodov
	vysoko závislý	0 - 40
	závislosť stredného stupňa	45 - 60
	ľahká závislosť	65 - 95
	nezávislý	96 - 100

(Zdroj: Celtová, Drahošová, Točíková, 2012)

Tab. 7.5 Test zložitejších denných činností podľa Lawtona a Brodyovej (IADL)

Činnosť		Prevedenie činnosti	Bodové skóre
1.	telefonovanie	vyhľadá samostatne číslo, vytočí ho pozná niekoľko čísel, odpovedá na zavolanie nedokáže používať telefón	10 5 0
2.	transport	cestuje samostatne dopravným prostriedkom cestuje v sprievode inej osoby cestuje v špeciálne upravenom dopravnom prostriedku	10 5 0
3.	nakupovanie	je schopný si samostatne nakúpiť nakúpi so sprievodom alebo radou inej osoby neschopný bez podstatnej pomoci	10 5 0
4.	varenie	uvarí samostatne celé jedlo jedlo si ohreje jedlo musí pripraviť iná osoba	10 5 0
5.	domáce práce	udržiava domácnosť s výnimkou ťažkých prác vykoná ľahšiu prácu alebo neudrží primeranú čistotu potrebuje pomoc pri väčšine prác alebo nerobí nijaké práce v domácnosti	10 5 0
6.	práca okolo domu	vykonáva samostatne a pravidelne vykonáva pod dohľadom vyžaduje pomoc, prácu nevykoná	10 5 0
7.	užívanie liekov	samostatne berie v určenú dobu správnu dávku, pozná názvy liekov užíva lieky, ak sú pripravené a pripomenuté lieky musí podávať iná osoba	10 5 0
8.	financie	spravuje samostatne, platí účty, pozná príjmy a výdaje zvládne drobné výdaje, potrebuje pomoc so zložitejšími operáciami neschopný bez pomoci narábať s peniazmi	10 5 0

Hodnotenie stupňa závislosti

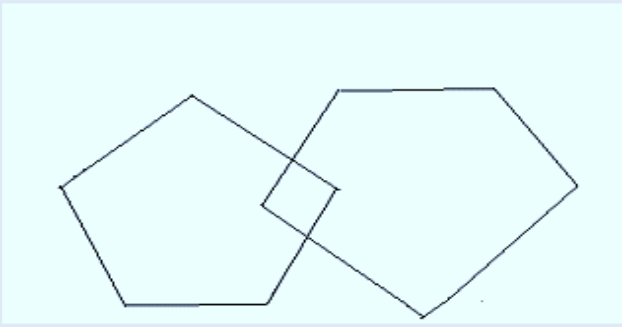
Hodnotenie	Závislosť	Počet bodov
	závislý	0 - 40
	čiastočne závislý	41 - 75
	nezávislý	76 - 80

(Zdroj: Gazdíková a kol., 2021)

Tab. 7.6 **Folsteiov test kognitívnych funkcií - MMSE (mini - mental - state - examination)**

Oblasť hodnotenia	Maximálne skóre
Orientácia Na každú otázku má pacient 10 sekúnd. Za každú správnu odpoveď je 1 bod. 1. Aký je dnes deň v týždni? (akceptuje sa iba správna odpoveď) 2. Aký je dnešný dátum? (± 1 deň) 3. Aký je mesiac? (± 1 deň) 4. Aké je ročné obdobie? (± 1 týždeň) 5. Aký rok je teraz? (akceptuje sa iba správna odpoveď) 6. V ktorom štáte sme? (akceptuje sa iba správna odpoveď) 7. V ktorom kraji sme? (akceptuje sa iba správna odpoveď) 8. V ktorom sme meste? (akceptuje sa iba správna odpoveď) 9. Ako sa volá táto budova? (akceptuje sa iba správna odpoveď) 10. Na ktorom poschodí budovy sa nachádzame? (akceptuje sa iba správna odpoveď)	0-1 0-1 0-1 0-1 0-1 0-1 0-1 0-1 0-1
Krátkodobá pamäť 11. Opakujte tieto slová: strom, okno, kniha (alebo citrón, kľúč, balón). (Požiadajte pacienta, aby slová zopakoval. Posudzovateľ má vysloviť slová rýchlosťou 1 slovo za sekundu. Pri ťažkostiach možno zopakovať 5x. Pacient má na pokus 20 sekúnd na odpoveď. (za každú správnu odpoveď dostane 1 bod))	0-1-2-3
Pozornosť a počítanie 12. Odpočítajte číslo 7 od čísla 100 (alebo hláskovanie slova POKRM odzadu). (za každé správne odpočítanie je 1 bod. Po 5 odpočítaniach sa pacient zastaví. Možno opakovať 3x, ak sa pacient zastaví. Na odpoveď má pacient minútu)	0-1-2-3-4-5
Pamäť (výbavnosť) 13. Opakovanie slov z úlohy č. 11. Spomeňte si na slová, ktoré som vám povedal. (pacient má na úlohu 10 sekúnd, 1 bod dostane za každú správnu odpoveď bez ohľadu na poradie slov)	0-1-2-3

Tab 7.6 **Folsteiov test kognitívnych funkcií - MMSE (mini - mental - state - examination)** - pokračovanie

Reč, komunikácia a konštrukčné schopnosti 14. Spoznanie a pomenovanie hodínok. (ukážte náramkové hodinky. Opýtajte sa pacienta „Ako sa toto nazýva?“ Neakceptuje sa čas, budík a pod.) 15. Spoznanie a pomenovanie ceruzky. (ukážte ceruzku. Opýtajte sa pacienta „Ako sa toto nazýva?“ Neakceptuje sa pero) 16. Opakovanie vety. „Nijaké keď a alebo ale“. 17. Porozumenie. Písomný 1-stupňový povel „Zatvorte oči“. 18. Trojstupňový povel „Vezmite papier do pravej / ľavej ruky“. (pravák berie papier ľavou rukou, ľavák pravou.) „Prehnite ho na polovicu“. „Hodte ho na zem“. (1 bod je pridelený za každý správne splnený príkaz.) 19. Napísanie ľubovoľnej vety. (požiadajte pacienta, aby napísal nejakú vetu. Podajte mu papier a ceruzku. Časový limit je 30 sekúnd. Veta musí mať zmysel, chyby sa neberú do úvahy) 20. Obkreslenie dvoch obrazcov (podľa predlohy). (prienik dvoch päťuholníkov musí byť štvoruholník. Akceptuje sa pootočenie a krivé čiary. Počet pokusov je neobmedzený. Časový limit je 1 minúta) 	
Hodnotenie 0 - 10 bodov - ťažká kognitívna porucha 11 - 20 bodov - stredne ťažká kognitívna porucha 21 - 23 bodov - ľahká kognitívna porucha 24 - 30 bodov - pásmo normy	

(Zdroj: <https://e-meracienastroje.jfmed.uniba.sk/Test-psychickych-funkc.pdf>)

Tab. 7.7 Nasreddinov test (MoCa)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Slovenská verzia testu

Meno vyšetrovanej osoby (VO): _____
Dátum narodenia: _____
Vzdelanie (v rokoch): _____

Pohlavie: _____
Dátum vyšetrenia: _____

VIZUÁLNO-PRIESTOROVÉ SCHOPNOSTI EXECUTÍVNE FUNKCIE		Odkopírujte kocku:	Nakreslite HODINY (desať minút po jedenástej) (3 body)	BODY				
		☐	☐ obrysy ☐ čísla ☐ ručičky	___/5				
POMENOVANIE ZVIERAT 		☐	☐	___/3				
PAMÄŤ Prečítajte zoznam slov, ktoré má VO zopakovať. Urobte dva pokusy, aj keď bol prvý pokus úspešný. K tejto úlohe sa vráťte asi po piatich minútach.		TVAR 1. POKUS 2. POKUS	HODVAB KOSTOL SEDMOKRASKA ČERVENA	žiadne body				
POZORNOSŤ VO má zopakovať čísla v tom poradí ako ich počula. Nahlas prečítajte čísla (jedno číslo za sekundu). VO má zopakovať čísla v opačnom poradí, odzadu. Prečítajte zoznam písmen. VO má klopnúť rukou, keď bude počuť hlásku "A". (Nula bodov, ak urobí dve alebo viac chýb.)		[] 2 1 8 5 4 [] 7 4 2						
Sériové odpočítavanie po 7, začínajúc číslom 100 4 alebo 5 správnych odpočítaní: 3 body, 2 alebo 3 správne: 2 body, 1 správne: 1 bod, 0 správnych: 0 bodov		[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAAB						
JAZYK Zopakujte: Viem len to, že dnes by mal pomôcť Ján. Mačka sa vždy skrýla pod gauč, keď boli v izbe psy.		[] [] [] (N ≥ 11 slov)						
ABSTRAKCIA Podobnosť medzi napr. banánom a pomarančom = ovocie		[] vlak - bicykel [] hodinky - pravičko						
ONESKORENÉ VYBAVOVANIE SLOV VO si musí spomenúť na slová BEZ NÁPOVEDÍ		TVAR []	HODVAB []	KOSTOL []	SEDMOKRASKA []	ČERVENÁ []	body len za slová BEZ NÁPOVEDÍ	___/5
NEPOVINNÉ Nápo ved - kategória Nápo ved - výber z možností								
ORIENTÁCIA [] deň [] mesiac [] rok [] deň v týždni [] miesto [] mesto		[] [] [] [] [] [] [] []			___/6			
© Z.Nasreddine MD Verzia 7.1 www.mocatest.org normálny výkon ≥ 26 (max.30) Vyšetrenia: _____		CELKOM _____/30 Prípo čítajte 1 bod pri vzdelaní 12 a menej rokov.						

(Zdroj: <https://i-med.sk/sites/default/files/viaco/12979-9210-moca-test-slovak1.pdf>)

Tab. 7.8 Test kreslenia hodín

Skóre	Popis	Príklady
1	Bezchybné prevedenie - číslice sú v správnom poradí a mieste - ručičky sú v správnej polohe	
2	Ľahká priestorová chyba ciferníkov hodín: - vzdialenosti medzi číslicami sú nerovnomerné - číslice sú mimo kruhu - otočenie papiera s otočným číslíc - použitie pomocných čiar pre lepšiu orientáciu	
3	Chybné zaznamenanie času, zachované priestorové usporiadanie hodín: - iba jedna ručička - čas je zaznamenaný slovne „10 hodín, 10 minút“ - čas vôbec nie je zaznamenaný	
4	Stredný stupeň priestorovej dezorganizácie, zaznamenanie času nie je možné: - nepravidelné medzery - zabudnutie čísel - perservácia – opakovanie kruhu, číslice na jednu stranu od 12 - zámena pravý/ľavý (číslice proti smeru) - dysgrafia – chýbajú číslice	
5	Ťažká priestorová dezorganizácia rovnako ako pri skóre 4, ale silnejšie vyjadrenie	
6	Chýba nakreslenie hodín (vylúčiť depresiu/delírium) - žiadny pokus nakresliť hodiny - ani vzdialená podobnosť s hodinami - napísané slovo alebo meno	
Pokyny k realizácii		
- pacient dostane čistý list s predkresleným kruhom. Je potrebné mu ukázať hornú a dolnú časť a inštruovať ho, že toto sú hodiny kde má doplniť chýbajúce čísla a zanamenat určený čas - v priebehu testu je potrebné si zaznamenať poradie, opravy a trvanie „kresby“ - validizovaná hranica medzi normálnou a patologickou kresbou v zmysle prítomnosti kognitívnej poruchy/demencie je medzi 2 a 3 bodmi, t. z. že skóre 3 a viac je už patologické		

(Zdroj: upravené podľa Topinková, 1999)

Tab. 7.9 Geriatrická škála depresie (GDS, Yesavageho test)

	Otázka	Odpoveď
1.	Ste v podstate spokojný/á so svojím životom?	áno/ NIE
2.	Zanechali ste veľa svojich aktivít a záujmov?	ÁNO /nie
3.	Máte pocit, že Váš život je prázdny?	ÁNO /nie
4.	Často sa nudíte?	ÁNO /nie
5.	Mávate väčšinou dobrú náladu?	áno/ NIE
6.	Máte obavu, že sa Vám niečo stane?	ÁNO /nie
7.	Cítite sa väčšinu času šťastný/á?	áno/ NIE
8.	Cítite sa často bezmocný/á?	ÁNO /nie
9.	Ste radšej doma, ako by ste išli von a robili nové veci?	ÁNO /nie
10.	Myslíte si, že máte väčšie problémy s pamäťou ako väčšina ľudí?	ÁNO /nie
11.	Myslíte si, že je to pekné teraz žiť?	áno/ NIE
12.	Myslíte si, že spôsob Vašej existencie nemá cenu?	ÁNO /nie
13.	Cítite sa plný/á energie?	áno/ NIE
14.	Myslíte si, že Vaša situácia je bezvýchodisková?	ÁNO /nie
15.	Myslíte si, že väčšina ľudí je na tom lepšie ako Vy?	ÁNO /nie

za každú odpoveď vytlačenú veľkými písmenami sa započíta 1 bod

Počet bodov	Hodnotenie
0 - 5	normálny afekt, bez depresie
6 - 10	mierna depresia
> 10	manifestná depresia, vyžaduje vyšetrenie a liečbu

(Zdroj: Bernadič, 2015; Gazdíková, 2021)

Literatúra

BERNADIČ, M. Kapitoly z gerontopsychiatrie: Depresia. In *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika* [online]. ISSN 1338-7030. 2015, roč. 22, č. 1, s. 46 – 48. [cit. 2022-01-03]. Dostupné na internete: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2015/ppp1-2015-cla9.pdf>

BLAHOVÁ, B. Kolorektálny karcinóm a FOB skríning v ambulancii všeobecného lekára. In *Via practica*. ISSN 1339-424X. 2013, roč. 10. č. 5, s. 187 – 190.

BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. *Meracie nástroje v gerontologickom ošetrovatelstve*. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín : Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského [online] 21.1.2014, posledná aktualizácia 22.1.2014. ISSN 1337-7396.

[cit. 2021-12-01]. Dostupné na internete:

<http://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=251>

BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatelstve. In BUŽGOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. (eds). *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. s. 13 - 17. ISBN 978-80-7368-230-9.

CELTOVÁ, L., DRAHOŠOVÁ, L., TOČÍKOVÁ, I. *Hodnotíci a měřící škály pro nelékařské profese*. Jihlava : Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2012. 122 s. ISBN 978-80-87035-45-0.

Európsky informačný portál o očkovaní [online]. [cit. 2021-09-17]. Dostupné na internete: <https://vaccination-info.eu/sk/covid-19/fakty-o-covid-19>

European Medicines Agency [online]. [cit. 2021-09-17]. Dostupné na internete: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/covid-19-vaccines-authorised#authorised-covid-19-vaccines-section>

FAIT, T., VRABLÍK, M., ČEŠKA, R. a kol. *Preventívni medicína*. Praha : Maxdorf, 2011. 770 s. ISBN 978-80-7345-237-7.

GAZDÍKOVÁ, K., ŠÚŇOVÁ, J. Špecifiká práce sestry v ambulancii všeobecného lekára. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2014, roč.11, č. 1 – 2, s. 33 – 36.

GAZDÍKOVÁ, K. a kol. *Všeobecné lekárstvo*. Bratislava : Solen, 2021. 1552 s. ISBN 978-80-89858-23-1.

Heart SCORE [online]. EAPC European Assotiation of Preventive Cardiology. [cit. 2021-09-09]. Dostupné na internete: https://www.heartscore.org/sk_SK/faq

HRČKA, R., HLAVATÝ, T. *Štandardný postup pre výkon prevencie populačného skríningu kolorektálneho karcinómu* [online]. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2019. Roč. 67, osobitné vydanie. [cit. 2021-11-10]. Dostupné na internete: <http://www.sskm.tym.sk/docs/24%20Vestnik-1-2-2019-67.pdf>

HUDEČKOVÁ, H, ŠVIHROVÁ, V. *Očkovanie*. Martin : Osveta, 2013. 227 s. ISBN 978-80-8063-396-7.

JASEŇÁK, M., URBANČÍKOVÁ, I., KOŠTURIAK, R. *Vademékum očkovania proti COVID-19*. Bratislava : A-medi management, 2021. 187 s. ISBN 978-80-89797-63-9.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a geronologie*. Praha : Grada, 2004. 864 s. ISBN 978-80-247-7038-3.

KIŇOVÁ, S., HULÍN, I. a kol. *Interná medicína*. Bratislava : Pro Litera, 2013. 1136 s. ISBN 978-80-970253-9-7.

KLIMO, F. a kol. *Praktické a rodinné lekárstvo*. Senica : Prognóza, 1999. 1001 s. ISBN 80-968295-4-8.

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecné lekárstvo č.: 15560/2006 – OZS. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2006. Roč. 54, osobitné vydanie.

MAJERČÁK, I. Kardiovaskulárne riziko po dovŕšení 40. roku života. In *inVitro* [online]. ISSN 1339-5912. 2017, roč. 5, č. 3, s. 147 – 151. [cit. 2021-08-09]. Dostupné na internete: <https://www.unilabs.sk/casopis-invitro/kardiovaskularne-riziko-po-dovrseni-40-roku-zivota>

MARKO, P. Skrining kolorektálneho karcinómu v SR. In *Via practica*. ISSN 1339-424X. 2009, roč. 6, č. 4, s. 171 – 172.

MARKOVÁ, M. a kol. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 154 s. ISBN 978-80-7013-499-3.

MASÁR, O. a kol. *Kompendium všeobecného praktického lekára pre medikov*. Bratislava : Univerzita Komenského, Lekárska fakulta, 2015. 166 s. ISBN 978-80-223-4002-1.

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA). [online]. [cit. 2022-01-03]. Dostupné na internete: <https://i-med.sk/sites/default/files/viaco/12979-9210-moca-test-slovak1.pdf>

ONDRUŠ, D. Karcinóm prostaty – epidemiológia, etiológia, diagnostika, klinické prejavy, skrining. In *Onkológia*. ISSN 1339-421. 2006, roč. 1, č. 1, s. 14 – 18.

OŽVOLDÍKOVÁ, S., KRIŠTÚFKOVÁ, Z. Kľúčová úloha všeobecného lekára pre dospelých v ochrane zdravia dospelých očkovaním. In *Verejné zdravotníctvo* [online]. ISSN 1337-1789. 2017, roč. 13, č. 2, s. 119 - 131. [cit. 2021-09-07]. Dostupné na internete: <http://casopis.fvszu.sk>

Prevencia artériosklerotických kardiovaskulárnych ochorení a ich komplikácií 2007 - odborný postup pre všeobecných praktických lekárov [online]. [cit. 2021-

09-09]. Dostupné na internete: <https://www.vpl.sk/sk/kardiovaskularna-prevencia/>

Skríning kolorektálneho karcinómu [online]. Národný onkologický inštitút. [cit. 2021-09-10]. Dostupné na internete: <https://www.noisk.sk/skrining/odborna-verejnost/skrining-kolorektalneho-karcinomu>

Test psychických funkcií (Standardized Mini-Mental State Examination, SMMSE). [online]. [cit. 2022-01-03]. Dostupné na internete: <https://emeracienastroje.jfmed.uniba.sk/Test-psychickych-funkc.pdf>

TIRPÁKOVÁ, L., SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. a kol. *Ošetrovateľské techniky* [online]. Košice : UPJŠ, 2016. 335 s. [cit. 2021-08-09]. Dostupné na internete: <https://unibook.upjs.sk/sk/osetrovatelstvo/350-osetrovatelske-techniky>

TOPINKOVÁ, E. *Jak správne a včas diagnostikovať demenciu: manuál pro klinickú praxi*. Praha : UCB Pharma, 1999. 87 s. ISBN 978-80-238-4913-4.

VOJTIŠKOVÁ, J. Kompetencie všeobecné sestry v ordinácii praktického lekára. In *Medicína pro praxi*. ISSN 1803-5310. 2006 roč. 3, č. 2, s. 94 – 96.

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 95/2018 ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom. Zbierka zákonov Slovenskej republiky, ročník 2018.

WEBER, P., MELUZÍNOVÁ, H., PRUDIUS, D., BIELÁKOVÁ, K. Poruchy termoregulácie a jej význam vo vyššom veku. In *Vnitřní lékařství*. ISSN 1801–7592. 2018; roč. 64, č. 11, s. 1091 – 1097.

Zákon č. 577/2004 o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Zákon č. 41/2013, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

8 AMBULANTNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O ŽENU

Jana Michalková

Na zlepšovaní reprodukčného a sexuálneho zdravia žien majú podiel samotné ženy, zdravotnícki pracovníci, ale i organizácie a odbory, ktoré prostredníctvom prevencie a podpory zdravia, no tiež konkrétnymi diagnosticko-liečebnými zásahmi a inými konkrétnymi intervenciami pozitívne ovplyvňujú výsledky zdravotnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo.

V kap. 8.1 opisujeme špecifiká zdravotnej starostlivosti v približovanom medicínskom odbore, poukazujeme na úlohy sestry/pôrodnej asistentky v gynekologickej ambulantnej starostlivosti a konkretizujeme legislatívne vymedzené kompetencie, ktoré pôrodná asistentka uplatňuje vo svojej každodennej praxi. Zaoberáme sa aj preventívnymi a skriningovými postupmi v gynekológii a pôrodnictve.

8.1 Zdravotná starostlivosť v odbore gynekológia a pôrodnictvo

Gynekológia a pôrodnictvo je špecializačný medicínsky odbor, ktorý sa zaoberá prevenciou, diagnostikou, liečbou, dispenzarizáciou gynekologických chorôb, fyziologickým a patologickým pôrodnictvom. Venuje sa fyziológii a patológii reprodukčného systému ženy vo všetkých obdobiach jej života. Náplňou odboru je starostlivosť o zdravý vývoj ženskej populácie.

Pri plnení všetkých úloh gynekológie a pôrodnictva je potrebná úzka **kooperácia lekárov – so špecializáciou v odbore gynekológia a pôrodnictvo, pôrodných asistentiek, sestier a iných pracovníkov** gynekologicko-pôrodných zariadení poskytujúcich zdravotnú starostlivosť. **Zdravotná starostlivosť** poskytovaná v odbore gynekológia a pôrodnictvo zahŕňa prevenciu, diagnostiku, liečbu, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu.

V rámci **gynekológie** je v centre pozornosti zdravotníckych profesionálov starostlivosť o ženu vo všetkých obdobiach jej života, zaraďujeme tu: gynekológiu detí a dospelých, vrodené vývojové chyby ženských

pohlavných orgánov, gynekologickú endokrinológiu, zápalové ochorenia ženských pohlavných orgánov, endometriózu, sterilitu a infertilitu, plánované rodičovstvo a antikoncepciu, senológiu, urogynekológiu, nezhubné nádorové ochorenia ženských pohlavných orgánov, starostlivosť o ženu v perimenopauze, klimaktériu a senu a gynekologickú sexuológiu.

Hlavnou metódou práce **onkogynekológie** je prevencia, včasná diagnostika a liečba nádorov ženských pohlavných orgánov. Každá **preventívna gynekologická prehliadka** je zameraná na včasnú diagnostiku onkogynekologického ochorenia. Z onkologického hľadiska sa vykonáva onkologický skríning, diagnostika, liečba a dispenzarizácia prekanceróz ženských pohlavných orgánov vrátane prsníkov, všetkých nádorov ženských pohlavných orgánov, prsníkov a trofoblastu. Všetky ženy so zistenými abnormalitami sú odosielané na špecializované pracoviská, ktoré dodržiavajú odporúčané postupy, navrhované Sekciou onkogynekológie pri Slovenskej gynekologicko-pôrodníckej spoločnosti. Zabezpečujú komplexnú diagnostiku a liečbu malígnych ochorení krčka maternice, tela maternice, ovárií, vulvy, vagíny a prsníka. V rámci dispenzarizácie vykonávajú odporúčané kontroly a adjuvantnú liečbu.

Zdravotná starostlivosť v odbore je zabezpečovaná sieťou pracovísk, ktorú tvoria zdravotnícke zariadenia pre **ambulantnú zdravotnú starostlivosť** a zdravotnícke pracoviská poskytujúce **ústavnú zdravotnú starostlivosť**, ktoré spoločne vytvárajú sieť zabezpečujúcu kvalitnú a dostupnú starostlivosť pre všetky ženy. Sieť zdravotníckych zariadení v odbore tvoria štátne a neštátne zdravotnícke zariadenia (ambulantné, posteľové oddelenia, kliniky, špecializované ústavy).

A. Ambulantné pracoviská

1. Samostatné gynekologické ambulancie

Poskytujú základnú liečebno-preventívnu a špecializovanú starostlivosť a poradenskú činnosť v odbore. Vykonávajú konziliárnu činnosť pre všeobecných lekárov, súčasťou ich práce je aj posudková činnosť. Poskytujú špecializovanú starostlivosť so zameraním na konkrétnu špecializačnú a certifikovanú činnosť. Konkrétnejšie informácie

o personálnom zabezpečení a materiálno-technickom vybavení uvedieme nižšie.

2. Zariadenia jednodňovej zdravotnej starostlivosti (JZS)

Sú určené na vykonávanie výkonov v odbore alebo na vykonávanie takých diagnostických a liečebných postupov, pri ktorých sa predpokladá, že pobyt pacientky na lôžku nepresiahne 24 hodín. Zariadenie na poskytovanie JZS v odbore vyžaduje, aby lekár mal ukončené špecializačné štúdium v odbore:

- a) gynekológia a pôrodníctvo a 10 rokov odbornej zdravotníckej praxe v danom špecializačnom odbore,
- b) 5 rokov odbornej zdravotníckej praxe v príslušnom špecializačnom odbore, z ktorej posledné 3 roky predstavovali výkon špecializovaných pracovných činností na operačnej sále.

Pôrodná asistentka by mala mať ukončené špecializačné štúdium v odbore:

- a) inštrumentovanie v operačnej sále v gynekológii a pôrodníctve a
- b) intenzívnu starostlivosť v gynekológii a pôrodníctve.

B. Zdravotnícke zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. Gynekologicko-pôrodné oddelenia všeobecných nemocníc, ktoré poskytujú nepretržitú liečebno-preventívnu starostlivosť pacientkam s akútnymi a chronickými ochoreniami v rozsahu určenom ich personálnym, lôžkovým a materiálno-technickým vybavením. Pacientky, ktoré vyžadujú náročné a špecializované vyšetrenia a liečbu, sú odosielané na špecializované pracoviská.

2. Gynekologicko-pôrodné oddelenia všeobecných nemocníc vyššieho typu - zvyčajne ide o **fakultné nemocnice**. Ak je gynekologicko-pôrodné oddelenie výučbovou bázou lekárskej fakulty, Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave alebo fakulty ošetrovateľstva, môže sa po dohode štatutárneho orgánu zdravotníckeho zariadenia s príslušným rektorom vysokej školy označiť ako klinika. Povinné vybavenie vyplýva z náplne činnosti, ktorou je poskytovanie nepretržitej, zvlášť náročnej a špecializovanej ústavnej a ambulantnej

starostlivosti ženám. Dôležitými zložkami je aj výchovno-vzdelávacia a vedecko-výskumná činnosť týchto pracovísk.

Na základe výnosu MZ SR č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v **gynekologickej ambulancii** poskytuje zdravotnú starostlivosť:

- a) lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo,
- b) pôrodná asistentka alebo pôrodná asistentka so špecializáciou pôrodná asistencia a starostlivosť o ženu v rodine a komunite.

K materiálno-technickému vybaveniu gynekologickej ambulancie patrí:

- a) základné priestorové vybavenie gynekologickej ambulancie, ktoré je platné pre všetky ambulantné zariadenia a je uvedené v oddiele 1 v bode 1 uvádzaného výnosu. Čakáreň gynekologickej ambulancie by mala mať plochu s rozmermi najmenej 12 m², súčasťou ambulancie je priestor určený na prípravu ženy na vyšetrenie,
- b) základné vecné vybavenie a prístrojové vybavenie gynekologickej ambulancie, ktoré je zhodné s všeobecne platnými ustanoveniami pre ambulantné zariadenia a je uvedené v oddiele 1 v bode 2 uvádzaného výnosu. Každá ambulancia musí mať resuscitačný set a byť vybavená protišokovou skrinkou, v ktorej sú presne určené lieky a infúzne roztoky,
- c) ďalšie vybavenie, ktoré je špecifické pre túto ambulanciu tvoria 1. gynekologický vyšetrovací stôl, 2. pošvové zrkadlá, 3. pelvimeter, 4. mikroskop, 5. kolposkop, 6. pomôcky na malé chirurgické výkony, 7. stetoskop, 8. irigátor, 9. pôrodný balíček, 10. taška na návštevnú službu pre lekára, 11. taška na návštevnú službu pre pôrodnú asistentku.

Taška na **návštevnú službu pre pôrodnú asistentku** obsahuje: a) sterilný pôrodný balíček - pre prípad prekotného pôrodu, b) tlakomer a fonendoskop, a) teplomer, d) stetoskop, e) pelvimeter, f) krajčírsky centimeter, g) gravidometer, h) reagens na vyšetrenie moču, i) Temešváryho roztok, j) Esmarchovo ovínadlo, k) jednorazové ihly, jednorazové striekačky, i. v. kanyly, l) tampóny na dezinfekciu kože, m) dezinfekčný roztok a roztok na oplachovanie

rodidiel, n) skúmavky na odber biologického materiálu, o) sterilné a nesterilné štvorce, p) sterilné chirurgické nástroje (pinzeta, nožnice, peán), q) preväzové nožnice, r) leukoplast, s) set na cievkovanie a sterilný permanentný močový katéter pre ženy, t) rektálna rúrka, u) jednorazové podložky, v) sterilné a nesterilné jednorazové rukavice, w) tvárové ochranné rúško a x) dózu alebo vrečko na odpadový materiál.

8.2 Úlohy pôrodnej asistentky v gynekologickej ambulancii

Gynekologické ošetrovateľstvo ako jeden z aplikovaných odborov sa zameriava na ošetrovateľskú starostlivosť o ženu od detstva až po obdobie sénia. Je úzko prepojené s **pôrodným ošetrovateľstvom**, ktoré sa zaoberá starostlivosťou o tehotnú ženu, ešte nenarodené dieťa, rodičku a o ženu v období šestonedelia.

Z hľadiska organizácie a systému práce v gynekologickej ambulancii prebieha gynekologické vyšetrenie žien a niektoré preventívno-diagnostické a liečebné úkony, pri ktorých pôrodná asistentka asistuje lekárovi - gynekológovi. Je tu realizovaná **preventívna starostlivosť** s cieľom včasného odhalenia ochorení rodidiel. Lekár spolu s pôrodnou asistentkou vykonáva **poradne pre tehotné ženy**, v rámci ktorých sa sleduje zdravotný stav ženy počas tehotenstva a rovnako aj rast a vývoj plodu a predchádza sa komplikáciám, ktoré by mohli počas tehotenstva nastať. Súčasť starostlivosti o tehotnú ženu tvorí aj psycho-fyzická príprava na pôrod, na ktorej sa pôrodná asistentka spolu s lekárom aktívne podieľa. V súčasnosti sa vytvorili možnosti aj pre online kurzy psycho-fyzickej prípravy s vyškolenými lektormi, ktoré môžu páry alebo jednotlivci absolvovať z pohodlia domova. Správna psycho-fyzická príprava vedie k lepšej spolupráci rodičky na pôrodnej sále, ale hlavne znižuje riziko vzniku popôrodných psychických porúch.

Ďalšiu kategóriu činnosti gynekologickej ambulancie zahŕňa **diagnosticko-liečebná starostlivosť**, ktorá sa zameriava na diagnostiku a liečbu ochorení ženských pohlavných orgánov. V neposlednom rade lekár a pôrodná asistentka vykonávajú aj **zdravotno-výchovnú činnosť**, pri ktorej sa venujú poskytovaniu

informácií a edukačnej činnosti pre ženy v každom vekovom období a pri rôznych typoch medicínskych a ošetrovateľských problémov v rámci reprodukčného a sexuálneho zdravia ženy.

Úlohy pôrodnej asistentky v gynekologickej ambulantnej starostlivosti vyplývajú z jej **kompetencií**, ktoré sú konkretizované vo vyhláške MZ SR č. 95/2018 Z.z., ktorou sa určuje rozsah praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

Pôrodná asistentka, ktorá získala odbornú spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností v súlade so štandardmi a s lekárskou diagnózou **samostatne:**

- a) posudzuje potreby u ženy, rodiny alebo komunity, určuje ošetrovateľské diagnózy, plánuje, zabezpečuje alebo uskutočňuje uspokojovanie potrieb súvisiacich s reprodukčným zdravím, gynekologickou a pôrodnickou chorobou a vyhodnocuje uspokojenie zistených potrieb,
- b) zabezpečuje dodržiavanie bezpečného prostredia ženy a ochranu intimity pri poskytovaní starostlivosti,
- c) vzdeláva ženu, rodinu a komunitu o prevencii, zdravom životnom štýle, o režimových opatreniach v súvislosti so starostlivosťou s dôrazom na sebestačnosť osoby,
- d) odporúča používanie voľnopredajných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín,
- e) podieľa sa na ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia,
- f) vykonáva administratívne a dokumentačné činnosti, vystavuje potvrdenia a správy súvisiace s poskytovaním starostlivosti,
- g) využíva dostupné zdravotné záznamy osoby vrátane elektronických záznamov na realizáciu a dokumentovanie starostlivosti,
- h) posudzuje zdravotný stav alebo zmenu zdravotného stavu ženy, pričom využíva hodnotiace a meracie nástroje,

- i) meria, sleduje a interpretuje číselné údaje a klinické údaje o vitálnych funkciách ženy a o fyziologických funkciách ženy v rozsahu nevyhnutnom na poskytovanie zdravotnej starostlivosti,
- j) riadi hygienu prostredia vrátane dezinfekcie a sterilizácie zdravotníckych pomôcok, prístrojov, nástrojov a zariadení používaných pri poskytovaní starostlivosti a podľa stupňa náročnosti sa podieľa na dezinfekcii a sterilizácii,
- k) poskytuje poradenstvo v premenopauze, menopauze a postmenopauze, odporúča alternatívnu liečbu v období klimaktéria,
- l) zabezpečuje mobilizáciu a ošetrovateľskú rehabilitáciu ženy a podieľa sa na prevencii porúch z imobility,
- m) hodnotí a ošetruje poruchy celistvosti kože a slizníc,
- n) zabezpečuje aplikáciu zábalov a obkladov,
- o) realizuje katetrizáciu močového mechúra a zavádza permanentný močový katéter u ženy, zabezpečuje funkčnosť permanentného močového katétra, zavádza rektálnu rúrku,
- p) realizuje preventívne opatrenia u žien s chronickým ochorením, fyzickým alebo mentálnym postihnutím s cieľom zníženia rizika destabilizácie zdravotného stavu.

Pôrodná asistentka v priebehu predpôrodnej starostlivosti samostatne:

- a) realizuje preventívne prehliadky u žien s fyziologickou graviditou, poskytuje poradenstvo o vyšetreniach potrebných pre včasnú diagnostiku rizikového tehotenstva a odporúča lekársku starostlivosť,
- b) vykonáva vyšetrenia pomocou dostupných a primeraných klinických prostriedkov, vyšetruje panvu pelvimetrom, vykonáva vyšetrenie vonkajšími hmatmi, stetoskopom a elektronickým fetálnym monitorom,
- c) poskytuje informácie o včasnej diagnostike tehotnosti,
- d) sleduje priebeh fyziologického tehotenstva, identifikuje rizikové faktory tehotenstva,
- e) sleduje hmotnosť, fyziologické funkcie a indikuje štandardné laboratórne testy pre jednotlivé týždne tehotenstva,

- f) zhotovuje a vyhodnocuje kardiokardigrafický záznam, pri patologických hodnotách a zmenách informuje lekára,
- g) vykonáva psychofyzickú prípravu tehotnej ženy na pôrod a podporuje tehotnú ženu a jej rodinu pri výbere miesta a spôsobu pôrodu,
- h) realizuje edukačné programy zamerané na prípravu na rodičovstvo,
- i) vzdeláva o správnej technike dojčenia a o predchádzaní komplikáciám pri dojčení,
- j) vzdeláva o výhodách dojčenia pre matku a dieťa, identifikuje rizikové skupiny tehotných žien, ktoré potrebujú špecifickú pomoc v podpore dojčenia,
- k) informuje tehotnú ženu o možnostiach a rizikách náhrad materského mlieka.

Pôrodná asistentka v priebehu popôrodnej starostlivosti samostatne:

- a) posudzuje zdravotný stav šestonedieľky a novorodenca,
- b) podporuje šestonedieľku v dojčení,
- c) hodnotí techniku dojčenia, posudzuje a zaznamenáva efektívnosť dojčenia,
- d) identifikuje problémy pri dojčení a zabezpečuje pomoc, poskytuje pomoc pri dojčení pri špecifických stavoch u novorodenca,
- e) asistuje žene a vzdeláva ju v starostlivosti o hygienu novorodenca,
- f) realizuje preventívne opatrenia pre zdravý vývoj novorodenca,
- g) vykonáva návštevy v rodinách šestonedieľok,
- h) posudzuje sociálne prostredie šestonedieľky a novorodenca a navrhuje intervencie.

Pri výkone praxe v pôrodnej asistencii, pôrodná asistentka **samostatne na základe indikácie lekára:**

- a) pripravuje ženu na diagnostické a terapeutické výkony, poskytuje a zabezpečuje starostlivosť v priebehu realizácie výkonov a po ich ukončení,
- b) odoberá biologický materiál - krv, moč, stolicu, spútum, stery z kože, slizníc, telových dutín a rán,
- c) preväzuje a ošetruje rany,

- d) odstraňuje stehy z primárne zhojenej rany,
- e) zavádza kanylu do periférnej žily, ruší kanylu z periférnej žily,
- f) aplikuje parenterálnu výživu,
- g) aplikuje lieky sublinguálne, perorálne, rektálne, inhalačne, lokálne na kožu a sliznice, vaginálne, epidurálne, intrakutánne, subkutánne, intramuskulárne, intravenózne s výnimkou transfúzie krvi, krvných derivátov a kontrastných látok,
- h) zabezpečuje riadenie administratívnych činností súvisiacich s realizáciou vyšetrení.

Podľa vyššie uvedeného legislatívneho dokumentu sú odlišné kompetencie pre pôrodnú asistentku špecialistku a pôrodnú asistentku s pokročilou praxou. Ich rozsah špecifických činností je obsahom §6 a §7.

8.3 Preventívne a skriningové postupy v gynekológii

Preventívne a skriningové opatrenia majú dôležitý význam v starostlivosti o ľudské zdravie.

Prevenciu ako sme už uvádzali v kap. 8.1 charakterizuje súbor opatrení a činností zameraných na predchádzanie chorobám a ich následkom, ako i na udržanie optimálneho stavu zdravia, jeho posilňovanie a rozvoj. **Onkologická prevencia** predstavuje opatrenia, ktorých cieľom je predvídať a predchádzať všetkým negatívnym udalostiam spojeným so vznikom progresie a recidívou zhubných nádorov.

V centre pozornosti ošetrojúcich v rámci prevencie v gynekológii stojí **reprodukčné zdravie ženy**. Je to stav úplnej fyzickej, mentálnej a sociálnej pohody, a nielen chýbanie ochorenia alebo poruchy, vo všetkých prípadoch vzťahujúcich sa k reprodukčnému systému, k jeho funkciám a procesom. Reprodukčné zdravie zahŕňa aj ľudskú schopnosť mať uspokojenie zo sexuálneho života, schopnosť reprodukovať sa, ako aj slobodu rozhodnúť sa, kedy a ako často tak robiť.

Dôležitým nástrojom *primárnej prevencie* v gynekológii je **preventívna gynekologická prehliadka**, ktorá má svoje špecifiká. **Preventívna prehliadka u**

žien sa vykonáva od veku 18 rokov alebo prvého tehotenstva v intervale raz za 12 mesiacov. Preventívna prehliadka je vykonávaná lekárom so špecializáciou v odbore gynekológia a pôrodníctvo a ak má lekár s pacientkou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou pacientky, je vykonanie preventívnej prehliadky hrazené zo zdravotného poistenia. Obsahom preventívnej gynekologickej prehliadky v zmysle zákona NR SR č. 661/2007Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon NR SR č. 577/2004 Z.z. *o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti* je komplexné gynekologické vyšetrenie zamerané na vyhľadávanie a včasnú diagnostiku organických a funkčných porúch ženských pohlavných orgánov. Súčasťou prehliadky je dôkladná anamnéza a odborné poradenstvo v otázkach antikoncepcie, hormonálnej substitučnej liečby, prevencie sexuálne prenosných ochorení a poučenie o zvýšenom riziku gynekologických malignít v súvislosti s pozitívnou rodinnou anamnézou a prítomnosťou ďalších rizikových faktorov u ženy.

Výkony, ktoré by mali byť súčasťou preventívnej gynekologickej prehliadky, vyplývajúce zo zákona sú:

- a) podrobná anamnéza a jej priebežná aktualizácia,
- b) odborné poradenstvo a poučenie,
- c) komplexné gynekologické vyšetrenie vrátane palpačného vyšetrenia prsníkov,
- d) ultrasonografia (skr. USG) - transvaginálna, abdominálna,
- e) ultrasonografia (skr. USG) prsníkov v intervale raz za 2 roky u žien do 40 rokov,
- f) vyšetrenie krvi na prítomnosť tumor markera Ca 125 – u žien s dokázanou mutáciou BRCA 1 génu raz za 6 mesiacov od veku 30 rokov, u žien s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu ovaria raz za rok vo veku od 35 rokov,
- g) cytológia z krčka maternice a RTG mamografia v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skríningu.

Doklad o absolvovaní preventívnej gynekologickej prehliadky je podmienkou kompletizácie preventívnej prehliadky u praktického lekára pre dospelých.

K účinným opatreniam primárnej prevencie, ktoré súvisia s reprodukčným a sexuálnym zdravím ženy patrí **výchova k zdraviu** a boj s **rizikovými faktormi**.

Patria sem *predčasné sexuálne aktivity* (tzv. „*teenage sex*“), ktoré predstavujú obrovské riziko s negatívnym dopadom na osobnostný a psychosexuálny vývoj, napr. vymiznutie citlivosti k potrebám iných, záporné spracovanie skúseností z prvých pohlavných kontaktov, emočný chlad, sústredenie sa na biologický aspekt a iné. Včasný sexuálny styk negatívne pôsobí aj na školskú dochádzku, ukončenie vzdelania s následným obmedzením v možnostiach zamestnania. Ďalším rizikom sú sexuálne prenosné ochorenia a tehotnosť u dospievajúcich dievčat (tzv. „*teenpregnancy*“).

Promiskuita a rizikové techniky pohlavného styku predstavujú nebezpečie kvôli možnosti prenosu sexuálne prenosných chorôb, vzniku zápalov pohlavných orgánov i neplánovanej gravidite. Problémom promiskuity je aj ťažké vytváranie trvalého vzťahu. Medzi rizikové sexuálne techniky sa radí análny styk, pri ktorom môže dôjsť k masívnemu osídleniu pošvy mikroflórou rekta a iné.

Drogy, iné psychoaktívne látky v súvislosti s reprodukčným zdravím negatívne iniciujú predčasnú sexuálnu aktivitu, sexuálne zneužívanie, poruchy psychosexuálneho vývinu až sexuálne úchylky. Droga, či iná návyková látka prináša riziká pre plod v gravidite (somatická závislosť in utero), rovnako negatívne vplýva na produkciu hormónov i na pohlavné bunky.

Fajčenie negatívne vplýva na plodnosť, prispieva k sexuálnej dysfunkcii muža, u žien znižuje hladinu estrogénov a u mužov hladinu testosterónu, čo má negatívny dopad na dozrievanie pohlavných buniek.

Zápaly a iné choroby reprodukčného ústrojenstva, ak sú neliečené, môžu viesť k nepriechodnosti vajíčkovodov, ktorá je jednou z najčastejších príčin sterility. Takisto infekcie môžu narúšať prirodzené prostredie pošvy a vytvárať nevhodné podmienky pre spermie. Nebezpečné sú hlavne chlamýdiové infekcie a mykózy.

Rizikovým faktorom reprodukčného zdravia je aj telesná hmotnosť – *obezita* a *podhmotnosť*. Pri telesnej hmotnosti s BMI indexom nižším ako 18,5 alebo

vyšším ako 30 dochádza k hormonálnej nerovnováhe, následne k menštruačným poruchám.

Stres neprispieva k zdraviu v žiadnej dimenzii. V reprodukčnej sfére spôsobuje nárast koncentrácie prolaktínu, ktorý znižuje tvorbu hormónov pre dozrievanie vajíčka a následnú ovuláciu. U mužov môže spôsobiť pokles tvorby a pohyblivosti spermií.

Faktory rodinného života (rodinná štruktúra, osobnosti rodiny, typ výchovy, vzťahy v rodine, socioekonomický status, a iné) sú úzko späté s rizikovým správaním. Informácie o sexualite len málo pochádzajú z rodiny, skôr z médií a od kamarátov. Často informovanosť o hroziacich rizikách je nedostatočná, pričom už adolescentná mládež má prvú sexuálnu skúsenosť.

Nedostatok informácií o reprodukčnom a sexuálnom zdraví má veľa (nielen mladých) ľudí. Príčinou je nezáujem zo strany spoločnosti a nedostatočná miera vzdelávania, preto je potrebné poskytovať informácie cielene určitým skupinám osôb podľa ich potrieb.

Preventívne postupy v oblasti reprodukčného a sexuálneho zdravia sa sústreďujú predovšetkým na:

- a) preventívne opatrenia v oblasti *intímnej hygieny*,
- b) preventívne opatrenia, zamerané na *hygienu pohlavného života*,
- c) preventívne opatrenia počas menštruácie,
- d) preventívne opatrenia v oblasti *sexuálne prenosných ochorení*.

Správanie ženy vo vzťahu k reprodukčnému a sexuálnemu zdraviu, ktorým predchádza vzniku možných ochorení by malo byť nasledovné:

- realizovať správnu intímnu hygienu v zmysle denného sprchovania s minimom kozmetiky (antiperspiranty, parfumy, peny do kúpeľa, antikoncepčné želé), najlepšie bez nej,
- vyhýbať sa nezmyselným výplachom vagíny,
- používať prípravky určené na intímnu hygienu s pH 4 - 5 (vylúčiť zásadité mydlá),
- dbať na dôkladné osušenie perinea (vlhkosť a zaparenie podporuje vznik infekcií),
- mať individuálny uterák určený na oblasť genitálií,

- vymieňať si spodnú osobnú bielizeň každý deň,
- nosiť spodnú bielizeň z vhodného savého a priedušného materiálu napr. bavlna (syntetická bielizeň zvyšuje perspiráciu a evaporáciu), vyhýbať sa tesnému oblečeniu,
- dodržiavať pravidelnosť vo vyprázdňovaní a s tým spojenú správnosť očisty po vyprázdnení,
- správnosť utierania genitálií (v smere od lonovej kosti ku konečníku),
- často si vymieňať absorpčné pomôcky – hygienické vložky a tampóny v období menštruácie (pri menštruačných tampónoch používať tampóny s najnižšou absorpčnou schopnosťou pri maximálnej dobe zavedenia 4 - 8 hodín pre hroziaci syndróm toxického šoku, skr. TSS),
- sexuálna zdržanlivosť u slobodných dievčat a žien a počas prebiehajúceho zápalového procesu,
- monogamnosť,
- dodržiavať hygienu pri sexuálnom styku (vynechanie pohlavného styku pri menštruácii, po potrate, v šestonedelí),
- nepodstúpiť umelé prerušenie tehotenstva,
- dbať na obozretnosť na verejných kúpaliskách, toaletách a nezdržiavať sa vo vlhkých plavkách,
- absolvovať pravidelné gynekologické prehliadky.

Sekundárna prevencia spočíva v diagnostike a liečbe ochorení ženy vo všetkých obdobiach jej života, s cieľom zvládnuť ochorenie a zamedziť vzniku komplikácií. V období dospievania a reprodukcie je zameraná na včasné odhaľovanie problémov reprodukčných orgánov. V oblasti plánovaného rodičovstva sa zameriava na spôsoby riešenia nechcenej tehotnosti. Súčasťou sekundárnej prevencie je **skríning**. Je to celoplošný preventívny program zameraný na aktívne vyhľadávanie ochorenia a jeho prekurzorov pomocou skríningového testu, kde benefit vyšetrenia prevyšuje jeho negatívne aspekty. Hlavným prínosom skríningu je skorý záchyt, zlepšenie prognózy ochorenia, účinná, menej radikálna liečba a zníženie úmrtnosti.

Rozlišujeme oportúnny a populačný skríning. *Oportúnny skríning (ad hoc, neorganizovaný)* je činnosťou zameranou na zachytenie onkologickej choroby alebo zachytenie inej závažnej choroby vo včasnom štádiu alebo u zdánlivo zdravej bezpríznakovej populácie v rámci preventívnej prehliadky. Je realizovaný v rámci návštevy praktického lekára pre dospelých alebo lekára špecialistu. Je nekoordinovaný a závislý od slobodnej vôle jedinca, či sa na preventívnu prehliadku a skríningové vyšetrenie rozhodne ísť alebo nie. *Populačný skríning* znamená plošné, organizované monitorované vyšetrovanie populácie za účelom včasného záchytu liečiteľného nádorového ochorenia v skorom alebo v predrakovinovom štádiu, kedy ešte človek nemá žiadne príznaky. Donedávna na Slovensku prebiehal onkologický skríning iba oportúnne, avšak situácia sa od roku 2019 zmenila.

Jedným z gynekologických onkologických ochorení vhodných na sekundárnu prevenciu prostredníctvom skríningového programu je **karcinóm krčka maternice**. Ide o závažné ochorenie, ktoré je ľahko diagnostikovateľné a efektívne liečiteľné, no napriek tomu, je druhým najčastejším onkologickým ochorením u žien. Na toto ochorenie umiera na Slovensku priemerne jedna žena každý druhý deň. Až 99 % prípadov karcinómu krčka maternice spôsobuje **vírus HPV** (*Human Papillomavirus*, teda ľudský papilomavírus). Poznáme asi 40 typov HPV, ktoré sa môžu preniesť na človeka v oblasti pohlavných orgánov. Vírusy *HPV 16 a 18* zapríčiňujú viac ako 70% karcinómov krčka maternice. Okrem pravidelných preventívnych prehliadok u gynekológa existuje veľmi účinná forma *primárnej prevencie proti HPV infekcii – očkovanie*. Aktuálne máme v SR dostupné tri typy vakcín: bivalentnú vakcínu Cervavix, tetravalentnú vakcínu Silgard a nonavalentnú vakcínu Gardasil. Za najideálnejší vek očkovania sa považuje 9 - 12 rokov, teda pred prvým pohlavným stykom. Všeobecne sa odporúča **očkovanie proti HPV** u oboch pohlaví vo veku 9 - 45 rokov, pričom s vyšším vekom sa efekt vakcinácie znižuje. Od začiatku mája roku 2022 môže každý rodič na Slovensku dať bez doplatku zaočkovať proti HPV svoje dieťa od 12. do 13. roku života. Cieľom SR v súlade a Európskym plánom na boj proti rakovine je do roku 2030 zvýšiť mieru zaočkovanosti proti HPV vírusu u dievčat na 90%, ako aj výrazne zvýšiť očkovanosť chlapcov.

Pravidelný **skrining karcinómu krčka maternice** chráni zdravie a život ženy. Je možné ním zabrániť až 9 z 10 prípadov tohto karcinómu. Cervikálny skrining, je považovaný za najúčinnější spôsob prevencie vtedy, keď je vykonávaný v doporučených pravidelne sa opakujúcich intervaloch. Ide o vyšetrenie krčka maternice u žien, ktoré majú 23 a viac rokov a je realizovaný klasickou tzv. **konvenčnou cytológiou** pomocou PAP testu v intervale 1-1-3 roky. Pap test potvrdí akékoľvek abnormálne alebo prekancerózne zmeny v bunkách krčka maternice. Ak Pap test dokazuje existenciu abnormálnych buniek, môžu sa vykonať ďalšie testy: kolposkopia, cervikálna biopsia a biopsia pod kolposkopickou kontrolou s následným odoslaním odobratého tkaniva na histologické vyšetrenie.

Pri organizovanom skriningovom programe žena dostane zo zdravotnej poisťovne pozvánku do ambulancie k jej vlastnému zmluvnému praktickému gynekológovi. Ak žena nemá zmluvného praktického gynekológa, môže navštíviť najbližšiu gynekologickú ambulanciu v mieste svojho bydliska alebo sa môže informovať vo svojej zdravotnej poisťovni. Prvé dva cytologické stery z krčka maternice urobí lekár v ročnom intervale. Ak bude žena zdravá pri oboch z nich, vyšetrenie sa zopakuje až o tri roky. Ak je výsledok nejasný, vykoná sa ďalší test na špecializovanom pracovisku. V prípade, že má žena posledné 3 absolvované cytologické vyšetrenia v 3 ročnom intervale v norme, tak je skrining ukončený vo veku 64 rokov.

Možnosťou cytologického vyšetrenia je aj **cytológia typu LBC** (z angl. „*liquid-based cytology*“ je metóda, pri ktorej sa pracuje s tekutým médiom). Princíp je podobný ako pri konvenčnej cytológii, ale hlavnou výhodou tejto metódy je, že sa ňou dá vyšetriť prítomnosť vírusu, teda či je prítomná DNA alebo RNA ľudského papilomavírusu. Táto cytológia sa preto stala populárnejšou, hoci žena môže byť dobre manažovaná aj vtedy, keď podstúpi konvenčnú cytológiu.

Iným typom vyšetrenia je tzv. **HPV test**. Testy HPV môžu nájsť ktorýkoľvek z vysoko rizikových typov papilomavírusu, ktoré sa najčastejšie vyskytujú pri karcinóme krčka maternice. Dajú sa robiť už z cytológie typu LBC, ale existujú na to aj špeciálne sady, ktorými sa dá vyšetrovať prítomnosť vírusu. Vývoj diagnostiky vo svete smeruje k skriningom pomocou HPV testu založeného na

DNA. Na Slovensku tento test ešte nie je uhrádzaný zo zdravotného poistenia ako primárna skriningová metóda, používa sa na základe výsledku cytológie podľa odporúčania gynekológa.

Karcinóm prsníka je najčastejší zhubný nádor u žien na Slovensku. Každý rok je registrovaných viac ako 2500 nových prípadov. Má vysokú šancu na vyliečenie, ak je malý a zistený včas. **Skríning rakoviny prsníka** má za cieľ, čo najskôr zachytiť skoré štádium karcinómu prsníka u žien, ktoré nepociťujú žiadne príznaky, účinne, menej radikálne ho liečiť, zlepšiť prognózu ochorenia a znížiť úmrtnosť. Celoplošný organizovaný mamografický skríning na Slovensku bol zahájený v septembri roku 2019. Od júna 2020 po koronakríze skríning karcinómu prsníka pokračuje.

Mamografia je lekárske vyšetrenie mäkkým röntgenovým žiarením, ktoré zobrazuje tukové tkanivo a žľazu prsníkov, a tým pomáha odhaliť mnohé prípady karcinómu prsníka v ranom štádiu. Vďaka tomu zvyšuje šancu na vyliečenie. Na Slovensku je v súčasnosti odporúčané absolvovať mamografické vyšetrenie každé dva roky od veku 40 rokov. Spoľahlivosť vyšetrovacej metódy mamografie je takmer 99 %. Je to bezpečná metóda a neprekračuje odporúčanú úroveň ožiarenia žien pri vyšetrení.

Preventívne mamografické vyšetrenie môže gynekológ alebo praktický lekár odporučiť raz za dva roky, keď žena dosiahne 40 rokov, aj keď nemá žiadne problémy s prsníkmi a je zdravá.

Skriningová mamografia je určená ženám vo veku 50 - 69 rokov každé 2 roky na základe pozvania zdravotnou poisťovňou. Vykonáva sa na preverených skriningových mamografických pracoviskách a je zdarma. Zvlášť je smerovaná k ženám v stanovenom vekovom období, ktoré sa nezúčastňujú preventívnych mamografických prehliadok.

Ak je výsledok mamografie v poriadku, do 30 minút lekár žene ústne oznámi jej výsledok. Po hodnotení druhým nezávislým lekárom dostane žena písomné vyjadrenie poštou do 3 dní. Výsledky budú zaslané aj gynekológovi alebo praktickému lekárovi. Pri nedostačujúcom výsledku mamografie je žena, v čo najkratšom čase, predvolaná na doplňujúce vyšetrenie. Po jeho absolvovaní

najneskôr do 15 pracovných dní lekár skríniového pracoviska žene osobne oznámi výsledok a po konzultácii odporučí a zorganizuje ďalší postup.

Napriek skríniovému vyšetreniu prsníkov pomocou mamografie naďalej platí, že prsníky si má žena vyšetrovať raz mesačne sama, t.j. samovyšetrením.

Október je medzinárodným mesiacom zvyšovania povedomia o rakovine prsníka a 15. október je vyhlásený za **Deň zdravia prsníkov**. Pri tejto príležitosti sa na Slovensku konajú podporné akcie organizované Pracovnou skupinou pre skríniovú rakovinu prsníka, skríniovými mamografickými centrami, Národným onkologickým inštitútom a patientskymi organizáciami: Amazonky, Europa Donna, Liga proti rakovine, Nie rakovine, Ružová stužka.

V tab. 8.1 a 8.2 zobrazujeme súhrnné informácie o oportúnnom a populačnom skríniovu, ktorý prebieha na Slovensku podľa aktuálne platnej legislatívy.

Tab. 8.1 Oportúnnny skríniovú rakoviny krčka maternice a prsníka

Obsah	• zameraný na aktívne vyhľadávanie rakoviny krčka maternice a prsníka
Vykonáva	• lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo, • cytologické stery z krčka maternice vyhodnocujú certifikované cytologické laboratóriá
Okruh poistencov	• oportúnnny skríniovú rakoviny krčka maternice: ženy vo veku 23 – 64 rokov, • oportúnnny skríniovú rakoviny prsníka: ženy vo veku 40 – 69 rokov
Periodicita	Oportúnnny skríniovú rakoviny krčka maternice: • prvé dva odbery cytológie v ročnom intervale, v prípade negativity týchto dvoch cytologických výsledkov pokračovať v 3-ročnom intervale do veku 64 rokov, uvedená periodicita platí aj pre poistenkyňu, u ktorej sa začal oportúnnny skríniovú aj neskôr ako v 23. roku života • oportúnnny skríniovú sa vo veku 64 rokov ukončí, ak budú posledné tri cytologické nálezy negatívne Oportúnnny skríniovú rakoviny prsníka: raz za 2 roky.

(Zdroj: Zákon NR SR č. 661/2007 Z. z.)

Tab. 8.2 Populačný skrining rakoviny krčka maternice a prsníka

Obsah	• zameraný na aktívne a organizované vyhľadávanie rakoviny krčka maternice a prsníka • indikovaných poistencov na populačný skrining pozýva zdravotná poisťovňa • skrining vyhodnocuje Národné centrum zdravotníckych informácií a Národný onkologický inštitút v Národnom onkologickom ústave
Vykonáva	• lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo • cytologické stery z krčka maternice vyhodnocujú certifikované cytologické laboratóriá, ktoré patria do siete pre populačný skrining • populačný skrining rakoviny prsníka sa vykonáva komplexne na skriningovom mamografickom pracovisku, ktoré je určené na výkon populačného skriningu
Okruh poistencov	• populačný skrining rakoviny krčka maternice: ženy vo veku 23 – 64 rokov • populačný skrining rakoviny prsníka: ženy vo veku 50 – 69 rokov
Periodicita	Populačný skrining rakoviny krčka maternice: • prvé dva odbery cytológie v ročnom intervale, v prípade negativity týchto dvoch cytologických výsledkov pokračovať v 3-ročnom intervale do veku 64 rokov, uvedená periodicita platí aj pre poistenkyňu, u ktorej sa začal populačný skrining aj neskôr ako v 23. roku života • skrining sa vo veku 64 rokov ukončí, ak budú posledné tri cytologické nálezy negatívne Populačný skrining rakoviny prsníka: raz za 2 roky.

(Zdroj: Zákon NR SR č. 661/2007 Z. z.)

Parquetou *terciárnej prevencie* sú opatrenia zamerané na stabilizáciu poškodených funkcií hlavne pri chronických ochoreniach. Významná je edukácia o príznakoch signalizujúcich zhoršenie stavu, o liečebných procedúrach, cvikoch a rehabilitácii, o potrebe pomôcok a praktickom nácviku s nimi, zameriava sa aj na podporný systém v podobe klubov, sociálnej pomoci.

Cieľom terciárnej prevencie v senu je zachovať fyzické a psychické schopnosti ženy na najvyššej možnej úrovni.

Pod **dispenzarizáciou** rozumieme aktívne a systematické sledovanie zdravotného stavu osoby, u ktorej je predpoklad zhoršovania zdravotného stavu, jej pravidelné vyšetrowanie a liečba. Považujeme ju za formu prevencie, ktorá má zabezpečiť stabilizáciu ochorenia, alebo zabrániť komplikáciám pri adekvátnej a pravidelnej kontrolovanej terapii. Dispenzarizáciu vykonáva lekár

so špecializáciou v odbore gynekológia a pôrodníctvo po zaradení pacientky príslušnou zdravotnou poisťovňou do zoznamu dispenzarizovaných osôb.

8.4 Preventívne a skriningové postupy v pôrodníctve

Osobitnú skupinu opatrení zahŕňa preventívna starostlivosť v materstve. Máme tu na mysli najmä špecifiká prenatálnej starostlivosti v kontexte **Štandardného postupu** vydaného MZ SR s platnosťou od 10/2021 s názvom „**Prenatálna starostlivosť o nízkorizikovú (fyziologickú) tehotnosť.**“

Prenatálna starostlivosť je komplexná, kontinuálna, preventívno-liečebná starostlivosť o telesné a psychické zdravie ženy a jej rodiny, ktoré zabezpečujú lekár – gynekológ a pôrodná asistentka. Tvorí dôležitú súčasť starostlivosti o zdravie populácie, pretože len zdravá žena môže počať, donosiť a porodiť zdravé dieťa a táto žena môže mať zdravú a úspešnú rodinu.

Prvej návšteve tehotnej v prenatálnej poradni by mala byť venovaná náležitá pozornosť a čas jednak na získanie podrobných anamnestických údajov a na základe ich zhodnotenia zaradenie tehotnej medzi nízkorizikové (fyziologické) alebo rizikové tehotné. Samozrejmosťou je dôkladné informovanie tehotnej o priebehu prenatálnych poradní, vypísanie tehotenskej knižky, podanie informácie ohľadom životného štýlu v tehotnosti (racionálna strava, pitný režim, podávanie vitamínov, pohybová aktivita v tehotnosti, nefajčiť, nepožívať alkohol, informovanie ohľadom cestovania v tehotnosti).

Nízko-riziková (ďalej len fyziologická) **tehotná** - je tehotná, ktorá nemá komplikácie, žena bez akýchkoľvek morbidít pred tehotnosťou, resp. žena bez akýchkoľvek komplikácií v predchádzajúcom tehotenstve. K hlavným kritériám fyziologickej tehotnosti patria: klinické a laboratórne vyšetrenia v rámci normy, jednoplodová tehotnosť, pozdĺžna poloha plodu hlavičkou, bez anamnézy hypertenzie, epilepsie, kŕčov, bez infekcie (HIV, hepatitídy B, C a iné), bez závažných psychiatrických ochorení, bez ochorení srdca, obličiek, bez endokrinologických ochorení, bez diabetes mellitus, bez perzistentnej anémie, bez závislosti na liekoch alebo iných látkach. U fyziologickej tehotnej sa

nepredpokladá zvýšené riziko pri pôrode, preto môže rodiť v pôrodnici bez ohľadu na stupeň poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Riziková tehotná – je tehotná, ktorá má anamnézu ochorení pred tehotnosťou, resp. anamnézu ochorení/komplikácií v predchádzajúcej tehotnosti alebo výsledky klinických a laboratórnych vyšetrení mimo normálnych parametrov. Do tejto skupiny môže byť tehotná zaradená na začiatku tehotnosti alebo kedykoľvek počas tehotnosti na základe klinických prejavov alebo laboratórnych výsledkov, ktoré definujú určité riziko. Následná frekvencia návštev v prenatálnej poradni, rozsah laboratórnych a konziliárnych vyšetrení ako aj odoslanie na vyššie pracovisko sú individuálne podľa charakteru a závažnosti klinického stavu tehotnej a plodu.

Poskytovanie prenatálnej starostlivosti žene s fyziologickou tehotnosťou sa vykonáva na:

1. gynekologicko-pôrodníckej ambulancii (ambulancia obvodného gynekológa - pôrodníka),
2. gynekologicko-pôrodníckom oddelení (ambulantná časť).

Kompetentní zdravotnícki pracovníci sú lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo (ďalej len „gynekológ a pôrodník“), pôrodná asistentka a psychológ.

Na začiatku ako aj počas celého tehotenstva, na každej prenatálnej poradni by mala byť každá žena dôkladne informovaná o nadchádzajúcich vyšetreniach a výkonoch, ich význame a cieľoch.

Interval prenatálnych vyšetrení: do ukončeného 34. gestačného týždňa v intervale každých 4 – 6 týždňov, po ukončenom 34. gestačnom týždni v intervale každý 1 – 2 týždne a po ukončenom 40. gestačnom týždni v intervale aspoň 2 x týždenne.

V priebehu tehotností sa pri fyziologickej tehotnosti odporúča absolvovať približne 10 prenatálnych poradní (prvorodičky), 8 prenatálnych poradní (viacrodičky). Posledný mesiac (cca v 35./36. gestačnom týždni) sa tehotná registruje v gynekologicko-pôrodníckom zariadení, kde bude prebiehať pôrod. Vyšetrenia a úkony v tehotnosti, ktoré sú odporúčané na každej poradni od daného gestačného týždňa sú uvedené v tab. 8.3.

Tab. 8.3 **Prehľadný rozpis prenatálnych poradní a ich náplň pri starostlivosti o fyziologickú tehotnosť**

Gestačný týždeň	Vyšetrenia
11. - 13.	Klinické vyšetrenie
	Datácia tehotnosti Dôkladná anamnéza Vypísanie tehotenskej knižky Psychosociálny status Domáce násilie Gynekologické vyšetrenie: panva, veľkosť uteru, krčok, onkologická cytológia* Vyšetrenie prsníkov+ Pravidelné vyšetrenia**
	Ultrazvukové vyšetrenie
	Datácia tehotnosti Vitalita v prípade viacplodovej tehotnosti chorionicita a amnionicita CRL (ak je nad 83 mm, meranie HC) USG vykonané certifikovaným špecialistom multimarkerového prenatálneho skríningu
	Laboratórne vyšetrenie
	Krvný obraz Glykémia na lačno Serologické vyšetrenie: HIV, Hepatitída B, Hepatitída C, Syfilis Vyšetrenie štítnej žľazy: TSH a TPOAb Krvná skupina, Rh faktor, Antierytrocytárne protilátky Multimarkerový odber prenatálneho skríningu: PAPP-A, freeβhCG
	Špecifické výkony
	Stomatologické vyšetrenie Očkovanie proti chrípke (kedykoľvek počas tehotnosti, najlepšie pred chrípkovým obdobím v jesenných mesiacoch)
16.	Klinické vyšetrenie
	Pravidelné vyšetrenia**
	Laboratórne vyšetrenie
	Multimarkerový odber prenatálneho skríningu: AFP, hCG, uE3
20.	Klinické vyšetrenie
	Pravidelné vyšetrenia**
	Ultrazvukové vyšetrenie
	Morfologické USG (20.-22.g.t.)

Tab. 8.3 **Prehľadný rozpis prenatálnych poradní a ich náplň pri starostlivosti o fyziologickú tehotnosť - pokračovanie**

Gestačný týždeň	Vyšetrenia
24.	Klinické vyšetrenie
	Pravidelné vyšetrenia**
	Laboratórne vyšetrenie
	Krvný obraz oGTT - 24.-28. gestačný týždeň
	Špecifické výkony
	Odporúčanie k absolvovaniu psychoprofylaktickej prípravy, príprava k dojčeniu a starostlivosť o novorodenca
28.	Klinické vyšetrenie
	Pravidelné vyšetrenia**
	Laboratórne vyšetrenie
	oGTT 24.-28. g.t. Krvný obraz (ak nebol vykonaný v 24. g.t.) Kontrola titra antiRh protilátok u Rh negatívnych tehotných
	Špecifické výkony
	Po 28. g.t.: Podanie antiD gamaglobulínu po odbere titra protilátok, ak nie je dostupné vyšetrenie Rh faktora plodu z krvi matky Odporúčanie na podanie vakcíny proti pertussis (kombinovaná T-dap) 2. stomatologické vyšetrenie
32.	Klinické vyšetrenie
	Pravidelné vyšetrenia**
	Ultrazvukové vyšetrenie
	USG v 30.-32. g.t. Vitalita, poloha, biometria plodu, množstvo plodovej vody, lokalizácia placenty
	Špecifické výkony
	Odporúčanie výberu pediatra pre dieťa a gynekologicko-pôrodnického zariadenia
36.	Klinické vyšetrenie
	Pravidelné vyšetrenia**
	Špecifické výkony
	Odber GBS z dolnej tretiny pošvy (36.- 37.g.t.) Registrácia v gynekologicko-pôrodnickom zariadení Odporúčanie k poučeniu o PEDÁ

Tab. 8.3 Prehľadný rozpis prenatálnych poradní a ich náplň pri starostlivosti o fyziologickú tehotnosť - pokračovanie

Gestačný týždeň	Vyšetrenia
37. – 39.	Klinické vyšetrenie
	Kontroly 1x týždenne Pravidelné vyšetrenia**
	Špecifické výkony
	V prípade prvorodičky staršej ako 40 r. zvážiť a ponúknuť indukciu pôrodu
40.	Klinické vyšetrenie
	Pravidelné vyšetrenie** CTG
	Ultrazvukové vyšetrenie
	USG – vitalita, poloha, biometria, množstvo plodovej vody
	Špecifické výkony
	40+0 prenatálna poradňa v gynekologickopôrodnickom zariadení
41.	Klinické vyšetrenie
	Kontroly obdeň Pravidelné vyšetrenia** CTG
	Špecifické výkony
	41+0 až 41+3 odporučená indukcia pôrodu
42.	Klinické vyšetrenie
	Hospitalizácia, Indukcia pôrodu

(Zdroj: Krištúfková, Borovský, 2021)

Vysvetlivky:

USG – ultrazvukové vyšetrenie, CTG – kardiotokografické vyšetrenie, g.t. – gestačný týždeň, CRL – vzdialenosť temeno-kostrč, HC – obvod hlavičky, oGTT – orálny glukózo-tolerančný test, T-dap – kombinovaná neživá vakcína tetanus, pertussis, diftéria, TSH – tyroidstimulujúci hormón, TPOAb – protilátky proti tyreoperoxidáze, PAPP-A – s tehotnosťou asociovaný plazmatický proteín A, free-βhCG – voľná βpodjednotka ľudského choriogonadotropínu, hCG – ľudský choriogonadotropín, AFP – alpha-fetoproteín, uE3 – nekonjugovaný estriol, PEDA – pôrodnicka epidurálna analgéria

* vyšetrenie onkologickej cytológie – vyšetrenie onkocytológie krčka realizovať podľa intervalov a odporúčaní aktuálne platného štandardného skríningu u žien vo fertilom veku + vyšetrenie prsníkov – palpačne

** pravidelné vyšetrenie – obsahuje: anamnéza, subjektívne cítenie sa tehotnej, tlak krvi, hmotnosť, moč (proteinúria), detekcia vitality plodu, vonkajšie vyšetrenie a bimanuálne vaginálne vyšetrenie podľa zváženia

Hmotnostný prírastok v tehotnosti

Vo všeobecnosti platí, že v rámci výživovej anamnézy hodnotíme u pacienta index telesnej hmotnosti (Body Mass Index, skr. BMI). V štandardnom postupe sa uvádza, že hmotnosť/prírastok na hmotnosti je dôležitou súčasťou komplikácií v tehotnosti. Hmotnostný prírastok je nutné posudzovať na základe BMI tehotnej pred otehotnením, resp. na začiatku tehotnosti. Tehotná žena by mala byť poučená o optimálnom hmotnostnom prírastku počas tehotnosti a o možných komplikáciách. Odporúčané hmotnostné prírastky podľa koncepcného BMI sú v nasledujúcej tab. 8.4.

Kontrola ženy v gynekologickej ambulancii po období šestonedelia

Kontrola po šestonedelí je neoddeliteľnou súčasťou gynekologicko-pôrodníckej starostlivosti o ženu, počas ktorej sa odporúča sledovať:

- subjektívne pocity ženy,
- dojčenie,
- vitálne funkcie – problémy s močením, stolicou a iné,
- anamnestické vyšetrenie – priebeh pôrodu, komplikácie pri /po pôrode,
- fyzikálne vyšetrenie: prsníky, brucho, gynekologické vaginálne vyšetrenie (spekulá, palpačne),
- konzultácia ohľadom kontracepčnej metódy resp. plánovania ďalšej tehotnosti,
- mentálne zdravie – zamerať sa na subjektívne vnímanie pôrodu ženou, skríning popôrodných psychických porúch najmä v zmysle popôrodnej depresie a pod., skríning domáceho násillia.

V prípade zistenia ťažkostí s diastázou je vhodné, aby boli ženy poučené o možnostiach fyzioterapie a správneho cvičenia. V prípade ťažkostí s panvovým dnom (bolesti, bolestivý pohlavný styk), s močením alebo so stolicou (v zmysle inkontinencie a pod.) je po vylúčení organickej príčiny vhodné odporučiť spoluprácu s fyzioterapeutom.

Tab. 8.4 **Odporúčaný hmotnostný prírastok v tehotnosti**

BMI prekoncepčne	Celkový hmotnostný prírastok v tehotnosti (kg)	Hmotnostný prírastok/týždeň v II. a III. trimestri (kg)
18,5	12,5 – 18	0,5 – 0,6
18,5 – 24,9	11,5 – 16	0,4 – 0,5
25 – 29,9	7 – 11,5	0,2 – 0,3
≥30	5 – 9	0,2 – 0,3
Primeraný hmotnostný prírastok v I. trimestri 0,5 – 2 kg		

(Zdroj: Krištúfková, Borovský, 2021)

Literatúra

ANDIĽOVÁ, V. Na intímnu hygienu sú vhodné gély s kyslým pH. In *inVitro*. ISSN 1339-5912. 2014, roč. 2, č. 3, s. 146 - 147.

BAŠKOVÁ, M. a kol. *Výchova k zdraviu*. Martin : Osveta, 2009. 226 s. ISBN 978-80-8063-320-2.

BÁLINT, F. Preventívna prehliadka u žien. In *inVitro*. ISSN 1339-5912. 2014; roč. 2, č. 2, s. 122 - 125.

BENDO VÁ, J., KAŇUCH, J. *Všeobecné preventívne a vyhľadávacie postupy pri nádorových ochoreniach v primárnej starostlivosti: Odporúčený diagnostický postup pre všeobecných praktických lekárov* [online]. 2011. 22 s. [cit. 2022-02-02]. Dostupné na internete: <https://ssvpl.sk/wp-content/uploads/2019/08/Onkoprevencia-2011.pdf>

KRIŠTÚFKOVÁ, A., BOROVSKÝ, M. *Štandardné postupy: Prenatálna starostlivosť o nízkorizikovú (fyziologickú) tehotnosť* [online]. MZ SR, 2021. [cit. 2022-04-21]. Dostupné na internete: <https://www.google.com/search?q=%C5%A1tnadardizovanb%C3%BD+postup+prenat%C3%A1lanstarostlivos%C5%A0q=%C5%A1tnadardizovanb%C3%BD+postup+prenat%C3%A1lanstarostlivos%C5%A5&aqs=chrome..69i57j0i546l4.10148j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

MARKO, P. Zmysluplná prevencia nielen v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých. In *inVitro*. ISSN 1339-5912. 2017, roč. 3, č. 5, s. 76 - 85.

NIE RAKOVINE. *Úhrada HPV očkovania bol len začiatok: Spojili sme sa, aby sme podporili zlepšovanie prevencie rakoviny*. [online]. [cit. 2022-04-21]. Dostupné na internete: <https://www.nierakovine.sk/clanok/uhrada-hpv-ockovania-bol-len-zaciatok-spojili-sme-sa-aby-sme-podporili-zlepsovanie-prevencie-rakoviny>

REČKOVÁ, M., TRAUTENBERGER RICOVÁ, J. Onkologické skriningové programy na Slovensku. In *Preventívna medicína X. Preventívne skriningové programy od A po Z*, 2020. s. 26. ISBN 978-80-973293-2-7.

SIMOČKOVÁ, V. Edukácia dospievajúcich dievčat. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2012, roč. 11, č. 3 – 4, s. 20-21.

SIMOČKOVÁ, V. *Gynekologicko-pôrodné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2011. 216 s. ISBN 978-80-8063-362-2.

Skrining rakoviny krčka maternice [online]. [cit. 2022-02-03]. Dostupné na internete: <https://www.noisk.sk/skrining/laicka-verejnost/skrining-rakoviny-krcka-maternice>

Skrining rakoviny prsníka [online]. [cit. 2022-02-03]. Dostupné na internete: <https://www.noisk.sk/skrining/laicka-verejnost/skrining-rakoviny-prsnika>

Skrining rakoviny prsníka. Mamografia. [online]. [cit. 2022-02-03]. Dostupné na internete: <https://www.noisk.sk/files/2019/2019-12-07-rakovina-prsnika-skrining.pdf>

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovateľství v gynekologii a porodnictví*. 2. prepr. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017. 272 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

TRAUTENBERGER RICOVÁ, J., REČKOVÁ, M. *Skriningové onkologické programy na Slovensku. Správa za rok 2020* [online]. Bratislava: NOI, 2021. 28 s. [cit. 2022-03-03]. Dostupné na internete: <https://www.noisk.sk/files/2021/2021-08-26-noi-rocenka-skriningy-2020-sk.pdf>

URBANOVÁ, E. a kol. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy*. Martin : Osveta, 2010. 256 s. ISBN 978-80-8063-343-1.

VARGA, J. *Základy onkogynekológie*. Košice : ŠafárikPress, 2020. 71 s. ISBN 978-80-8152-889-7.

Vestník MZ SR, 2007. *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo* č. 28494-1/2006-OZSO z 25. januára 2007, čiast. 1-5, roč. 55.

Vestník MZ SR, 2008. *Výnos MZ SR č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálo-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení*. čiast. 32 - 51, roč. 56.

WHO. *Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer*. [online]. 22.02.2022. [cit. 2022-03-02]. Dostupné na internete: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

Zákon NR SR č. 661/2007 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon NR SR č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

9 AGENTÚRY DOMÁCEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V SYSTÉME AMBULANTNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Libuša Tirpáková

Ošetrovateľstvo je samostatný odbor, ktorého záujmom je osoba, rodina a komunita v zdraví a v chorobe. Cieľom ošetrovateľstva pre osobu, rodinu a komunitu je: a) zachovať, udržať optimálny zdravotný stav a zlepšiť kvalitu života, b) poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť zameranú na čo najrýchlejšie získanie nezávislosti a sebestačnosti, c) zmierňovať utrpenie a zabezpečiť dôstojné umieranie, d) odovzdávať vedomosti, ktoré sú zamerané na zmenu životného štýlu. Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti je vyjadrená spokojnosťou pacientov s poskytovanou starostlivosťou. Ošetrovateľskú starostlivosť poskytujú sestry v zdravotníckych zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti, v zdravotníckych zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti a v prirodzenom sociálnom prostredí osoby.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť sa líši od iných oblastí zdravotnej starostlivosti v tom, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykonávajú svoju činnosť v domácom prostredí pacienta, čo umožňuje pacientom a rodinám získať zdravotnú starostlivosť v prostredí, kde sa môžu cítiť pohodlnejšie a kde sa môžu ľahšie naučiť, ako zmeniť životný štýl v súvislosti so zdravím. Domáca ošetrovateľská starostlivosť je realizovaná prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti patria do siete ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti je určená na poskytovanie komplexnej domácej ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie osobe, ktorej zdravotný stav vyžaduje poskytovanie zdravotnej starostlivosti v nadväznosti na ambulantnú zdravotnú starostlivosť alebo na ústavnú zdravotnú starostlivosť, pri ktorej sa predpokladá, že zdravotný stav osoby nebude vyžadovať nepretržitý pobyt v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo osobe, ktorá odmietla

poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo osobe, ktorej zdravotný stav neumožňuje navštevovať zdravotnícke zariadenie.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť, ktorá je poskytovaná osobám vo všetkých vekových kategóriách, môže byť realizovaná ako:

- akútna domáca starostlivosť – je poskytovaná pacientom s krátkodobým akútnym ochorením, ktoré nevyžaduje hospitalizáciu, alebo je alternatívou hospitalizácie. Je poskytovaná niekoľko dní alebo týždňov,
- dlhodobá domáca starostlivosť – je určená pre chronicky chorých pacientov. Starostlivosť je poskytovaná po dobu troch mesiacov, niekedy aj doživotne,
- preventívna domáca starostlivosť – je určená všetkým skupinám pacientov, ktorým určí lekár v pravidelných intervaloch monitorovanie zdravotného stavu,
- domáca hospicová starostlivosť – zahŕňa starostlivosť v preterminálnom a terminálnom štádiu. Poskytuje sa zvyčajne pacientom u ktorých lekár predpokladá ukončenie ich terminálneho stavu do nasledujúcich 6 mesiacov,
- domáca starostlivosť ad hoc (jednorazová domáca starostlivosť) – vykonanie jednorazových výkonov sestrami na základe ordinácie lekára všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti poskytuje komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu zameranú na udržanie a zlepšenie kvality života, zmierňovanie utrpenia, predchádzanie zdravotným komplikáciám, doliečovanie po skončení ústavnej zdravotnej starostlivosti, zdravotnú výchovu a edukáciu osoby, rodiny a komunity v súvislosti so zdravotným stavom, prevenciu, rehabilitáciu a poradenstvo. Domácu ošetrovateľskú starostlivosť navrhuje lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti. Návrh na domácu ošetrovateľskú starostlivosť môže osobe odporučiť:

- lekár špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
- ošetrujúci lekár ústavnej zdravotnej starostlivosti,

- ošetrojúca sestra ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- ošetrojúca pôrodná asistentka ústavnej zdravotnej starostlivosti.

O poskytnutie domácej ošetrovateľskej starostlivosti môže lekára požiadať aj rodinný príslušník alebo zákonný zástupca.

9.1 Historický vývoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Ľudia vo všetkých kultúrach sa zaoberali udalosťami súvisiacich s narodením, chorobou a smrťou. Snažili sa predchádzať chorobám a liečiť ich. Schopnosť liečiť choroby závisela od ich vedeckých poznatkov, využívaní a dostupnosti technológií. Napríklad starovekí Babylončania vnímali potrebu hygieny a mali určité lekárske zručnosti. Egypťania približne 1000 rokov pred n. l. vyvinuli rôzne farmaceutické prípravky a vybudovali hlinené záchody a verejné kanalizačné systémy.

Stredovek je spájaný s charitatívnym ošetrovateľstvom. Napríklad v alžbetínskom období v Anglicku bola zaručená pomoc chudobným, slepým a „chromým“ osobám. Táto minimálna starostlivosť sa spravidla poskytovala v almužnách podporovaná miestnou samosprávou. Cieľom bolo regulovať chudobných a poskytnúť im útočisko počas choroby.

Priemyselná revolúcia v Európe v 19. storočí viedla k sociálnym zmenám a zároveň k veľkému technologickému pokroku, dopravy a komunikácie. Predchádzajúce štruktúry opatrovateľstva, ktoré sa spoliehali na rodiny, susedov a priateľov, sa stali nedostatočnými z dôvodu migrácie, urbanizácie a zvýšeného dopytu. Mnohé laické ženy, ktoré vykonávali ošetrovateľskú starostlivosť boli málo vzdelané a nevyškolené. Ako sa lekárska prax stala v polovici 19. storočia zložitejšou, práca v nemocnici si vyžadovala kvalifikovanejšie ošetrovateľky. Lekári a komunita chceli zlepšiť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. K zlepšeniu starostlivosti došlo vďaka úsiliu Florence Nightingaleovej keď založila profesiu ošetrovateľstva.

V roku 1859 založil britský filantrop William Rathbone spoločne s Florence Nightingaleovou prvé oblastné združenie sestier v Liverpoole v Anglicku, ktoré pripravovalo sestry pre návštevnú službu. Jeho manželka dostala vynikajúcu

starostlivosť počas jej smrteľnej choroby a preto chcel poskytnúť podobnú starostlivosť aj chudobným a núdzným ľuďom.

Prvé ošetrovateľské školy založené po vzore Nightingaleovej modelu boli otvorené v Spojených štátoch v 70. rokoch 19. storočia. Prvé diplomované sestry pracovali ako súkromné sestry alebo pracovali v nemocniciach. Súkromné sestry často žili v rodinách o ktoré sa starali. Keďže poskytovanie súkromných služieb bolo nákladné mohli si to dovoliť len zámožní ľudia. V snahe uspokojiť potreby zdravotníctva, najmä pre znevýhodnené osoby, poskytovaním návštev sestier sa začalo rozvíjať komunitné ošetrovateľstvo. New York City Mission a The New York Society boli prvé zariadenia, ktoré prijímali sestry na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v domácnostiach. V roku 1877 v New Yorku sestra Francis Rootová bola najatá newyorskou misiou, aby navštevovala a starala sa o chorých chudobných v ich domovoch. Hnutie sa postupne rozrástlo a v Buffale (1885), Philadelphii (1886) a Bostone (1886) boli založené združenia návštevných sestier. Návštevné sestry spolupracovali s lekármi, poskytovali vybrané ošetrenia, vzdelávali rodinných príslušníkov v starostlivosti o chorých a preventívnych opatreniach, ako je hygiena a správna výživa. Sestry zakladali susedské centrá, ktoré sa stali centrami zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Napríklad v roku 1893 sestry Lillian Waldová a Mary Brewsterová začali navštevovať chudobných v newyorskej štvrti Lower East Side. Lillian Waldová sa stala významnou osobnosťou, ktorá preukázala výnimočnú schopnosť rozvíjať prístupy a programy na riešenie problémov zdravotnej starostlivosti a sociálnych problémov svojej doby.

História domácej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku sa začína písať po roku 1919 so vznikom Československého červeného kríža. Pod jeho záštitou sa v roku 1920 začala rozvíjať ošetrovateľská a opatrovateľská starostlivosť v rodinách. Služba bola poskytovaná najmä starým, invalidným a ležiacim chorým. Tento spôsob poskytovania služieb pretrvával až do 50. rokov 20. storočia. Zákom č. 103/1951 Zb. o jednotnej preventívnej a liečebnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je štát. Návštevná služba v rodinách je zaradená do systému zdravotnej starostlivosti prostredníctvom obvodných lekárov a sestier, neskôr prostredníctvom

geriatrických sestier. Po roku 1990 postupne dochádza k zmenám v systéme zdravotnej starostlivosti. Končí monopol poskytovania zdravotnej starostlivosti štátom. Zákom č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti sa do sústavy zdravotníckych zariadení dostávajú aj agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Vznik agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti ovplyvnili aj: zvýšené náklady na zdravotnú starostlivosť, ako ekonomicky efektívnejšia alternatíva je presun zdravotnej starostlivosti do domáceho prostredia; vzrastajúci dopyt na poskytovanie týchto služieb aj v súvislosti so starnutím populácie.

V súčasnosti normatív agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti je určený nariadením vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Počet sesterských miest (tab. 9.1) je prepočítaný na počet obyvateľov Slovenskej republiky a na počet obyvateľov územia krajov. Pod sesterským miestom sa rozumie výkon činnosti sestry s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času, ak ide o rizikové činnosti, v rozsahu 38 hodín fondu pracovného času.

Tab. 9.1 Počet sesterských miest ADOS na Slovensku

Počet sesterských miest agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti								
Kraj								Slovenská republika
bratislavský	trnavský	trenčiansky	nitriansky	žilinský	bansko-bystrický	prešovský	košický	
90,7	83,2	90	106,2	104,2	98,5	119,9	115,9	808,6

(Zdroj: Nariadenie vlády Slovenskej republiky 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti)

9.2 Personálne, materiálne a priestorové zabezpečenie agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Samostatnú zdravotnícku prax môžu vykonávať zdravotnícki pracovníci v povolani lekárs, zubný lekárs, sestra, pôrodná asistentka, fyzioterapeut, liečebný pedagóg, logopéd, psychológ a masér. Na výkon samostatnej zdravotníckej praxe sa vyžaduje licencia. U sestier a pôrodných asistentiek vydáva licenciú Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek vydá licenciú sestre a pôrodnej asistentke, ak je: spôsobilá na právne úkony v celom rozsahu; zdravotne spôsobilá; odborne spôsobilá; bezúhonná; zapísaná v registri sestier, alebo pôrodných asistentiek. Sestra pacujúca v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti musí spĺňať nasledujúce odborné kritériá:

1. Odborného zástupcu pre agentúru domácej ošetrovateľskej starostlivosti je oprávnená vykonávať sestra, ktorá získala
 - odbornú spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností, t. j. získaním vysokoškolského vzdelania I. stupňa v bakalárskom študijnom programe alebo získaním vyššieho odborného vzdelania alebo získaním vysokoškolského vzdelania II. stupňa v magisterskom študijnom programe,
 - odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite,
 - najmenej päťročnú odbornú zdravotnícku prax.
2. Sestra, ktorá získala
 - odbornú spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností, t. j. získaním vyššieho odborného vzdelania v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra, vysokoškolského vzdelania prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo alebo vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo,

- odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite alebo v príslušnom špecializačnom odbore.

3. Pôrodná asistentka, ktorá získala

- odbornú spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností získaním vysokoškolského vzdelania I. stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore pôrodná asistencia alebo sestra, ktorá získala vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo, vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo alebo vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra a ktorá absolvovala denné štúdium v trvaní 18 mesiacov spĺňajúce štandard vzdelávania na získanie odbornej spôsobilosti na výkon odborných pracovných činností, ktoré neboli predmetom rovnocennej odbornej prípravy sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť,
- odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore pôrodná asistencia v rodine a komunite.

Samostatná zdravotnícka prax je poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení, ktoré prevádzkuje iný poskytovateľ na základe povolenia. Povolenie na prevádzkovanie agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti vydáva príslušný samosprávny kraj. Povolenie vydá príslušný samosprávny kraj, ak fyzická osoba má licenciu na výkon zdravotníckeho povolania, v prípade právnickej osoby má určeného odborného zástupcu s licenciou; má užívacie právo k priestorom, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať, priestory spĺňajú požiadavky z hľadiska ochrany zdravia. Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 44/2008 uvádza nasledujúce minimálne požiadavky na priestorové a materiálne technické vybavenie agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Priestorové vybavenie tvoria dispečing, príručný sklad a hygienické zariadenie. Základné vecné vybavenie a prístrojové vybavenie tvoria: telefón so záznamníkom, počítač s príslušenstvom, uzamykateľný písací stôl a stoličky,

kartotečná skrinka, skrinka na nástroje, nádoba na odpad so šliapadlom, skrinka na lieky a zdravotnícky materiál, chladnička na liečivá, taška pre sestru pre návštevnú službu s vybavením, vešiak na šaty, pomôcky na aplikáciu liekov, pomôcky na odbery biologického materiálu, pomôcky na podávanie klystíru, pomôcky na katetrizáciu moča u ženy, chirurgické nožnice, pinzety, podávkové kliešte, sterilné rukavice a nesterilné rukavice, glukomer, odsávačka, dezinfekčné prostriedky, antiseptické prostriedky a čistiace prostriedky, rehabilitačné pomôcky, parný sterilizátor, ak pracovisko nemá zabezpečenú sterilizáciu dodávateľským spôsobom oddelením centrálnej sterilizácie alebo materiál na jednorazové použitie.

Sestra, ktorá realizuje návštevnú službu musí byť vybavená taškou pre návštevnú službu. Základným obsahom tašky je: tlakomer a fonendoskop, glukomer, teplomer, ústne lopatky, emitná miska, krajčírsky centimeter, jednorazové ihly, jednorazové striekačky, i. v. kanyly, Esmarchovo ovínadlo, tampóny na dezinfekciu kože, dezinfekčný roztok, skúmavky na odber biologického materiálu, indikátorové papieriky na vyšetrenie moču, sterilné a nesterilné štvorce, sterilné chirurgické nástroje (pinzeta, nožnice, peán), sterilné a nesterilné ovínadlá, preväzové nožnice, leukoplast, set na cievkovanie, rektálna rúrka, jednorazové podložky, sterilné a nesterilné jednorazové rukavice, tvárové ochranné rúško, dóza alebo vrečko na odpadový materiál.

9.3 Zdravotná dokumentácia v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti je zdravotná dokumentácia, ktorej súčasťou je aj ošetrovateľská dokumentácia. Zdravotná dokumentácia je charakterizovaná ako súbor písomných, grafických a iných údajov o zdravotnom stave osoby. Zdravotnícky pracovník je povinný po každom poskytnutí zdravotnej starostlivosti vykonať zápis do zdravotnej dokumentácie, zaznamenať všetky výkony, ktoré sa u osoby vykonali, ale aj všetky údaje týkajúce sa zmien zdravotného stavu osoby.

Sestra poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť je povinná viesť zdravotnú dokumentáciu v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti. Platia pre ňu rovnaké pravidlá o zápisoch, o vedení, o skartácii, o prístupe k nej ako zo strany pacienta, tak zo strany ďalších osôb alebo orgánov ako pre zdravotnú dokumentáciu. Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti zodpovedá za zabezpečenie zdravotnej dokumentácie tak, aby nedošlo k jej poškodeniu, strate, zničeniu alebo k zneužitiu. Poskytovanie údajov zo zdravotnej dokumentácie je špecifikované v § 24 Zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Zdravotná dokumentácia sa uchováva 20 rokov od posledného poskytnutia ošetrovateľskej starostlivosti osobe.

Zdravotnú dokumentáciu vedenú v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti tvoria zápis vstupného posúdenia a zápisy o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti. Súčasťou zdravotnej dokumentácie je návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti a dohoda o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Ošetrovateľský záznam vstupného posúdenia (obr. 9.4) vyhotoví sestra pri prijíme osoby. Sestra alebo pôrodná asistentka (pôrodná asistentka poskytuje starostlivosť v pôrodnej asistencii u ženy, rodiny alebo komunity) posúdi aktuálny stav osoby z ošetrovateľského hľadiska a určí stupeň mobility pacienta (tab. 9.2). Pri určovaní stupňa mobility posudzuje schopnosť pohybu, osobnú hygienu, príjem potravy, schopnosť samostatného vyprázdňovania, inkontinenciu moču a stolice, výskyt dekubitov, schopnosť komunikácie a spolupráce. Z hľadiska sebestačnosti pacienta sestra stanoví stupeň mobility a zaradí osobu do príslušného stupňa: osoba plne mobilná, osoba mierne obmedzená, osoba veľmi obmedzená, osoba imobilná. Sestra vypracuje plán ošetrovateľskej starostlivosti, stanoví intervencie sestry a zdravotné výkony, ktoré je nutné u osoby vykonať. V prípade poskytovania dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti v spolupráci so sestrou alebo pôrodnou asistentkou prehodnotí plán ošetrovateľskej starostlivosti vždy po uplynutí 3 mesiacov a potvrdí ho svojim podpisom a odtlačkom pečiatky.

Na základe vypracovaného ošetrovateľského plánu lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti, s ktorým má osoba uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, vypracuje **návrh** (obr. 9.1) na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti a potvrdí ho svojim podpisom a odtlačkom pečiatky. Súčasťou návrhu je uvedenie výkonov s príslušným kódom a frekvencia ich realizácie. Tento návrh schvaľuje príslušná zdravotná poisťovňa.

Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom svojho odborného zástupcu podpíše **dohodu** (obr. 9.2) o vykonávaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti s klientom, alebo jeho zákonným zástupcom.

Zápis o poskytnutej domácej ošetrovateľskej starostlivosti sestra alebo pôrodná asistentka zaznamenáva do dekurzu (obr. 9.3), ktorý je denným záznamom o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Sestra alebo pôrodná asistentka realizuje zápis do dekurzu v chronologickej postupnosti. Zaznamenáva všetky výkony, ktoré sa u osoby vykonali vrátane podanej terapie a údaje o zmene zdravotného stavu osoby. Zápis o vykonanom výkone obsahuje: dátum a čas; stručný popis výkonu a vyhodnotenie; čitateľný podpis sestry alebo pôrodnej asistentky. V prípade zápisu o zmene zdravotného stavu, potrebách a problémoch osoby zápis obsahuje: dátum a čas; slovné vyjadrenie sesterskej diagnózy; stručný popis poskytnutého výkonu a vyhodnotenie; podpis sestry alebo pôrodnej asistentky.

Ošetrovateľská prepúšťacia správa je výpis zo zdravotnej dokumentácie, ktorú vedie ošetrujúca sestra alebo ošetrujúca pôrodná asistentka. Ošetrovateľská prepúšťacia správa, ktorú vyhotovuje sestra pri prepustení osoby zo starostlivosti agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti slúži pre zaistenie kontinuálnej ošetrovateľskej starostlivosti. Obsahuje závery, odporúčania a informácie o ošetrovateľskej starostlivosti.

Súčasťou dokumentácie môžu byť záznamy sledujúce konkrétne riziká u pacienta napr. riziko vzniku dekubitu, riziko pádu, hodnotenie výživy a bolesti, edukačné záznamy a ďalšie.

Návrh na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti

1) **Meno, priezvisko, titul poistenca:**

Rodné číslo: Kód ZP:

Trvalý pobyt:

Prechodný pobyt:

Lekárska diagnóza (číslo podľa MKCH 10):

Epikríza a zdôvodnenie pre poskytovanie DOS:

Sesterská diagnóza (číslo podľa Zoznamu sesterských diagnóz)

Funkčný stav pacienta:

H - pacient s obmedzenou pohyblivosťou	(50%)
I - imobilný pacient	(75%)
F - pacient so psychiatrickou diagnózou, mentálne retardovaný	(75%)

Plán ošetrovateľskej starostlivosti:

.....

Výkony vyjadrené kódom a ich frekvencia realizácie:

.....

Predpokladaná dĺžka DOS:

do 1 mesiaca	do 3 mesiacov	do 6 mesiacov	nad 6 mesiacov
--------------	---------------	---------------	----------------

2) **Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti:**

Názov a adresa:

.....

IČO Agentúry DOS:

Meno, priezvisko, titul štatutárneho zástupcu:

Číslo telefónu: mobil:

Číslo faxu: e-mail:

3) **Meno, priezvisko a titul všeobecného lekára, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (v mieste poskytovania DOS):**

.....

Kód lekára:

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Číslo telefónu: mobil:

Číslo faxu: e-mail:

Dátum:

.....

*podpis lekára a
odtlačok pečiatky*

.....

*podpis odborného zástupcu ADOS
a odtlačok pečiatky*

Obr. 9.1 Návrh na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti

(Zdroj: Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2009. Roč. 57, čiastka 42 – 48)

**Dohoda
o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti**

Meno, priezvisko, titul poistenca:
Rodné číslo: Kód ZP:
Miesto trvalého pobytu:
Miesto prechodného pobytu:
Kontaktná osoba, zákonný zástupca:

Dohodu o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti uzatváram v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v znení neskorších predpisov

8

Agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Názov a adresa:
.....
Meno, priezvisko, titul odborného zástupcu:
Číslo telefónu: mobil:
Číslo faxu: e-mail:
Od dátumu

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti s inou agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

V dňa

.....
podpis odborného zástupcu ADOS
a odtlačok pečiatky

.....
podpis poistenca/zákonného zástupcu

Obr. 9.2 Dohoda o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti

(Zdroj: <https://www.tlaciva-na-stiahnutie.sk/formular-dohoda-o-poskytovani-domacej-osetrovateľskej-starostlivosti-vsyp.html>)

DEKURZ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Poradové číslo strany dekurzu:

Odtlačok pečiatky zariadenia poskytujúceho ošetrovateľskú starostlivosť:	
Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky:	Rodné číslo:
Dátum a čas zápisu:	Rozsah poskytnutej ZS a služieb súvisiacich s poskytovaním ZS, identifikácia ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka: (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)

Obr. 9.3 Dekurz ošetrovateľskej starostlivosti

(Zdroj. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2009. Roč. 57, čiastka 42 – 48)

Obr. 9.4 Ošetrovateľský záznam

Farba:	☐ ružová ☐ bledá ☐ ikterická ☐ cyanotická
Turgor:	☐ primeraný ☐ znížený
Zmeny na koži:	☐ kožné vyrážky ☐ svrbenie ☐ olupovanie ☐ zaparenia ☐ modriny ☐ zápal ☐ povrchové poranenie ☐ otvorená rana ☐ operačná rana → abdominálna → vaginálna ☐ krvácanie ☐ ulcus cruris ☐ gangréna ☐ dekubity ☐ lokalizácia: ☐ veľkosť defektu: cm
Pacient/pacientka je:	 deň po operácii
Edémy:	
problém	☐ nie ☐ áno ☐ miestne/celkové ☐ bandáž DK/antitrombotické pančuchy ☐ cievna gymnastika
Sliznice:	
problém	☐ nie ☐ áno ☐ neprekrvené ☐ krvácanie ☐ infekcia ☐ zmeny na sliznici dutiny ústnej
Hygienický stav pri prijatí:	☐ primeraný ☐ zanedbaný
Hygienickú starostlivosť vykonáva:	☐ samostatne ☐ s pomocou ☐ je úplne závislý (á)
Iné zistenia:	.....
Pôrodné posúdenie, v prípade ak ide o šestonedielku:	☐ prvoroďčka/druhorodička/viacrodička Dátum pôrodu:
Pôrod:	☐ spontánny/operatívny
Komplikácie po pôrode:	☐ nie ☐ áno, charakter komplikácií:
Fundus maternice:	.....
Stav krvácania/lochie: vzhľad:	 množstvo:
Hojenie popôrodného poranenia:	☐ per primam ☐ per sekundam
Prsníky:	☐ voľné ☐ začervenanie ☐ trhlínky bradaviek ☐ bolestivosť ☐ retencia mlieka
Laktácia rozvinutá:	☐ áno ☐ čiastočne ☐ nie
Novorodenec:	☐ chlapec ☐ dievča
Pôrodná hmotnosť:	 g Dĺžka: cm Obvod hlavy: cm Obvod hrudníka: cm
Iné zistenia:	.....
Bolesť:	☐ nie ☐ áno ☐ akútna ☐ chronická
lokalizácia:	.....
charakter:	.....
Iné zistenia:	.....
Komunikácia:	☐ verbálna/neverbálna
problém	☐ nie ☐ áno ☐ poruchy reči ☐ nemožná
Iné zistenia:	.....
Učenie, zmyslové vnímanie:	
problém	☐ nie ☐ áno
Zmeny v zmysloch – zrak/sluch/reč:	☐ nie ☐ áno, aké:
Kompenzačné pomôcky:	☐ okuliare ☐ šošovky ☐ načúvací aparát
Iné zistenia:	.....
Vedomosti o chorobe:	☐ dostatok/nedostatok
Edukácia pacienta/pacientky:	
	☐ o ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí ☐ o paliatívnej starostlivosti
	☐ o ošetrovateľskej starostlivosti v pooperačnom období ☐ o ošetrovateľskej starostlivosti po chemoterapii
	☐ o ošetrovateľskej starostlivosti v šestonedeli
Psychické potreby:	
problém	☐ nie ☐ áno:
Nálada:	☐ primeraná ☐ apatia ☐ depresia ☐ eufória ☐ agresia
Istota, bezpečie:	☐ kľudný ☐ vyrovnaný ☐ strach ☐ smútok ☐ úzkosť ☐ hnev ☐ depresia
	☐ beznádej ☐ bezmocnosť ☐ zmätenosť ☐ sebaobviňovanie ☐ sebaľutovanie

Obr. 9.4 Ošetrovateľský záznam - pokračovanie

Vedomie:	☐ pri vedomí ☐ somnolencia ☐ semikóma ☐ kóma		
Iné zistenia:	.....		
Orientácia:	☐ orientovaný ☐ dezorientovaný v čase/v priestore		
Iné zistenia:	.....		
Cirkulácia:	TK: mmHg TT: °C P: /min.		
problém	☐ nie ☐ áno ☐ hypotenzia ☐ hypertenzia ☐ pulz – nepravidelný/slabo hmatný/nitkovitý ☐ kardiostimulátor		
Iné zistenia:	.....		
Dýchanie:	D: /min.		
problém	☐ nie ☐ áno ☐ nepravidelné ☐ rýchle ☐ pomalé ☐ sťažené ☐ plytké ☐ prehĺbené ☐ apnoické pauzy ☐ stridor ☐ dýchavica v kľude ☐ kašeľ produktívny/neproduktívny ☐ tracheostómia		
Iné zistenia:	.....		
Odsávanie z dýchacích ciest:	☐ áno ☐ nie		
Oxygenoterapia:	☐ áno ☐ nie	UPV:	☐ áno ☐ nie
		Inhalácia:	☐ áno ☐ nie
Výživa:	diéta: č.		
problém	☐ nie ☐ áno ☐ obezita ☐ kachexia ☐ úbytok/prírastok hmotnosti: kg ☐ nechutenstvo ☐ nauzea ☐ zvracanie ☐ porucha prehltnutia ☐ pálenie záhy ☐ enterálne/nutričné prípravky, aké:		
Chuť do jedla:	☐ primeraná ☐ obmedzená		
Príjem stravy:	☐ sám ☐ s pomocou ☐ nazogastrická sonda/dátum zavedenia: ☐ gastrostómia/dátum zavedenia: ☐ PEG/dátum zavedenia:		
Príjem tekutín/24 hod.:	 ml. ☐ enterálne ☐ parenterálne ☐ sipping		
CVK/dátum zavedenia:	 ☐ periférny i.v. prístup/dátum zavedenia:		
Kompenzačné pomôcky - zubná protéza:	☐ áno ☐ nie		
Iné zistenia:	.....		
Vylučovanie:			
Defekácia:			
problém	☐ nie ☐ áno ☐ nepravidelná ☐ hnačka ☐ zápcha ☐ s primesami ☐ inkontinencia ☐ hemoroidy ☐ stómia ošetrovaná naposledy/dátum:		
Iné zistenia:	.....		
Potreba pomoci pri ošetrovaní stómie:	☐ áno ☐ nie		
Regulácia vyprázdňovania:	☐ nie ☐ áno		
Spôsob regulácie vyprázdňovania:	☐ čaj ☐ čipok ☐ klyzma		
Iné zistenia:	.....		
Močenie:	diuréza/24 hod.: ml.		
problém	☐ nie ☐ áno ☐ dyzúria ☐ retencia ☐ inkontinencia ☐ absorbčné pomôcky ☐ PK/dátum zavedenia: ☐ farba moču: ☐ urostómia/dátum zavedenia: ☐ peritoneálna dialýza/hemodialýza/dátum zavedenia: ☐ urinárny kondómový systém		
Iné zistenia:	.....		
Spánok:			
problém	☐ nie ☐ áno ☐ nespavosť ☐ nočné budenie ☐ farmakoterapia		
Iné zistenia:	.....		
Mobilita:	☐ 1 plná mobilita ☐ 2 mobilita mierne obmedzená ☐ 3 mobilita veľmi obmedzená ☐ 4 imobilita ☐ kompenzačné pomôcky, aké:		
Pohybový systém:			
problém	☐ nie ☐ áno ☐ deformácia ☐ trpnutie končatín ☐ zlomenina ☐ ochrnutie ☐ amputácia		
Iné zistenia:	.....		
Koža:			
problém	☐ nie ☐ áno ☐ teplá ☐ studená ☐ suchá ☐ spotená		

Obr. 9.4 Ošetrovateľský záznam - pokračovanie

Sociálne potreby: problém ☐ nie ☐ áno ☐ je/nie odkázaný (á) na sociálnu pomoc	
Duchovné potreby: problém ☐ nie ☐ áno:	
Iné zistenia:	
Nedostatočnosť v oblasti: ☐ výživy ☐ vyprázdňovania ☐ hygieny ☐ obliekania ☐ chronickej liečby/aplikácie INZ, s.c. inj./podávania liekov per os ☐ eliminácie bolesti ☐ starostlivosti o ranu/stómiu/dekubit/ ☐ starostlivosti o ranu hojacu sa per sekundam ☐ starostlivosti o hrdzu/prsníky ☐ starostlivosti o dojčenie/novorodenca	
Iné zistenia:	
Pacient/pacientka je poučený (á) o: právach a povinnostiach hospitalizovaných pacientov domácom poriadku úschove peňazí/cennosti zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog	
Pacient/pacientka pri prijatí odovzdal (a):	
Dátum: Podpis pacienta/pacientky:	
Stanovenie sesterských diagnóz pri prijíme:	
Dátum a čas: Čitateľný podpis sestry/pôrodnej asistentky:	

Obr. 9.4 Ošetrovateľský záznam - pokračovanie

(Zdroj: Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2009. Roč. 57, čiastka 42 – 48)

Tab. 9.2 Posudzovacia stupnica v ošetrovateľstve

Z hľadiska sebestačnosti osoby sestra stanoví stupeň mobility a zaradí osobu do príslušného stupňa:

1. stupeň: osoba je plne mobilná
časová náročnosť na ošetrovateľskú starostlivosť za 24 hodín je 1 – 2 hodiny. Osoba je úplne sebestačná. Pohybuje sa a vykonáva si osobnú hygienu samostatne, dokáže sa samostatne najesť. Je úplne kontinentná a sebestačná pri vyprázdňovaní, komunikuje a spolupracuje bez obmedzenia.
2. stupeň: mobilita osoby je mierne obmedzená
časová náročnosť na ošetrovateľskú starostlivosť za 24 hodín je 3 – 6 hodín. Osoba je sebestačná, schopná sebaobsluhy aj mimo postele, ale za pomoci zdravotníckeho pracovníka v ústavnom zdravotníckom zariadení alebo inej osoby v prirodzenom sociálnom prostredí. Má obmedzenú pohybovú aktivitu, osobnú hygienu si vykonáva pod dohľadom, dokáže sa samostatne najesť s menšou pomocou. S čiastočnou pomocou je schopná samostatne navštíviť toaletu. Spolupráca je s ňou občas sťažená, môže komunikovať formou písomného prejavu.

Tab. 9.2 Posudzovacia stupnica v ošetrovatel'stve - pokračovanie

3. stupeň: mobilita osoby je veľmi obmedzená	
časová náročnosť na ošetrovateľskú starostlivosť za 24 hodín je 7 – 8 hodín. Osoba je čiastočne sebestačná, je pripútaná na posteľ, zmenu polohy, osobnú hygienu, príjem potravy vykonáva s výraznou pomocou zdravotníckeho pracovníka v ústavnom zdravotníckom zariadení alebo inej osoby v prirodzenom sociálnom prostredí. Vyprázdňovanie močového mechúra a hrubého čreva je občas nekontrolovateľné, používa podložnú misu. Je nutné polohovanie, prevencia príp. ošetrovanie dekubitov. Spolupráca s osobou je sťažená v dôsledku narušenej komunikácie.	
4. stupeň: osoba je imobilná	
časová náročnosť na ošetrovateľskú starostlivosť za 24 hodín je 10 – 14 hodín. Osoba je pripútaná na posteľ, bezvládna a je úplne odkázaná na pomoc zdravotníckeho pracovníka v ústavnom zdravotníckom zariadení alebo inej osoby v prirodzenom sociálnom prostredí. Vyžaduje si zvýšenú starostlivosť. Je neschopná spolupráce, nekomunikuje, resp. komunikácia je výrazne obmedzená. Je nutné polohovanie, prevencia príp. ošetrovanie dekubitov.	
POHYB, POLOHOVANIE	
Bodové skóre	Kritériá
1	osoba sa pohybuje a mení polohu sama, bez pomoci
2	osoba sa pohybuje a mení polohu s čiastočnou pomocou – pomoc pri vstávaní a chôdzi, vyžaduje dozor, ale je sama schopná zmeniť polohu
3	osoba sa pohybuje s výraznou pomocou, nie je schopná samostatnej chôdze, vyžaduje sprievodcu, používa kompenzačné pomôcky pri chôdzi (barle, palica), je nutné polohovanie
4	osoba je imobilná, pripútaná na lôžko, je nutné polohovanie, presun len pomocou invalidného vozíka
OSOBNÁ HYGIENA	
Bodové skóre	Kritériá
1	osoba si vykonáva osobnú hygienu samostatne
2	osoba potrebuje čiastočnú pomoc – pomoc pri prevažne samostatnej starostlivosti o osobnú hygienu, vykonáva samostatne pod dohľadom
3	osoba potrebuje výraznú pomoc – vyžaduje pomoc pri hygiene niektorých častí tela
4	osoba je nesebestačná - nie je schopná vykonávať osobnú hygienu
PRÍJEM POTRAVY	
Bodové skóre	Kritériá
1	osoba je sebestačná, prijíma potravu samostatne
2	osoba prijíma potravu s čiastočnou pomocou – podávanie stravy osobe, ktorá je pripútaná na lôžko, ale dokáže sa najesť samostatne
3	osoba prijíma potravu s výraznou pomocou – pomoc pri úprave polohy a stravy (krájanie)
4	osoba je nesebestačná - je nutné kŕmenie alebo kŕmenie sondou

Tab. 9.2 **Posudzovacia stupnica v ošetrovatel'stve - pokračovanie**

INKONTINENCIA MOČA A STOLICE	
Bodové skóre	Kritériá
1	osoba je kontinentná
2	osoba má občasné nekontrolované vyprázdňovanie močového mechúra a čriev
3	osoba má nekontrolovateľné vyprázdňovanie močového mechúra a čriev vyžaduje nácvik kontinencie
4	osoba je inkontinentná
NÁVŠTEVA WC	
Bodové skóre	Kritériá
1	osoba je sebestačná pri vyprázdňovaní
2	osoba je odkázaná na čiastočnú pomoc pri opustení postele
3	osoba je odkázaná na výraznú pomoc – sprevádzanie na WC, príp. použitie podložnej misy, močovej fľaše
4	osoba je nesebestačná, úplne odkázaná na pomoc – vyprázdňovanie na lôžku
DEKUBITY	
Bodové skóre	Kritériá
1	u osoby sa nevyskytujú
2	osoba má narušenú celistvosť kože - štádium 1. – 2. stupňa
3	osoba má narušenú celistvosť kože, ulcerácie, hĺbkové dekubity – štádium 3. stupňa
4	osoba má dekubity, viacpočetné dekubity, gangréna, nekróza – štádium 4.- 5 stupňa
SCHOPNOSŤ SPOLUPRÁCE A KOMUNIKÁCIA	
Bodové skóre	Kritériá
1	osoba spolupracuje a komunikuje bez problémov
2	s osobou je občas sťažená spolupráca, komunikuje málo, komunikuje formou písomného prejavu, rozumie
3	s osobou je veľmi sťažená spolupráca, nekomunikuje, rozumie málo
4	osoba nespupracuje, nekomunikuje, nerozumie

Tab. 9.2 **Posudzovacia stupnica v ošetrovateľstve - pokračovanie**

Hodnotenie stupňa závislosti: 1. st. 7 bodov plná mobilita 2. st. 8 – 14 bodov mierne obmedzená mobilita 3. st. 15 – 21 bodov veľmi obmedzená mobilita 4. st. 22 – 28 bodov imobilita Pri psychickom, telesnom, zmyslovom a prípadne kombinovanom postihnutí osoby sa k uvedenému bodovému hodnoteniu vykazujú s použitím koeficienta zvyšujúce sa nároky na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Z toho dôvodu môžu byť osoby zaradené maximálne do 3 stupňov, nakoľko hodnotenie – plnej mobility nie je relevantné. Koeficient sa používa na výpočet skutočnej potreby ošetrovateľskej starostlivosti. Pre vyjadrenie náročnosti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a potrebu preferencie starostlivosti o osoby hodnota súčtu bodov získaných podľa posudzovacej stupnice sa násobí koeficientom takto: 1, 75 pri psychickom postihnutí 1, 50 pri telesnom postihnutí 1, 25 pri zmyslovom postihnutí
Hodnotenie stupňa mobility pri psychickom postihnutí s použitím koeficienta 1, 75: 1. st. 14 bodov mierne obmedzená mobilita 2. st. 15 – 32 bodov veľmi obmedzená mobilita 3. st. 33 – 49 bodov imobilita
Hodnotenie stupňa mobility pri telesnom postihnutí s použitím koeficienta 1, 50: 1. st. 12 bodov mierne obmedzená mobilita 2. st. 13 – 27 bodov veľmi obmedzená mobilita 3. st. 28 – 42 bodov imobilita
Hodnotenie stupňa mobility pri zmyslovom postihnutí s použitím koeficienta 1, 25: 1. st. 10 bodov mierne obmedzená mobilita 2. st. 11 – 23 bodov veľmi obmedzená mobilita 3. st. 24 – 35 bodov imobilita
Hodnotenie stupňa mobility pri psychickom a súčasne i telesnom postihnutí s použitím koeficientov 1, 75 a 1, 50: 1. st. 21 bodov mierne obmedzená mobilita 2. st. 22 – 48 bodov veľmi obmedzená mobilita 3. st. 49 – 74 bodov imobilita
Hodnotenie stupňa mobility pri psychickom a súčasne i zmyslovom postihnutí s použitím koeficientov 1, 75 a 1, 25: 1. st. 18 bodov mierne obmedzená mobilita 2. st. 19 – 40 bodov veľmi obmedzená mobilita 3. st. 41 – 61 bodov imobilita
Hodnotenie stupňa mobility pri telesnom a súčasne i zmyslovom postihnutí s použitím koeficientov 1, 50 a 1, 25: 1. st. 15 bodov mierne obmedzená mobilita 2. st. 16 – 35 bodov veľmi obmedzená mobilita 3. st. 36 – 53 bodov imobilita

Tab. 9.2 **Posudzovacia stupnica v ošetrovateľstve** - pokračovanie

Hodnotenie stupňa mobility pri psychickom, telesnom a súčasne i zmyslovom postihnutí s použitím koeficientov 1, 75; 1,5 0 a 1, 25:
1. st. 23 bodov mierne obmedzená mobilita
2. st. 24 – 58 bodov veľmi obmedzená mobilita
3. st. 59 – 92 bodov imobilita

(Zdroj: Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, čiastka 8 – 10, 2007)

9.4 Rozsah činností sestry v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Prostredie domácej zdravotnej starostlivosti sa líši od nemocníc a iných pracovísk, kde sestry pracujú. Ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná v prirodzenom sociálnom prostredí sa vyznačuje radom benefitov pre samotného príjemcu starostlivosti ako sú: individualizovaná ošetrovateľská starostlivosť; predchádzanie hospitalizácie; skrátenie hospitalizácie, prípadne práceneschopnosti; urýchlenie procesu uzdravovania a získanie nezávislosti a sebestačnosti; výrazné zvýšenie kvality života; aktívna prevencia zhoršovania zdravotného stavu. Dôležité je, aby bol stabilizovaný zdravotný stav pacienta a vhodné domáce prostredie.

Sestry domácej ošetrovateľskej starostlivosti pracujú samostatne v teréne, čo umožňuje sestre uplatniť celú šírku svojich kompetencií v zmysle legislatívne stanoveného rozsahu praxe sestry. Sestra pri svojej činnosti sa usiluje o docielenie vzťahu založenom na dôvere, chráni práva pacienta, zachováva mlčanlivosť o skutočnostiach, ktoré sa dozvie v súvislosti s poskytovanou starostlivosťou, poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť bez akýchkoľvek foriem diskriminácie, pri svojej práci vystupuje diskkrétne.

Sestra poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť spolu s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu pacientovi a rodine pacienta, komunite a členom komunity. Rozsah výkonov sestier a pôrodných asistentiek v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti je špecifikovaný v Katalógu zdravotných výkonov, ktorý je prílohou Nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z. Na základe uplatnenia v praxi nových kompetencií sestier, uvedených vo Vyhláske

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 95/2018, sestra v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti realizuje nasledujúce výkony:

- Posúdenie potreby osoby, rodiny a komunity v rozsahu vykonania preventívnych opatrení pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.
- Vykonanie preventívnych opatrení na zabezpečenie bezpečnosti a stabilizácie zdravotného stavu osoby.
- Odber biologického materiálu na základné laboratórne vyšetrenia v určenom indikačnom rozsahu po konzultácii s lekárom.
- Aplikácia medikamentózneho liečby osobe, ktoré zodpovedá jej potrebám a je v súlade s liečebným plánom určeným lekárom.
- Predpis zdravotníckych pomôcok súvisiacich s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti podľa osobitného predpisu.
- Samostatné ošetrenie primárne hojacej sa rany.
- Zavedenie trvalej cievky (permanentného katétra) u ženy sestrou samostatne.
- Vybratie stehov z primárne zhojenej rany.
- Komplexné posúdenie zdravotného stavu osoby v súvislosti so zmenou plánu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.
- Informovanie, edukácia osoby a odporúčania používania voľnopredajných liekov, dietetických potravín a zdravotníckych pomôcok.
- Príprava a podávanie parenterálnej výživy osobe.
- Zavedenie alebo vybratie intravenózneho kanyly.
- Zavedenie alebo vybratie žalúdočnej sondy alebo dvanástnikovej sondy u spolupracujúcich osôb a zabezpečenie jej funkčnosti.
- Aplikácia enterálnej výživy sondou.
- Aplikácia bandáže dolných končatín vrátane edukácie pacienta a príbuzných.
- Realizácia preventívnych opatrení u osôb s chronickým ochorením, s cieľom znížiť riziko destabilizácie pacienta.
- Návšteva osoby sestrou s infekčným ochorením spôsobeným nozokomiálnou nákazou.

- Vyšetrenie krvi na sedimentáciu erytrocytov.
- Doprava sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.
- Ošetrovanie vstupu perkutánnej endoskopickej gastrostómie-výživovej sondy.
- Debridment rany vykonaný sestrou na základe indikácie.

Aj napriek tomu, že sestra pracujúca v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti neposkytuje celodennú ošetrovateľskú starostlivosť musí dbať o to, aby nedošlo k zanedbaniu zdravotnej starostlivosti, bol zabezpečený adekvátny monitoring pacienta, nebola aplikovaná nesprávna alebo nedostatočná liečba a nedošlo k ohrozeniu pacienta.

9.5 Prevencia infekcií v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Infekčným ochoreniam sú do určitej miery vystavení všetci pracovníci v zdravotníckych zariadeniach. Prenos pôvodcu infekcie zo zdroja vnímavého jedinca sa uskutočňuje predovšetkým priamym alebo nepriamym kontaktom. Uplatňujú sa takmer všetky známe cesty prenosu. Najčastejšiemu prenosu priamym kontaktom dochádza prostredníctvom rúk alebo kvapôčkovou infekciou. Nepriamy kontakt závisí od schopnosti prežívania mikroorganizmov mimo tela hostiteľa. Môže sa preniesť kontaminovanými predmetmi alebo pomôckami, kontaminovanými biologickými produktmi a liekmi, kontaminovaným vzduchom. Za prioritné z hľadiska prenosu infekcií je dôležité, aby sestra pracujúca v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti predchádzala možným rizikám. Pri ošetrovaní pacienta, pri zaobchádzaní so zdravotníckymi pomôckami, manipulácii s biologickým materiálom by sestra mala dodržiavať zásady, ktoré sú špecifikované vo Vyhláške Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia:

- používať čisté osobné ochranné pracovné prostriedky určené na prácu,

- pokožka rúk sestry musí byť bez poranení a infekcií, nechty musia byť krátke, upravené, čisté, nenalakované, nesmú byť gélové alebo umelé; na rukách nesmú byť prstene a náramky,
- chrániť sa ochranným odevom pred znečistením alebo kontamináciou biologickým materiálom; pri činnosti, pri ktorej môže dôjsť k uvoľňovaniu kontaminovaných telesných tekutín, používať nepremokavý odev,
- vykonávať umývanie rúk, hygienickú dezinfekciu rúk, používať ochranné rukavice,
- používať sterilnú alebo jednorazovú ochrannú masku a rukavice pri iných invazívnych výkonoch, pri ktorých sa porušuje alebo už je porušená celistvosť kože, alebo sa vykonáva nefyziologický vstup do organizmu v závislosti od charakteru invazívneho výkonu a miery rizika pre pacienta,
- používať bariérovú ošetrovaciu techniku s individualizáciou všetkých prostriedkov osobnej hygieny, teplomerov, podložných mís a močových fliaš alebo po každom použití dezinfikovať, používať sterilné zdravotnícke pomôcky,
- používať jednorazové rukavice pri odberoch biologického materiálu, biologický materiál vkladať do štandardizovaných nádob a prepravovať v ľahko dezinfikovateľných prepravkách s vylúčením rizika kontaminácie sprievodiek,
- pripravovať infúzne zmesi asepticky a minimalizovať interval medzi prípravou a podaním injekčných a infúzných zmesí,
- zneškodňovať použité jednorazové ihly, striekačky a iné ostré predmety bez ďalšej manipulácie uložením do hrubostenných nepriepustných nádob.

Od decembra 2019 boli v nemocniciach v meste Wuchan v Číne postupne hlásené viaceré prípady neobjasniteľnej pneumónie. Potvrdilo sa, že ide o akútnu respiračnú infekciu spôsobenú koronavírusom. Brány vstupu infekčného agens zodpovedajú vlastnostiam pôvodcu nákazy. Hlavnou cestou prenosu SARS-CoV-2 je prenos dýchacích aerosólov (kvapôčiek) a môže sa prenášať aj kontaktom. Hlavným prameňom nákazy boli doteraz pacienti infikovaní COVID-

19. V súvislosti s pandémiou ochorenia COVID-19 je dôležité aby pacienti s podozrením na infekciu boli čo najskôr izolovaní, monitorovaní a diagnostikovaní v zdravotníckom zariadení. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí vydalo Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky Metodické usmernenie pre poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti v domácom/sociálnom prostredí pacientov počas pandémie COVID-19. Obsahom tohto usmernenia okrem iného je aj, že:

- Sestra fyzicky poskytuje pacientovi komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu zameranú na udržanie a zlepšenie kvality života, zmierňovanie utrpenia, predchádzanie zdravotným komplikáciám a doliečovanie po skončení ústavnej zdravotnej starostlivosti.
- Prostredníctvom moderných informačno komunikačných prostriedkov (mobil, SMS, email, videohovor a pod.) edukuje osobu a rodinu pacienta v súvislosti s jeho zdravotným stavom, prevenciou, rehabilitáciou a poskytuje poradenstvo.
- Sestra poskytuje pacientovi v domácom/sociálnom prostredí najmä neodkladnú ošetrovateľskú starostlivosť a to v nevyhnutnom rozsahu, realizuje ošetrovateľské výkony, ktoré sú potrebné pre zabránenie zhoršenia jeho zdravotného stavu. Čas strávený pri ošetrovaní pacienta v domácom/sociálnom prostredí sa odporúča sestre obmedziť na minimum.
- Sestra pri starostlivosti o pacienta v domácom/sociálnom prostredí dôsledne dodržiava zásady respiračnej hygieny, často si umýva ruky mydlom a vodou, používa dezinfekčné prostriedky s plne virucídnym účinkom s obsahom alkoholu, ako aj osobné ochranné prostriedky. Pri manipulácii s odpadmi u pacientov suspektných na ochorenie COVID –19 sa riadi pokynmi Regionálneho úradu verejného zdravotníctva.
- Z epidemiologických dôvodov je veľmi dôležité eliminovať fyzický kontakt s pacientom a jeho rodinnými príslušníkmi. Pred realizáciou ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta v domácom/sociálnom prostredí sestra telefonicky overí jeho aktuálny zdravotný stav, ako aj jeho rodinných príslušníkov, prostredníctvom „triediacich otázok“. Ak je čo len

jedna odpoveď na triediace otázky pozitívna sestra: nahlási túto skutočnosť všeobecnému lekárovi, u ktorého je pacient zazmluvnený; sestra v uvedenom prípade následne neposkytuje ošetrovateľskú starostlivosť v domácom/sociálnom prostredí pacienta.

9.6 Domáca hospicová a paliatívna starostlivosť

V určitom okamihu nemusí byť možné vyliečiť závažné ochorenie alebo sa pacient môže rozhodnúť nepodstúpiť určitú liečbu. Hospic je určený práve pre túto situáciu. Filozofia hospicu akceptuje smrť ako poslednú fázu života, potvrdzuje život, ale nesnaží sa smrť urýchliť ani oddialiť. Pacient, ktorý prijíma hospicovú starostlivosť chápe, že jeho choroba nereaguje na lekárske pokusy o jej vyliečenie alebo spomalenie postupu choroby. Hospicová starostlivosť sa poskytuje osobe s nevyliečiteľnou chorobou, ktorej podľa lekára zostáva šesť mesiacov alebo menej života. Hospicová starostlivosť kladie veľký dôraz na dôstojnosť, úctu a želania chorého. Jej cieľom je postarať sa o všetky zdravotné, emocionálne, sociálne, praktické, psychologické a duchovné potreby, ako aj o potreby rodiny a opatrovateľov chorého. Starostlivosť o všetky tieto aspekty sa často označuje ako „komplexná starostlivosť“.

Za priekopníčku v hospicovom hnutí možno považovať anglickú lekárku Cicely M. Saundersovú, ktorá je zakladateľku prvého moderného hospicu v Európe, hospicu sv. Krištofa v Londýne v roku 1967. Spočiatku hospice poskytovali paliatívnu starostlivosť nevyliečiteľne chorým klientom v nemocniciach, neskôr sa služby rozšírili aj do domácností. Hospicové tímy zahŕňajú lekárov, sestry, sociálnych pracovníkov, psychológov, poradcov a vyškolených dobrovoľníkov. Hospicovú starostlivosť poskytujú: **mobilné hospice**, ako návštevnú službu lekára, sestry a podľa potreby ďalších zdravotníckych pracovníkov zdravotníckeho zariadenia hospicu v prirodzenom sociálnom prostredí pacienta s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúceho pacienta, a **hospice** ako samostatné zdravotnícke zariadenia.

Paliatívna starostlivosť a starostlivosť na konci života nie sú synonymá. Na rozdiel od hospicovej starostlivosti, ktorá sa poskytuje pacientovi

v terminálnom štádiu ochorenia a zameriava sa skôr na liečbu symptómov, paliatívna starostlivosť sa zameriava na zmiernenie utrpenia vo všetkých štádiách ochorenia a mala by byť poskytnutá súčasne s ostatnou potenciálne liečebnou alebo život predlžujúcou liečbou (diferenciáciu paliatívnej a hospicovej starostlivosti uvádza tabuľka 9.3). Paliatívna starostlivosť môže trvať mnoho mesiacov, dokonca rokov (najmä u detí). Prostredníctvom tímového prístupu ponúka paliatívna starostlivosť podporný systém, ktorý pomáha pacientom žiť čo najaktívnejšie a pomáha rodinám vyrovnať sa s ochorením pacienta a ich vlastnej straty. Podľa WHO „paliatívna starostlivosť zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín, ktorí čelia problémom spojeným s život ohrozujúcim ochorením. Súčasne sa zameriava na prevenciu a úľavu od utrpenia prostredníctvom včasnej identifikácie a liečby bolesti a riešenie ostatných fyzických, psychosociálnych a duchovných problémov“.

WHO odhaduje, že každý rok potrebuje paliatívnu starostlivosť 40 miliónov ľudí, 78 % z nich žije v krajinách s nízkymi a strednými príjmami. V súčasnosti sa vo svete poskytuje paliatívna starostlivosť len približne 14 % ľudí, ktorí ju potrebujú. V roku 2014 bola prijatá prvá globálna rezolúcia o paliatívnej starostlivosti. Rezolúcia Svetového zdravotníckeho zhromaždenia vyzvala členské štáty, aby zlepšili prístup k paliatívnej starostlivosti ako základnej zložke systémov zdravotnej starostlivosti s dôrazom na primárnu zdravotnú starostlivosť a komunitnú/domácu starostlivosť. Paliatívna starostlivosť zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom, ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, psychologickú starostlivosť, liečebno–pedagogickú starostlivosť u detí, duchovnú starostlivosť a sociálne poradenstvo. Poskytujú ju: **ambulancie paliatívnej medicíny**, vrátane návštevných služieb lekára a sestry v domácom prostredí pacienta s nevy liečiteľným ochorením a zomierajúceho pacienta; **stacionáre paliatívnej medicíny**, ktoré poskytujú celodennú ambulantnú paliatívnu starostlivosť, ktorá je kratšia ako 24 hodín, ak pacient s nevy liečiteľným ochorením a zomierajúci pacient vyžaduje denne ošetrovateľskú starostlivosť, ak rodina nevládze zabezpečiť sociálne zázemie 24 hodín denne, alebo ak rodina potrebuje ostať ekonomicky aktívna; **oddelenia paliatívnej medicíny** v nemocniciach a iných zdravotníckych zariadeniach. ako

ich organizačná súčasť; **jednotky paliatívnej medicíny**, zriaďované pri geriatrických, iných zdravotníckych a sociálnych zariadeniach.

Ošetrovateľská starostlivosť na konci života je veľmi dôležitá. **Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť** je komplexná ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrami s odbornou spôsobilosťou a je zameraná hlavne na manažment a uspokojovanie potrieb pacienta s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúceho pacienta. Predmetom verejných diskusií je, že hoci rodina chce ponechať blízkeho v domácom prostredí, nie je v ich okolí žiaden hospicový tím, t. j. žiaden mobilný hospic. V takomto prípade hospicovú starostlivosť môže poskytnúť agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti. V katalógu výkonov sestier v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti a sestier pracujúcich na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe je uvedená okrem iného aj kontinuálna starostlivosť o umierajúceho pacienta a psychosomatická intervencia v terminálnom štádiu života.

Tab. 9.3 Niektoré podobnosti a rozdiely medzi paliatívnou a hospicovou starostlivosťou

Otázka	Palitívna starostlivosť	Hospice
Komu je poskytnutá starostlivosť?	Každý, kto má vážne ochorenie.	Každý, kto trpí vážnou chorobou a podľa lekárov mu zostáva len krátky čas života, často menej ako 6 mesiacov.
Zmiernia sa príznaky ochorenia?	Áno, v maximálnej možnej miere.	Áno, v maximálnej možnej miere.
Môže sa ochorenie liečiť?	Áno, ak si to pacient želá.	Nie, zmierňujú sa len príznaky ochorenia.
Ako dlho trvá starostlivosť?	Závisí od potrebnej starostlivosti.	Závisí od dĺžky života v mesiacoch.
Kde môže byť poskytnutá starostlivosť?	Domov Zariadenie pre seniorov Dom ošetrovateľskej starostlivosti Nemocnica	Domov Zariadenie pre seniorov Dom ošetrovateľskej starostlivosti Hospicové zariadenie Nemocnica

(Zdroj: upravené podľa <https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care#palliative-vs-hospice>)

Literatúra

FABIANOVÁ, Z., GONDÁROVÁ – VYHNIČKOVÁ, H., MACKOVÁ, A., STRAKA, J. *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti* [online]. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2019. Roč. 67, osobitné vydanie. [cit. 2022-02-09]. Dostupné na internete: <http://www.sskm.tym.sk/docs/24%20Vestnik-1-2-2019-67.pdf>

HERIANOVÁ, A. Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti v systéme zdravotnej starostlivosti. In GAZDÍKOVÁ, K. a kol. *Všeobecné lekárstvo*. Bratislava : Solen, 2021. s. 271 – 283. ISBN 978-80-89858-23-1.

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha : Grada, 2007. 100 s. ISBN 978 -80-247-2150-7.

KAAKINEN, J. R., GEDALY-DUFF, V., COEHLO, D. P., HARMON HANSON, S. M. *Family Health Care Nursing. Theory, Practice and Research*. Philadelphia : F. A. Davis Company, 2010. 559 pp. ISBN 978-0-8036-2166-4.

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2006. Roč. 54, osobitné vydanie.

KOŽUCHOVÁ, M. a kol. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin : Osveta, 2014. 245 s. ISBN 978-80-8063-414-8.

KOŽUCHOVÁ, M. a kol. *Manažment domácej ošetrovateľskej starostlivosti I*. Martin : Osveta, 2019. 373 s. ISBN 978-80-8063-468-1.

Metodické usmernenie pre poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti v domácom/sociálnom prostredí pacientov počas pandémie COVID-19 – základné postupy [online]. [cit. 2022-03-03]. Dostupné na internete: <https://www.health.gov.sk/?covid-19-metodicke-usmernenia>

MROCEK, M. Základné princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti. In *Onkológia*. ISSN 1336-8176. 2017, roč. 12, č. 6, s. 394 – 397.

Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva katalóg zdravotných výkonov.

Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

National Institute on Aging. *What Are Palliative Care and Hospice Care?* [online]. [cit. 2022-03-24]. Dostupné na internete: <https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care#palliative-vs-hospice>

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení ošetrovateľskej dokumentácie č. 41978/2005 – OO. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2005. Roč. 53, čiastka 35 – 46.

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti č. 07547/2007-OZSO. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2007. Roč. 55, čiastka 8 - 10.

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie č. 07594/2009 – OZS. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2009. Roč. 57, čiastka 42 – 48.

Palliative care [online]. [cit. 2022-03-16]. Dostupné na internete: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

STANHOPE M., LANCASTER J. *Foundations of Nursing in the Community: Community-Oriented Practice*. St. Louis : Mosby, 2014. 678 pp. ISBN 978-0-323-10094-6.

ŠUVADA, J., JARČUŠKA, P. *Štandardný postup pre rýchle usmernenia klinického manažmentu detských a dospelých pacientov s novým koronavírusom 2019 (COVID-19)* [online]. [cit. 2022-03-03]. Dostupné na internete: https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/Prevencia/002_SP_korona_web_1-revizia.pdf

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia.

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 84/2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 44/2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

Why Palliative Care is an Essential Function of Primary Health Care. World Health Organization, 2018.

Zákon 103/1951 Zb. o jednotnej preventívnej a liečebnej starostlivosti [online]. [cit. 2022-02-21]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/1951/103/19520101.html>

Zákon 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Ošetrovateľstvo v ambulantnej zdravotnej starostlivosti

Vysokoškolská učebnica

Zostavovateľ: PhDr. Libuša Tirpáková, PhD.
Autorský kolektív: prof. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
PhDr. Beáta Grešš Halász, PhD., MPH
PhDr. Jana Michalková, PhD.
PhDr. Libuša Tirpáková, PhD.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Vydavateľstvo ŠafárikPress

Rok vydania: 2022
Počet strán: 289
Rozsah: 14,04 AH
Vydanie: prvé



ISBN 978-80-574-0114-8 (e-publikácia)