ORIGINAL ARTICLE

MIERA VYUŽITIA SESTERSKÝCH INTERVENCIÍ V ONKOLOGICKEJ PREVENCII

Nursing intervention rate in oncological prevention

Andrea Obročníková, Ľudmila Majerníková

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, katedra ošetrovateľstva, Prešov, Slovenská republika

Summary

Tumour diseases represent civilization diseases of the 21st century with globally rising prevalence. Medical workers may significantly contribute to oncological relief of the society in dependence on their competence. The authors present the results of a comparative research study of which aim was to find out the partaking rate of nurses in preventive interventions in ambulatory care practice providing primary health care. The study presenting nursing intervention rate in oncological prevention was realised at nurses working in GP offices in regions of the Slovak Republic and the United Kingdom. The research sample was represented by 165 nurses (87 Slovak and 78 British nurses). The data recollection was performed during the period from January to July 2012. For data recollection we used a non-standardized questionnaire, and for pre-statistic compilation and for group comparison of the monitored indexes we used a two dimension inductive statistic method, two samples Student's t-test. The comparative study confirmed the statistic relation of extant of anamnestic assessment of the risk factors and the content orientation of the education of the nurses from both groups. The rate of English nurses in prevention was significant in the sphere of oncological risk prevention and realised education in terms of its content focus. We supplemented the issues under review with the most significant foreign studies that point out different the non-professional public awareness of tumorous diseases and their prevention. The ascertained results of the studies may lead to the intensification of the preventive care in the Slovak Republic through the nurse assuming the initiative of all competent sides.

Key words: awareness – public – tumorous disease – prevention – nursing

Súhrn

Nádorové ochorenia predstavujú civilizačné ochorenia 21. storočia s celosvetovo sa zvyšujúcou prevalenciou. Zdravotnícki pracovníci môžu významnou mierou prispieť k onkologickému odbremeneniu spoločnosti na základe svojich kompetencií. Autorky predkladajú čiastkové výsledky komparatívnej výskumnej štúdie, ktorej cieľom bolo zistiť podiel sestier v preventívnych intervenciách pracujúcich v ambulantných zariadeniach poskytujúcich primárnu zdravotnú starostlivosť. Štúdia prezentujúca mieru participácie sestier v onkologickej prevencii bola realizovaná u sestier pracujúcich v ambulanciách praktického lekára v krajinách Slovenskej republiky a Veľkej Británie. Výskumnú vzorku tvorilo 165 sestier (z toho 87 slovenských a 78 anglických sestier). Zber údajov prebiehal v období január–júl 2012.

Submitted: 2012-10-22 • Accepted: 2013-03-04 • Published online: 2013-06-18

KONTAKT: XV/2: 143–157 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

K získaniu údajov bol použitý neštandardizovaný dotazník a pre štatistické spracovanie a intergrupinovú komparáciu sledovaných ukazovateľov bola použitá dvojrozmerná induktívna štatistika, dvojzorkový Studentov t-test. Komparatívna štúdia potvrdila štatistický vzťah miery anamnestického posúdenia rizikových faktorov a obsahového zamerania edukačnej činnosti sestier u oboch skupín. Podiel anglických sestier v prevencii bol signifikantne významný v oblastiach detekcie onkologických rizík a realizovanej edukácie z hľadiska jej obsahového zamerania. Skúmanú problematiku sme doplnili o najvýznamnejšie zahraničné štúdie, ktoré poukazujú na rozdielnú mieru informovanosti neodbornej verejnosti o nádorových ochoreniach a ich prevencii. Zistené výsledky štúdií môžu viesť k zintenzívneniu preventívnej starostlivosti v SR prostredníctvom sestry za iniciatívy všetkých kompetentných strán.

Kľúčové slová: informovanosť – verejnosť – nádorové ochorenia – prevencia – ošetrovatelstvo

ÚVOD

Onkologické ochorenia predstavujú civilizačné ochorenia 21. storočia s celosvetovo sa zvyšujúcou prevalenciou. Zhubné nádorové ochorenia predstavujú v krajinách Európskej únie i v rámci celého Európskeho regiónu (po úmrtiach na choroby obehovej sústavy) druhú najčastejšiu príčinu úmrtia v populácii mužov aj žien (Safai Diba et al., 2012). Súčasný stav onkologickej incidence je multifaktoriálne podmienený. Významné korelácie možno prisúdiť najmä demografickému vývoju populácie – starnutiu populácie, prísnejším diagnostickým kritériám a zdravotnému uvedomeniu populácie preferujúcej nezdravý životný štýl. Prijatím Alma-Atskej deklarácie (o úlohách a zameraní primárnej zdravotnej starostlivosti) v roku 1978 Svetová zdravotnícka organizácia zdôrazňuje sociálny a pracovný potenciál profesie sestier a pôrodných asistentiek v zlepšovaní zdravia verejnosti (Rybárová et al., 2008). Ošetrovatelstvo ako integrálna súčasť zdravotnej starostlivosti má najlepšie predpoklady v súlade s plnením cieľov Svetovej zdravotníckej organizácie (najmä cieľa č. 8 – redukcia neprenosných ochorení) pre zaistenie ochrany verejného zdravia. Celosvetové zdravotnícke štatistiky poukazujú na nepriaznivý budúci trend vývoja nádorových ochorení, preto z uvedeného dôvodu sme sa rozhodli realizovať komparatívnu štúdiu zameranú na hodnotenie účasti sesterských intervencií v onkologickej prevencii v ambulantnej praxi na Slovensku a vo Veľkej Británii (Wales).

Doménou všeobecnej ambulantnej starostlivosti je poskytovanie preventívnej zdravotnej

starostlivosti s cieľom uchovania dobrého zdravia a jeho ochrany pred neprenosnými a prenosnými civilizačnými ochoreniami (Fait et al., 2008).

Organizácia onkologickej prevencie v ambulancii praktického lekára zahŕňa systematickú preventívnu činnosť realizovanú preventívnymi prehliadkami, dispenzarizáciou pacientov s vybranými (onkologickými) chorobami, edukačné intervencie na podporu a ochranu zdravia proti zisteným rizikovým faktorom podmieňujúcim vznik onkologického ochorenia, očkovanie proti infekciám vo vzťahu k vzniku onkologického ochorenia – hepatitída B, HPV infekcia (Fait et al., 2008). Personálne obsadenie ambulancie praktického lekára tvorí lekár a sestra, ktorí sú odbornou spôsobilosťou oprávnení vykonávať intervencie zamerané na prevenciu onkologických ochorení. Práca sestry v ambulancii primárnej starostlivosti je vysoko náročná, zodpovedná z dôvodu výkonu rozsahu sesterských činností samostatne a v spolupráci s lekárom. Jej poslanie ako sestry – manažérky v zdravotníckom zariadení vyžaduje vysoký stupeň organizovanosti práce zaisťujúci kvalitu poskytovanej starostlivosti vyjadrenú spokojnosťou pacienta s ponúkanými službami (Gulášová a kol., 2010).

V zdravotníckej praxi sa primárna onkologická prevencia obmedzuje na možnosť komplexného posúdenia ovplyvniteľných a neovplyvniteľných rizikových faktorov podieľajúcich sa na onkogenéze. Podrobná dôkladná osobná, rodinná, pracovná anamnéza, anamnéza životného štýlu, gynekologická a sexuologická sú hlavným informačným zdrojom o individuálnej

miere prevládajúcich rizikových faktorov klienta. Ich prítomnosť je nutné vyhodnotiť a určiť stupeň onkologického rizika u klienta. V kontexte realizácie aktivít primárnej onkologickej prevencie sa zdôrazňuje rola edukátora-zdravotníckeho pracovníka. Neoceniteľným partnerom lekára vo výchove k zdraviu klienta je erudovaná sestra, ktorá je schopná využiť svoju kompetenciu v plnom rozsahu. Cieľom podporno-edukačnej činnosti je zdôraznenie škodlivosti perzistujúceho ovplyvniteľného rizikového faktora (nezdravé stravovacie zvyklosti, obezita, sedavý životný štýl, abúzus cigariet, alkoholu, sexuálna promiskuita, nadmerná expozícia slnečnému žiareniu a iné) a ponúknutia pomoci pre jeho redukciu, či úplnú elimináciu zo života klienta. Zároveň sestra poskytuje informácie o nárokoch na skriningové vyšetrenia (vyšetrenie stolice na OK – okultné krvácanie, mamografické vyšetrenie, skriningové vyšetrenie krčka maternice). Pre komplexnosť jej pôsobenia v prevencii onkologických ochorení vedie dôkladne administratívnu činnosť, ktorej súčasťou je sledovanie termínov, pozývanie klientov k preventívnym a dispenzárnym prehliadkam, poskytovanie vhodného informačného materiálu (Skála et al., 2005). Sestra sa stáva kľúčovým sprostredkovateľom individualizovanej prevencie a podpory zdravia. Predurčuje ju k tomu odbornosť, poznanie pacienta, jeho rodiny, rodinnej anamnézy a prostredia, v ktorom žije a pracuje. Pre efektívne zvládnutie edukačnej roly v praxi sestry slúžia rôzne metódy hovoreného slova, tlačeného slova alebo metódy priamej skúsenosti, názorných prostriedkov. Pre vedenie neformálnej edukácie môže využívať aj priestorové vybavenie zdravotníckeho zariadenia, ako je prostredie čakárne (informačná tabuľa, edukačné postery, informačné letáky, vlastné edukačné materiály), prípadne odporučiť klientovi iné informačné zdroje na danú problematiku.

Cieľom príspevku bolo poukázať na mieru angažovanosti sestier v preventívnych intervenciách pracujúcich v ambulantných zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti v dvoch sledovaných krajinách Európskej únie (SR, VB), s doplnením zahraničných štúdií skúmajúcich informovanosť verejnej populácie o onkologickej prevencii.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SÚBORU

Výskumná štúdia prezentujúca mieru participácie sestier v onkologickej prevencii bola realizovaná u sestier pracujúcich v ambulanciách praktického lekára v krajinách Slovenskej republiky (Prešovský kraj) a Veľkej Británii (Wales – Cardiff). Výskumnú vzorku tvorilo 165 sestier (z toho 87 slovenských a 78 anglických sestier). K získaniu údajov bol použitý neštandardizovaný dotazník, ktorý sme predložili sestrám v ambulantných zdravotníckych zariadeniach po predchádzajúcom súhlase oslovenej etickej komisie Samosprávneho Prešovského kraja v Prešove a Oddelenia výskumu a vývoja univerzitnej nemocnice v Cardiffe. Dotazník pozostával z 39 výskumných položiek rozdelených do 7 oblastí. Forma otázok bola zatvoreného charakteru. Oblasť skúmania frekvencie výkonu intervencií sestier bola hodnotená v jednotlivých položkách na základe využitia Likertovej škály v signovaní: 1 – vždy, 3 – niekedy, 5 – nikdy, pričom nižšie skóre znamenalo vyššiu mieru realizácie preventívnych intervencií z hľadiska onkologickej prevencie. Vekovú hranicu celej výskumnej vzorky tvorili prevažne sestry do 30–39 rokov (31 %) a sestry vo veku 40–49 rokov (29 %). Z hľadiska dosiahnutého vzdelania u nami oslovených respondentiek bolo v skupine slovenských sestier prevažné percentuálne zastúpenie sestier 55 % s úplným stredoškolským vzdelaním a vyšším odborným štúdiom (diplomovaná) v 24 %, bakalársky stupeň štúdia ošetrovateľstva 21 %. Anglické sestry dosahovali diplomantský stupeň štúdia v 50% zastúpení, 46 % ich získalo vzdelanie prvého stupňa – bakalár a 4 % magisterského stupňa. Špecializačné štúdium dosahovali vo vyššej miere anglické sestry (57 %) oproti skupine slovenských sestier (31 %). Z hľadiska dĺžky odbornej praxe bola v skupine slovenských sestier najviac zastúpená dlhoročná prax nad 20 rokov (52 %), podobne aj v skupine anglických sestier tvorilo najvyššie percentuálne zastúpenie sestier (35 %) s odbornou praxou nad 20 rokov. Pre štatistickú komparáciu sledovaných ukazovateľov v oboch skupinách bola použitá dvojrozmerná indukčná štatistika, dvojvzorkový Studentov t-test. Štúdiu sme doplnili v diskusii o súbor prehľadových zahraničných štúdií, ktoré mapovali zdravotné povedomie populácie o rôznych onkologických ochoreniach.

VÝSLEDKY

Poskytovateľmi v britskej primárnej starostlivosti sú praktický/rodinný lekár, praktické sestry (practice nurse, nurse practitioner), sestry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (health visitor, district nurse) a ďalší zdravotníci pracovníci (health assistant), recepčné. Pre objektívnu komparáciu stanovených premenných sme sa zamerali charakterom pracovnej náplne slovenských sestier na anglické praktické sestry (general practice nurses) vo Veľkej Británii (Wales). Zaužívaný model lekára primárnej starostlivosti vo Veľkej Británii je rodinný lekár. Okrem poskytovania zdravotnej starostlivosti o dospelú populáciu sa v ambulantnom zariadení primárnej starostlivosti poskytuje preventívno-terapeutická a diagnostická starostlivosť detskej populácii, zároveň sa zabezpečuje gynekologická prevencia, antikoncepcia (bežná ambulantná gynekológia), čo vyžaduje vysoko erudovaných nielen lekárov, ale i sestier s prislúchajúcimi profesionálnymi kompetenciami. Odlišnosť koncepcie primárnej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike spočíva v rozdelení starostlivosti medzi všeobecnú ambulantnú starostlivosť o deti a dorast, všeobecnú ambulantnú starostlivosť o dospelých a špecializovanú ambulantnú gynekologickú starostlivosť. Syste-

matická preventívna starostlivosť v ambulancii praktického/rodinného lekára sa realizuje komplexnými preventívnymi prehliadkami (health checks) podľa jasne určených kritérií zohľadňujúce vek, pohlavie, rizikovosť osobnej a rodinnej anamnézy v oboch krajinách Európskej únie.

V kontexte realizácie prevencie onkologických ochorení v ambulantnej praxi je identifikácia rizikových faktorov podmieňujúcich potenciálny vznik nádorového ochorenia u pacienta/klienta prioritnou intervenciou sestry pre zahájenie sesterských postupov v onkologickej prevencii. Preventívne prehliadky a onkoskriningové vyšetrenia sú v oboch krajinách Európskej únie bezplatné. Každá návšteva pacienta v zdravotníckom zariadení sa stáva pre sestru optimálnou príležitosťou v realizovaní preventívnych intervencií (hodnotenie individuálnych onkologických rizík) a sekundárne v poukázaní svojich odborných, komunikačných a technických kvalít pacientom/klientom. Zaujímalo nás, v akej miere sa sestry oboch komparovaných skupín podieľajú na detekcii onkologických rizík u svojej klientely. V tab. 1 uvádzame signifikantné výsledky skúmania rozdielov medzi sledovanými skupinami slovenských sestier (SS) a anglických sestier (AS) v realizovaní anamnestického posudzovania rizikových faktorov.

Tabuľka 1 Štatistické výsledky zisťovania signifikantných rozdielov medzi sledovanými skupinami v posúdení anamnestických údajov z hľadiska onkologického rizika zistené podľa Studentovho t-testu

Posúdenie anamnestických údajov z hľadiska onkologického rizika	SS		AS		P
	M	SD	M	SD	
abúzus cigariet	3,06	1,25	1,34	0,93	0,000***
abúzus alkoholu	3,03	1,24	1,34	0,93	0,000***
nutričný stav	2,82	1,31	1,46	0,70	0,000***
pohybová aktivita	3,10	1,14	1,38	0,75	0,000***
expozícia slnečného žiarenia	3,62	1,12	2,42	1,41	0,057
anamnéza sexuálneho života/aktivity	4,24	1,05	2,38	1,17	0,000***
vakcinácia proti hepatitídám	3,03	1,43	1,84	0,92	0,000***
vakcinácia proti HPV	3,44	1,21	1,92	0,97	0,0013**
pracovná anamnéza	2,72	1,41	1,88	0,95	0,000***
rodinná anamnéza (onkologická záťaž v rodine)	2,17	1,39	1,73	1,11	0,005**

Legenda k významnosti štatistických výsledkov: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Výsledky výskumu poukázali, že slovenské sestry sa podieľajú v anamnestickom posúdení onkologických rizík v nižšej miere oproti anglickým sestram. Likertovou škálou sme získavali údaje o frekvencii a hĺbke posudzovania jednotlivých rizikových faktorov v signovaní „vždy“ – 1, „niekedy“ – 3, „nikdy“ – 5. Nižšia hodnota znamenala častejšie posúdenie dôležitého anamnestického údaju, ktorý dopĺňa sesterskú databázu pre správne stanovenie sesterskej diagnózy.

Výsledky v tabuľke poukazujú, že v oboch skupinách sester sú štatisticky významné rozdiely vo frekvencii posúdenia rizikových faktorov v prospech AS, ako sú: abúzus cigariet ($p = 0,000^{***}$), alkoholu ($p = 0,000^{***}$), nutričný stav ($p = 0,000^{***}$), pohybová aktivita ($p = 0,000^{***}$), posúdenie sexuálnej anamnézy ($p = 0,000^{***}$), vakcinácia proti HPV ($p = 0,0013^{**}$), vakcinácia proti hepatitídám B, C ($p = 0,000^{***}$), rizikovosť

plynúce z rodinnej a pracovnej anamnézy ($p = 0,005^{**}$). Môžeme konštatovať, že lepšie výsledky v skupine anglických sester súvisia s denným počtom realizovaných preventívnych prehliadok, ktoré sú v ich právomoci.

Autorka Rybárová (2008) podporuje názor, že sestry v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti sú jedinečné, samostatné profesionálky, ktorých preventívna a zdravotno-výchovná činnosť je dominantnou oblasťou ich pracovnej náplne. Jej úspešnosť zdravotno-výchovného pôsobenia spočíva z dôvodu dlhodobého poznania pacienta, preto sme sa v našej skúmanej vzorke zamerali na edukačnú angažovanosť sester v ich obsahovom zameraní ako prostriedku zvyšovania zdravotného povedomia o ochrane zdravia pred onkologickými ochoreniami. V tab. 2 uvádzame signifikantné výsledky skúmania rozdielov medzi sledovanými skupinami v obsahovom zameraní edukačnej činnosti sester.

Tabuľka 2 Štatistické výsledky zisťovania signifikantných rozdielov medzi sledovanými skupinami v obsahovom zameraní edukačnej činnosti sester podľa Studentovho t-testu

Obsahové zameranie edukácie	SS		AS		P
	M	SD	M	SD	
o škodlivosti fajčenia	2,03	0,91	1,42	0,76	0,008**
o škodlivosti alkoholu	2,06	0,92	1,38	0,75	0,003**
o rizikách obezity	2,17	0,89	1,38	0,64	0,000***
o rizikách návštev/slnenia v soláriách	2,55	0,99	2,26	1,34	0,383
o pozitívnom účinku pohybovej aktivity	2,37	0,94	1,53	0,71	0,000***
o benefite očkovania proti hepatitíde B, C	2,62	1,05	1,80	1,10	0,007**
o benefite očkovania proti HPV	2,75	1,06	1,84	1,05	0,002**
o zásadách zdravej výživy	2,24	1,06	1,38	0,70	0,000***
o technike samovyšetrovania prsníkov	2,82	1,18	1,46	0,65	0,000***
o technike samovyšetrovania semenníkov	2,82	1,25	1,92	1,16	0,007**
o technike sebazpozorovania kože	2,93	1,19	2,23	1,24	0,038*
o technike sebazpozorovania ústnej dutiny	2,82	1,14	2,50	1,36	0,340
o prvotných príznakoch niektorých onkologických ochorení	2,89	1,11	1,73	1,07	0,000***
o technike vyšetrovania stolice na OK	2,13	0,95	2,11	1,24	0,940
odporúčam pacientovi/klientovi dostupné informačné zdroje	2,34	1,26	1,84	1,22	0,142

Legenda k významnosti štatistických výsledkov: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Z hľadiska priemernej hodnoty (M) možno vyjadriť, že sestry uplatňujú tematicky výchovné poradenstvo u dvoch najrizikovejších komponentov životného štýlu (abúzus cigariet $p = 0,008^{**}$ a alkoholu $p = 0,003^{**}$) aj napriek zistenej štatistickej významnosti pozorovanej na hladine v prospech AS. V skupine AS je pozorovaná frekventovanejšia realizácia poradenstva v oblastiach rizík obezity ($p = 0,000^{***}$), zásad zdravej výživy ($p = 0,000^{***}$) a priaznivom účinku pohybovej aktivity ($p = 0,000^{***}$) oproti skupine SS. Rovnakú skutočnosť môžeme pozorovať v oblastiach self – detekčných aktivít: techniky samovyšetovania prsníkov ($p = 0,000^{***}$), samovyšetovania semenníkov ($p = 0,007^{**}$), sebapozorovania kože ($p = 0,038^{*}$), ktoré svojou podstatou predstavujú prostriedky sekundárnej prevencie onkologických ochorení. Potreba viesť populáciu k zodpovednosti za vlastné zdravie spočíva v jej edukovaní o rozpoznávaní prvotných príznakov nádorových ochorení, ktorú sme zistili v pozitívnom skóre u AS na hladine $p = 0,000^{***}$. Druhom primárneho opatrenia sú preventívne očkovania, kde sme štatisticky zaznamenali rozdiely v edukačnom pôsobení sester v oblastiach benefitov očkovania proti hepatitíde B, C ($p = 0,007^{**}$) a očkovania proti HPV ($p = 0,002^{**}$) v prospech AS.

DISKUSIA

Vo Veľkej Británii po registrácii občana v ordinácii praktického lekára má každý nový pacient nárok na preventívnu prehliadku. O presnom dátume a čase je registrovaný pacient oboznámený listom (pozvánkou), doručeným na adresu jeho trvalého bydliska. Po obdržaní pozvánky je povinný oznámiť a rezervovať si stretnutie s lekárom, zvyčajne so sestrou, ktorá získava všetky potrebné informácie o pacientovi (anamnestické posúdenie zdravotného stavu, vrátane zdravotných rizík). Tieto sestry zastávajú svoje profesionálne role v oblasti preventívnych prehliadok, v oblasti poradenstva v odvykaní od fajčenia, alkoholu, optimalizovania telesnej hmotnosti či potrebe zvýšenia telesnej aktivity a povedomia o samovyšetovaní tela vedeným v edukačných miestnostiach. O všetkých preventívnych intervenciách vedú písomný záznam v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Pracovná náplň praktických sester v Británii zahŕňa v rámci klinickej starostlivosti manaž-

ment rán, skrining (kontroly krvného tlaku, telesnej výšky a hmotnosti, BMI, rozbor moču, sestra vykonáva zdravotnú prehliadku novoregistrovaného pacienta, vykonáva zdravotné prehliadky u ľudí nad 75 rokov podľa národných guidelinov, odoberá biologický materiál – krv podľa ordinácie lekára), podporu zdravia (vykonáva anamnestické posúdenie na základe aktuálnych potrieb pacienta, poskytuje nutričné poradenstvo pri nadváhe u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením, s diabetom, vedie a zaznamenáva BMI, poskytuje poradenstvo v oblasti nezdravého životného štýlu – odvykanie od fajčenia, podporuje pacienta k telesnému cvičeniu, motivuje ich k zmene v prípade potreby), vakcináciu a imunizáciu, plánovanie rodičovstva, krízový manažment (pri akútnych stavoch je kompetentná zahájiť urgentné intervencie pre zvládnutie anafylaxie a resuscitácie) v oblasti duševného zdravia (má vedomosti o známkach násillia v rodine, zneužívaní návykových látok či návykového správania, hlási informácie o pozorovanej skutočnosti), v oblasti ochrany detí (má vedomosti o príznakoch a kategóriách zneužívaných detí, preto sleduje, dokumentuje a hlási informácie o pozorovanej skutočnosti), v oblasti ženského zdravia (informuje ženy o národných skriningových programoch – cervikálnej cytológii, mamografii, vykonáva rutinný cytologický ster z krčka maternice, zvyšuje zdravotné povedomie žien o rakovine prsníka, demonštruje techniku samovyšetovania prsníkov a poskytuje im edukačné materiály, poskytuje informácie o perimenopauzálnych symptómoch, radí im ako redukovať postperimenopauzálne riziká – osteoporóza a ochorenia srdca, radí ženám ako predchádzať inkontinencii moču), v oblasti mužského zdravia (poskytuje rady v oblastiach: rakovina semenníkov, sexuálneho zdravia, plánovaného rodičovstva).

Podľa špecializácie realizujú sestry manažment starostlivosti o pacientov s diabetes mellitus, kardiovaskulárnymi ochoreniami, astmou, chronickou obštrukčnou pulmonálnou chorobou (Core competencies for practice nursing, 2004).

Miera zodpovednosti britských sester je podmienená vyššou odbornou kvalifikáciou, ktorú získavajú vo vzdelávacích inštitúciách, uznávanou NMC (Nursing and Midwifery Council – Rada ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie),

stavovskou organizáciou združujúcou registrované sestry a pôrodné asistentky v celej Veľkej Británii podobne ako organizácia Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek v SR. Pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti v primárnej sfére sa postgraduálne vzdelávajú vo viacerých akreditovaných špecializačných študijných programoch po absolvovaní buď bakalárskeho, alebo magisterského stupňa štúdia ošetrovateľstva. Vzdelávacie inštitúcie ponúkajú širokú škálu špecializácií pre klinickú prax, ktorá obsahom zahŕňa rôzne klinické aplikované ošetrovateľské odbory, škálu špecializácií pre zdravotno-komunitné štúdie a kvalifikáciu sestry špecialistky, škálu špecializácií pre komunitnú prax. Všeobecnou požiadavkou pre uchádzanie sa o postgraduálne vzdelávanie je podmienené registráciou sestry v NMC s minimálne ročnou odbornou praxou. Okrem uvedených ponúkajú certifikované vzdelávacie programy, ktoré sú podmienené požiadavkami predchádzajúceho štúdia a vyše trojročnou požiadavkou odbornej praxe. Sestry si zvyšovaním kvalifikácie rozširujú profesionálne kompetencie, ktoré sú plne akceptované lekármi.

Reeve et al. (2004) realizovali štúdiu, ktorá skúmala podiel sestier na preventívnych aktivitách z hľadiska podpory zdravia populácie. Do štúdie bolo zaradených 442 texaských sestier s pokročilou praxou (nurses practitioners), rôznorodej špecializácie, s vyše 10ročnou dĺžkou odbornej praxe (81 %), s dosiahnutým magisterským vzdelaním (75 %); 99 % opýtaných sestier súhlasilo, že ich dominantnou profesionálnou rolou je vykonávanie prevencie a podpory zdravia populácie. Z hľadiska prevencie chorôb a identifikácie rizikových faktorov 70 % sestier štandardne anamnesticky posudzuje abúzus cigariet, 61 % telesnú hmotnosť (obezita), 58 % pohybovú aktivitu, 56 % abúzus alkoholu, 48 % stav vakcinácie, 37 % posudzuje sexuálnu anamnézu. Limitácia získaných výsledkov v posudzovaní rizík spočívala v rozličnej ich špecializácii.

Mahon (2006) tvrdí, že hodnotenie rizík a poskytovanie informácií o rizikových faktoroch nemajú vplyv na riziko vzniku rakoviny u jedinca. Avšak takéto informácie o rizikách môžu ovplyvniť pacientovo rozhodnutie týkajúce sa absolvovania skríningu a zároveň môžu zmeniť spôsob myslenia mnohých ľudí o svojom živote.

Jednou z funkcií ošetrovateľstva je výchova k zdraviu, ktorá by mala svojou obsahovou náplňou smerovať k zlepšeniu a ochrane zdravia populácie. Implementácia modernej koncepcie ošetrovateľstva do praxe ponúka sestrám možnosť sa zviditeľniť v pozícii pedagóga a zvýšiť tak profesionálny status a image ošetrovateľstva v spoločnosti. Sestra sa stáva dôveryhodným zdrojom relevantných informácií založených na dôkazoch (výsledkoch najnovších výskumov a štúdií) v oblasti zdravia. Je na mieste tvrdiť, že sestry v ambulanciách praktického lekára sú nositeľkami podpory a ochrany zdravia, a to vykonávaním prevencie nádorových a iných civilizačných ochorení. Ich úloha spočíva vo zvyšovaní zdravotného povedomia prostredníctvom využitia adekvátnych výchovno-vzdelávacích metód individualizovaných potrebám pacienta/klienta v deficitných oblastiach zdravého správania.

Výsledky tab. 2 poukázali na lepšie (frekvencijnejšie) vedenie edukačnej činnosti v skupine anglických sestier, čo môže súvisieť i s priestorovým vybavením zdravotníckeho zariadenia. Skriningové testy a iné potrebné pracovné úkony vykonávajú sestry vo svojich ošetrovniach – treatment rooms a zároveň sa v ambulantnom zariadení nachádza pracovná miestnosť (consult room) využívaná pre edukačné a poradenské činnosti. O poskytnutí zdravotných informácií anglické sestry vedú písomný záznam v sesterskej dokumentácii, dokonca edukačnú činnosť vedú na základe vlastných vypracovaných edukačných štandardoch, čo je priaznivým ukazovateľom kvality práce sestry v preventívnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Autorky Magerčiaková a Malíková (2008) uvádzajú niekoľko prekážok vo výkone preventívnych činností (aj edukácie) slovenských sestier v ambulancii praktického lekára, medzi ktoré zaradili: časové obmedzenie s ohľadom na pracovné povinnosti a počet ošetrovaných pacientov, izolácia od ostatných pracovníkov, keďže práca sestry je založená na spolupráci sestraliek, obmedzené ďalšie vzdelávanie (najmä v prevencii), obmedzený priestor na komunikáciu a edukáciu (Magerčiaková, Malíková, 2008, s. 119). Slovenské ordinácie praktických lekárov sú priestorovo vybavené zvyčajne miestnosťou (vyšetrovňou), v ktorej lekár poskytuje všetky zložky zdravotnej starostlivosti, a sesterskou

miestnosťou, v ktorej sa priestorovo nachádza administratívna kartotecná skriňa so zdravotnými kartami registrovaných pacientov a ošetrovacia časť pre výkon sesterských pracovných úkonov s príslušnou liekovou skrinkou a pracovným stolom podľa predpísaného legislatívneho dokumentu (vyhláška č. 428/2006 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie zdravotníckych zariadení).

Mnohí autori štúdií vyzývajú, aby sestry poskytovali nielen ošetrovateľskú starostlivosť, ale venovali sa a viedli edukáciu založenú na dôkazoch (edukačných prostriedkoch), ktorá bude zahŕňať aspekty podpory zdravia všeobecne a aspekty špecificky onkologickej prevencie. Prevencia je výzvou pre všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, a preto sa stotožňujeme s Cutlerovou a Nortonovou, že sestry sú dôležitými profesionálmi v realizovaní onkologickej prevencie, ale musia sa neustále vzdelávať v tomto zodpovednom poslaní (Norton, 1998; Cutler, 1999).

Diskusia prezentuje i prehľad zahraničných štúdií, ktorých ústredným cieľom bolo zmonitorovať dispozíciu informácií verejnej populácie o onkologickej problematike a s tým súvisiacou klinickou prevenciou.

Brlicová (2010) vo svojej štúdii skúmala informovanosť verejnosti o preventívnych prehliadkach, na ktoré majú jedinci bezplatný nárok podľa príslušného zákona, definujúci rozsah preventívnych prehliadok na základe verejného zdravotného poistenia. Skúmaný súbor mal heterogénny charakter, s počtom 110 respondentov (55 % žien, 45 % mužov), rozdelený z hľadiska veku na podskupinu do 40 rokov života a podskupinu nad 40 rokov života opýtaných probantov, s 54% zastúpením respondentov dosahujúcich stredoškolské vzdelanie s maturitou. Z hľadiska pohlavia na základe deskriptívnej štatistiky bol pozorovaný vyšší záujem o prevenciu chorôb a informovanosť o nároku zákonných preventívnych prehliadok v rámci primárnej zdravotnej starostlivosti v skupine ženského pohlavia. Postoj autorky k zistenej diferenciácii je hodnotený prirodzenou zodpovednosťou ženy, často súvisiacou so starostlivosťou o dieťa a členov jej rodiny. Pre dosiahnutie ochrany svojich blízkych často diskutujú o problémoch a prijímajú rady v otázkach zdravia v akejkoľvek

podobe ich prenosu (do konca i neodborná tlač sa venuje vo svojich rubrikách zdraviu, informovaniu o civilizačných chorobách, spôsoboch dodržiavania zdravej životosprávy). V oblasti poznania nároku na vyšetrenie okultného krvácania v stolici, používaného v detekcii skorých štádií kolorektálneho karcinómu, bolo pozorované len 34 % všetkých opýtaných. Z hľadiska vekovej kategórie bola v oblasti poznania nároku na gynekologickú preventívnu prehliadku a jej obsahovej náplne pozorovaná diferenciácia, zaznamenaná na štatistickej významnosti $\chi^2 = 0,05$ v prospech žien vo vekovej skupine nad 40 rokov, čo môže súvisieť s uvedomovaním si možných zdravotných rizík spojených so zvyšujúcim sa vekom a jej pravidelnosťou absolvovania.

Iný pohľad o informovanosti verejnej populácie o preventívnych zdravotných prehliadkach ponúka autorka českej štúdie Reindlová (2011), ktorej jedným z cieľov bolo zistiť, do akej miery sa ľudia nad 60 rokov aktívne zúčastňujú preventívnych prehliadok. Výskumnú vzorku tvorilo 182 seniorov (z toho 47 % mužov, 53 % žien) s priemerným vekom 69 rokov. Približne rovnaké zastúpenie seniorov žije v meste a na dedine. Absentujúce informácie seniorskej populácie o nároku preventívnej zdravotnej prehliadky u praktických lekárov pre dospelých boli zistené u 31 (17,04 %) respondentov. V sledovanej vzorke poznalo 75 (41,21 %) respondentov správne časové rozmedzie prehliadok, no naopak viac ako polovica oslovených seniorov 107 (58,79 %) vykazovala deficit v sledovanom údaji. Podobne i v Českej republike podľa zákona č. 48/1997 Sb., § 29, o verejnom zdravotnom pojištění a o zmene a doplnení některých souvisejících zákonů; platné vyhlášky č. 3/2010, vymezující obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, je preventívna zdravotná prehliadka u praktického lekára realizovaná jedenkrát za dva roky.

Výskum preukázal štatisticky významnú závislosť medzi bydliskom respondentov a informovanosťou seniorov v oblasti preventívnych zdravotných prehliadok (nárok na preventívne zdravotné prehliadky $p = 0,000$, ich časové rozmedzie $p = 0,000$, obsahové zameranie $p = 0,001$ a spôsob úhrady $p = 0,000$). Autorka predpokladá, že nižšia informovanosť seniorov pochádzajúcich z dediny môže súvisieť z nižšou dostupnosťou (hustotou) zdravotnej starostlivosti poskytujúcej praktickým lekárom a tým

obmedzením početnosti informačných zdrojov. Zvyčajne tento pozorovaný fakt vedie staršiu populáciu k uprednostňovaniu laickej neodbornej prevencie či liečeniu chorôb pred návštevou lekára často i zo socioekonomického dôvodu. Zároveň sledovaný ukazovateľ je možné potvrdiť častejšou návštevou lekára zo strany seniorov žijúcich v meste oproti seniorom žijúcim na dedine s obmedzenou dostupnosťou starostlivosti a zdravotnými informáciami.

Chi-kvadrát testom bola potvrdená i štatisticky významná korelácia medzi pravidelným absolvovaním preventívnych zdravotných prehliadok seniorov a ich informovanosťou v oblasti preventívnych zdravotných prehliadok (o nároku na preventívne zdravotné prehliadky $p = 0,000$, o ich časovom rozmedzí $p = 0,000$, o obsahu zameraní $p = 0,026$ a o spôsobe úhrady $p = 0,000$). Účasť na preventívnych prehliadkach prináša seniorom benefit vo všetkých oblastiach udržania dobrého zdravia a kvality života. Poskytovatelia tak môžu účinne realizovať podporno-edukačné aktivity, zohľadňujúc špecifickú vývinového obdobia (primeranosť kultúrnej a inteligenčnej úrovne seniora).

Zaujímavosťou tejto štúdie bolo zistenie štatisticky významnej diferenciácie na hladine 5 % medzi pohlavím a absolvovaním preventívnych zdravotných prehliadok seniorskej populácie, ktorá poukázala na frekvenciu účasti preventívnych prehliadok mužskou populáciou než žien.

Štúdia poukázala na pozitívny prínos absolvovania preventívnych prehliadok a realizovaných zmienami v životnom štýle seniorov. Z celkového počtu 105 seniorov, ktorí zmenili doposiaľ zaužívaný spôsob života v prospech zlepšenia a udržania zdravia, bolo toto podmienené práve aktívnou účasťou na preventívnej prehliadke a prijatím odporúčaných rád v ambulancii praktického lekára, vyjadrilo sa 78 respondentov.

Forbes et al. (2011) svojou štúdiou poukázali na diferenciáciu v zdravotnom povedomí o rakovine prsníka z hľadiska veku a etnickej skupiny. Pre zber údajov bol použitý štandardizovaný dotazník Breast Cancer Awareness Measure. Validný nástroj monitoroval úroveň vedomostí o symptómoch, rizikových faktoroch rakoviny prsníka, vykonávanie samovyšetrovania prsníkov a identifikoval príčiny neskorého vyhľadania odbornej pomoci pri pozorovaní vážnych

zmien. Skúmanú vzorku tvorilo 1 515 žien vo veku nad 30 rokov, s najpočetnejšou skupinou vo veku 45–64 rokov. Viac ako polovica respondentov bola bieleho etnického pôvodu, 22 % juhoázijského, 17 % černoškého pôvodu a 7 % patrilo k iným etnickým skupinám. Z celej vzorky 18 % respondentov poznalo viac ako 5 príznakov rakoviny prsníka. Medzi sledovanými etnickými skupinami bola pozorovaná štatistická diferenciácia na hladine $\alpha = 95\%$ v prospech bielych žien (22 %) oproti juhoázijským, ktorých vedomosť bola 9,6 % a čiernych žien 15,9 %. V určení vekovej rizikovej hranice na 70 rokov pre získanie mamárneho karcinómu bola zistená štatistická diferenciácia medzi etnickými skupinami. Najlepšie vedomosti o rizikovom veku vykazovali juhoázijské respondentky (22,4 %) oproti černoškým (13,4 %) a beloškým (11,5 %) respondentkám. Štatistická významnosť sa potvrdila i v poznaní skríningového programu pre rakovinu prsníka, kde naopak juhoázijské respondentky (41,6 %) dosahovali najnižšie percentuálne zastúpenie oproti komparovanej beloške skupine (58,5 %). Samovyšetrovanie prsníkov vykonávalo len 23 % v celej skúmanej vzorke. V prípade zaznamenania zmien na prsníku by vyhľadalo 73 % respondentov odbornú pomoc do prvého týždňa, inak nebola z pohľadu etnickým skupín v tejto oblasti zaznamenaná štatistická diferenciácia. Ďalšou zaujímavou oblasťou štúdie bolo monitorovanie prekážok vo vyhľadaní lekárskej pomoci v prípade objavenia abnormálnych zmien na prsníkoch. V celej vzorke boli najčastejšie uvádzané nasledujúce bariéry: obava z toho, čo lekár objaví (47 %), stud z rozprávania o probléme s lekárom (38 %), zbytočné plytvanie lekárovým časom (37 %), problematické objednanie sa k lekárovi (35 %). Z hľadiska etnických diferenciácií boli uvádzané juhoázijskými ženami nasledovné emocionálne bariéry: strach, že mi lekár niečo objaví (61 %), stud a nedostatočná dôvera rozprávať o symptómoch (55 %) oproti bielym ženám (31 % verzus 19 %). Nemenej závažnou príčinou neskorého vyhľadania lekára je v skupine ázijských žien i časová zaneprázdnenosť. Naopak najčastejšou uvádzanou príčinou bielych žien bolo zbytočné plytvanie lekárovým časom oproti dvom etnikám. Záverom štúdie je naďalej realizovať intervencie zamerané na zvýšenie vedomostnej úrovne o skorom rozpoznávaní symptómov a na

získanie zručností v detekcii suspektných zmien na prsníku, ktoré musia byť špecificky prispôbené pre rôzne minoritné etnické skupiny, čím by sa odbúrali emocionálne prekážky pre skorú návštevu lekára.

Pechová et al. (2009) realizovali štúdiu, ktorá hodnotila informovanosť a účasť cieľovej populácie v preventívnych programoch kolorektálneho karcinómu a karcinómu prsníka. Uvedené nádory predstavujú najpočetnejšiu skupinu v Čechách a z dôvodu diagnostiky pokročilých štádií boli ako v ČR zavedené národné preventívne programy (mamografia, vyšetrenie stolice na okultné krvácanie a kolonoskopia). Štúdie sa zúčastnilo 249 respondentov (116 mužov, 133 žien) vo veku nad 50 rokov, s priemerným vekom 58,3 rokov. O preventívnom programe kolorektálneho karcinómu malo informácie 79,5 % všetkých respondentov (z toho 81 % žien a 77,6 % mužov). Najvýznamnejším informačným zdrojom boli hromadné oznamovacie prostriedky – médiá a reklama (62 %), druhým početne udávaným zdrojom informácií boli praktickí lekári (26 %). Preventívneho vyšetrenia kolorektálneho karcinómu sa však zúčastnilo len 30,5 % osôb, bez rozdielu pohlavia. Hlavným dôvodom neúčasti bola skutočnosť, že respondenti nepovažujú za dôležité absolvovať preventívne vyšetrenie (39,2 %), ďalšou uvádzanou príčinou bol strach (21 %) a stud (16 %). Holandská štúdia pátrala po príčinách neúčasti populácie na preventívnych programoch. Do skupiny príčin patrili: malá zdravotná priorita pre časovú zaneprázdnenosť, strach z vyšetrenia či výsledkov a bližšie nešpecifikované zdravotné dôvody (van Rijn et al., 2008). Naopak informovanosť žien o karcinóme prsníka bola 99,2% a do konca skriningovej mamografie sa zúčastnilo 90,2 % žien. Z hľadiska identifikácie informačného zdroja bol najpočetnejšie uvádzaný lekár gynekológ (74 %) a informačnej roly sa ujali masmédiá v 17,6 % žien. Zo štúdie vyplynulo, že hoci informovanosť populácie o programe prevencie kolorektálneho karcinómu je na dobrej úrovni, jej účasť je veľmi nízka. Informovanosť a účasť v programe prevencie karcinómu prsníka je signifikantne vysoká oproti programu kolorektálneho karcinómu. Verejná populácia získava informácie o programe kolorektálneho karcinómu predovšetkým z médií a reklamy, čo poukazuje na potrebu vyššej edukačnej anga-

žovanosti poskytovateľov primárnej starostlivosti ako prostriedku intervenčnej prevencie, zatiaľ čo informácie o programe KP ženy získajú prevažne od svojho gynekológa prvého kontaktu.

Ďalšia štúdia autorky Šplíchalovej (2006), ktorej sa zúčastnilo 248 respondentov (143 žien, 105 mužov) poukázala, že povedomie neodbornej verejnosti o kolorektálnom karcinóme (jeho príčinách a prejavoch) je nízke. Alarmujúce bolo zistenie, že aj napriek multifaktoriálnej etiológii ochorenia až 47 % opýtaných nepozná ani jeden z faktorov, ktorý prispieva k vzniku kolorektálneho karcinómu. Viac ako 52 % nepozná ani jeden potenciálny symptóm tohto ochorenia. Neznalosť diagnostického vyšetrenia slúžiaceho k detekcii kolorektálneho karcinómu bola potvrdená v 75 % respondentov a dokonca 50 % respondentov vôbec nemá vedomosti o vyšetrení stolice na okultné krvácanie. Z hľadiska aktívnej ochrany zdravia a prevencie civilizačných navštevuje praktického lekára v prípade výskytu zdravotných problémov 43 % a 21 % sa vôbec nezúčastňuje bezplatných preventívnych prehliadok. Sledovaná populácia nemá záujem aktívne získavať informácie o prevencii kolorektálneho karcinómu, čo potvrdilo 45 % respondentov. Kolorektálna incidencia má rastúcu tendenciu z dôvodu diagnostiky pokročilých štádií ochorenia, preto informovanosť verejnosti je žiaduca vo všetkých komunitách a vekových skupinách za využitia multirezortnej spolupráce spoločnosti

Uříčářová et al. (2011) podobne skúmali informovanosť laickej verejnosti o nádorovom ochorení hrubého čreva a konečníka a jeho prevencii, pričom sa v štúdiu zamerali na oblasti poznania rizikových faktorov pre vznik kolorektálneho karcinómu, poznania vyšetrovacích metód a poznania procesu testovania stolice na prítomnosť okultného krvácania. Dotazníkovej štúdie sa zúčastnilo 140 osôb (52 mužov a 88 žien). Výsledky výskumu u skúmanej vzorky poukázali na nízku informovanosť v oblasti poznania rizikových faktorov, kde až 58 % respondentov nepozná rizikové faktory pre dané ochorenie. V oblasti poznania vyšetrenia na okultné krvácanie bol pozorovaný deficit v podobe 68 %, o ktorom probanti ani nepočuli a 76 % ich nevedelo uviesť, aký biologický materiál sa odoberá a vyšetruje. Preventívnu prehliadku absolvuje každé 2 roky

len 48 % opýtaných, avšak respondentom vo veku nad 50 rokov, ktorí pravidelne absolvujú preventívne prehliadky, nebol test na okultné krvácanie ponúknutý v 65 % prípadoch. Aj táto uvedená štúdia interpretuje informačný deficit verejnosti o problematike kolorektálneho karcinómu a zároveň vyzýva zdravotníkov k posilneniu primárnej onkoprevencie za účelom zvýšenia informovanosti verejnosti v komunitách za patričného rozširovania odbornej kvalifikácie o problematike.

Zaujímavý empirický prieskum realizovali autorky Jakubeková a Ilievová (2011), ktorého cieľom bolo monitorovať, analyzovať a vyhodnotiť vedomosti študentiek ošetrovateľstva o rizikových faktoroch, zásadách prevencie vzniku rakoviny krčka maternice a ich dodržiavania v živote ženy. Skúmaný súbor tvorilo 59 študentiek 1., 2. a 3. ročníka dennej formy štúdia odboru ošetrovateľstva. V oblasti skúmania vedomostí študentiek o rizikových faktoroch a epidemiológii cervikálneho karcinómu boli pozorované výborné výsledky. Podľa uvedenia požadovaného počtu s limitom piatich preventívnych opatrení rakoviny krčka maternice bola zaznamenaná len 53% úspešnosť. Zistený fakt je stimulom pre pedagógov z dôvodu minimalizácie vedomostného deficitu poslucháčov v rámci vyučovacieho procesu. V oblasti dodržiavania preventívnych zásad sa objavili nepriaznivé výsledky, v zmysle fajčenia (20 %) ako jedného z rizikových faktorov rakoviny. Dokonca štúdia potvrdila štatistickú koreláciu ($-0,422$) medzi fajčením a počtom sexuálnych partnerov. Študentky, ktoré fajčili, mali viac sexuálnych partnerov oproti tým, ktoré nefajčili. Všeobecne sa predpokladá, že ženy užívajúce hormonálnu antikoncepciu nemajú chránený pohlavný styk, čím sú viac exponované možnosti nákazy HPV vírusmi a inými pohlavnými ochoreniami. V súbore potvrdilo 41 % (24) študentiek užívanie antikoncepcie pre zabránenie počatiu. I v tejto oblasti sa zistila korelácia ($-0,457$) medzi užívaním antikoncepcie a počtom sexuálnych partnerov. Študentky, ktoré užívali antikoncepciu, mali viac sexuálnych partnerov. Z hľadiska druhu užívania antikoncepcie bola v skupine respondentiek preferovaná 71 % (17) hormonálna antikoncepcia. Na základe vyššie uvedenej korelácie sa skupina respondentiek užívajúcich antikoncepciu stáva rizikovou pre nákazu HPV infek-

ciou z dôvodu udávaného nechráneného pohlavného styku a častého striedania sexuálnych partnerov. Aj napriek slušným vedomostiam o ochorení, životný štýl študentiek nie je priaznivý pre zachovanie reprodukčného zdravia. Budúce sestry, nositeľky podpory zdravia musia byť sprostredkovateľom zdravotných informácií a zároveň vzorom pre zdravé i choré ženy práve svojím správaním, postojom k zdravému spôsobu života.

Naproti tomu Low et al. (2005) realizovali populačný prieskum u laickej verejnosti. Reprezentatívnu vzorku tvorilo 1 392 žien vo veku nad 16 rokov. Relevantné údaje boli získané štandardizovaným dotazníkom Cervical Cancer Awareness Measure s cieľom zistiť úroveň zdravotného povedomia ženskej populácie o rizikových faktoroch a príznakoch rakoviny krčka maternice a rovnako zistiť prediktory vyššej informovanosti. Výsledky prieskumu prezentujú percentuálne analýzy sledovaných oblastí. V oblasti poznania rizikových faktorov cervikálneho karcinómu bolo zaznamenaný deficit pri položení otvorenej otázky. Až $\frac{2}{3}$ opýtaných (65 %) si nevedelo spomenúť na žiadny rizikový faktor podmieňujúci vznik rakoviny krčka maternice. Naopak 35 % uviedlo aspoň jeden, no najčastejšie bol označený „mnoho sexuálnych partnerov“ (20 %). Iné uvádzané faktory boli: fajčenie 9 %, skorý začiatok sexuálneho života (8 %), nechránený pohlavný styk (7 %), neúčast' na pravidelnom skríningu (Pap test) (6 %), infekcia HPV (1 %). Uzavretou položkou s ponúkanými možnosťami rizikových faktorov rakoviny sa zaznamenala percentuálne vyššia informovanosť. Najčastejšie označeným faktorom boli: neúčast' na skríningu rakoviny krčka maternice (75 %), mnoho sexuálnych partnerov (64 %). Najmenej označeným bol faktor početné pôrody (12 %). Zároveň štúdia poukázala na štatistickú koreláciu medzi vekom, dosiahnutým vzdelaním a mierou vzdelania. Staršie a vyššie vzdelané ženy disponovali lepšími informáciami o rizikových faktoroch oproti vekovo mladším a nižšie vzdelaným respondentkám.

V oblasti poznania príznakov rakoviny opäť otvorenou otázkou nebolo 75 % žien schopných uviesť aspoň jeden varovný príznak cervikálneho karcinómu. Najčastejšie uvádzali: nezvyčajné vaginálne krvácanie (29 %), abnormálny/pretrvávajúci vaginálny výtok (15 %). Uzavre-

tou položkou s ponúkanými možnosťami príznakov bolo zaznamenané percentuálne lepšie symptomatologické poznanie. Frekventovane označili tieto príznaky: mimocyklické krvácanie (73 %), perzistentná bolesť v panve (70 %), vaginálne krvácanie v postmenopauzálnom období (66 %), kontaktné krvácanie počas a po pohlavnom styku (64 %). Nezávislé prediktory pre poznanie nádorovej symptomatológie boli vyšší vek, vysokoškolské vzdelanie, biela rasa, osobné poznanie osoby postihnutej cervikálnym nádorovým ochorením. Autori štúdie odporúčajú motivovať zdravotníkov primárnej starostlivosti k aktívnemu zdravotno-výchovnému pôsobeniu o faktoroch a príznakoch cervikálneho karcinómu, s upriamením sa na mladšiu klientelu, etnické minority a ženy s nižším vzdelaním.

Ďalšia prierezová dotazníková štúdia prezentuje zaujímavé výsledky o percentuálnej miere zdravotného povedomia mužov k rakovine semenníkov. Khadra a Oakeshott (2002) vykonali dotazníkové šetrenie u 250 mužov vo veku 18–50 rokov. Po získaní informovaného súhlasu, boli mužskí pacienti v čakárni praktického lekára požiadaní o vyplnenie krátkého dotazníka. Priemerný vek skúmanej vzorky bol 32 rokov (rozmedzie 18–50), 75 % respondentov bolo bielej rasy, 12 % ázijskej, 6 % černošskej rasy a 7 % iných etnických skupín. Z výsledkov štúdie vyplynulo, že z celkového počtu oslovených respondentov 91 % poznalo nádorové ochorenie semenníkov, ale len 26 % vedelo, akú vekovú skupinu najviac postihuje (25–34 rokov). Podobne 26 % respondentov malo vedomosť, že uvedená choroba môže byť liečiteľná, ak je detekovaná včas. Hoci 49 % respondentov vykonávalo samovyšetrenie semenníkov, iba 22 % ho realizovalo podľa odporúčanej frekvencie raz mesačne. Praktizovanie selfdetekčnej techniky bolo asociované s vekom nad 35 rokov, s bielou etnicitou a poznaním niekoho s rakovinou semenníkov v blízkom sociálnom kruhu. Korelácia výkonu samovyšetrenia semenníkov bola pozorovaná u respondentov zúčastnených sa vzdelávacieho programu „Everyman“ kampaň, ktorý prebiehal na istej klinike Men's Health Clinic. Hoci povedomie oslovenej mužskej populácie o rakovine semenníkov bol primeraný, no menej než polovica praktizovala selfdetekčnú techniku, preto autori štúdie apelujú organizo-

vať a rozvíjať ďalšie vzdelávacie kampane verejného zdravia.

Incidencia nemelánomových nádorov celosvetovo má za posledných dvadsať rokov stúpajúcu tendenciu. Bednářová (2012) sa zaoberala vo svojej práci problematikou informovanosti verejnosti o prevencii malígneho melanómu. Štúdie sa zúčastnilo 96 respondentov (55 % žien a 45 % mužov), s najviac zastúpenou vekovou kategóriou nad 40 rokov a prevažne so stredoškolským vzdelaním s maturitou. U respondentov boli zistené priaznivé výsledky v oblasti poznania melanómu (95 %) a príznakov ochorenia (75 %). Z rizikových faktorov melanómu boli poznané UV žiarenie v 38 % a soláriá v 33 %, genetika v 22 %. Hoci 89 % opýtaných pozná preventívne opatrenia rakoviny kože, v živote ich však uplatňuje len 59 % (45 % užíva opaľovacie krémy a 32 % oslovených ich použije len 1krát počas pobytu na slnku).

Aktívny prístup k ochrane zdravia pokožky bol nízky, pretože až 53 % opýtaných neabsolvuje vyšetrenie znamienok lekárom a 95 % respondentov ani nevykonáva samovyšetrenie kože a znamienok. Tento alarmujúci výsledok bol pozorovaný v práci Hofmanovej (2008), kde 36 % vôbec nevyšetruje kožu a 51 % vykonáva v občasných intervaloch. Neznalosť svojho fototypu potvrdilo 76 % a 10 % vyjadrilo neznalosť tohto pojmu, čo súvisí i nezaujmom súboru (84 %) aktívne vyhľadávať informácie o danej problematike.

Štúdia Kargerovej (2011) mapovala kvalitu a kvantitu informovanosti študentiek (n = 118) pedagogickej fakulty vo veku 18–50 rokov o problematike karcinómu prsníka a jeho prevencii. 96 % respondentov uviedlo, že nádor prsníka patrí medzi najpočetnejšie nádorové ochorenie ženskej populácie. V oblasti symptomatológie nádoru boli pozorované priemerné vedomosti (zdurenie, hrčka v 45 %, zmena veľkosti a tvaru prsníka, bolesť alebo výtok z bradavky v 53 %). V oblasti rizikových faktorov boli uvádzané najznámejšie: genetická záťaž n = 115, radiačné žiarenie n = 72, fajčenie n = 70 a 51 respondentov označilo neskorý vek prvého tehotenstva. Samotnú vedomostnú dispozíciu o problematike hodnotilo 47 % probantov ako dostačujúcu, kde primárnym informačným zdrojom bol uvedený internet (32 %) a masmédiá (30 %). Ženská populácia v rámci primárnej prevencie

rakoviny prsníka považuje za najvýznamnejší etiologický faktor životný štýl, ktorého zásady zdravého štýlu v kontexte prevencie uvádzali ako: dodržiavanie zdravej stravy $n = 89$, pohybová aktivita $n = 42$, fajčiarska abstinencia $n = 42$, abstinencia alkoholu $n = 27$, eliminácia stresu $n = 26$. Oblasť vedomostí o sekundárnej prevencii bola uspokojivá. Znalosť o selfdetekčnej technike potvrdilo 75 % žien, 73 % pozná frekvenciu jej realizácie a 74 % opýtaných pozná postupnosť jednotlivých krokov pri vyšetrení prsníkov. Časové obdobie vykonávania samovyšetrenia v závislosti od menštruačného cyklu bolo správne vyjadrené v 64 %. Z hľadiska aktívnej starostlivosti o prsníky vykonávalo samovyšetrenie len 24 % opýtaných žien. Zároveň z výsledkov vyplynulo, že vek ovplyvňuje mieru informovanosti. Lepšie výsledky dosahovali študentky vekovej kategórie 41–50 rokov oproti skupine od 18–30 rokov, ktorých správnosť odpovedí bola v 75 % prípadoch. Informovanosť respondentiek ovplyvňuje i dosiahnuté vzdelanie, kde opäť v skupine vysokoškolsky vzdelaných respondentiek boli zaznamenané lepšie výsledky v 84 % ako u stredoškolsky vzdelaných (66,5 %).

Uvedené štúdie prezentujú rôznu mieru informovanosti laickej verejnosti o nádorových ochoreniach a ich prevencii, ktorú determinujú viaceré kritériá: vek, vzdelanie a záujem získať informácie o onkologickej problematike, prípadne etnikum. Vo všetkých štúdiách k získaniu údajov o informovanosti verejnosti bol použitý anonymný neštandardizovaný dotazník. Limitáciou štúdií bolo absentujúce skúmanie premennej veličiny (angažovanosť sester v onkoprevencii), do akej miery sa podieľajú sestry vo zvyšovaní zdravotného uvedomenia populácie v kontexte onkologickej prevencie.

ZÁVER

Informovanosť je jedným zo základných práv pacienta/klienta (Palková, Berč, 2010). Jedinec, ktorý je dostatočne a zrozumiteľným spôsobom informovaný, je oprávnený robiť informované rozhodnutia vo vzťahu k svojmu zdraviu, čo je konečným zámerom adekvátneho realizovania poradenstva o onkologických rizikách sestrou v ordinácii praktického lekára (Mahon, 2006). Predpokladom pre dosiahnutie pozitívnych zmien v onkologickej incidencii a zvyšovaní povedomia verejnosti o onkologickej problematike je vzťah založený na využití kompetencií vysokoerudovanej sestry a uvedomelého pacienta/klienta ochotného zmeniť doteraz zaužívané spôsoby správania (Magurová, Majerníková, 2009). Ayersová (2009) podporuje názor, že sestry ako najpočetnejšiu skupinu zdravotníckych pracovníkov s dosiahnutým vzdelávaním orientovaným na zdravie, nie iba na chorobu (ako tomu bolo v minulosti), ich stavia do jedinečnej pozície. Všeobecne všetky sestry zastávajú významnú rolu v onkologickej prevencii a detekcii, bez rozdielu na špecializáciu a lokalitu výkonu ošetrovateľskej praxe. V neposlednom rade zdôrazňujeme aktívny prístup pacienta k zdraviu, využívaniu zdravotnej starostlivosti, pretože každý jedinec je zodpovedný za vlastné zdravie. Pre dosiahnutie globálneho úspechu v onkologickej problematike bude iniciatívny prístup v primárnej onkologickej prevencii nielen zdravotníctva, ale i ostatných rezortov vlády, štátnej politiky zdravia, médií, školských inštitúcií, neziskových organizácií a pod.

Príspevok vznikol v rámci riešenia grantového projektu č. GaPU 8/1/2012 s názvom Význam prevencie onkologických ochorení ako jedna z prioritných úloh ošetrovateľstva.

LITERATÚRA

1. Ayers CG (2009). Said another way. Nurse's role in cancer control. *Nursing forum*. 44/1: 64-67. ISSN 0029-6473.
2. Bednářová Š (2012). Informovanost veřejnosti o prevenci maligního melanomu. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, katedra ošetrovatelství, s. 86.
3. Brlicová L (2010). Informovanost veřejnosti o preventivních prohlídkách v primární péči. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství, s. 99.
4. Core competencies for practice nursing (2004). [online] Primary Care Trust: Brighton and Hove City NHS. [cit. 2012-07-01], s. 21. Dostupné z <<http://www.brightonandhovepct.nhs.uk/healthprofessionals/generalpractice/practicenursing/proissues/documents/CORECOMPETENCIES2004.doc>>
5. Cutler LR (1999). The contribution of nursing to cancer prevention. *Journal of Advanced Nursing*. 29/1: 169-177. ISSN 1365-2648.
6. Fait T et al. (2008). Preventivní medicína. Praha: Maxdorf. 551 s. ISBN 978-80-7345-160-8.
7. Forbes LJ (2011). Breast cancer awareness and barriers to symptomatic presentation among women from different ethnic groups in East London. *British Journal of Cancer*. 105/10: 1474-1479. ISSN 0007-0920.
8. Gulášová I a kol. (2010). Manažment ošetrovateľskej starostlivosti v primárnej ošetrovateľskej starostlivosti. In: Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť – základný predpoklad kvality života pacientov. [online]. Prešovská univerzita v Prešove. [cit. 2012-06-30]. s. 86-92. Dostupné z: <www.pulib.sk/epub2/FZ/Mizenkova1/pdf_doc/14.pdf>. ISBN 978-80-555-0261-8.
9. Hofmanová Ž (2008). Úroveň znalostí o prevenci melanomu. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, katedra ošetrovatelství, s. 99.
10. Jakubeková J, Ilievová L (2011). Vědomosti studentek ošetrovatelství o prevenci rakoviny děložního čípku. In: Sestra [online] 5: 44-45. [cit. 2012-09-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vedomosti-studentek-osetrovatelstvi-o-prevenci-rakoviny-delozniho-cipku-459796>
11. Kargerová K (2011). Míra informovanosti studentek pedagogické fakulty o primární a sekundární prevenci karcinomu prsu. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, katedra antropologie a zdravotvědy, s. 93.
12. Khadra A, Oakeshott, P (2002). Testicular cancer awareness. *Family Practice*. 19/6: 707. ISSN 0263-2136.
13. Low EL et al. (2012). What do British women know about cervical cancer symptoms and risk factors? *Eur J Cancer*. 48/16: 3001-3008. ISSN 0959-8049.
14. Magerčiaková M, Malíková K (2008). Prevencia z pohľadu sestry vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti. *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metodík*. XIV/3: 118-120. ISSN 1335-5090.
15. Magurová D, Majerníková L (2009). Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve. Martin: Osveta. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
16. Mahon SM (2006). What are the chances? Risk in the Real World. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 10/1: 99-107. ISSN 1092-1095.
17. Ministerstvo vnitra České republiky. Vyhláška č. 3/2010 Sb., o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek (2010). [online] [cit. 2012-09-15]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 1, s. 6-10. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/clanek/sbirka-zakonu.aspx>>
18. Norton L (1998). Health promotion and health education: What role should the nurse adopt in practice? *Journal of Advanced Nursing*. 28/6: 1269-1275. ISSN 1365-2648.
19. Palková L, Berč A (2010). Onkologické ošetrovateľstvo II. Košice: ZZ design studio, 164 s. ISBN 978-80-969605-5-2.
20. Pechová P et al. (2009). Informovanost a účast v preventivních programech karcinomu střev a prsu – studie ze severních Čech. *Čes a Slov Gastroent a Hepatol*. 63/2: 52-57. ISSN 1804-7874.
21. Reeve K, Byrd T, Quill BE (2004). Health promotion attitudes and practices of Texas nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 16/3: 125-133. ISSN 1041-2972.
22. Reindlová V (2011). Senioři a preventivní zdravotní péče u praktických lékařů. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, katedra ošetrovatelství, s. 124.
23. Rybárová L et al. (2008). Hodnotenie účasti sestier a pôrodných asistentiek na preventívnych programoch. *Prešovská univerzita v Prešove. Molisa*. 5/5: 163-167. ISBN 978-80-555-0731-6.
24. Safaei Diba Ch, Pleško I, Hlava P (2012). Incidencia zhubných nádorov v Slovenskej republike 2007. Bratislava: NCZI. 135 s. ISBN 978-80-89292-27-1.

25. Skála B et al. (2005). Obecné preventivní a vyhledávací postupy u nádorové onemocnění v primární péči. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro praktické lékaře. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 18 s. ISBN 80-86998-02-9.
26. Šplíchalová M (2006). Informovanost veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, katedra ošetřovatelství, s.78.
27. Uříčářová Z, Cichá M, Chrástina J (2011). Problematika kolorektálního karcinomu a jeho prevence. Profese on-line. IV/2: 33–38. ISSN 1803-4330.
28. van Rijn AF, van Rossum LGM, Deutekom M, Laheij RJF, Fockens P, Bossuyt PMM, Dekker E, Jansen JBMJ (2008). Low priority main reason not to participate in a colorectal cancer screening program with a faecal occult blood test. J Public Health (Oxf.). 30/4: 461–465. ISSN 1741-3842.

✉ **Kontakt:**

PhDr. Andrea Obročníková, Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, katedra ošetrovateľstva, Prešov, Slovenská republika
E-mail: andrea.obrocnikova@unipo.sk