ZDRAVOTNÉ VEDOMOSTI U RÓMSKÝCH PACIENTOV

Knowledge concerning health problems in Romany patients

8: 200 - 435, 2006

ISSN 1212-4117

Gabriela Vörösová¹, Ivana Majlátová²¹Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, katedra ošetrovateľstva²Fakultná nemocnica Nitra**Summary**

Hildegard E. Peplau was an American expert in the field of nursing, who emphasized importance of interpersonal relationships between nurses and patients. Romany people are a specific ethnic group. The attitude to taking nursing care of these people calls for knowledge of their way of life with respecting their ethnic differences. Diagnosis by nurse – Deficiency of knowledge 00126 also requires from the nurse psychotherapeutic activities, which will help the patient to avoid dysfunctional behaviour and to understand causes and consequences of this behaviour. The classification system of nursing activities NIC - Nursing Interventions Classification and the classification system of results of nursing NOC – Nursing Outcomes Classification offer a higher form of documenting the nursing process. The purpose of the present work was to use the nursing model by H. E. Peplau in Romany patients. Quasi-experiment was the principal method of the work. Research results supported the appropriateness of working hypotheses. We found that in all the $n = 50$ patients, knowledge concerning the health problems were enhanced. In the first measurement, the average values of the NOC Likert scale was of 1.96 and in the second measurement, it was of 2.91. Through the analysis of the documentation provided by nurses it was demonstrated that by the use of a group selected from the NIC, nursing activities were unified and made more comprehensive and by the use of a group selected from the NOC, uniform and objective evaluation of resulting criteria was achieved.

Key words: Hildegard E. Peplau – Romany community – deficiency of knowledge – NIC- NOC

Súhrn

Hildegard E. Peplau bola americká odborníčka z oblasti ošetrovateľstva, ktorá kládla dôraz na interpersonálne vzťahy medzi sestrou a pacientom. Rómovia sú špecifickou etnickou skupinou. Ošetrovateľský prístup k nim vyžaduje znalosť ich spôsobu života, rešpektovať ich etnické odlišnosti. Sesterská diagnóza – Deficit vedomostí 00126, vyžaduje od sestry také psychotherapeutické aktivity, ktoré pomôžu pacientovi odstrániť dysfunkčné správanie, chápať príčiny a následky takého správania. Klasifikačný systém ošetrovateľských činností NIC – Nursing Interventions Classification a klasifikačný systém výsledkov ošetrovateľstva NOC – Nursing Outcomes Classification prinášajú vyššiu formu dokumentovania ošetrovateľského procesu. Cieľom práce bolo aplikovať ošetrovateľský model H. E. Peplau u rómskych pacientov. Základnou metódou práce bol kváziexperiment. Výsledky výskumu potvrdili správnosť pracovných hypotéz. Zistili sme, že u všetkých $n = 50$ pacientov sa zvýšili zdravotné vedomosti. V prvom meraní bola priemerná hodnota Likertovej stupnice NOC 1,96, kým v druhom meraní 2,91. Analýzou sesterskej dokumentácie sa potvrdilo, že použitím vybraného súboru z NIC sa zjednotili a sprehľadnili ošetrovateľské činnosti, použitím vybraného súboru z NOC bolo vyhodnotenie výsledných kritérií jednotné a objektívne.

Kľúčové slová: Hildegard E. Peplau – rómska komunita – deficit vedomostí – NIC – NOC

ÚVOD

Snahou práce bolo prispiet' ku skvalitneniu ošetrovateľskej starostlivosti o rómskych pacientov. Aplikáciou ošetrovateľského modelu H. E. Peplau, modelu založeného na blízkych interpersonálnych vzťahoch (Belcher, Brittain Fish, 1990; Sedláková, 2003) sme načrtli iný, netradičný pohľad a prístup k rómskym pacientom. H. E. Peplau pracovala ako sestra v psychiatrickom ošetrovatel'stve. Ošetrovateľský model H. E. Peplau sa sústreďuje na interpersonálne vzťahy a rolu sestry v ošetrovateľskej starostlivosti. Medzi sestrou a pacientom sa vytvára terapeutický vzťah. Ľudia majú byť rešpektovaní ako jedinečné biologicko-psychologicko-spirituálno-sociálne celky, ktoré reagujú rozdielne. Každý človek je ovplyvnený kultúrou, prostredím, zvykmi a hodnotami. Každý človek prichádza s predpojatými myšlienkami, ktoré ovplyvňujú jeho vnímanie, a tak vznikajú rozdiely vo vnímaní, ktoré sú dôležité pre interpersonálne procesy. Sestra a pacient pri budovaní vzťahu spoznávajú vzájomne svoju rolu a faktory sprevádzajúce problém. Spoločne, vzájomnou spolupracou a spoznávaním, komunikáciou smerujú k vyriešeniu problému. Model je orientovaný na dospelých pacientov, ktorí používajú interpersonálne zručnosti na odstránenie úzkosti (Koňošová, 2005). Klasifikačné systémy NANDA – International diagnostika v ošetrovateľskom procese, NIC a NOC sú usporiadaním poznatkov v ošetrovatel'stve do systému, ktorý slúži ako jednotný jazyk ošetrovateľských činností (Marečková, 2006). Hlavným motívom pre prácu boli časté konflikty medzi zdravotníckym personálom a pacientmi rómskej komunity. Existuje veľa indícií, ktoré hovoria o zlom zdravotnom stave rómskej populácie (Šaško, 2002). Zlá sociálno-ekonomická situácia a s ňou súvisiace nevyhovujúce bytové podmienky sú medzi príčinami zlého zdravotného stavu Rómov. Chudoba, nízky hygienický status sa podpisujú pod krátku dĺžku života, vysokú frekvenciu ochorení, chronické choroby, trvalé zníženie fyzickej a psychickej výkonnosti. „Hlavné determinujúce faktory, ovplyvňujúce nižšiu kvalitu života, sú podľa Šaška (2002): 1. nižšia vzdelanostná úroveň, nízka úroveň zdravotného uvedomenia, 2. nízky štandard osobnej hygieny, 3. nízky štandard bývania, hlavne v rómskych osadách, chýba pitná voda, kanalizácia, odpadové šachty, odvoz smetia, nadmerná preľudnenosť,

4. zlá ekonomická situácia, zlé stravovacie návyky, 5. vysoká miera užívania alkoholu a tabakových výrobkov, 6. veľká genetická záťaž, t.j. manželstvá príbuzných – konsangvinné, ktoré znamenajú zvyšovanie homozygótov pre dedičné ochorenia, napr. kongenitálny glaukóm, fenylketonúria. Zvýšená je prevencia mentálnej retardácie u rómskych detí oproti majorite. Fyzická aktivita, zdravý životný štýl, prevencia ochorení sú pre Rómov takmer neznáme pojmy.

CIELE

1. Overiť použitie ošetrovateľského modelu Hildegard E. Peplau – modelu psychodynamického ošetrovatel'stva u rómskych pacientov žijúcich v meste Nitra v praxi.
2. Overiť použitie vybraných súborov z klasifikačných systémov NIC, NOC pri sesterskej diagnóze deficit vedomostí v praxi.
3. Zistiť, ktoré ošetrovateľské činnosti sú najčastejšie u rómskych pacientov so sesterskou diagnózou deficit vedomostí.

SÚBOR

Súbor tvorilo $n = 50$ (100 %) pacientov (19/38 % mužov, 31/62 % žien) obyvateľov Nitre (žijúcich v rómskej komunitnej časti mesta), ktorí boli ošetrení na oddelení urgentnej medicíny vo Fakultnej nemocnici v Nitre. Vekové rozpätie pacientov bolo od 18 do 90 rokov. Výber vzorky sme realizovali zámerným výberom po sebe idúcich rómskych pacientov na základe vopred určených kritérií. Sestry najčastejšie riešili pacientov z lekárskej diagnózou I 11,9 - hypertenzná choroba srdca bez srdcového zlyhania, druhou najčastejšou lekárskej diagnózou bol E 11,0 - diabetes mellitus závislý od inzulínu. Do výskumu boli zapojené tri sestry z oddelenia urgentnej medicíny FN Nitra.

Zaraďujúce kritéria pre pacientov boli:

1. Demografické údaje (pacienti rómskeho etnika žijúci v Nitre a starší ako 18 rokov, pohlavie muži, ženy.)
2. Pacienti so sesterskou diagnózou – Nedostatok vedomostí 00126 z NANDA – International.
3. Súhlas pacienta k zaradeniu do výskumu.

Vylučovacie kritéria pre pacientov boli:

1. Po posúdení rómskeho pacienta, zistenie inej sesterskej diagnózy.
2. Neochota spolupracovať.
3. Neschopnosť spolupracovať.

METODIKA

Rozsah sesterskej diagnózy (používanie termínu sesterská diagnóza v podmienkach Slovenska upravuje legislatívna norma 306/2005 Z. z. Vyhláška MZ SR z 30. júna 2005, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz) sme bližšie špecifikovali: Deficit vedomostí o terapeutickom režime 00126. Každá zo ošetrovateľských činností bola realizovaná raz, nakoľko pacienti zotrvávajú v pôsobnosti sestry od 0,5 hod. do 5 hod. Vybraný súbor z NIC (2000) s. 365 „Zdravotné vedomosti 5510“ tvorilo 35 ošetrovateľských činností. Vybraný súbor NOC (2000) s. 294 „Zdravotnícka vedomosť a správanie 1813“ tvorilo 14 ukazovateľov starostlivosti. Pri vykonávaní ošetrovateľských činností realizované boli v poradí, ktoré rešpektovalo psychodynamizmus a jednotlivé fázy ošetrovania, stanovené H. E. Peplau. Pri vyhodnocovaní výsledkov ošetrovateľstva bolo veľmi dôležité posúdenie a odhad sestry, ktorá určovala jednotlivé ukazovatele starostlivosti v Likertovej škále od 1 do 5, pričom 1 - žiadne prejavy, 2 - limitované prejavy, 3 - mierne prejavy, 4 - značné prejavy, 5 - rozsiahle prejavy. Vo fáze vyhodnotenia sestra používala pozorovanie, rozhovor s pacientom, rozhovor s príbuznými a podpornými osobami.

Výskum bol realizovaný písomným súhlasom a prekonzultovaním etických otázok a získaním súhlasu k anonymnému štatistickému spracovaniu údajov od 4. 10. 2004 do 1. 11. 2005 na oddelení urgentnej medicíny v FN Nitry.

METÓDY

1. Kváziexperiment ako hlavná metóda na overenie štruktúrovaného ošetrovateľského modelu vo vybraných súboroch NANDA - International, NIC a NOC.
2. Obsahová analýza ošetrovateľskej dokumentácie, ako doplnujúca metóda na zistenie najčastejšie zaznamenaných ošetrovateľských činností.

VÝSLEDKY

Pri porovnaní skúmaných premenných sme

zaznamenali ošetrovateľské činnosti zo súboru NIC „Zdravotné vedomosti 5510“ u $n = 50$ pacientov. Počet komponentov v súbore bol 35. Celkovo bolo realizovaných 935 ošetrovateľských činností. Každá činnosť bola realizovaná u všetkých pacientov jedenkrát, okrem aktivity NIC-22 (Použité práce s počítačom, televíziu, interaktívne video a iné technológie na rozšírenie informácií). Priemerný počet ošetrovateľských činností na $n = 1$ pacienta bol 18,7.

Výsledky aplikovaného vybraného súboru výsledkov ošetrovateľstva NOC - „Zdravotnícka vedomosť a správanie 1813“. Predstavujeme výsledky hodnotenia pri prijatí a prepustení pacienta. Prvé meranie sa robilo pri fáze posudzovania, druhé meranie pri odchode pacienta buď do domácej liečby, alebo príjmu do nemocničnej starostlivosti. Vo všetkých ukazovateľoch výsledkov starostlivosti (hodnotenie v Likertovej stupnici od žiadne prejavy 1 po rozsiahle prejavy 5 u všetkých $n = 50$ pacientov). V ukazovateli výsledku starostlivosti 181301 - opis vedomostí pre ošetrovateľský záznam - sme zaznamenali pri prijatí pacientov AM (aritmetický priemer) = 2,14, SD (smerodajná odchýlka) = 0,67, R (variačné rozpätie) = 0,46. Pri prepustení $AM = 3,08$, $SD = 1,00$, $R = 1,22$. V ukazovateli výsledku starostlivosti 181302 - opis sebaopatrovateľských činností pre prebiehajúcu starostlivosť - sme zaznamenali pri prijatí $AM = 2,1$, $SD = 0,64$, $R = 0,46$. Pri prepustení $AM = 3,16$, $SD = 1,03$, $R = 1,27$. V ukazovateli výsledku starostlivosti 181303 - opis sebaopatrovateľských činností pre pohotovostné situácie - sme zaznamenali pri prijatí $AM = 2,14$, $SD = 0,65$, $R = 0,46$. Pri prepustení bola priemerná hodnota $AM = 3,26$, $SD = 1,06$, $R = 1,33$. V ukazovateli výsledku starostlivosti 181304 - opis očakávaných výsledkov starostlivosti - sme zaznamenali pri prijatí $AM = 2,44$, $SD = 0,67$, $R = 0,46$. Pri prepustení bola priemerná hodnota $AM = 3,54$, $SD = 1,09$, $R = 1,41$. V ukazovateli výsledku starostlivosti 181305 - opis predpísanej stravy - sme zaznamenali pri prijatí $AM = 1,46$, $SD = 0,73$, $R = 0,46$. Pri prepustení $AM = 2,28$, $SD = 1,08$, $R = 1,34$. V ukazovateli výsledku starostlivosti 181306 - opis predpísanej medicíny - sme zaznamenali pri prijatí $AM = 2,32$, $SD = 0,75$, $R = 0,63$. Pri prepustení $AM = 3,42$, $SD = 1,10$, $R = 1,37$. V ukazovateli výsledku starostlivosti 181307 -

opis predpísanej aktivity - sme zaznamenali pri prijatí AM = 1,36, SD = 0,79, R = 0,76. Pri prepustení AM = 1,940, SD = 1,09, R = 1,36. V ukazovateli výsledku starostlivosti 181308 - opis predpísaného cvičenia - sme zaznamenali pri prijatí AM = 1,14, SD = 0,79, R = 0,66. Pri prepustení AM = 1,640, SD = 1,09, R = 1,34. V ukazovateli výsledku starostlivosti 181309 - opis predpísaných procedúr - sme zaznamenali pri prijatí AM = 2,24, SD = 0,79, R = 0,71. Pri prepustení AM = 3,32, SD = 1,10, R = 1,36. V ukazovateli výsledku starostlivosti 181310 - opis priebehu choroby - sme zaznamenali pri prijatí AM = 2,70, SD = 0,83, R = 0,82. Pri prepustení AM = 3,78, SD = 1,13, R = 1,42. V ukazovateli výsledku starostlivosti 181311 - vykonávanie seba pozorovacích techník - sme zaznamenali pri prijatí AM = 2,78, SD = 0,86, R = 0,87. Pri prepustení AM = 3,96, SD = 1,14, R = 1,50. V ukazovateli výsledku starostlivosti 181312 - vykonávanie ošetrovateľskej procedúry - sme zaznamenali pri prijatí AM = 2,36 SD = 0,86, R = 0,82. Pri prepustení AM = 3,40, SD = 1,12, R = 1,50. V ukazovateli výsledku starostlivosti 181313 - výber jedál odporučených v diéte - sme zaznamenali pri prijatí AM = 1,340, SD = 0,86, R = 0,83. Pri prepustení AM = 2,06, SD = 1,09, R = 1,47. V ukazovateli výsledku starostlivosti 181314 - iné (špecifické - sme zaznamenali pri prijatí u n=1 pacient muž AM = 1,00, SD = 0,97, R = 1,14. Pri prepustení AM = 2,00, SD = 1,17, R = 1,67.

DISKUSIA

Cieľom práce bolo overiť použitie ošetrovateľského modelu Hildegard E. Peplau – modelu psychodynamického ošetrovateľstva v praxi, realizovaného vo vybraných súboroch klasifikačných systémov ošetrovateľstva NANDA - International, NIC, NOC. Model bol aplikovaný u pacientov rómskeho etnika, u ktorých bola určená sesterská diagnóza Nedostatok vedomostí 00126. Prvotným impulzom pre prácu s touto skupinou obyvateľstva bola intuícia podmienená dlhoročnými skúsenosťami práce s Rómami. Rómovia prijímajú nové poznatky viac cez emocionálnu zložku inteligencie, ako cez racionálnu zložku. Model H. E. Peplau umožnil sestram vstupovať do interaktívneho vzťahu sestra – pacient. Na základe dôverynosti a blízkosti umožnil sestre edukovať pacienta, tlmočiť mu nové vedomosti, ktoré by reprodu-

kované štandardným spôsobom, vedeným na základe racionality, neprijal. Jednotlivé sesterské činnosti boli realizované v určitom prirodzenom poradí, ktoré rešpektovalo jednotlivé fázy modelu H. E. Peplau. V prvej hypotéze sme predpokladali v zhode s Belcher, Brittain Fish (1990), Sedláková (2003), že použitím ošetrovateľského modelu H. E. Peplau sa zlepši interakcia sestra – pacient, čo umožní sestre zvýšiť zdravotné vedomosti rómskych pacientov. Edukáciu pacientov sme realizovali v klasifikačnom systéme NIC „Zdravotné vedomosti 5510“, ktorý obsahoval 35 ošetrovateľských činností. Činnosti boli realizované modifikovaným ošetrovateľským procesom. Takmer u každého pacienta bola realizovaná ošetrovateľská činnosť č. 5510 - 1,2,3,4,5,6. Veľký význam malo vhodne použiť činnosti č. 5510 - 19, 24. Tieto sa týkali zapojenia rodiny, komunity, prirodzených vodcov do úpravy životného štýlu. S rómskym pacientom prichádza na ošetrovanie často početná skupina príbuzných, preto je nevyhnutné stanoviť 1-2 príbuzných, s ktorými lekár a sestra komunikujú, vysvetľujú. Je súčasťou ich etnickej odlišnosti, že pacient samotný komunikuje s ošetrovateľským personálom minimálne alebo vôbec. Činnosť č. 5510 - 22, ktorá sa týkala použitia telekonferencie, telekomunikácie a počítačov pri edukácii, nebola použitá vôbec. Nízke využitie bolo aj u činností č. 5510 - 15, 23, 31, 34, ktoré sa týkali použitia rôznych technických prostriedkov pri edukácii. Vyhodnotenie výsledkov ošetrovateľských činností sme realizovali v klasifikačnom systéme NOC „Zdravotnícka vedomosť a správanie 1813“. Škála obsahovala 14 ukazovateľov výsledkov starostlivosti. Získané výsledky potvrdili správnosť pracovnej hypotézy. V prvom meraní bola priemerná nameraná hodnota AM = 1,96, kým v druhom meraní bola AM = 2,91. Pracovná hypotéza sa potvrdila. Najlepšie výsledky boli dosiahnuté v ukazovateľoch výsledkov starostlivosti 181311 – vykonávanie seba pozorovacích techník, kde v prvom meraní bola AM = 2,78 a v druhom meraní AM = 3,96. Celkovo možno konštatovať, že v ukazovateľoch výsledkov starostlivosti popisujúcich ochorenie boli výsledky lepšie ako v ukazovateľoch výsledkov starostlivosti zameraných na odstránenie a zlepšenie zdravotných problémov. Na tomto fakte sa podpisujú viaceré skutočnosti. Nedostatok vôle meniť tradičný životný štýl, nedostatok

vlastnej aktivity, tradične podriadené postavenie ženy a iné. Najnižšie výsledky boli dosiahnuté v ukazovateľoch výsledkov starostlivosti 181308 - opis predpísaného cvičenia, kde v prvom meraní bola AM = 1,14 a v druhom meraní AM = 1,64. Nízke hodnoty sme zaznamenali aj v ukazovateľoch výsledkov starostlivosti 181305 - opis predpísanej stravy, v prvom meraní bola AM = 1,46, v druhom meraní AM = 2,28. Získané hodnoty v oblasti stravovania a telesnej aktivity, ktoré zodpovedajú žiadnym alebo limitovaným prejavom, potvrdzujú veľmi nízku ochotu Rómov meniť tradičný spôsob života, zahrnúť do svojho životného štýlu racionálnu výživu a športovú aktivitu. O edukáciu v oblasti pohybovej aktivity sme sa pokúšali najmä u obéznych pacientiek s vysokým krvným tlakom, kde sme zdôrazňovali, že 10 kg z nadváhy dolu znamená automaticky pokles vysokého tlaku krvi o 10 mmHg. V oblasti stravovania sme vysvetľovali význam ovocia a zeleniny, obsahujúcich vitamíny, a to najmä u pacientiek, ktoré sa sťažovali na slabosť a malátnosť. Je nutné skonštatovať, že konzumácia ovocia a zeleniny je v rómskej komunite žalostná. V druhej pracovnej hypotéze sme predpokladali, že použitím vybraných súborov z klasifikačných systémov NIC, NOC sa zjednotí a sprehľadní dokumentácia ošetrovateľského procesu. Pri plánovaní, realizácii a vyhodnocovaní činností sestra postupovala individuálne. Formulovanie jednotlivých údajov si sestra určovala sama. Na vyjadrenie určitého obsahového významu bolo možné použiť viaceré pojmy. Vo vlastnom výskume sme pracovali pomocou vybraného súboru z klasifikačných systémov NIC, NOC. Ošetrovateľská dokumentácia u každého pacienta obsahovala posudzovací hárok, štruktúrovaný plán ošetrovateľskej starostlivosti, vybraný súbor z klasifikačných systémov NIC (Zdravotné vedomosti 5510), NOC (Zdravotnícka vedomosť a správanie 1813). V klasifikačných súboroch NIC, NOC sa sestra vyjadruje v pevne stanovených termínoch, vylučuje sa nejednotnosť pojmov. Sestry vykonané činnosti a hodnotenie zaznamenali jednoducho – čiarkovaním, nemuseli nič slovne písať. Dokumentovanie ošetrovateľského procesu sa niekoľkonásobne urýchlilo. U pacientov so sesterskou diagnózou „Nedostatok vedomostí“ majú realizované ošetrovateľské procesy jednotnú, prehľadnú formu. Pracovná hypotéza č. 2 sa potvrdila.

V tretej pracovnej hypotéze sme predpokladali, že použitím klasifikačných systémov NOC – výsledkov ošetrovateľských činností bude vyhodnotenie výsledných kritérií objektívnejšie. Pri klasickom postupe v ošetrovateľskom procese sestra hodnotí splnenie cieľa. Cieľ môže byť splnený, splnený čiastočne a nesplnený. V systéme NOC sme využívali Likertovu škálu od 1 – 5. Pri hodnotení jednotlivých ukazovateľov výsledkov starostlivosti využívali sestry svoj úsudok. Vyjadrenie je číselné, nie slovné, to znamená objektívnejšie. Pracovná hypotéza č. 3 sa potvrdila.

ZÁVER

Zavedenie klasifikačných systémov v zdravotníckej podobe do ošetrovateľskej praxe by znamenalo mnohonásobné urýchlenie, zjednotenie, sprehľadnenie ošetrovateľského procesu. Zároveň by umožnilo sestram, aby takto získaný čas mohli v plnšej miere venovať pacientovi. U sestier v súčasnej dobe prevláda biomedicínsky prístup k pacientom, ktorý je daný postojom a požiadavkami lekárov, nedostatočnou ochranou sesterských kompetencií. Ošetrovateľský proces realizovaný vo vybraných súboroch NANDA - International, NIC a NOC je vnímaný sestrami ako novinka. Aplikácia modelu Hildegard E. Peplau je náročná. Možno ho realizovať po dôkladnom preštudovaní. Postoje sestier neboli vždy pozitívne. Zo 6 sestier mala 1 sestra odmietavé stanovisko, ktoré sa týkalo akejkolvek práce s rómskymi pacientmi. Postoje 4 sestier boli prevažne pozitívne, avšak limitované stupňom vedomostí v oblasti modelov ošetrovania. Interaktívny vzťah sestra – pacient znamená prekročiť hranice racionality, pracovať na báze pocitov, pritom dokonale ovládať situáciu. Nechť sa strhnúť pacientom ku familiárnosti, zachovať si profesionálny nadhľad, avšak nepracovať s chladom a odstupom. Reakcie rómskych pacientov na interaktívny prístup sestry boli veľmi pozitívne. Konflikty sa znížili takmer na nulu. U sestier, ktoré neprístupujú k Rómom modifikovaným spôsobom, naopak konflikty stúpajú. Výsledky práce ako aj údaje o kultúrnych odlišnostiach pacientov rómskej komunity môžu uľahčiť prácu sestry, ale aj objasniť problémové aspekty pri práci s pacientmi rómskeho etnika. Problémy spočívajú v neochote meniť zaužívané stereotypy myslenia na iné kultúrne a etnické spoločenstvá, v horšom prí-

pade jestvující ojedinělé případy nežádoucích projevů otevřeného nebo skrytého rasizmu.

Odporúčania pre prax a ďalší výskum:

1. Odporúčame sestram venovať väčšiu pozornosť štúdiu multikultúrneho ošetrovateľstva, zamerať sa v našich podmienkach najmä na rómskych pacientov. Rešpektovať ich kultúrne odlišnosti, spôsob života a zamerať sa na hlavné determinujúce faktory kvality života Rómov.
2. V styku s rómskym pacientom voliť empatickú a rešpektujúcu starostlivosť a individuálnu edukačnú činnosť so zameraním najmä na vedomosti o zdraví, prevenciu ochorení a zdravý životný štýl.
3. V edukačnej činnosti sa cielene zamerať na diétne obmedzenia, racionálnu výživu, v pohybovej aktivite na konkrétne možnosti individuálneho rómskeho pacienta.
4. Využiť dôvernosť a blízkosť terapeutického vzťahu sestra-pacient, podľa modelu H. E. Peplau na uvedomenie si dôležitosti zmeny životného štýlu rómskej rodiny a komunity.
5. Využívať vybrané súbory z klasifikačné systémy NANDA – International, NIC a NOC na manažovanie zmien v správaní interaktívneho prístupu sestier a rómskych pacientov.

LITERATÚRA

BELCHER, J. R., BRITTAIN FISH, L. J.: Hildegard E. Peplau. In: *George J. B. et al. (Ed.) Nursing Theories*. 3. vyd., New Jersey, 1990. p. 43-60.

MAREČKOVÁ, J.: *NANDA – International diagnostika v ošetrovateľskom procese, NIC a NOC klasifikace*. Ostravská univerzita, Ostrava, 2006. s. 60 - 72.

MCCLOSKEY J. C., BULECHEK G. M.: *Nursing Interventions Classification (NIC)* 3. vyd., Mosby, Missouri 2000.

JOHNSON, M., MAAS, M., MOORHEAD, S.: *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 2. vyd. Mosby, Missouri 2000.

KOŇOVÁ, H.: Peplauovej teória ošetrovateľskej starostlivosti. In: *Farkašová, D. et al. (Ed) Ošetrovateľstvo teória*. Martin: Osveta, 2005. s. 144-149.

SEDLÁKOVÁ, G.: Osobnostné predpoklady sestry pri ošetrovaní klientov podľa modelu Hildegard E. Peplau. In: *Nové trendy v ošetrovateľstve II*. České Budějovice: JU ZSF, 2003. s. 262-265.

ŠAŠKO, P.: Zdravotná situácia v rómskej populácii. In: *VAŠEČKA, M. (Ed.): Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku*. 1. vyd. Bratislava: IVO, 2002. s. 658.

Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z. z 30. júna 2005, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.

Gabriela Vörösová a Ivana Majlátová
vorosovagabi@zoznam.sk