Rodina - zdravie - choroba

Publikácia vyšla s podporou Katolíckej univerzity v Ružomberku,Fakulty zdravotníctva
Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií, Ústav zdravotnických věd
Krakowskej Akademie Andrzeja Frycza Modrzewskiego
AKH – Medizinischer Universitätscampus Wien, Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek,

Vedeckí garanti medzinárodnej vedeckej konferencie

prof. dr hab.med. Jerzy Jaśkiewicz (Poľsko)

doc. PhDr. Mgr. Helena Kadučáková, PhD. (Slovensko)

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D. (Česká republika)

prof. PhDr. Vlastimil Kozoň, PhD. (Rakúsko)

doc. MUDr. Anna Lesňáková, PhD. (Slovensko)

doc. PhDr. PaedDr. Viera Simočková, PhD. (Slovensko)

doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD. (Slovensko)

PhDr. Marcela Ižová, PhD. (Slovensko)

PhDr. Mária Lehotská, PhD. (Slovensko)

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD. (Slovensko)

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD. (Slovensko)

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD. (Slovensko)

PhDr. Michaela Vicáňová, PhD. (Slovensko)

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc. (Česká republika)

Mgr. Anna Krátká, Ph.D. (Česká republika)

dr Anna Goździalska PhD. (Poľsko)

dr n.med. Grażyna Dębska RN, PhD. (Poľsko)

Rodina – zdravie - choroba

Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie

Katarína Zrubáková, Mária Novysedláková

VERBUM

Ružomberok 2014

© VERBUM – vydavateľstvo KU

Zostavovateľ
Katarína Zrubáková, Mária Novysedláková

Redakčná rada

prof. MUDr. Anton Lacko, CSc. - predseda:
prof. zw. Dr. hab. n. med. Stanislaw Gluszek
prof. MUDr. Vasil Hricák, CSc.
prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc.
prof. UJK Dr. hab. Grażyna Nowak-Starz
doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.
doc. MUDr. Anna Lesňáková, PhD.
doc. PhDr. Mgr. Vladimír Littva, PhD., MPH
doc. MUDr. Milan Minárik, PhD.
doc. PhDr. Eva Morovicsová, PhD.
doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.
RNDr. Soňa Hlinková, PhD.
PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.

Recenzenti

dr. Halina Król, PhD. (Poľsko)
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D. (Česká republika)
Mgr. Anna Krátka, Ph.D. (Česká republika)
doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD. (Slovensko)
PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD. (Slovensko)
PhDr. Michaela Vicáňová, PhD. (Slovensko)
PhDr. Marcela Ižová, PhD. (Slovensko)

Sadzba
Ing. Ján Svorad

Uverejnené články neprešli jazykovou korektúrou. Za jazykovú stránku zodpovedajú v plnom rozsahu autori článkov

VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku
Hrabovská cesta 1A, 034 01 Ružomberok
http://ku.sk, verbum@ku.sk, tel. +42144 430 46 93 kl. 308

ISBN 978-80-561-0117-9

OBSAH

Choroba rodiny z pohľadu sociálnej práce 7
Profil domu pomocy społecznej a obciążenie psychospołeczne w pracy pielęgniarki 15
Možnosti uplatnenia e-learningu v neurologickom ošetrovateľstve 29
Spoluúčasť sestry pri redukcii kardiovaskulárnych komplikácií u pacientov s diabetes mellitus 34
Psychologiczne aspekty bólu porodowego 43
Validácia seniora, účinná liečebnopedagogická terapia 53
Społeczne funkcjonowanie chorych psychicznie 64
Faktory ovplyvňujúce výskyt infekčných ochorení v marginálnych komunitách 76
Kvalita života pacienta po tep bedrového kĺbu 84
Význam pohřebních rituálů a poradenství pro pozůstalé 93
Rodina a pacient s alzheimerovou chorobou 101
Hiperkinetyczna reakcja układu krążenia i jej związek z wartościami ciśnienia tętniczego wśród młodzieży 107
Jakość samokontroli chorych z cukrzycą typu 2 122
Panowie nie bójcie się, czyli jak się bada męską płodność 136
Dieťa s vrodenou chybou srdca verzus život rodiny 144
Ekspresja mRNA dla mmp-9 w raku podstawnokomórkowym skóry w zależności od wieku pacjenta, fototypu skóry i miejsca lokalizacji guza 149
Najobávanejší nežiadúci účinok podávania liečiv v domácej starostlivosti a možnosti jeho zvládnutia sestrou 160
Samobadanie piersi w profilaktyce raka piersi w polsce 167
Liečba diabetes mellitus pomocou peronálnych antidiabetík 176
Životný štýl a výchova k zdraviu ako celoživotný proces 182
Zaniedbania wobec dzieci dramatem rodziny 192
Žít svůj vlastní život 201
Komunikowanie jako element wsparcia psychicznego w praktyce pielęgniarskiej 207
Význam pohybovej aktivity seniorov 217
Zapotrzebowanie na opiekę wśród chorych na udar mózgu 222
Fakty a mýty o výžive okologického pacienta 233
Včasné schopnosti novorodenca 242
Profil domu pomocy społecznej a obciążenie psychospołeczne w pracy pielęgniarki 247

Možnosti využitia validizačných prvkov transformačnej systemickej terapie podľa virginie satirovej v komunikácií s pacientmi so psychiatrickým ochorením a ich rodinami 262
Deficyt samoopieki z oceną zapotrzebowania na wsparcie w chorobie zwyrodnieniowej stawów kolanowych.....269
Porovnanie zdravotného stavu u seniorov žijúcich v domácom prostredí a v inštitúciách ...279
Zapotrzebowanie na edukację wśród pacjentów z migotaniem przedsionków hospitalizowanych w rzeszowskich szpitalach 286
Význam životosprávy pacienta s alkoholovou chorobou pečene 298
Jakość życia pacjentów w przewlekłej niewydolności serca 307
Starý človek ako súčasť citovo zdravej rodiny 319
Infarkt myokardu v kontextu „zlaté hodiny“ 326
Wiedza kobiet na temat czynników ryzyka i zagrożeń zdrowotnych wynikających z okresu menopauzy.....331
Komunitná starostlivosť o seniora a jej problémy v klinickej ošetrovateľskej praxi 344
Efekty kształcenia na kierunku pielęgniarstwo w kontekście dyrektywy 2013/55/ue a 20.11.2013 r. Zmieniającej dyrektywę 2005/36/we 356
Reflexia o žene 367
Špecifiká edukácie pacientov liečených warfarínom 370
Nawyki żywieniowe młodzieży w wieku 16-19 lat w polsce.....377
Modely ošetrovateľskej starostlivosti o rodinu.....388
Rodina ako účastník edukácie pacienta 397
Rodinní príslušníci pacienta s despresiou ako edukanti.....409
Register autorov.....415

CHOROBA RODINY Z POHĽADU SOCIÁLNEJ PRÁCE

Michaela Fedorová, Mária Hardy

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sociálnej práce Božieho Milosrdenstva, Žilina

Abstrakt

V príspevku sa zaoberáme poruchami v rodinnom systéme, ktorých pôvod vidíme v procese socializácie. Popisujeme dôsledky narušenej rodinnej dynamiky ako dôsledok patogénneho rodičovského pôsobenia na štruktúru rodiny. Teoretické súvislosti porúch rodiny analyzujeme z pohľadu sociálnej práce. V ďalšej časti príspevku uvádzame prístupy a metódy intervenčného procesu pri práci s rodinou.

Kľúčové slová: Narušený rodinný systém. Patogénna vzťahová väzba. Traumatogénna rodinná dynamika. Sociálna terapia. Intervenčný proces.

Abstract

In this article we deal with disorders of family system as the cause of disturbances see in the socialization process. We describe the consequences of disturbed family dynamics as a result of exposure to pathogenic behaviour of parent in family structure. We analyzed theoretical connection of family failures from the perspective of social work. In the next part of the article we present the approaches and methods of intervention process of working with the family.

Kľúčové slová: Disturbed family system. Pathogenic attachment. Traumatized family dynamic. Social therapy. Intervention Process.

Úvod

Rodina ako primárny sociálny systém je hlavnou zložkou socializácie jej členov. V procese narušenia rodinného systému dochádza k rôznym poruchám. Dlhodobé pôsobenie rizikových faktorov v rodinnom systéme (dlhodobé rozvrátené vzťahy), majú priamy vplyv na psychosociálny vývin členov tohto systému.

Vágnerová (2008) rozdeľuje rodinu na orientačnú (pôvodnú) a prokreačnú (tá, ktorú vytvoríme). Orientačná rodina poskytuje jedincovi základné sociálne skúsenosti. Interpretuje dieťaťu svet ako celok. Rodičia v rodine fungujú ako modely, ktoré je možné napodobňovať

respektíve sa s nimi identifikovať. Skúsenosti z orientačnej rodiny sa prenášajú aj do rodiny prokreačnej.

V prípade nedostatočného rodinného zázemia a zlyhávania rodinných funkcií dochádza k narušeniu prostredia, v ktorom sa človek socializuje. Socializácia je spájaná s adjustáciou (sociálne prispôsobovanie sa) a sociálnou interakciou. Ide o celoživotný proces. Primárna socializácia je uskutočňovaná prostredníctvom rodinnej výchovy. Jedným z najdôležitejších činiteľov rodinnej výchovy je „miera citovej saturácie“ poskytovaná matkou dieťaťu. Proces primárnej socializácie prebieha ako „proces sociálneho učenia“. Druhy sociálneho učenia sú: identifikácia, internalizácia, imitácia. Sekundárna socializácia je spájaná s dospelosťou. (Nákonečný, 2011).

Symptomatológia narušeného rodinného systému

Narušený rodinný systém je typickým znakom rizikových poruchových rodín, ktoré si neplnia z časti alebo úplne základné rodinné funkcie. Ide o ekonomickú funkciu (porucha ekonomicko-zabezpečovacej funkcie rodiny), poruchu emocionálnej funkcie rodiny, ako aj poruchu socializačno-výchovnej funkcie rodiny (patogénna vzťahová väzba, narušená socializácia, neprimeraný rodičovský výchovný štýl). Tieto poruchy bližšie popísal Dunovský (1986) a Gabura (2012).

V ohrozených rodinách nie sú dostatočne vyvažované rizikové faktory tými protektívnymi. Neprítomné sú aj ďalšie žiaduce vplyvy, čo spôsobuje narušenie vzťahov v rodine až jej rozpad. (Matoušek et al., 2013).

Narušená rodinná dynamika sa vyznačuje: nenávistným správaním, posilňovaním nevhodných foriem správania, používaním neúčinných trestov, prevládajúcimi negatívnymi citovými reakciami, ako aj podráždenosťou rodičov voči deťom. (Ondrejkovič et al., 2009).

Z pohľadu odchýlky od normy v plnení funkcií rodiny rozlišujeme funkčné, problémové (mierne odchýlky), dysfunkčné (vážnejšie poruchy) a afunkčné rodiny (vážne poruchy). V dysfunkčnom rodinnom systéme sú prítomné znaky sociálno-patologických javov, a preto je potrebné intervenovať rodinné prostredie (sociálnoprávna ochrana detí a sociálna kuratela; výkon ústavnej starostlivosti – detský domov, profesionálna rodina; špecializované výchovné zariadenia – diagnostické centrum, reedukačné centrum, liečebno-výchovné sanatórium; ochranná výchova; resocializácia – terapeutické komunity pre drogovo závislých). (Lozsi et al., 2013).

Dysfunkčnú rodinu tvoria rodičia, ktorí nemajú predpoklady k plneniu rodičovských rolí. Títo rodičia majú predispozíciu k zlému zaobchádzaniu s dieťaťom v dôsledku: nedostatkov v sociálnej orientácii (znížená empatia, neschopnosť porozumieť potrebám iného človeka, rigidita, osamelosť, problémové medziľudské vzťahy); problematického

sebahodnotenia (nízka sebaúcta, nespokojnosť s rodičovskou rolou); rizikového správania (nedostatočná sebakontrola, nízke sebaovládanie, impulzivita, potreba prejavovať negatívne emócie); negatívnej skúsenosti z vlastného detstva. (Vágnerová, 2008).

Bowlby popísal patogénne rodičovské správanie nasledovnými charakteristikami: nereagovanie na pokusy dieťaťa privolať opatrovateľské správanie; podceňujúci až odmietavý prístup rodiča k dieťaťu; časté prerušenia vzťahu rodiča a dieťaťa (odlúčenie, hospitalizmus); hrozby zo strany rodičov, že dieťa nebudú mať radi ak nesplní ich očakávania; vyhrážky rodiča, že rodinu opustí; vyvolávanie pocitov viny u dieťaťa tvrdením, že správanie dieťaťa je alebo bude príčinou ochorenia alebo smrti rodiča. (In Hašto, 2005).

V rodinách, ktoré majú narušenú rodinnú dynamiku je prítomný „syndróm deprimovaného dieťaťa“. Pri tomto syndróme ide o „psychickú depriváciu“ (nedostatočné uspokojovanie emocionálnych potrieb dieťaťa), ale aj o „sociokultúrnu depriváciu“ (nedostatok podnetov, výchovné zanedbávanie). V prípade, že je deprivácia ťažko identifikovateľná hovoríme o „psychickej subdeprivácii“, ktorá je miernejšou variantou deprivačnej skúsenosti. (Vágnerová, 2008).

Psychickú depriváciu („Emotional Deprivation“) zahŕňajú viaceré pojmy ako sú: psychické hladovanie („Psychological Starvation“), psychická karencia („Carence Mentale“), duševná podvýživa („Inanitas Mentis“) a psychická kachexia („Inanitio Mentis“). Depriváciu je možné rozdeliť nasledovne: emočná, afektívna deprivácia („Emotional Deprivation“, Affective Deprivation“); zmyslová deprivácia („Sensory Deprivation“); deprivácia materskej starostlivosti („Maternal Deprivation“). V súvislosti s nedostatočným výchovným pôsobením rodiny hovoríme o „pedagogickom deficite“. (Langmeier, Matějček, 2011).

VIACÚROVŇOVÉ POŇATIE PSYCHICKEJ DEPRIVÁCIE

Úroveň deprivácie		**Nedostatok vonkajšieho životného prostredia**	**Experimentálny model**
I.	Deprivácia podnetová	Nedostatok vonkajšej stimulácie	Deprivácia senzorická
II.	Deprivácia významová	Nedostatok vonkajšej štruktúry	Deprivácia kognitívna
III.	Deprivácia citového vzťahu	Nedostatok vonkajšieho objektu	Deprivácia emočná
IV.	Deprivácia identity	Nedostatok osobného sociálneho významu	Deprivácia sociálna

Zdroj: Langmeier, Matějček, 2011, s. 297

Etiopatogenézu porúch rodinnej dynamiky vidíme v „ranných maladaptívnych schémach“, ktoré nadväzujú na „teóriu objektových vzťahov“ („Object Relations“) a psychické zranenia v detstve. Tieto schémy odzrkadľujú emočnú klímu v detstve prostredníctvom ktorej je zadefinovateľné budúce správanie, myslenie, prežívanie a vzťahy s ostatnými ľuďmi. Klasifikáciu týchto schém poskytol Jeffrey Young. Tieto schémy bližšie popisuje Kordačová (2013) vo svojom príspevku.

Traumatogénna rodinná dynamika je spájaná s traumatizáciou dieťaťa pri výskyte fyzického násilia zo strany vzťahovej osoby dieťaťa. Dieťa si následne rozvinie zvláštnu stratégiu správania nazývanú „projektívna parentifikácia“. Ide o obrátenie rolí v rodine, kedy sa dieťa stará o napĺňanie potrieb rodičov. Dieťa pristupuje k vzťahovej osobe starostlivo, jemnocitne a opatrovateľsky. V dospelosti je taktiež prítomná internalizácia týchto narušených rodinných vzorcov správania. Jedinec sa cíti bezpečne vo vzťahu len vtedy, ak sa stará o druhého. Prenos z minulých vzťahov do budúcich spočíva v tom, že je pre neho nemožné nechať sa opatrovať a ošetrovať, pretože sa bojí, že by ten druhý mohol na neho nevypočítateľné zaútočiť, alebo ho nejako zraniť (domáce násilie v rodine; syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa). (Hašto, 2005).

Rupert (2008) rozlišuje štyri základné typy tráum (existenciálna trauma, trauma zo straty, trauma za narušenej vzťahovej väzby, trauma z narušeného systému rodinných väzieb). Trauma z narušeného systému rodinných väzieb je vo väčšine prípadov dôsledkom traumatickej väzby.

„Traumatogénny dynamický model“ („Traumagenic Dynamics Model“), ktorého autormi sú Finkelhor a Browneom (1985, 1987) popisuje narušenú rodinnú dynamiku v dôsledku zneužívania dieťaťa. Model popisuje narušené rodinné vzťahy a nežiaduce rodinné rolové vzorce, ktoré proces traumatizácie rozvíjajú.

Symptómy narušeného rodinného systému sa prejavujú na interpersonálnej aj intrapersonálnej úrovni. Traumatizácia je sprevádzaná spektrom rôznych nepríjemných psychických pocitov (úzkosť, nespavosť, neschopnosť zvládať záťaž), ale aj fyzických problémov (somatické problémy). Zjavné sú i nežiaduce formy správania v podobe rôznych závislostí.

Predispozícia k vytvoreniu porúch v rodinnom systéme je „transgeneračný prenos maladaptívnych, patologických rodinných vzorcov z generácie na generáciu v procese socializácie“ (sociálneho učenia). Transgeneračne je prenášaná aj intrarodinná trauma v podobe domáceho násilia, závislostí, delikvencie a iných patologických javov v rodine. Transgeneračný prenos násilia a jeho vplyv na rodinnú dynamiku bližšie skúmala Tóthová (2008).

Prístupy a metódy využívané pri poruchách rodinného systému

Pri narušení rodinného systému je v sociálnej oblasti využívaná „sociálna terapia“ (socioterapeutická intervencia), ktorej cieľom je zabrániť prehlbovaniu porúch, prípadne i ozdravenie celého systému (obnova jeho funkčnosti). Intervenčné postupy napomáhajú zabrániť „retraumatizácii rodinného systému“ a jeho členov.

Krakešová poníma „sociálnu terapiu“ ako výchovné pôsobenie sociálneho pracovníka, ktorý sa na základe „sociálnej diagnózy“ usiluje o nahradenie negatívnych skúseností z detstva klienta novými skúsenosťami. Cieľom intervencie je spoznanie príčin deformovaného sociálneho vývinu. K tomuto tvrdeniu Zakouřilová dodáva integratívne poňatie sociálnej terapie, podľa ktorého zahŕňa postupy, opatrenia a stratégie, ktoré napomáhajú žiaducim zmenám v jednaní a správaní klienta, v jeho rodine a širšom okolí. (In Matoušek et al., 2013).

Narušenia v rodinnom systéme označujú Lozsi et al. (2013) ako „sociálnu retardáciu“. Sociálnu retardáciu charakterizujú ako spomalenie respektíve oneskorenie sociálneho zrenia a rastu, nadobúdania sociálnych zručností človeka v dôsledku absencie sociálnych podnetov („málo podnetné prostredie“) a v dôsledku zanedbávania výchovy alebo vplyvom sociálno-patologických javov v rodinnom prostredí človeka.

V prípade ohrozených a mnohoproblémových rodín, sociálny pracovník vypracuje „plán práce s rodinou“, ktorý môže byť dôsledkom „prípadovej konferencie“ (stretnutie členov rodiny, prípadne iných zainteresovaných osôb, ktoré môžu prispieť k riešeniu problému). Pomoc rodiny môžu nájsť v rodinných centrách. Ide o zariadenia, ktoré ponúkajú škálu služieb a aktivít rodinám. Výrazným rysom týchto centier je komunitný charakter. (Matoušek et al., 2013).

Sebapoňatie (Self-koncept) každého člena rodiny je v prípade dysfunkčnosti rodiny narušené tiež. Ide o narušenie psychosociálnych vlastností („sociálna dimenzia zdravia“). Človek (člen rodiny) sa nedokáže prispôsobovať okoliu (rodine) v dôsledku nenaplnenia základných potrieb. Jeho sociabilita a adaptabilita sa znižuje. Tieto faktory predikujú trangenerečný proces prenosu tejto traumatogénnej rodinnej dynamiky aj do prokreačnej rodiny.

Pri viacerých rizikových faktoroch, ktoré ohrozujú rodinu a jej fungovanie je využiteľná „multisystemická terapia“ („Multisystemic Therapy“). Ide o intenzívnu metódu práce s dieťaťom alebo dospievajúcim a jeho rodinou v ich prirodzenou prostredí. Zameriava sa na deti (dospievajúcich), ktorí majú vážne výchovné problémy (pre-delikventné správanie). Táto metóda vychádza z predpokladu, že poruchy správania je nutné riešiť priamo v rodinnom prostredí a v sociálnych väzbách, v ktorých sa dieťa pohybuje. Poruchy správania sú dôsledkom porúch rodiny. (Matoušek et al., 2013).

Človek je bio-psycho-sociálna bytosť (holistická) čo znamená, že akékoľvek narušenie v jednej z jeho častí je poruchou celého systému. Narušená sociálna dimenzia zdravia je chápaná ako neschopnosť vytvárať vzťahy s ostatnými a prevziať osobnú zodpovednosť v spoločnosti. Narušený rodinný systém blokuje aj sociálne kompetencie (schopnosť uplatniť svoje vlohy, zručnosti a skúsenosti v sociálnych interakciách) a v rozvoji sociálnej (emocionálnej, citovej) inteligencie. (Lozsi et al., 2013).

Pri poruchách rodinného systému je využívaná popri „socioterapii“ (mobilizácia vnútorných kapacít existujúcich vzťahov) aj „sociatria“. Ide o metódu, ktorá napomáha liečiť sociálne prostredie prostredníctvom terapeutickej intervencie. (Moreno in Lozsi et al., 2013).

V prípade dysfunkčných schém a rodinných vzorcov je využiteľná „terapia zameraná na schémy“ („Schema Therapy“), ktorá je zameraná na jedincov, ktorí boli v detstve vystavení extrémnej frustrácii z neuspokojenia základných citových potrieb. (Kordáčová, 2013).

Korigujúce prežívanie („Corrective Emotional Experience“) v transakčnej analýze je využívané v terapeutickom intervenčnom procese (odkrývajúca terapia). Jeho autorom je Franz Alexander. Táto technika sa využíva vtedy, ak je známe, že klientovi rodičia (predovšetkým otec) sa k nemu správali necitlivo a prísne v procese socializácie. Traumatizujúce správanie rodičov spôsobuje emočné preťaženie. Na základe tohto faktu je zdôrazňovaný terapeutov dobrosrdečný postoj ku klientovi. V intervenčnom procese je klientovi sprostredkovaná nová skúsenosť prostredníctvom „povolenia ako rozhodujúcej intervencie“ a „rolovej hry rodičovstva“. Terapia novým rozhodnutím v rámci transakčnej analýzy predstavuje zvláštny prípad korigujúceho zážitku, pri ktorom klient sám seba „korigujúco prežíva“ cez sebavedomé vystupovanie voči svojim „vychovávateľom“. (Schlegel, 2007).

Sanácia porúch interpersonálnych vzťahových väzieb („Disturbances of Interpersonal Attachment“) medzi partnermi je intervenovaná prostredníctvom matrimoniologického poradenstva (manželské poradenstvo). Využiteľné je aj rodinné poradenstvo a terapia.

Vzťahovými väzbami v rodine a komunikáciou v rámci rodinného systému sa zaoberajú systémové a systemické terapeutické prístupy. Hellinger et al. tvrdia, že v medziľudských vzťahoch na seba pôsobia základné potreby: potreba spolupatričnosti, potreba udržiavať rovnováhu medzi dávaním a prijímaním, potreba bezpečia a poriadku. K tejto téme dodáva Vybíral charakteristiky zdravej komunikácie, ku ktorým priraďuje: bezprostrednosť (kontingencia) reakcií, kognitívne prispôsobenie, záujem o druhého, reciprocita, podpora vývoja a flexibility, ako aj pozitívnosť komunikácie. (In Heretik et al., 2007).

Pri poruchách komunikácie v rodinnom systéme, ako aj pri vzťahových problémoch medzi členmi rodiny je využívaná preventívna metóda „videotréning interakcií“ („Video Home Training“) v podobe krátkodobej intervencie, či terapie. Cieľom pôsobenia sociálneho pracovníka v rodinnom systéme je identifikácia, aktivácia a následné rozvíjanie konštruktívnych interakcií, ako aj podpora zachovaných zdrojov v podobe využitia kapacity a potenciálu rodiny. (Matoušek et al., 2013).

Záver

V príspevku sme zosumarizovali faktory vplývajúce na rodinný systém a jeho dynamiku. Prostredníctvom teoretických súvislostí sme overili tvrdenie, že rodina sa môže stať zdrojom záťaže a príčinou vzniku psychických, fyzických aj sociálnych problémov. Choroba rodiny je tak ústrednou témou novodobej spoločnosti vzhľadom na zvýšený počet rizikových faktorov.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. DUNOVSKÝ, J. 1986. *Dítě a poruchy rodiny*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1986. 140 s. ISBN 08-040-86.
2. FINKELHOR, D. 1987. The trauma of child sexual abuse : two models. In *Journal of Interpersonal Violence*, 1987, roč. 2, č. 2, s. 348 – 366.
3. FINKELHOR, D. – BROWNE, A. 1985. The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A
4. Conceptualization. In *American Journal of Orthopsychiatry*, 1985, roč. 55, č. 4, s. 530 – 541.
5. GABURA, J. 2012. Teória rodiny a proces práce s rodinou. Bratislava : Iris, 2012. 318 s. ISBN: 978-80-89256-95-2
6. HAŠTO, J. 2005. Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. 1. Vyd. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2005. 300 s. ISBN 80-88952-28-X.
7. HERETÍK, A. – HERETÍK, A. JR. et al. 2007. Klinická psychológia. 1. Vyd. Nové Zámky : Psychoprof, 2007. 815 s. ISBN 978-80-89322-00-8.
8. KORDÁČOVÁ, J. 2013. Schémy na rozhraní kognitívnej, klinickej a pozitívnej psychológie. In *Československá psychologie,* 2013, roč. 57, č. 6, s. 554 – 568.
9. LANGMEIER, J. – MATĚJČEK, Z. 2011. *Psychická deprivace v dětství*. 4. Vyd. Praha : Karolinum, 2011. 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
10. LOZSI, L. et al. 2013. *Socioterapia*. 1. Vyd. Bratislava : Asociácia socioterapie a psychoterapie, 2013. 192 s. ISBN 978-80-971386-0-8.
11. MATOUŠEK, O. et al. 2013. *Encyklopedie sociální práce.* Vyd. 1. Praha : Portál, 2013. 576 s. ISBN 978-80262-0366-7.

12. NÁKONEČNÝ, M. 2011. *Psychologie.* 1. Vyd. Praha : Triton, 2011. 863 s. ISBN 978-80-7387-443-8.
13. ONDREJKOVIČ, J. et al. 2009. *Sociálna patológia.* 3. Vyd. Bratislava : Vydavateľstvo SAV – veda, 2009. 577 s. ISBN 978-80-224-1074-8.
14. RUPERT, F. 2008. *Trauma a rodinné konstelace : psychické disociace a jejich léčba.* 1. Vyd., Praha : Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-367-3.
15. SCHLEGEL, L. 2007. *Transakčná analýza ako kreatívne spojenie hlbinnej a kognitívnej psychoterapie. Psychoterapia presahujúca hranice smerov*. 1. Vyd. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2007. 573 s. ISBN 80-88952-36-0.
16. TÓTHOVÁ, J. 2008. Transgeneračný prenos vzorcov intrarodinnej traumy a jej uzdravenia: stratová a rastová špirála zdrojov. In *Psychologické dny 2008 : Já & my a oni.* Ed. D. Heller et al. Brno : PSPS MU a ČMPS, 2009, s. 1 – 12. (http://cmps.ecn.cz/pd/2008/pdf/tothova.pdf).
17. VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhajíci profese*. 4. Vyd. Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Kontaktná adresa:
Mgr. Michaela Fedorová
Thurzova 12/21, 036 01 Martin.
E-mail: fedorova.michaela@gmail.com

PROFIL DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ A OBCIĄŻENIE PSYCHOSPOŁECZNE W PRACY PIELĘGNIARKI[1]

Grażyna Dębska[1], Klaudia Chorągwicka[1], Zofia Foryś[1]

[1]Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego-Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

[2] Dom Pomocy Społecznej Raba Wyżna

Streszczenie

Wstęp

Obciążenie w pracy pielęgniarki wymaga szczególnej troski i uwagi, ponieważ jest zjawiskiem na dużą skalę. Obciążenie niesie ze sobą poważne konsekwencje zarówno indywidualne jak i społeczne. Ocena obciążenia psychospołecznego wymaga użycia wiarygodnych standaryzowanych narzędzi.

Celem podjętych badań była analiza obciążeń psychospołecznych u pielęgniarek pracujących w Domach Pomocy Społecznej o różnym profilu.

Materiały i metody

Badaniem objęto 88 pielęgniarek pracujących w Domach Pomocy Społecznej o trzech profilach: przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych dla osób w podeszłym wieku Do badań użyto standaryzowany arkusz oceny jakości warunków pracy pod względem obciążenia psychospołecznego oraz do oceny obciążenia psychicznego wersję polską kwestionariusza Meistera.

Wyniki:

Poziom obciążenia psychicznego i psychospołecznego w badanej grupie pielęgniarek pracujących w Domach Pomocy Społecznej utrzymuje się na wysokim poziomie, odpowiednio 3 i 4. Otrzymane wyniki wskazują na istotną różnicę statystycznie w obciążeniu psychicznym, jakim jest przeciążenie pomiędzy pielęgniarkami z Domów Pomocy Społecznej o profilu dla przewlekle somatycznie chorych a przewlekle psychicznie chorych.

Wnioski:

W celu poprawienia jakości opieki nad chorymi w Domach Pomocy Społecznej, ważne jest uwzględnienie występujących obciążeń dla pielęgniarek. Ważnym elementem jest podjęcie odpowiednich działań na rzecz zminimalizowania skutków psychospołecznych

[1] Praca przygotowana ze środków MNiSW na badania naukowe i prace rozwojowe w ramach działalności statutowej (nr zadania badawczego WZiNM/DS/1/2013-KON). Kierownik zadania: dr n. med Grażyna Dębska

i indywidualnych dla pracowników. Pracodawca powinien podjąć odpowiednie działania na rzecz poprawy jakości pracy i jej środowiska.

Słowa kluczowe: Obciążenie psychospołeczne pracą. Opieka pielęgniarska. Dom Pomocy Społecznej.

Summary

Introduction:

Nurses work load requires special care and attention because it is a phenomenon on a large scale. The load has serious consequences for both individual and social. Load Rating psychosocial needs reliable standardized tools. The aim of this study was to analyze the psychosocial burden of nurses working in nursing homes and to investigate the occurrence of burnout in this group.

Materials and methods:

The study included 88 nurses working in nursing homes of three profiles:chronic somatic diseases, chronically mentally ill, for the elderly

The study was an evaluation sheet quality working conditions in terms of load psychosocial questionnaire by Meister.

Results:

The level of mental and psychosocial in the group of nurses working in nursing homes remains at a high level, 3 and 4 The results indicate a statistically significant difference in mental load, which is the overload between nurses in nursing homes Profile for chronically physically ill and chronically mentally ill. There was no clear level of burnout in nurses in nursing homes with different profiles.

Conclusions:

In order to improve the quality of care in nursing homes, it is important to take into account the traffic loads for nurses. An important element is to take appropriate action to minimize the effects of psychosocial and individual employees. The employer shall take appropriate measures to improve the quality of the work and its environment.

Key word: Psychosocial work overload. Nurses. Social Welfare Home.

Wstęp

Obciążenie psychospołeczne jest ważnym problemem występującym w pracy pielęgniarek będący przyczyną wypalenie zawodowego. Autorzy badań nad wypaleniem zawodowym u pielęgniarek jednoznacznie stwierdzają, że właśnie w tym zawodzie występuje wiele elementów obciążenia psychospołecznego. Są nimi nie tylko cechy osobowości, uznawane wartości i postawy, ale przede wszystkim struktura, środowisko i organizacja pracy. Specyficznym środowiskiem pracy jest Dom Pomocy Społecznej (DPS), który zapewnia usługi całodobowe osobom wymagającym opieki z powodu swojej niepełnosprawności, choroby, wieku podeszłego, które nie są w stanie same egzystować lub dla których opieka doraźna jest niewystarczająca" [1,2]. Profil Domu Pomocy Społecznej z jednej strony pozwala określić Indywidualny Plan Wsparcia, zależny od problemów społecznych i zdrowotnych mieszkańców. Z drugiej strony profil decyduje o specyfice obciążeń psychospołecznych, będących źródłem stresu dla pracujących pielęgniarek. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „…Obciążenia psychospołeczne odnoszą się do interakcji pomiędzy treścią pracy, organizacją pracy, systemami zarządzania, warunkami środowiska pracy a kompetencjami, potrzebami i indywidualnymi właściwościami pracownika…."[3]. Czynnikiem determinującym satysfakcję z pracy zawodowej pielęgniarki pracującej w Domu Pomocy Społecznej może okazać się nie tylko klimat organizacyjny środowiska pracy, ale i również kategorie pacjentów, które zależą od profilu [4,5].

Cel pracy-analiza obciążeń psychospołecznych u pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej o różnych profilach.

Do osiągnięcia celu badań sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jaki jest poziom obciążenia psychospołecznego u pielęgniarek pracujących w Domu Pomocy Społecznej?
2. Czy profil Domu Pomocy Społecznej ma wpływ na poziom obciążenia psychospołecznego w pracy pielęgniarek?

Materiał, Metoda

Przy zbieraniu materiału empirycznego zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem dwóch narzędzi badawczych:

1.Kwestionariusz Oceny Jakości Warunków Pracy[2] pod względem obciążenia psychospołecznego. Jest to standardowa metoda oceny jakości warunków pracy pod

[2] Zastosowana polska wersja Kwestionariusz Oceny Jakości Warunków Pracy nie była walidowana w badaniach polskich. Autorzy wykorzystali wierne tłumaczenie wersji słowackiej umieszczone w Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia Republiki Słowackiej z dnia 16 sierpnia 2007 r [8]

względem obciążenia związanego z wykonywaną pracą stosowana powszechnie na Słowacji [6, 7,8]. Są w nim ocenione warunki pracy w czterostopniowej skali (1 minimalna ocena, 4 maxymalna ocena), na podstawie jedenastu cech samej pracy i środowiska w którym jest wykonywana. Do kryteriów nadmiernego obciążenia psychicznego związanego z wykonywaną pracą, zalicza się trzeci albo czwarty poziom jakości warunków pracy, określony zgodnie z tą metodą. Wyniki uzyskane z badania obciążenia psychospołecznego analizowano zgodnie z kluczem.

2.Kwestionariusz Meistera, który służy do subiektywnej oceny wpływu aktywności zawodowej na psychikę pracownika. Składa się z 10 pytań, podzielonych na trzy skale cząstkowe: przeciążenie, monotonia i czynnik niespecyficzny (reakcja na stres). W pierwszej skali cząstkowej (przeciążenie) wyróżnia się pośpiech, dużą odpowiedzialność, problemy i konflikty. W drugiej skali monotonia wyróżnia się: niski poziom satysfakcji, nużącą pracę i monotonię. W trzeciej skali (czynnik niespecyficzny) wyróżnia się: nerwowość, przesycenie pracą, zmęczenie i zmniejszenie wydajności w pracy z upływem lat. Odpowiedzi na poszczególne pytania ocenianie były w 5 stopniowej skali, w której to uzyskane wartości mediany porównywane były z wartościami krytycznymi ustalonymi w badaniach Z. Zidkova [9]. Do kryteriów nadmiernego obciążenia psychicznego związanego z wykonywaną pracą zalicza się trzeci stopień przeciążenia, monotonii i obciążenia niespecyficznego, określonego zgodnie z kluczem [7]. W badaniach własnych wykorzystano wersję polską kwestionariusza [10].

Grupę badaną stanowiło 88 pielęgniarek czynnych zawodowo pracujących w Domach Pomocy Społecznej (DPS) o trzech profilach:

- osób przewlekle somatycznie chorych - 20 pielęgniarek,
- osób przewlekle psychicznie chorych - 49 pielęgniarek,
- osób w wieku podeszłym - 19 pielęgniarek.

Analizę statystyczną obliczeń dokonano przy użyciu programu komputerowego Statistica 7.1 firmy Staf-Soft. W pracy za poziom istotności statystycznej przyjęto p poniżej 0,05 [11].

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku badanej grupy (n=88), wynosiła 42 lata (SD 8,6), najmłodsza pielęgniarka miała 25 lat a najstarsza 59. W DPS o profilu dla przewlekle psychicznie chorych pielęgniarki stanowią najmłodszą grupę (n=49), której średnia wieku wynosiła 39,7 (SD=7,3). Najwyższą średnią wieku 46,6 lat (SD 9,4) stanowią pielęgniarki (n=19), w DPS o profilu w podeszłym wieku. Grupy wiekowe badanych pielęgniarek w DPS o trzech profilach wykazują istotne różnice statystycznie (F=5,0, p=0,009), które występują pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w z Domu Pomocy Społecznej o profilu dla przewlekle psychicznie chorych i profilu w podeszłym wieku (Tab.1).

Tabela 1. *Średnia wieku badanej grupy w zależności od profilu Domu Pomocy Społecznej.*

WIEK BADANEJ GRUPY				
Profil Domu Pomocy Społecznej	**N**	**Średnia wieku**	**Odchylenie standardowe**	**Min/Max**
Przewlekle somatycznie chorzy	20	43	9	27 / 57
Przewlekle psychicznie chorzy	49	39,7	7,3	25 / 55
Podeszły wiek	19	46,6	9,4	26 / 59
OGÓŁEM	88	42	8,6	25/ 59

Zdecydowana większość badanych pielęgniarek 56 osób (36 %) legitymuje się wykształceniem średnim, pozostała cześć badanej grupy 32 osoby (64 %) posiada wykształcenie wyższe. Analiza, pokazuje iż największą grupą jaką objęto badaniem była grupa w przedziale stażu pracy do 0-20 lat (51 osób), nieliczną grupę stanowią pielęgniarki w przedziale od 20-25 (17 osób), od 25-30 lat (6 osób) oraz 30-35 lat (10 osób) i 35- 40 lat stażu (4 osoby). Badana grupa pielęgniarek (n=88), posiada staż pracy wynoszący średnio 17,9 lat (SD=10,5). Najmłodsza stażem była pielęgniarka która pracowała sześć miesięcy, a najdłuższy staż pracy to 38 lat. Uzyskane wyniki nie wykazały statystycznie istotnych różnic biorąc pod uwagę profil DPS a staż pracy.

Wyniki badania

Ocena obciążenia psychospołecznego związanego z wykonywaną pracą na podstawie charakteru środowiska pracy, biorąc pod uwagę jakość środowiska pracy.

Tabela 2. *Cechy pracy pod względem obciążenia psychospołecznego*

RODZAJ OBCIĄŻENIA PSYCHOSPOŁECZNEGO									
PROFIL Domu Pomocy Społecznej	**Przewlekle somatycznie chorzy**			**Przewlekle psychicznie chorzy**			**Podeszły wiek**		
Cecha pracy	Średnia	SD	Mediana	Średnia	SD	Mediana	Średnia	SD	Mediana
Natężenie pracy i presja czasu	2,63	1,12	3	1,89	1,1	1	1,68	0,95	1
Narzucone tempo pracy	2,32	1,16	2	1,87	1	2	1,95	0,91	2
Monotonia	1,68	1	1	2,06	0,94	2	2,05	0,85	2
Czynniki zakłócające koncentrację	2,11	0,9	2	2,43	0,91	2	2,37	0,68	2
Interakcje społeczne	1,83	0,79	2	2,33	0,9	2	2,16	0,6	2
Odpowiedzialność materialna i organizacyjna	2,72	1,07	2,5	2,44	0,84	2	2,32	0,82	2
Ryzyko związane z zagrożeniem zdrowia i życia własnego lub	0,87	0,94	3	3,02	0,83	3	2,26	0,87	2

RODZAJ OBCIĄŻENIA PSYCHOSPOŁECZNEGO									
PROFIL Domu Pomocy Społecznej	**Przewlekle somatycznie chorzy**			**Przewlekle psychicznie chorzy**			**Podeszły wiek**		
innych osób									
Praca zmianowa, nadgodziny, praca nocna	1	1,17	3	2,76	0,99	3	2,32	1	2
Środowisko pracy	0,85	0,81	2	2,56	0,9	3	1,95	0,85	2
Dyskomfort fizyczny	0,95	0,98	2	2,55	0,94	3	2,32	0,95	2
Inne źródła obciążenia	0,93	1,01	1	2,67	0,89	3	2,26	0,93	2

Legenda:

SD- odchylenie standardowe

Analiza wykazała, że w DPS o profilu dla przewlekle somatycznie chorych średnie wartości były najwyższa dla takich zmiennych jak: natężenie pracy i presja czasu, narzucone tempo pracy, odpowiedzialność materialna i organizacyjna (odpowiednio: 2,63, 2,32, 2,72). W DPS o profilu dla przewlekle psychicznie chorych dla większości cech (7 z 11) średnie wartości były wyższe w porównaniu do pozostałych profili. Są to: monotonia, interakcje społeczne, ryzyko związane z zagrożeniem zdrowia i życia własnego lub innych osób, praca zmianowa i nadgodziny, środowisko pracy, dyskomfort fizyczny. Natomiast w DPS o profilu dla podeszłego wieku, żadna z analizowanych cech nie uzyskała średnich wartości wyższych od pozostałych profili [Tabela 2].

Tabela 3. *Stopień obciążenia psychospołecznego pielęgniarek w DPS o różnym profilu*

Stopień obciążenia	**PROFIL Domu Pomocy Społecznej**			**RAZEM**
	Przewlekle somatycznie chorzy	**Przewlekle psychicznie chorzy**	**Podeszły wiek**	
1	2	0	0	**2**
%	10	0	0	**2,3 %**
2	5	11	12	**28**
%	25	22,4	63,2	**31,8 %**
3	6	26	2	**34**
%	30	53,1	10,5	**38,6 %**
4	7	12	5	**24**
%	35	24,5	26,3	**27,2 %**
Razem	20	49	19	**88**

Analiza uzyskanych danych pokazuje stopień występowania obciążenia psychospołecznego w czterostopniowej skali. Do kryteriów nadmiernego przeciążenia określa się trzeci albo czwarty poziom obciążenia. Otrzymane wyniki wskazują, że najwięcej pielęgniarek 65,8 % (n=58) osiągnęło 3 i 4 stopień obciążenia psychospołecznego, z tego aż trzy czwarte (n=38) pracuje w DPS o profilu dla przewlekle psychicznie chorych. Pielęgniarki 65 % (n=13) pracujące w DPS o profilu dla przewlekle somatycznie chorych osiągnęły 3 i 4 stopień obciążenia. Najmniejszym stopniem obciążenia charakteryzują się pielęgniarki pracujące w DPS o profilu dla podeszłego wieku, drugi stopień osiągnęło 63,2 % (n=12) [Tabela 3].

Ocena obciążenia psychicznego związanego z wykonywaną pracą na podstawie charakteru subiektywnej reakcji pracownika na obciążenie

Tabela 4. *Obciążenie psychiczne w Domach o różnych profilach (wartości mediany) (kwestionariusz Meistera)*

PROFIL Domu Pomocy Społecznej	**Przewlekle somatycznie chorzy**	**Przewlekle psychicznie chorzy**	**Podeszły wiek**	**wartość krytyczna[1]**
Pytanie	**Mediana**	**Mediana**	**Mediana**	**Mediana**
1. Podczas pracy często odczuwam presję czasu	2	2	2	3
2. Praca nie przynosi mi zadowolenia, właściwie chodzę do niej niechętnie	4+	4+	4+	2
3. Moja praca mocno obciąża mnie psychicznie z powodu dużej odpowiedzialności połączonej z poważnymi konsekwencjami	2+	2+	4+	1
4. Moja praca jest mało interesująca, mało pobudzająca, wręcz otępiająca umysłowo	4+	4+	4+	2
5. W mojej pracy często mam konflikty i problemy od których nie mogę uwolnić się nawet po wyjściu z pracy	4+	4+	4+	2
6. Podczas pracy bardzo trudno jest mi się skupić i utrzymać gotowość do wykonywania zadań, ponieważ przez długi czas nie dzieje się nic nowego ani ważnego	4+	4+	4+	1
7. Moja praca jest tak psychicznie wyczerpująca, że po kilku godzinach odczuwam zdenerwowanie i jestem wyprowadzony z równowagi	4+	3+	4+	2
8. Wykonuję pracę, której mam tak dość, że po kilku godzinach chciał(a)bym robić coś innego	4+	4+	4+	2
9. Moja praca jest tak psychicznie wyczerpująca, że po kilku godzinach wyraźnie odczuwam osłabienie i zmęczenie	4+	4+	4+	3
10. Moja praca jest tak psychicznie wyczerpująca, że nie można jej wykonywać latami z jednakową wydajnością	4+	4+	4+	3

[1] [+]oznaczenie przekroczenia wartości krytycznej mediany-wskazuje na wynik nieprawidłowy

[1]Židková Z,. *Využití dotazníkových k hodnocení psychické zátěže*. *pri praci.* České pracovní lékařství. 2002; 3, p. 128-132

[+]values greater than median critical values correspond to abnormal results

Analiza wartości krytycznych mediany pokazała, że pielęgniarki *nie odczuwają presji czasu podczas pracy* wartość mediany wynosiła 2. W pozostałych ocenach środowiska pracy (we wszystkich pytaniach) wartości mediany przekroczyły wartości krytyczne ustalone w badaniach

Z. Zidkova [9]. Zbliżone wyniki dla każdego profilu DPS (mediana równa 4) uzyskano w twierdzeniach: *praca nie przynosi mi zadowolenia, jest mało interesująca, mało pobudzająca, w pracy trudno mi się skupić, często mam konflikty i problemy od których nie mogę uwolnić się nawet po wyjściu z pracy, wykonuję pracę, której mam tak dość, że po kilku godzinach chciał(a)bym robić coś innego, moja praca jest tak psychicznie wyczerpująca, że po kilku godzinach wyraźnie odczuwam osłabienie i zmęczenie, tak, że nie można jej wykonywać latami z jednakową wydajnością.*

W DPS o profilu w podeszłym wieku, wartość mediany dla twierdzenia *Moja praca mocno obciąża mnie psychicznie z powodu dużej odpowiedzialności połączonej z poważnymi konsekwencjami* wynosiła 4 i jest najwyższa w porównaniu do pozostałych profili (mediana wynosi 2) [Tabela 4].

Tabela 5. *Przeciążenie w Domach Pomocy Społecznej o różnym profilu.*

CZYNNIK I (PRZECIĄŻENIE)			
PROFIL Domu Pomocy Społecznej	**N**	**Średnia**	**Odchylenie standardowe**
Przewlekle somatycznie chorzy	20	9,6	2,5
Przewlekle psychicznie chorzy	49	7,3	2,9
Podeszły wiek	19	7,7	1,5
OGÓŁEM	88	7,9	2,7

Analiza danych pokazała, że przeciążenie psychiczne uzyskało najwyższe wartości średnie 9,6 (SD=2,5) u pielęgniarek pracujących w DPS o profilu dla przewlekle somatycznie chorych w porównaniu do pracujących w DPS o profilu w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych (wartość średnia odpowiednio: 7,7 (SD=1,5) i 7,3 (SD=2,9). Uzyskane wyniki wskazują na istotne różnice statystycznie pomiędzy przeciążeniem psychicznym w DPS o profilach dla osób przewlekle somatycznie chorych w porównaniu do mieszkańców dla przewlekle psychicznie chorych (F=5,404, p=0,006) [Tabela 5].

***Tabela 6**. Monotonia w Domach Pomocy Społecznej o różnym profilu.*

CZYNNIK II (MONOTONIA)			
PROFIL Domu Pomocy Społecznej	**N**	**Średnia**	**Odchylenie standardowe**
Przewlekle somatycznie chorzy	20	12,1	2,9
Przewlekle psychicznie chorzy	49	10,1	4
Podeszły wiek	19	12,2	2,1
OGÓŁEM	88	11	3,5

Analiza danych pokazała, że monotonia w DPS o różnym profilu osiągnęła wartości średnie zbliżone. Uzyskane wyniki nie wykazują istotnych statystycznie różnic [Tabela 6].

***Tabela 7.** Czynnik nieswoisty w Domach Pomocy Społecznej o różnym profilu*

CZYNNIK III (CZYNNIK NIESWOISTY)			
PROFIL Domu Pomocy Społecznej	**N**	**Średnia**	**Odchylenie standardowe**
Przewlekle somatycznie chorzy	20	15,2	3,7
Przewlekle psychicznie chorzy	49	13,9	3,8
Podeszły wiek	19	14,4	3,4
OGÓŁEM	88	14,3	3,7

Analiza danych pokazała, że wartości średnie czynnika nieswoistego były zbliżone, a uzyskane wyniki nie wykazują statystycznie istotnych różnic [Tabela 7].

***Tabela 8.** Stopień obciążenia w Domach Pomocy Społecznej o różnym profilu*

STOPIEŃ OBCIĄŻENIA							
PROFIL Domu Pomocy Społecznej		**Przewlekle somatycznie chorzy**		**Przewlekle psychicznie chorzy**		**Podeszły wiek**	
Czynnik	Nazwa czynnika	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe
I	Przeciążenie	9,6	2,5	7,3	2,9	7,7	1,5
II	Monotonia	12,1	2,9	10,1	4	12,2	2,1
III	Czynnik nieswoisty	15,2	3,7	13,9	3,8	14,4	3,4
Suma czynników /Stopień obciążenia		**27,3/ (III)**		**24 /(II)**		**26,8 /(II)**	

Analiza danych pokazała, że w DPS o profilu dla przewlekle somatycznie chorych występuje 3 stopień obciążenia psychicznego, a w DPS o przewlekle psychicznie chorych i w podeszłym wieku występuje drugi stopień obciążenia. Wartości średnie czynników obciążenia nie różniły się istotnie statystycznie [Tabela 8].

Dyskusja

W starzejącym się społeczeństwie polskim, coraz większym problemem jest zapewnienie opieki na odpowiednim poziomie nad osobami starszymi. Jedną z form instytucjonalną opieki są Domy Pomocy Społecznej, przeznaczone dla osób, które kwalifikowane są do danego profilu, ze względu na wiek geriatryczny, niepełnosprawność, chorobę psychiczną, somatyczną, niezaradność życiową bądź brak opieki ze strony najbliższej rodziny i otocznia. Zgodnie z profilem Domu Pomocy Społecznej pielęgniarka tam zatrudniona udziela świadczeń z zakresu pielęgniarskiej opieki, często stykając się z chorobą, starością, śmiercią. Do zadań realizowanych przez pielęgniarkę należy pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z funkcjonowaniem mieszkańca, edukacja zdrowotna, pomoc w codziennych czynnościach, ale i także pomoc w pozyskiwaniu sprzętu ortopedycznego, medycznego i rehabilitacyjnego [12]. Dlatego środowisko pracy Domu Pomocy Społecznej jest dla zatrudnionej tam pielęgniarki źródłem stresu [13].

Innym rodzajem obciążenia w pracy pielęgniarki, spowodowany długotrwałym kontaktem z chorym i jego rodziną, jest wywołanie postawy roszczeniowej i negatywnej w stosunku do pielęgniarki. Obserwuje się narastający brak szacunku ze strony pacjentów, opiekunów, współpracowników, który to stanowi element obciążenia i powoduje narastanie frustracji i rozczarowania w środowisku pracy. Do tych obciążeń często dołącza się przeciążenie obowiązkami w pracy, presja czasu, duża odpowiedzialność, praca zmianowa, brak kryteriów kontroli osiągnięć, brak informacji zwrotnej i wsparcia społecznego oraz niezadowolenie finansowe [14].

Z badań Kaduĉákova H. i wsp wynika, iż wśród pielęgniarek pracujących w Domach Pomocy Społecznej, głównym czynnikiem mającym negatywny wpływ na pracę jest nadmiar czynności i związany z tym pośpiech i zmęczenie. Przemoc psychiczna ze strony klientów miała ogromny wpływ na obciążenie, której najczęściej dopuszczali się pacjenci i członkowie ich rodzin. [15]

Badania przeprowadzone przez Dębska i wsp [16] wskazują na potwierdzenie, że obciążenie psychospołeczne w domowej opiece długoterminowej odczuwają pielęgniarki na wysokim poziomie (3 i 4 stopień obciążenia psychospołecznego), odpowiednio 14 % i 37 %. Zdaniem badanej grupy pielęgniarek największym obciążeniem w środowisku pracy było:

ryzyko związane z zagrożeniem zdrowia i życia własnego lub innych osób, interakcje społeczne, oraz natężenie i presja czasu.

Występowanie obciążeń w pracy pielęgniarek w Domach Pomocy Społecznej potwierdziły badania własne z których wynika, że większość badanych osiągnęła stopień obciążenia psychospołecznego wysoki (3 i 4 stopień). *Z tego aż trzy czwarte badanych pracuje w DPS o profilu dla przewlekle somatycznie i psychicznie chorych.* Najmniejszym stopniem obciążenia psychospołecznego (drugim) charakteryzuje się większość pielęgniarek pracujących w DPS o profilu dla podeszłego wieku. Wyniki uzyskanie z wykorzystaniem kwestionariusza Meistera, wskazują na istotne różnice statystycznie pomiędzy przeciążeniem psychicznym w DPS o profilach dla osób przewlekle somatycznie chorych w porównaniu do pracujących pielęgniarek w DPS dla przewlekle psychicznie chorych [Tabela 5]. Ponad to w DPS profilu dla przewlekle somatycznie chorych występuje 3 stopień obciążenia psychicznego u pielęgniarek, a w DPS o przewlekle psychicznie chorych i w podeszłym wieku występuje drugi stopień obciążenia. W opinii badanych pielęgniarek pracujących w DPS o profilu dla przewlekle psychicznie chorych największym obciążeniem było: *ryzyko związane z zagrożeniem zdrowia i życia własnego lub innych osób, praca zmianowa i nocna, nadgodziny.* Natomiast w DPS dla profilu przewlekle somatycznie chorych: *środowisko pracy, dyskomfort psychiczny, inne źródła obciążenia.* Uzyskanie wyniki wskazują, że pielęgniarki pracujące w DPS o profilu dla somatycznie chorych są bardziej narażone na obciążenie psychospołeczne środowiska pracy. Można przyjąć, że zaangażowanie w pracę z podopiecznym i jego rodziną może się różnić w zależności od profilu Domu Pomocy Społecznej. W domach dla przewlekle somatycznie chorych jest znacznie większe z powodu większej pracy pod względem czynności pielęgnacyjnych, bólu, cierpienia, śmierci. Wydaje się, że pacjenci psychiatryczni są mniej wymagający pod względem opieki i pielęgnacji, można w ich .przypadku postawić na aktywizację, aktywne spędzanie czasu, zabawy, terapie zajęciową. Pielęgniarki pracujące w DPS dla przewlekle psychicznie chorych stanowiły najmłodszą grupę i wykazały się najniższą średnią stażu pracy, co można przyjąć za istotny czynnik zmniejszający poziom obciążenia.

Otrzymane wyniki własne są zbliżone do wyników innych badań przeprowadzonych przez Grugałę [17], Tatras i wsp. [13], Płotkę i wsp. [18,19], oraz Kułakowska [20] w których to wykazano, iż praca pielęgniarki jest obciążona ponieważ wykonywana jest w środowisku nacechowanym stresem i pośpiechem a do najbardziej obciążających i stresujących czynników należą: zagrożenie bezpieczeństwa własnego i innych osób, małe zadowolenie z wyników pracy oraz bardzo niskie wynagrodzenie za wykonywaną pracę. Dębska i wsp. [21] wykazała brak różnic między obciążeniem psychicznym wśród pielęgniarek pracujących w oddziale chemioterapii i oddziałach nieonkologicznych. Obciążenie psychiczne w badanych

grupach miało tendencje do przeciążenia głównie w zakresie: presji czasu, odpowiedzialności, zmęczenia, długotrwałego obciążenia.

Podsumowując, praca pielęgniarek w Domu Pomocy Społecznej jest mocno obciążająca ze względu na środowisko pracy. Z uzyskanych wyników można wnioskować, że stopień obciążenia zależy od profilu. Jednakże nie zapominajmy, że badania wskazują na udział w obciążeniu wielu zmiennych charakterystycznych dla środowiska pracy w którym praktycznie każdego dnia pojawia się nieoczekiwana sytuacja, w której pielęgniarka musi działać natychmiast, a braki personalne i relacje interpersonalne w opiece nad osobami starszymi z demencją, umierającymi, przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi, stają bardzo obciążająca pod względem psychicznym i fizycznym.

Mało uwagi poświęca się czynnikom, które wpływają na obciążenie psychospołeczne pracę w Domach Pomocy Społecznej. Nie ma wątpliwości, że w celu poprawienia jakości opieki nad chorymi w Domach Pomocy Społecznej, ważne jest uwzględnienie występujących obciążeń dla pielęgniarek. Ważnym elementem jest podjęcie odpowiednich działań na rzecz zminimalizowania skutków psychospołecznych i indywidualnych dla pracowników. Pracodawca powinien podjąć odpowiednie działania na rzecz poprawy jakości pracy i jej środowiska.

Wnioski

1.Otrzymane wyniki wskazują na różnicę w obciążeniu psychicznym, w zakresie przeciążenia pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w Domach Pomocy Społecznej o profilu dla przewlekle somatycznie chorych a przewlekle psychicznie chorych. Wyższe przeciążenie osiągnęły pielęgniarki z Domów Pomocy Społecznej o profilu dla przewlekle somatycznie chorych.

2.Charakter pracy i jej organizacja ma ogromny wpływ na obciążenie pracownika. Dlatego ważnym elementem jest podjęcie odpowiednich działań na rzecz zminimalizowania skutków psychospołecznych dla pracowników.

3.Pracodawca powinien podjąć odpowiednie działania na rzecz poprawy jakości opieki i jakości pracy w Domach Pomocy Społecznej. W działaniach tych ważne jest uwzględnienie występujących obciążeń dla pielęgniarek, które odgrywają ważną rolę w powstaniu zespołu wypalenia zawodowego.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej. (Dz.U. 2012 nr 0 poz. 964).
2. MACIEJKO W. Instytucje pomocy społecznej. Lexis Nexis, Warszawa 2009.
3. KOWALCZUK K. KRAJEWSKA-KUŁAK E. Jankowiak B. Klimaszewska K.. Rolka M. Kondzior D. Kowalewska B. Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy. Probl. Hig. Epidemiol, 2008, 89,(2); 211-215
4. LIPIŃSKA-GROBELNY A. Kształtowanie marki organizacji przez kulturę organizacyjną firmy. [W:] Zawadzka A.M.[red]. Psychologia zarządzania w organizacji. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010; s. 15-40.
5. CHEŁPA S. Walidacja Kwestionariusz Klimatu Organizacyjnego Kolba. Przegl. Psychol. 1993; 28: 217-235.
6. HLADKY A. MATOUSEK O. Štandartná metodika na hodnotenie úrovne pracovných podmienok z hľadiska neuropsychickej záťaže. Príloha c. 2 k Acta hygenica, epidemiologica et micrrobiologica, 1990 ;54.
7. HLADKY A. ZIDKOWA. Metódy hodnotenia psychosociálnej pracovnej zaťaže. Skriptá. Wyd. Uniwersytetu Karola, Praga, 1999; 7-8.
8. Vyhláška Ministerstva Zdravotníctva Slovenskej Republiky zo 16. Augusta 2007 o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci [Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia Republiki Słowackiej z dnia 16 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółów dot. ochrony zdrowia przed obciążeniem podczas pracy, obciążeniem psychicznym oraz sensorycznym]. Zbierka zákonov č.542/2007:3896
9. ŽIDKOVÁ Z., MARTINKOVÁ J., PAULOVÁ M., SVAČINKOVÁ M.: Psychická zátěž zaměstnanců v "pomáhajících" profesích ve zdravotnictví. České Pracovní Lékařství 2001; 2 (1): 4-8
10. DĘBSKA G., WILCZEK-RUŻYCZKA E., FORYŚ Z. PASEK M. Ocena własności psychometrycznych polskiej adaptacji kwestionariusza Meistera do oceny obciążenia psychicznego w pracy pielęgniarki. Medycyna Pracy. 2013;64(3)
11. STANISZ A. Przystępny kurs startstyki. StatSoft, Kraków 2006.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 23.12.2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadzczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 225).
13. TATRAS M. DEREWICZ G. BRUDZIŃSKI W. Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej. Ann. Acad. Med. Gdańsk., 2009, 39;145-153.

14. SĘK H. BEISERT M. PASIKOWSKI T. ŚCIGAŁA J. Mechanizmy stresu i wypalenia zawodowego modelu poznawczo-kompetencyjnym. Kolokwia psychologiczne. Psychologia poznawcza w Polsce. Instytut psychologii Polska akademia Nauk, Warszawa 1997.
15. KADUČÁKOVÁ H. LEHOTSKÁ M. Czynniki wpływające na pracę pielęgniarki w ośrodkach pomocy społecznej. [W:] Dębska G. Jaśkiewicz J. (red.): Interdyscyplinarne aspekty nauk o zdrowiu. AFM, Kraków 2010; 176-183.
16. DĘBSKA G. CEPUCH G. PASEK M. FILICIAK B., Ocena obciążenia psychospołecznego w pracy pielęgniarek w domowej opiece długoterminowej. W: Ružomberské Zdravotnicke Dni 2012-VII. (red) Lacko A., Lesňáková, Minarik M., Zrubákova K. VERBUM Ružomberok 2012: 333-345 (ISBN 978-80-8084-951-1).
17. GRUGAŁA B. Sytuacje trudne w środowisku pracy pielęgniarek a umiejętność radzenia sobie z nimi. Zdrowie Publiczne 2004, 114; 367-370.
18. PŁOTKA A. PITEK A. MAKARA-STUDZIŃSKA M. Stres a zespól wypalenia zawodowego. Pielęgniarstwo 2000. 1998.5: 40-46.
19. PŁOTKA A. GOLEC D. CZERNIKIEWICZ A. Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych. [W:] Anneles Univetsitastis Mariae Curie-Skłodowska. Vol. LV. SUPPL. VII. 45. Lublin - Polonia 2000.
20. KUŁAGOWSKA E. KOSIŃSKA M. Obciążenie pracą personelu pielęgniarskiego. [W:] Anneles Univetsitastis Mariae Curie-Skłodowska. VOL. LVIII. SUPPL. XIII, 145. Lublin -Polonia 2003.
21. Obciążenie psychiczne pielęgniarek pracujących w oddziałach onkologicznych w porównaniu z pielęgniarkami z innych oddziałów Grażyna Dębska, Małgorzata Pasek, Ewa Wilczek-Rużyczka, Zofia Foryś (praca wygłoszona na konferencji Rodzina – Zdrowie- Choroba w dniu 10.10.2013 Czeska Republika Żlin).

Kontaktná adresa:
dr n. med. Grażyna Dębska, PhD.
Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych
Krakow

MOŽNOSTI UPLATNENIA E-LEARNINGU V NEUROLOGICKOM OŠETROVATEĽSTVE

Michaela Miertová, Martina Tomagová, Anna Ovšonková

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine,
Univerzita Komenského v Bratislave

Abstrakt

Úvod: Komunikačné a informačné technológie sú súčasťou každodenného života študentov, a preto sa ich uplatnenie do vzdelávania v 21. storočí stalo prioritou. Uplatnením e-learningu v pregraduálnej profesionálnej príprave sestier - v neurologickom ošetrovateľstve sa docieli aktívna účasť študenta v procese nadobúdania nových vedomostí súvisiacich s poskytovaním starostlivosti pacientom s neurologickým ochorením.

Metodika: Pri zostavovaní odborných multimediálnych študijných materiálov budú rešpektované formálne požiadavky na tvorbu e-learningových textov – sprievodca študijným materiálom, výkladová časť doplnená grafickými prvkami, problémovými úlohami, kazuistikami a zoznamom použitej literatúry. Študenti budú v úvode výučby klinického predmetu neurológia a ošetrovateľstvo zoznámení s prostredím a nástrojmi e-učebnice a možnosťami jej využitia pri štúdiu. Informácia o sprístupnení e-učebnice bude zverejnená na portáli MEFANET JLF UK v Martine a sprístupnená pre užívateľov lekárskych fakúlt v Slovenskej a Českej republike.

Výsledky: Multimediálna e-učebnica bude určená študentom študijného odboru ošetrovateľstvo v pregraduálnej príprave. Bude integrovať najnovšie poznatky z ošetrovateľstva a medicíny v klinickom odbore neurológia. **Záver:** Uplatnením e-learningu v neurologickom ošetrovateľstve sa dosiahne kreatívnejšie, flexibilnejšie a zaujímavé vyučovanie, riešenie reálnych situácií v bezpečnom prostredí, interaktívne štúdium, podporí sa samoštúdium a rozvoj kritického myslenia u študentov.

Podporené grantom KEGA 049-UK-4/2013 E-učebnica: Ošetrovateľstvo v neurológii.

Kľúčové slová: **E**-learning. Ošetrovateľstvo v neurológii. E-učebnica. Komunikačné a informačné technológie.

Abstract

Introduction: Communication and information technologies are component of everyday students´ life, and therefore their application in education 21st century has become a priority.

Using e-learning in undergraduate professional training of nurses – in neurological nursing is achieved the active participation of the student in the process of acquiring new knowledge related to the provision of the care to patients with neurological disease.

Method: When multimedia study materials are compile then will be respected the formal requirement for creating e-learning texts – guide study materials, part of the explanatory study text with graphical elements, case studies, problem tasks and a list of literature. Students will be familiarizing at the beginning of education of clinical subject neurology and nursing with the environment and tools of e-textbook and possibilities of its use in the study. Information on making e-textbook will be published on the portal MEFANET JFM CU in Martin and made available for users of medical faculties in the Slovak and the Czech Republic.

Results: Multimedia e-textbook will be appointed to nursing students in undergraduate education. It will integrate the latest knowledge from medicine and nursing in clinical neurology.

Conclusion: By using e-learning in neurological nursing will be achieve creative, flexible and interesting teaching, solving of real situation in a safe environment, interactive learning, support the self-study and promote the development of critical thinking among students.

Acknowledges: Supported by grant KEGA No. 049UK-4/2013 E-textbook: Nursing in neurology

Key words: E-learning. Nursing in neurology. E-textbook. Communication and information technologies.

Úvod

Komunikačné a informačné technológie sú súčasťou každodenného života študentov, a preto sa ich uplatnenie do vzdelávania v 21. storočí stalo prioritou. Prezenčná forma vyučovania a učenia je aj v súčasnej dobe aktuálna, ale sama osebe nedokáže uspokojiť potreby moderného študenta (Sudický, 2010, s. 71). Študent počas nadobúdania nových vedomostí a zručností chce a potrebuje byť aktívny, sám chce participovať na vyučovacom procese tým, že niečo robí a tvorí, diskutuje a konfrontuje svoje názory s názormi ostatných (Rohlíková, 2009, s. 5). Študent tak vo vyučovacom procese preberá rolu aktívneho činiteľa a učiteľ rolu facilitátora resp. transformuje sa do roly pomocníka pri nadobúdaní nových vedomostí a informácií u študenta (Mattar, 2010, s. 3-4). E-learning využíva multimediálne prvky v prostredí počítačových sietí, ktoré je pre študentov zaujímavé, nepôsobí na nich stresujúco, a tým podporuje ich samoštúdium (Barešová, 2011, s. 30-31, 41-43). E-learning

predstavuje multimediálnu podporu vzdelávacieho procesu, ktorého základnou úlohou je slobodný prístup k vzdelávaniu v čase a v priestore (Švejda a kol., 2006, s. 17).

Práve aplikácia moderných informačných technológií v rámci elektronického vzdelávania - e-learning v pregraduálnej príprave profesionálnych sestier môže zefektívniť vzdelávaniea zvýšiť jeho kvalitu v neurologickom ošetrovateľstve. Sestra ako členka multidisciplinárnehotímu pri starostlivosti o pacienta s neurologickým ochorením má mať vedomosti o epidemiológii, etiológii, patogenéze, diagnostike, liečbe a špecifikách ošetrovateľskej starostlivosti. Uplatnenie e-learningu má aj iný objektívny dôvod, ktorým je obmedzený prístup študentov ošetrovateľstva k niektorým diagnostickým a terapeutickým výkonom napr. lumbálna punkcia, evokované potenciály a participácia na poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pri niektorých ochoreniach a situáciách, ako napr. amyotrofická laterálna skleróza, akútna fáza po prekonaní náhlej cievnej mozgovej príhody. Hlavným cieľom je vytvorenie multimediálnej vysokoškolskej učebnice (e-učebnice) obsahovo zameranej na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s vybranými neurologickými ochoreniami.

Metodika

Pri zostavovaní odborných multimediálnych študijných materiálov budú rešpektované formálne požiadavky na tvorbu e-learningových textov. E-učebnica bude obsahovať návod na prácu (sprievodca študijným materiálom) a zoznam použitej literatúry. Text bude logicky členený na jednotlivé kapitoly/podkapitoly (kurzy), ktoré predstavujú výkladovú časť. Na tvorbu, distribúciu a administráciu multimediálneho materiálu bude použitý softvérový balík Learning Management System Moodle (LMS Moodle) prevádzkovaný na univerzitnom serveri http://moodle.uniba.sk. Študenti budú v úvode výučby klinického predmetu neurológia a ošetrovateľstvo zoznámení s prostredím a nástrojmi e-učebnice a možnosťami jej využitia pri štúdiu. Informácia o sprístupnení e-učebnice bude zverejnená na portáli MEFANET JLF UK v Martine a exportovaná do jeho centrálnej brány pre sprístupnenie pre užívateľov lekárskych fakúlt v Slovenskej a Českej republike.

Vlastný text práce

Zvyšujúce sa požiadavky a narastajúci tlak na úroveň vedomostí a schopností študentov ošetrovateľstva súvisí s prehlbovaním aspektu časovej tiesne pri odbornej príprave sestier na klinickú ošetrovateľskú prax. Uplatnenie komunikačných a informačných technológií predstavuje účinný spôsob zefektívnenia možností odovzdávania odborných informácií mimo kontaktnú výučbu a podporuje participatívne postupy u študentov v prezenčnej forme štúdia (Pokorná, 2007, s. 107). S tým súvisí aj zmena resp. úprava

metód a foriem vyučovania (Palková, Papp, 2005, s. 1). Snaha o implementáciu moderných digitálnych technológií do profesionálnej prípravy sestier súvisí s ich výhodami. Podľa študentov k nim patria možnosť zvoliť si vlastné tempo štúdia, využiť aktuálne materiály/učebné texty, ktoré sú širšie dostupné pre nich v atraktívnom prostredí, majú možnosť zdokonaliť sa v práci s informačno-komunikačnými technológiami. Študenti ako benefit vnímajú zníženie finančných nákladov na zaobstaranie študijného materiálu a pochvaľujú si lepšie časové organizovanie vlastného samoštúdia (Líšková, 2011, s. 175). Komunikačné a informačné technológie podporujú učenie sa cez realistické simulácie založené na prípadových štúdiách riešených v bezpečnom prostredí (bez rizika poškodenia pacienta). Uvedený spôsob prispieva k rozvoju kritického myslenia. Multimédiá umožnia rôzne spôsoby prezentácie študijného textu, od jeho textovej prezentácie až po simuláciu reálnych situácií (O´Neil, Fisher, Newbold, 2009, s. 176-179).

Zostavenie multimediálneho študijného materiálu (vysokoškolskej e-učebnice) bude predstavovať konkretizáciu uplatnenia multimédií pri nadobúdaní vedomostí u študentov v klinickom predmete neurológia a ošetrovateľstvo. Zostavenie e-učebnice je výstupom projektu KEGA s názvom E-učebnica: Ošetrovateľstvo v neurológii, ktorý je podporený MZ SR a registrovaný pod číslom 049-4UK/2013. Multimediálna učebnica bude primárne určená študentom v pregraduálnej príprave študijného odboru ošetrovateľstvo. Bude integrovať najnovšie poznatky z ošetrovateľstva a medicíny v klinickom odbore neurológia písané a podané študentom tak, aby boli rešpektované pedagogické zásady pre tvorbu e-learningových textov, ako zrozumiteľnosť, pochopiteľnosť, názornosť, komplexnosť a zároveň, aby študenti boli motivovaní a stimulovaní k ďalšiemu štúdiu resp. samoštúdiu (Švejda a kol., 2006, s. 16).

Záver

Moderné informačné a komunikačné technológie prispievajú ku skvalitneniu a zefektívneniu vyučovania a učenia na všetkých stupňoch vzdelávania. Preto ich možno implementovať aj pri nadobúdaní vedomostí a poskytovaní informácií z oblasti starostlivosti o pacienta s neurologickým ochorením v rámci predmetu neurológia a ošetrovateľstvo. E-učebnica s prvkami e-learningu prispeje k efektívnemu, interaktívnemu a pre študentov zaujímavému spôsobu štúdia v rámci neurologického ošetrovateľstva. V prezenčnej forme štúdia sa u študentov docieli zvýšenie kvality výučby podporou ich samoštúdia.

Podporené grantom KEGA 049-UK-4/2013 E-učebnica: Ošetrovateľstvo v neurológii.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BAREŠOVÁ, A. 2011. *E-LEARNING ve vzdělávaní dospělých.* Praha: VOX, a.s., 2011. 197 s. ISBN 978-80-87480-00-7.
2. LÍŠKOVÁ, M. 2011. Elektronické vzdelávanie zdravotníkov. In Sborník ze 6. Mezinárodní konference všeobecných sester a pracovníků vzdělávajících nelékařksá zdravotnícka povolaní. Ed. A. Pospíšilová, P. Juřeníková. Brno: Katedra ošetřovatelství LF MU, 2011. s. 172-178. ISBN 978-80-7399-196-8.
3. MATTAR, J.A. 2010. Constructivism and Connectivism in Education Technology: Active, Situated, Authentic, Experiential, and Anchored Learning. [online]. In *Constructivism and Technology in Education Technology.* 08/2010, p 1-16. [cit. 2014-02-05]. Dostupné na: http://www.joaomattar.com/Constructivism%20and%20Connectivism%20in%20Education%20Technology.pdf.
4. O´NEIL, C.A., FISHER, CH.A., NEWBOLD, S.K. 2009. Developing Online Learning Enviroment in Nursing Education. 2nd ed. New York, Sringer Publishing Company, LLC, 2009. 198 pp. ISBN 978-0-8261-6902-0.
5. PALKOVÁ, Z., PAPP, M. 2005. Multimediálna učebnica ako súčasť CTB – počítačom podporovanej výučby. [online]. In *Univerzitné vzdelávanie po vstupe do Európskej únie.* Nitra: SPU, 2005. s. 1-5. [cit. 2014-02-05]. Dostupné na: http://www.fem.uniag.sk/uveu2005/zbornik/zbornik/sekcia_3/palkova_papp.pdf.
6. POKORNÁ, A. 2007. Možnosti multimediálnej podpory výuky v ošetřovatelství. In *Ošetřovatelský obzor.* 2007, roč. 4, č. 4, s. 107-112.
7. ROHLÍKOVÁ, L. 2009. Konstruktivistické přístupy v e-learningu na vysoké škole. In *Sborník 6. ročníku konference o elektronické podpoře výuky SCO 2009*. Ed. P. Sojka, J. Rambousek. 1. Vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. s. 5-13. ISBN 978-80-210-4878-2.
8. SUDICKÝ, P. 2010. E-learning 2.0: Teoretická východiska a praktická řešení (Towards
9. E-learning 2.0: Theory and Practice). In *Nové technologie ve vzdělávání: Vzdělávací software a interaktívní tabule.* Ed. J. Dostál. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 2010. s. 71-76. ISBN 978-80-244-2720-1.
10. ŠVEJDA, G. a kol. 2006. *Vybrané kapitoly z tvorby e-learningových kurzov*. 1. vyd. Nitra: Pedagogická fakulta Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre, 2006. 141 s. ISBN 80-8050-989-1.

Kontaktná adresa:

Mgr. Michaela Miertová, PhD.

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta

036 01 Martin

e-mail: miertova@jfmed.uniba.sk

SPOLUÚČASŤ SESTRY PRI REDUKCII KARDIOVASKULÁRNYCH KOMPLIKÁCIÍ U PACIENTOV S DIABETES MELLITUS

Mária Novysedláková, Zuzana Hudáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Cieľom príspevku bolo interpretovať výsledky prieskumu o životnom štýle pacientov s diabetes mellitus. Na základe získaných údajov sme chceli štatisticky zistiť, či existuje závislosť medzi záujmom pacienta s diabetes mellitus zvyšovať si vedomosti o kardiovaskulárnych komplikáciách a ich dodržiavaním v liečebnom režime. Prieskum sme realizovali empirickou dotazníkovou metódou. Dotazník bol vlastnej konštrukcie. Získane údaje sme spracovali v programe Microsoft Word a Microsoft Excel. Po skúmaní základných štatistických charakteristík prieskumnej vzorky, sme testovali predbežné predpoklady pomocou metódy chí - kvadrátu. Prieskumnú vzorku tvorilo 138 respondentov dispenzarizovaných na diabetologických ambulanciách. Prieskumu sa zúčastnilo 55 (39,86 %) mužov a 83 (60,14 %) žien. Veková štruktúra respondentov bola v rozmedzí od 18 po 81 a viac rokov. Na základe výsledkov prieskumu konštatujeme, že napriek dostatočným vedomostiam pacientov o diabetes mellitus, rizikových faktoroch kardiovaskulárnych ochorení, respondenti neaplikujú vedomosti o životnom štýle v bežnom živote.

Kľúčové slová: Diabetes mellitus. Kardiovaskulárne komplikácie. Edukácia.

Abstract

The paper aimed to interpret the results of a survey on the lifestyle of patients with diabetes mellitus. Based on the data we wanted to statistically determine whether there is dependence between the interest of the patient with diabetes to increase their knowledge of cardiovascular complications and their compliance with the treatment regimen. The survey we conducted an empirical questionnaire method. The questionnaire was his own design. The obtained data were processed in Microsoft Word and Microsoft Excel. After examining the basic statistical characteristics of the survey sample, we tested using the method of preliminary assumptions chi - square. The survey sample consisted of 138 respondents dispensary on diabetes care. Participated in the survey 55 (39.86 %) males and 83 (60.14 %) women. Age structure of respondents were in the range of 18 to 81 years or more. Based on the survey results, we note that despite sufficient knowledge about diabetes mellitus patients,

risk factors for cardiovascular disease, respondents do not apply knowledge of lifestyles in everyday life.

Key words: Diabetes mellitus. Cardiovascular complications. Education.

Úvod

Primárne je diabetes mellitus metabolické ochorenie, ale predstavuje poruchu komplexnú, ktorá postihuje najrôznejšie tkanivá a orgány (Fábryová, 2008).

V etiopatogenéze kardiovaskulárnych komplikácií u diabetikov má rozhodujúcu úlohu hyperglykémia, ktorá je hlavným faktorom vzniku a rozvoja aterosklerózy. Dôkazom je nárast kardiovaskulárnych príhod u pacientov s diabetes mellitus (Kvapil, 2010). Na poškodení endotelu cievnej steny sa okrem hyperglykémií podieľa aj essenciálna hypertenzia a s ňou spojené odchýlky, obezita, hyperlipoproteinémia, koagulačné a niektoré hormonálne odchýlky, psychické zmeny – stres, depresia, určitá závislosť na jedle, mikroalbuminúria, fajčenie, alkohol (Rybka, 2007). Riziko kardiovaskulárnych príhod je zvýšené aj u pacientov s novo diagnostikovaným diabetom a rovnako aj u pacientov s porušenou glukózovou toleranciou (Fábryová, 2008). V súčasnosti je možné určiť správnu liečbu pre každého diabetika na základe kompenzácie diabetu, prítomných komplikácií, veku, doby trvania ochorenia a sprievodných ochorení (Ilavská, 2007).

Prevencia komplikácií diabetu a edukácia pacientov je neodmysliteľnou súčasťou práce diabetologickej sestry. V rámci znižovania kardiovaskulárnych komplikácií sa v edukácií zameriavame okrem dôležitosti selfmonitoringu na prevenciu rizikových faktorov aterosklerózy, hypertenziu, znižovanie hmotnosti, fyzickú aktivitu, liečbu diabetu redukčnou diétou a diétou na znižovanie hladín tukov v krvi, samostatné zostavovanie jedálneho lístka, prevenciu obezity, podporu nefajčenia a konzumácie alkoholu. Edukácia je nenahraditeľnou súčasťou úspešnej liečby diabetika a dá sa predpokladať, že aj nikdy nekončiacou sa (Rybka, 2007). Úlohou edukácie je zabezpečovať súlad medzi nadobudnutými vedomosťami a zručnosťami a rozvojom životného štýlu diabetika, prispôsobovanie edukácie tak, aby bol diabetik pripravený uspokojovať svoje meniace sa potreby a tak sa podieľať na skvalitnení svojho života. Ak je potrebné edukujú sa aj rodinní príslušníci.

Cieľ

Na základe získaných údajov sme chceli štatisticky zistiť, či existuje závislosť medzi záujmom pacienta zvyšovať si vedomosti o kardiovaskulárnych komplikáciách a ich dodržiavaním v liečebnom režime.

Čiastkové ciele

Zistiť, či existuje závislosť medzi záujmom pacienta zvyšovať si vedomosti a vekom.
Zistiť, či existuje závislosť medzi vedomosťami o rizikových faktoroch a pohlavím.
Zistiť, či držiavanie liečby a režimového opatrenia je v závislosti od pohlavia**.**

Súbor a metodika

Prieskumnú vzorku tvorilo 138 respondentov dispenzarizovaných na diabetologických ambulanciách. Výber respondentov bol zámerný – vek od 18 rokov, ochorenie DM. Prieskumu sa zúčastnilo 55 (39,86 %) mužov a 83 (60,14 %) žien. Veková štruktúra respondentov sa pohybuje v rozmedzí od 18 po 81 a viac rokov. Najpočetnejšiu skupinu tvorili pacienti vo veku od 51 do 60 rokov 51 (36,96 %) a od 61 do 70 rokov 42 (30,44 %). Dĺžka liečby respondentov na DM bola od 1 do 5 rokov 20 (14,49 %), od 6 do 10 rokov 35 (25,36 %). Najväčšiu skupinu tvorili respondenti od 11 do 15 rokov 57 (41,30 %) a od 16 do 20 rokov 24 (17,40 %), 20 rokov.

Prieskum sme realizovali empirickou metódou a to využitím dotazníkovej metódy. Dotazník vlastnej konštrukcie obsahoval 42 položiek, z ktorých 6 položiek boli demografické údaje a 36 položiek bolo prieskumných otázok. Výsledky analýzy údajov získaných dotazníkovou metódou sme opísali v tabuľkách absolútnych a relatívnych hodnôt. Získane údaje sme spracovali v programe Microsoft Word a Microsoft Excel. Po skúmaní základných štatistických charakteristík prieskumnej vzorky, sme testovali predbežné predpoklady pomocou metódy chí- kvadrátu.

Realizácia prieskumu bola v decembri 2012 a v januári 2013 v diabetologických ambulanciách východného Slovenska. Z celkového počtu rozdaných 150 dotazníkov sa nám vrátilo 138 dotazníkov 92 %.

Výsledky a interpretácia

Prieskumu sa zúčastnilo 83 žien (60,14 %) mužov 55 (39,85 %). Najväčšie zoskupenie tvorili pacienti v strednom veku od 51-60 rokov a to 51 (36,96 %) s dĺžkou trvania choroby od 11-15 rokov 57 (41,30 %) pacientov. Viac ako polovica pacientov 78 (56,52 %) sa lieči PAD. Najčastejšie srdcovocievne komplikácie, ktorými respondenti trpia 96 (69,56 %) označilo vysoký krvný tlak, ischemickú chorobu srdca má 33 (23,91 %) pacientov a infarkt myokardu prekonali 4 (2,89 %), na ICHS dolných končatín sa lieči 26 (18,84 %) pacientov, 15 pacienti (10,86 %) sa nevyjadrili.

V Slovenskej republike bolo v roku 2007 dispenzarizovaných 324 918 diabetikov v 241 ambulanciách. Ich počet neustále stúpa. Je to spolu 6 015,9 na 100 000 obyvateľov,

z toho 5 409,5 mužov na 100 000 a 6 585,5 žien na 100 000. 25,8 % bolo liečených len diétou, 47,4 % - PAD (perorálnymi antidiabetikami), 23,8 % inzulínom. Podiel diabetu II. typu na celkovom počte dispenzarizovaných diabetikov je takmer 90 %. Podľa vekového zloženia je najviac zastúpená veková skupina 50 – 69 - ročných. Priemerná doba trvania cukrovky druhého typu bola 12,1 roka. U mužov to bolo 11,5 roka a u žien 12,7 roka (Ginter, 2007).

Diabetes mellitus sa v staršom veku častejšie kombinuje s ďalšími ochoreniami. Epidemiologické štúdie udávajú 15 - 20 % prevalenciu hypertenzie u dospelej populácie. U diabetikov je hypertenzia 2 - 3 x častejšia ako u nediabetikov. Hypertenzia sa často kombinuje s obezitou, poruchou glukózovej homeostázy a poruchami koagulácie. Približne 35 - 70 % komplikácií diabetikov je možné pripísať na vrub hypertenzie. Na zvýšenej mortalite diabetikov sa podieľa hlavne výrazná kardiovaskulárna mortalita. Mortalita diabetických mužov je dvakrát vyššia v porovnaní s ostatnou populáciou, kým diabetické ženy majú 4 x vyššiu mortalitu ako nediabetičky (Rybka, 2007).

Tabuľka 1 *Závislosť medzi záujmom pacienta zvyšovať si vedomosti a vekom*

	Áno	**Nevie**	**Nie**	**Spolu**
18 - 30 rokov	4	2	1	7
31 - 40 rokov	6	2	2	10
41 - 50 rokov	20	2	1	23
51 - 60 rokov	48	1	2	51
61 - 70 rokov	40	1	1	42
71 - 80 rokov	3	1	1	5

Na základe testu chí-kvadráta empirická hodnota $chí^2 = 22,2 > chi^2$ kritická hodnota = 5,23, a preto na 5 percentnej signifikančnej úrovni (t.j. 95 percentnou pravdepodobnosťou) sa potvrdilo, že záujem pacientov zvyšovať si svoje vedomosti o kardiovaskulárnych komplikáciách a možnostiach ich prevencie v rámci edukačných stretnutí závisí od veku pacienta.

Položkami dotazníka sme zisťovali, či respondenti zúčastňujú edukačných stretnutí o prevencii KVK. Veľká väčšina respondentov označila, že sa ešte nikdy nezúčastnili takéhoto edukačného stretnutia 108 (78,27 %). Na otázku či by sa chceli zúčastniť edukačného stretnutia, nám väčšina respondentov označila spolu, rozhodne áno a skôr áno – 121 (87,67 %) respondentov a 3 (2,17 %) by sa rozhodne nechceli zúčastniť takéhoto stretnutia. Jednoznačne sme potvrdili, že respondenti 121 (87,67 %) si chcú zvyšovať svoje vedomosti, nevie sa rozhodnúť

9 (6,53 %) respondentov. O spokojnosti s informáciami od sestry v rámci návštev nám na ambulancii 103 (74,64 %) pacientov označili odpoveď áno a 24 (17,38 %) pacientov si myslí, že skôr a rozhodne nie. Pravidelne krvný cukor si kontroluje 41(29,71 %), občas 50 (36,23 %) a nikdy označilo 9 (6,52 %). Pri meraní glykémie pomoc druhých nikdy nepotrebuje 39 (28,26 %) pacientov. Hodnoty krvného cukru nalačno do 6-7 mmol/l si vie dlhodobo udržať 8 (5,80 %) respondentov a 56 (40,58 %) nikdy nedosahuje tieto výsledky. Kontrola vedomosti o selfmonitoringu sestrou bola vždy u 16 (11,59 %), veľmi často 8 (5,80 %), často 18 (13,04 %) respondentov. Občas označilo 24 (17,40 %) pacientov a nikdy 72 (52,17 %). Majerníkovej (2011), vo svojej štúdii uvádza, že 43 % pacientov nikdy nevykonáva selfmonitoring cukru, po reedukácii preukázali zlepšenie vedomostnej úrovne o selfmonitoringu 77,50 % edukovaných pacientov a úspešnosť needukovaných pacientov bola 56,58 %.

V populácii pacientov s diabetes mellitus 2. typu je značné percento osôb bez liečby inzulínom, preto bol rad štúdií venovaný vyhodnoteniu užitočnosti selfmonitoringu aj pre túto skupinu. Predchádzajúce skúsenosti jasne naznačili, že klinický prínos majú iba výsledky monitoringu, ktoré slúžia k následnej intervencii. Úspech monitoringu závisí aj od motiváciu a informovanosti chorého, preto je veľmi dôležitým aspektom adekvátnej edukácie. Výhodou selfmonitoringu je najmä poskytnutie aktuálnych výsledkov, z ktorých možno vytvoriť informáciu potrebnú na okamžitú úpravu dávkovania liečiv, stravovacieho režimu či pohybovej aktivity (Franciosi a kol. 2011).

Závislosť medzi vedomosťami o dôležitosti selfmonitoringu a dĺžkou liečby pacienta s diabetes mellitus sme potvrdili testom chí-kvadrát. Empirická hodnota $chí^2$ = 10,3 > chi^2 kritická hodnota = 0,71 na 5 percentnej signifikančnej úrovni to znamená s s 95 percentnou pravdepodobnosťou.

Na základe výsledkov zisťujeme, že pacienti majú záujem zvyšovať si svoje vedomosti. Pri edukácii je dôležité brať do úvahy aj špecifiká veku. Značná časť diabetikov 2. typu sú geriatrickí pacienti, liečba spočíva na rovnakých základoch ako liečba mladších ľudí. Ciele a spôsoby liečby diabetu u geriatrického diabetika stanovujeme individuálne. Zvažujeme všeobecnú spôsobilosť – závislosť na iných osobách, pohybové a mentálne schopnosti ako aj sociálne faktory.

Na základe testu chí-kvadráta empirická hodnota $chí^2$ = 47,959 > chi^2 kritická hodnota = 5,892, a preto na 5 percentnej signifikančnej úrovni (t.j. 95 percentnou pravdepodobnosťou) sme potvrdili, že je rozdiel medzi ženami a mužmi vo vedomostiach o rizikových faktoroch kardiovaskulárnych komplikácii.

Na základe otázok v dotazníku sme zistili, že veľká väčšina respondentov mala vedomosti o rizikových faktoroch vplývajúcich na vznik KVO v rámci diabetu. Ženy preukázali väčšiu informovanosť ako muži.

Tabuľka 2 *Závislosť medzi vedomosťami o rizikových faktoroch a pohlavím*

	Hyperglykémia		Nadváha		Fajčenie		Cholesterol		Stres		Alkohol		Živočíšny tuk		Spolu
	Áno	Nie	Áno	Nie	Áno	Nie	Áno	Nie	Áno	Nie	Áno	Nie	Áno	Nie	
Muž	40	15	23	32	52	3	54	1	36	19	50	5	49	6	55
Žena	56	27	72	11	80	3	82	1	73	10	81	2	80	3	83
Spolu	96	42	95	43	132	6	136	2	109	29	131	7	129	9	138

K faktorom, ktoré zohrávajú úlohu pri rozvoji diabetes mellitus 2. typu patria: genetická predispozícia, pohlavie a vek. Výrazným predisponujúcim faktorom je obezita, kde nárast BMI (body mass index) zvyšuje pravdepodobnosť DM 2. typu hlavne u žien. V rozvinutých spoločnostiach sa obezita vyskytuje u 50 – 90 % pacientov s 2. typom diabetes mellitus. Podieľa sa na tom nepriaznivé zloženie stravy, ktorá je vysokoenergetická a obsahuje viac ako 40 % tukov, 20 % glycidov a len 20 % škrobových látok (Fabryová, 2008). Je známe, že hromadný výskyt neprenosných ochorení závisí vo veľkej miere od životného štýlu, od výskytu ovplyvniteľných rizikových faktorov. Zníženie výskytu ovplyvniteľných faktorov v populácii jednoznačne vedie k poklesu chorobnosti a úmrtnosti na tieto skupiny ochorení (Jurkovičová, 2005, s.11).

Tabuľka 3 *Dodržiavanie liečby a režimového opatrenia v závislosti od pohlavia*

	Diéta				Zníženie živ. tukov			
	Vždy	Často	Občas	Nikdy	Vždy	Často	Občas	Nikdy
Muž	12	25	9	9	3	26	20	6
Žena	28	36	14	5	21	52	7	3
Spolu	40	61	23	14	24	78	27	9

Tabuľka 3a

	Fajčenie				Alkohol			
	Vždy	Často	Občas	Nikdy	Vždy	Často	Občas	Nikdy
Muž	12	13	2	39	1	3	10	41
Žena	28	8	1	68	2	5	8	68
Spolu	40	21	3	107	3	8	18	109

Tabuľka 3b

	Výber potravín podľa glyk. indexu				Diéta podľa sacharidových jednotiek			
	Vždy	Často	Občas	Nikdy	Vždy	Často	Občas	Nikdy
Muž	6	18	3	28	8	17	11	19
Žena	9	26	4	44	5	22	7	49
Spolu	15	44	7	72	13	39	18	68

Tabuľka 3c

	Pohyb				Zníženie telesnej hmotnosti			
	Vždy	Často	Občas	Nikdy	Vždy	Často	Občas	Nikdy
Muž	11	9	10	25	7	30	9	9
Žena	1	4	8	70	5	41	23	14
Spolu	12	13	18	95	12	71	32	23

Na základe testu chí-kvadrát empirická hodnota chí^2 = 188,985 > chi^2 kritická hodnota = 25,695, a preto na 5 percentnej signifikančnej úrovni (t.j. 95 percentnou pravdepodobnosťou) sa ukázalo, že ochota dodržiavania liečebné režimové opatrenia na prevenciu vzniku kardiovaskulárnych komplikácii pacientov s diabetes mellitus bola výrazná zo strany žien ako mužov.

Aktuálnou otázkou v živote diabetika je preto diéta a správne zásady výživy. Otázkami o dodržiavaní diabetickej výživy sme u 69 (50 %) respondentov zistili, že sa tak stravujú, 32 (23,19 %) respondentov nevie posúdiť a 37 (26,81 %) pacientov odpovedalo záporne. Teda druhú polovicu respondentov tvorí skupina respondentov, ktorá buď nevie alebo odmieta dodržiavať diabetickú diétu. Kúdelová (2007) v prieskume zistila, že 76 % diabetikov sa nestravuje v súlade s diétnym režimom. Pri výbere potravín sa riadi glykemickým indexom len 15 (10,87 %) respondentov a 72 (52,18 %) respondentov sa nikdy nepozerá na GI potravín. Diabetickú diétu podľa sacharidových jednotiek si 68 (49,28 %) respondentov nikdy neupravuje, vždy iba 13 (9,42 %) respondentov. O sacharidových jednotkách sa radí s lekárom 32 (22,99 %) respondentov. Holmanová a Žiaková (2005), upozorňujú na skúsenosti v našich podmienkach, kde neopodstatnené zásahy samotných pacientov do liečby, či už úpravou dávky inzulínu, alebo sacharidových jednotiek viedli k nepravidelnému kolísaniu glykémie v priebehu dňa. Paradoxne mnohokrát ako dôsledok neefektívnej metodiky edukácie.

Na základe výsledkov prieskumu konštatujeme, že napriek dostatočným vedomostiam pacientov o rizikových faktoroch KVO, respondenti neaplikujú vedomosti o rizikových faktoroch v bežnom živote. Podobné zistenia uvádzajú Hlinková a Nemcová (2001), ktorých výsledky výskumu dokazujú, že z 13 vedomostných položiek (merané na numerickej škále) z oblasti diabetická diéta, monitoring glykémie, pohybová aktivita, akútne a chronické komplikácie diabetu a starostlivosť o nohy diabetika, bola priemerná vedomostná úroveň 55,77 %, čo nezodpovedá minimálnym požiadavkám (60 %) a výsledky sa považujú za neuspokojivé.

Compliance pacienta považuje Martinka (2003, s. 4) za jeden zo základných predpokladov dosiahnutia kritérií liečby diabetes mellitus. Compliance a adherencia pacienta v terapii môže byť ovplyvňovaná faktormi vyplývajúcimi z náročnosti selfmanažmentu (vykonávanie pravidelného selfmonitoringu glykémie a interpretácie jeho výsledkov, úpravy množstva prijatých sacharidov), resp. z rizík terapie (napríklad strach z hypoglykémie a pod.).

Záver

Ako vyplýva zo štatistických údajov, vývoj počtu diabetologických ambulancií a počtu personálu zdravotníckeho tímu sa nevyvíja v zhode s trendom vysokého nárastu diabetikov a pacientov s rizikom vzniku tohto ochorenia. V bežnom živote si so svojim ochorením musí diabetik poradiť sám. Zdôrazňovanie úlohy sestry a vzdelávanie sestier je preto jedným z cieľov Slovenskej diabetologickej spoločnosti. Mnohí diabetológovia dlhodobo upozorňujú na to, že edukácia, ktorú vykonávajú v ambulancii, je najpodstatnejšou časťou z celej liečby.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. FÁBRYOVÁ, Ľ. 2008. Diabetes mellitus - nové trendy v liečbe. In *Via practica*.[online]. 2008, roč. 7-8 [cit. 2013-1-10]. Dostupné na internete :http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3264&magazine_id=1.ISSN 1336-4790.
2. FRANCIOSI, M., LUCISANO, G., PELLEGRINI, F., et al. 2011. Role of self-monitoring of blood glucose and intensive education in patients with Type 2 diabetes not receiving insulin. A pilot randomized clinical trial. Diab Medicine. ISSN: 1998-3832. 2011,28, p. 789–796.
3. GINTER, E. 2007. Výskyt obezity vo svete a na Slovensku. In *Medical practice,* 2007, ISSN 1336-8109, roč. II, č. 3, s. 24.
4. JURKOVIČOVÁ, J. 2005. Vieme zdravo žiť ? In *Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave.* [online]. 2005 [cit. 2013-3-7]. Dostupné na internete: http://www.pfizer.sk/files/ostatne/ViemeZdravoZit.pdf. ISBN 80-223-2132-X.

5. KUDELOVÁ, A. 2007. Kvalita života diabetického pacienta. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2007. č. 11-12 , s.42.
6. HOLMANOVÁ, E.- ŽIAKOVÁ,K. 2005. Hodnotenie kvality života pacientov s diabetes mellitus. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve.* [online]. 2005 [cit.2013-3-7]. Dostupné na internete: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user upload/ editors/Oset_Files/oset_martin_2005.pdf. ISBN 80-888 66-32-4.
7. HUDÁKOVÁ, A.- DERNÁROVÁ, L. 2013. Podiel ošetrovateľstva na prevencií komplikácií u diabetikov. [online].2013 [cit. 2013-1-28] Dostupné na internete: http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_35_14.pdf
8. HLINKOVÁ, E.- NEMCOVÁ, J. 2011. Posúdenie v edukácii cievno- chirurgických pacientov s diabetes mellitus. In *Ošetrovateľstvo teória – výskum- vzdelávanie*. ISSN 1338-6263, 2011, roč.1, č.1, s.22-23.
9. IVANČOVÁ, A. 2006. Edukácia pacienta s diabetom 2. typu. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2006, č.3-4, s. 46.
10. KOVÁCSOVÁ, M. 2012. Úloha sestry pri redukcii kardiovaskulárneho rizika u pacienta s diabetes mellitus. Diplomová práca. Ružomberok: FZ KU v Ružomberku. 2012.
11. MAJERNÍKOVÁ, Ľ.2011. Vplyv edukácie prostredníctvom profesionálov na vedomostnú úroveň diabetikov 2. typu. In *Ošetřovateľství a porodní asistence.* [online]. 2011, roč.2, č.1 [cit.2013-6-3]. Dostupné na internete: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-01/5_majernikova.pdf. ISSN 1804-2740
12. MARTINKA, E. 2003. Princípy intenzívnej liečby inzulínom u pacientov s diabetes mellitus 1. typu. *Diabetik, odborná príloha pre lekárov*. ISSN 1336-0426. 2003. Roč. 1, č. 2, s. 4–10.
13. RYBKA, J.2007. *Diabetes mellitus- Komplikácie a přidružená onemocnení*. 1. vydanie. Praha: Vydavateľstvo Grada Publishing, a.s,. 2007. s.118 – 140. ISBN 978-80-247-1671-8.

Kontaktná adresa:
PhDr. Mária Novysedláková, PhD.
FZ KU v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: maria.novysedlakova@ku.sk

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY BÓLU PORODOWEGO

Sylwia Lisowska, Grażyna Dębska

Krakowska Akademia im A. Frycza Modrzewskiego-Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Streszczenie

Poród jest wydarzeniem życia. Chociaż większość doświadczeń porodowych jest pozytywna, niektóre kobiety postrzegają poród jako wydarzenie traumatyczne. Doświadczenia takie jak lęk, ból, cierpienie i strach może działać jako bariera dla kobiet. Powszechnie stwierdzono, że trach jest związany ze zwiększonym bólem porodowym. Ból może być postrzegany jako sojusznik w procesie narodzin. Może motywować do działania. W łagodzeniu bólu pomaga zmiana pozycji i ruch, powierzchowne ciepło i zimno, masaż, akupunktura, aromaterapia, koncentracja uwagi i muzyka i stałe wsparcie osoby bliskiej. Niefarmakologiczne metody pomagają kierować bólem porodowym. Kontrola bólu porodowego jest możliwa. Przygotowanie do porodu jest sposobem radzenia sobie z bólem w różnych sytuacjach. Istotne jest jak kobiety doświadczają poród i jakie czynniki mają wpływ na postrzeganie porodu. Satysfakcja z porodu nie jest koniecznie uzależniona od braku bólu.

Słowa kluczowe: Ból. Ból porodowy. Łagodzenie bólu.

Summary

Childbirth is a significant life event. Although most birth experiences are positive, some women perceive giving birth as traumatic. Experience such as fear, pain, suffering and fear can act as a barrier for women. Fear is commonly found to be associated with increased labour pain. The pain can be seen as an ally in the process of birth. It can motivate to action. To give relief of labor pain helps maternal movement and position changes, superficial heat and cold, massage, acupuncture, aromatherapy, attention focusing, music and constant caregiver of a close relative. Non-pharmacologic methods help women manage labor pain. Labor pain control is possible. Preparing for childbirth is a way of managing or coping with labour and birth in a variety of situations. It is essential how women experience birth and what factors influence their perceptions of giving birth. Satisfaction with childbirth is not necessarily contingent upon the absence of pain.

Key words: Childbirth. Labor pain. Pain relief.

Wstęp

Odczuwanie bólu jest sygnałem ostrzegawczym organizmu. Pojawienie się dolegliwości bólowych informuje o istniejącym zagrożeniu, niebezpieczeństwie. Ból jest doznaniem zmysłowym i emocjonalnym, które wywołuje stres, niepokój, napięcie, brak wiary we własne siły, wpływa również na reakcje z otoczeniem i relację z najbliższymi. Czynniki związane z bólem wielokrotnie wzmacniają odczucia bólowe [1,11,12].

Wyróżnia się różne wymiary bólu, które umożliwiają ocenę jakości i umiejscowienia bólu. Mogą odpowiadać za pojawienie się motywacji, reakcji „walcz i uciekaj", wywołują także uczucia strachu. Wpływają na reakcje przyjemności i niezadowolenia, objawiają się jako relacje zgody lub odmowy. W wypadku zahamowania między wymiarem oceny i reakcji spowodowanym pozytywnymi doświadczeniami, kobieta będzie odczuwać jedynie ból fizyczny, natomiast jeśli pojawią się negatywne emocje, lęk, smutek, niechęć, odczucie bólu będzie dodatkowo spotęgowane przez te doświadczenia [1,2].

Ból związany z porodem znacznie różni się od innych postaci bólu, jest procesem fizjologicznym, informuje o zbliżającym się porodzie, ma cykliczny charakter występowania, zmienia się także jego natężenie i częstość występowania. Odczuwanie bólu ma charakter indywidualny, w dużej mierze uzależniony jest od poziomu lęku i stresu, spowodowanego często niedostatecznym poziomem wiedzy i negatywnym doświadczeniem [1].

Podczas I okresu porodu ból powstaje w wyniku skracania i rozwierania szyjki macicy, skurczów macicy, jest wynikiem skracania, rozciągania i niedokrwienia tkanek. Ból w I fazie porodu powoduje też ucisk na nerwy splotu lędźwiowo-krzyżowego, nacisk na spojenie łonowe oraz stawy krzyżowo-biodrowe. W II okresie porodu ból choć silniejszy jest znaczniej lepiej tolerowany przez kobiety, jest wynikiem naporu części przodującej w kanale rodnym. Doznania bólowe potęgowane są dodatkowo rozciąganiem struktur miednicy. Ból oceniany jest jako intensywny i ostry, natomiast w chwili rodzenia się główki nie jest odczuwalny, gdyż nerwy nie są w stanie przewodzić bodźców bólowych. Dzięki temu kobiety nie czują bólu podczas nacięcia krocza [1,2,9,11].

Mechanizm bólu porodowego

Hormony odgrywają kluczową rolę w procesie porodu, dzięki nim możliwe jest pojawienie się czynności skurczowej, postęp porodu. Wynikiem działania hormonów może być aktywny przebieg porodu, możliwe jest uzyskanie stanu relaksu w przerwie między skurczami i przypływ energii potrzebny w II okresie porodu. Postęp porodu jest wynikiem działania na organizm kobiety czterech grup hormonów. Są to: oksytocyna, endorfiny, adrenalina i noradrenalina oraz prolaktyna.

Hormonem odpowiedzialnym za regularną czynność skurczową jest oksytocyna. Nacisk główki dziecka na szyjkę macicy, zstępowanie główki w kanale rodnym powoduje stymulację szyjki macicy, a dzięki temu dochodzi do wydzielania oksytocyny. Aby postęp porodu był możliwy, a czynność skurczowa regularna i nasilona, konieczna jest częsta stymulacja. Umożliwia ją ból, który na chwilę powoduje wzrost poziomu stresu kobiety, na co jej organizm reaguje zwiększając produkcję katecholamin, odpowiedzialnych za reakcję produkcji oksytocyny i jednocześnie za produkcję endorfin. Brak cyklicznej produkcji katecholamin hamuje produkcję oksytocyny i endorfin i wpływa na spowolnienie czynności skurczowej. Skutkiem tego jest przedłużenie czasu trwania skurczy przepowiadających, i zwiększenie poziomu odczuwanego bólu. W czasie trwania I fazy porodu należy skupić się na przerwach między skurczami. Uzyskanie stanu relaksu, spokoju w przerwie między skurczami niezakłóconego przez stres, strach, niepewność czy wątpliwości ułatwia aktywację parasympatycznego układu nerwowego i stymuluje wzrost poziomu oksytocyny [2,11].

Beta-endorfiny są wytwarzane przez przysadkę mózgową. Endorfiny odpowiadają za uczucia przyjemności, euforii i zależności, a w trakcie porodu hamują wydzielanie oksytocyny w czasie gdy skurcze są zbyt mocno nasilone. Kobieta w tym czasie odczuwa silny ból, który nie powoduje rozwierania szyjki macicy. Endorfiny działają przeciwbólowo i wprowadzają kobietę w stan podobny do hipnozy. Dochodzi do wyłączenia funkcji kory mózgowej i przejęcia kontroli przez autonomiczny układ nerwowy [1,14].

Adrenalina i noradrenalina (katecholaminy) zwane hormonami „walki i ucieczki" są wydzielane przez gruczoł nadnerczy w sytuacji pojawienia się zagrożenia, strachu, głodu, nadmiernej ekscytacji. Wysoki poziom hormonów w I okresie porodu może doprowadzić do osłabienia czynności skurczowej, czego efektem jest zwolnienie tempa porodu. W II okresie porodu następuję nagły wzrost poziomu katecholamin, szczególnie noradrenaliny, która sprawia że kobieta czuję przypływ energii i siły potrzebnej podczas porodu, pojawia się fizjologicznie odczuwana suchość w jamie ustnej, płytki oddech, potrzeba silnego złapania się czegoś. Nagromadzone emocje uwalniane są podczas kilku silnych skurczów, w wyniku których rodzi się dziecko. Po porodzie poziom katecholamin spada, a sprzyjająca temperatura otoczenia powoduje wzrost poziomu oksytocyny odpowiedzialnej za obkurczanie mięśnia macicy i zapobiega krwotokom [1,3,14].

Prolaktyna jest hormonem poddania się i zależności, swój najwyższy poziom osiąga w końcowym etapie porodu. W trakcie porodu oksytocyna stymuluje produkcję prolaktyny potrzebnej do lepszej adaptacji dziecka do środowiska zewnętrznego i stymuluje produkcję endorfin. Prolaktyna jest hormonem odpowiedzialnym za produkcję mleka.

Często niefarmakologiczne sposoby łagodzenia bólu porodowego są niewystarczające. Należy pamiętać o indywidualnym dla każdej kobiety progu bólowym i

tolerancji na ból. Zanim zastosuje się leczenie przeciwbólowe istotne jest prowadzenie dokumentacji, która pozwoli na ocenę natężenia bólu, a pacjentka musi wyrazić świadomą zgodę na zastosowanie danej metody. Stosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu wymaga nadzoru lekarza oraz dodatkowego nadzoru nad rodzącą i dzieckiem [1,8].

Psychologiczne funkcje bólu porodowego

Okres ciąży jest dla kobiety czasem budowania emocjonalnej więzi z dzieckiem. W tym czasie dziecko jest postrzegane dwojako, jako część ciała kobiety i odrębna osoba. W momencie z jest dla kobiety momentem trudnym, a zbliżający się nieuchronnie czas porodu pogłębia te uczucia. Przed porodem pojawiają się sprzeczne uczucia, z jednej strony oczekiwanie na rozdzielenie, z drugiej strony obawa. Jest to strach przed nieznanym. Funkcja bólu porodowego polega na nieuniknionym zbliżaniu się okresu oddzielenia od dziecka, a postęp porodu nie pozwala pojawiać się jakimkolwiek wątpliwościom. Trudno powiedzieć czy kobieta w ciąży samodzielnie zdecydowałaby o oddzieleniu od dziecka, dlatego pojawienie się bólu pomaga koncentrować i zaangażować wszystkie siły podczas porodu [12].

Endorfiny produkowane podczas porodu są odpowiedzialne za funkcje emocjonalne. Spowodowane bólem przeżycia wyzwalają w kobiecie „stan wrażliwości" na narodzenie dziecka. Poprzez zaangażowanie wszystkich zmysłów i sił podczas porodu w sposób instynktowny i nieświadomy wpływają na budowanie psychicznej więzi z dzieckiem nie tylko na poziomie biologicznym. „Stan wrażliwości" wywołuje w kobiecie, podobnie jak stan zakochania chęć opiekowania się dzieckiem i dbania o nie. Zapewnienie dziecku odpowiednich warunków i dbanie o potrzeby sprawia matce przyjemność [12].

Ból porodowy spełnia funkcję religijną, niezależnie od wyznania jest wyrazem dojrzałości duchowej. Wyraża się ona w sposobie przyjmowania każdego wydarzenia w życiu, również bólu. Wiara w oczyszczającą moc cierpienia, prowadzącej do pełnej wolności jest charakterystyczna dla filozofii Wschodu. Ból i cierpienie religii chrześcijańskiej ma związek z śmiercią i zmartwychwstaniem. Jest to cierpienie prowadzące do śmierci na rzecz życia wiecznego. Podczas porodu kobieta doświadcza triumfu życia, narodzin. Pokonanie bólu, cierpienia daje siłę i moc [12].

Moment porodu jest dla kobiety zarówno fizycznym i psychicznym obciążeniem. Kobieta musi zmierzyć się z emocjami, doświadczeniami, lękiem, bólem Poród jest wielkim wyzwaniem i trudem do pokonania. Może być powodem kryzysu emocjonalnego. Trudne sytuacje i przeżycia mogą jednak być pomocne. Moment podczas porodu, w którym kobieta przekonana jest o tym, że wyczerpała już wszystkie siły i energię jest momentem zwrotnym,

powoduje „poddanie się". Oznacza to, że jest zdolna do przekroczenia własnych barier i ograniczeń, odkrywa jednocześnie w sobie zasoby sił, których nie była świadoma [12].

Psychoprofilaktyka porodu

Emocje pojawiające się podczas porodu są spowodowane obawą przed bólem, przebiegiem porodu, stanem zdrowia podczas porodu, stanem zdrowia dziecka, zagrożeniem związanym z porodem. Strach, lęk wpływa na fizjologiczne reakcje organizmu wzrostem ciśnienia tętniczego, przyspieszeniem oddechu, tętna. Skutkiem lęku może być przedłużenie czasu trwania porodu i zwiększone odczucia bólowe. Psychoprofilaktyka polega na przygotowaniu kobiety do porodu, przekazaniu wiedzy na temat bólu, metodach jego łagodzenia i radzenia sobie z bólem. Psychoprofilaktyka to przygotowanie do naturalnego sposobu radzenia sobie z bólem i łagodzenia doznań bólowych. W psychoprofilaktyce ważne jest przekonanie kobiety o tym, że ból poród nie musi boleć, a osiągnąć to można informując o roli bólu w fizjologii porodu, sposobach radzenia sobie z dolegliwościami bólowymi w czasie porodu, możliwością odbycia porodu fizjologicznego bez konieczności stosowania środków przeciwbólowych. Zmobilizowanie kobiety do aktywności podczas porodu sprawi, że skurcze będą mieć swój naturalny charakter i będą informacją o postępie porodu, a nie przykrym i bolesnym doznaniem. Kobiety podczas porodu potrzebują potwierdzenia o naturalnym przebiegu porodu, o tym, że odczuwany ból ma naturalny charakter, dzięki wsparciu ze strony personelu kobieta łatwiej będzie znosić ból. Kobieta przygotowana do porodu potrafi wykorzystać umiejętności nabyte podczas ciąży, dzięki temu poród przebiegnie w sposób naturalny i aktywny. Natomiast brak przygotowania powoduje, że kobiety czują strach, który wywołuje napięcie mięśniowe, wzmagając dolegliwości bólowe. Jedną z metod psychoprofilaktyki opracował francuski lekarz Fernand Lamaze [1,6].

Metoda Lamaze'a polega na takim przygotowaniu do porodu, by skurcze macicy odbierane były jako seria doznań. Poprzez zrozumienie procesu porodu, wyuczenie odruchów warunkowych, np. kontrolowanego oddychania, koncentrowania na bodźcach, odwracania uwagi pacjentki od dolegliwości bólowych możliwe jest kontrolowanie bólu [5].

Metodą porodu naturalnego opartą na niestosowaniu środków przeciwbólowych jest metoda Bradleya. Polega na przygotowaniu kobiety poprzez naukę technik relaksacyjnych i dostosowaniu się do bodźców. Metoda ta uwzględnia rolę męża podczas porodu, jako osoby najbliższej dla rodzącej [1].

Dick-Read opracował metodę psychoprofilaktyki opartą na triadzie strach-napięcie-ból. Metoda ta przygotowuje do porodu poprzez wyjaśnienie przyczyn bólu, oraz sposobów minimalizowania strachu. Za pomocą oddychania, relaksacji oraz ćwiczeń można pozbyć się lęku i skoncentrować na reakcji organizmu. Rodząca powinna znaleźć własny sposób

oddychania i relaksacji, nienarzucony przez innych. Metoda nie przewiduje stosowania środków przeciwbólowych podczas porodu [1,5].

Sheila Kitzinger stworzyła metodę psychoprofilaktyki opartą na psychoseksualnym przygotowaniu kobiety do porodu. Metoda uwzględnia stosowanie technik relaksacyjnych rozwijających świadomość własnego ciała, między innymi za pomocą delikatnego masażu. Zwraca uwagę na zależność między mięśniami wokół pochwy i ust. Rozluźnienie mięśni krocza w razie zmożonego napięcia polega na delikatnym rozchyleniu ust i rozluźnieniu języka i żuchwy [1].

Przedstawiciele psychoprofilaktyki w przygotowaniu do porodu wykorzystywali techniki relaksacyjne, metody kontrolowanego oddychania, masaż, muzykę. Stosowane w psychoprofilaktyce przygotowanie do porodu polega na zdobyciu umiejętności relaksacji, skupieniu uwagi na odpowiednim oddychaniu, odwracaniu uwagi od bólu. Umiejętność świadomego napinania i rozluźniania mięśni jest bardzo istotnym sposobem łagodzenia bólu porodowego. Stres towarzyszący ciąży, lęk przed nieznanym, strach przed bólem towarzyszy każdej kobiecie. Nabycie umiejętności świadomego odprężania pozwala kontrolować i eliminować dolegliwości bólowe. Napięcie mięśniowe spowodowane bólem powoduje gromadzenie się w organizmie toksycznych produktów przemiany materii, potęgując doznania bólowe. Dzięki umiejętności rozluźniania mięśni podczas porodu kobieta nie traci siły, poprawia wentylację i zmniejsza doznania bólowe. Relaks podczas porodu jest czynnością wyuczoną, wymagającą pracy nad sobą, kontroli nad emocjami, praca ta polega na umiejętności zachowania spokoju, chwilami odpoczynku, zwolnieniem psychoruchowym, zmniejszeniem napięcia mięśniowego. Nauka relaksacji wymaga czasu i systematycznych ćwiczeń, powinna zaczynać się już w połowie ciąży. Relaks najlepiej osiągnąć poprzez kolejne napinanie i rozluźnianie kolejnych partii mięśni. Można zacząć od napięcia mięśni kończyn górnych do momentu uczucia bólu, następnie rozluźnić je, kolejno napina się mięśnie klatki piersiowej, głowy, twarzy, pośladków i krocza. Podczas napinania mięśni należy wstrzymać oddech na 3-4 sekundy. Pomocna podczas relaksacji może być atmosfera panująca na sali porodowej, sprzyja jej przyciemnione światło, obecność osoby bliskiej, panujący spokój. Należy pamiętać że hałas, ostre światło brak intymności i wszelkie ingerencje medyczne zakłócają przebieg porodu i uniemożliwiają włością relaksację [1,4].

Nauka świadomego oddychania jest ważnym elementem łagodzenia dolegliwości związanych z porodem. Pacjentka powinna całkowicie skupić się na oddychaniu torem przeponowym. Polega ono na unoszeniu brzucha podczas wdechu i jego opadaniu podczas wydechu. Po wdechu powinno nastąpić kilkusekundowe zatrzymanie powietrza, następnie bardzo powolne jego wydmuchiwanie przez usta. Oddychanie torem przeponowym nie angażuje do pracy mięśni klatki piersiowej. Po wydechu pacjentka jest zrelaksowana i

rozluźniona. Pacjentka w trakcie oddychania torem przeponowym powinna znajdować się w pozycji siedzącej lub stojącej, ze względu na widoczną w tej pozycji pracę przepony. Kilkukrotne powtórzenie czynności uczy spokojnego, kontrolowanego oddechu, pozwala na relaksację i łagodzi dolegliwości bólowe. Oddech powinien być indywidualnie dostosowany do kobiety, a technika i tempo dobrane w sposób instynktowny i wygodny. Podczas skurczu odruchowo kobieta napina mięśnie przez co oddech staje się krótki i nieregularny, wyuczony sposób oddychania zmniejsza napięcie mięśniowe, rozluźnia mięśnie brzucha, łagodzi ból. Oddychanie w I okresie porodu powinno być dostosowane do rytmu skurczów macicy. Podczas skurczu należy oddychać torem przeponowym a po jego ustąpieniu powinno się skupić uwagę na tym by oddech był miarowy i spokojny, a organizm zrelaksowany. Początkowo długi, spokojny, głęboki oddech w miarę nasilenia czynności skurczowej i postępie w rozwieraniu szyjki macicy staje się coraz szybszy i krótszy. W końcowej fazie rozwierania płytkie, krótkie i urywane oddechy powodują zmniejszenie wymiany gazowej w organizmie i mogą prowadzić do hiperwentylacji. Aby do tego nie doszło należy szybkie, powierzchowne oddechy po chwili zmienić na powolne i głębokie [1,3,7,8]. Podczas drugiego okresu porodu rytm oddechu należy przyspieszyć, oddechy stają się wtedy płytkie, a kobieta angażuje do pracy przeponę. Częstotliwość oddechu osiąga jeden oddech na sekundę, następnie zwalnia. W chwili pojawienia się skurczów partych rodząca na początku skurczu wykonuje wdech i wydech nabierając powietrze w dolne partie płuc, następnie za pomocą tłoczni brzusznej wywiera nacisk w kierunku spojenia łonowego. Czynność tą należy powtórzyć 1-2 razy podczas jednego skurczu [1,3,8].

Psychoprofilaktyka uwzględnia rolę masażu w łagodzeniu bólu porodowego. Dotyk jest jednym ze zmysłów, który dostarcza nam informacji dotyczących kształtów, wielkości, faktury. Bodźce jakie dostarcza dotyk odbierane są przez receptory znajdujące się na całej powierzchni ciała, dostarczają informacji o przyjemności lub bólu. Dotyk, masaż jest również formą komunikacji między personelem a rodzącą. Masaż pozwala rozładować napięcie psychiczne spowodowane fizycznym bólem. W czasie porodu dotyk stymuluje organizm do produkcji endorfin, które działają znieczulająco, a także jest sposobem udzielania wsparcia emocjonalnego i przekazywania uczuć. Napięcie mięśniowe spowodowane stresem i bólem można zredukować przez dostosowanie masażu do potrzeb i upodobań kobiety. Potrzeba dotyku podczas porodu jest indywidualnie tolerowana przez kobiety, czasem dotyk przeszkadza i denerwuje, czasem dodaje otuchy, zmniejsza stres i niepokój, daje poczucie bezpieczeństwa. Masaż poprawia krążenie krwi, obniża ciśnienie, zmniejsza napięcie mięśniowe, rozluźnia i działa przeciwbólowo [1,3]. Jedna z metod masażu jest głaskanie, które polega na rytmicznym dotyku otwartą dłonią, ruchami skierowanymi w stronę serca. Można również opuszkami palców głaskać brzuch podczas skurczów, nacisk palców nie

powinien powodować łaskotania, jednocześnie nie może być zbyt mocny i powodować bólu. Masaż działa na rodzącą uspokajająco i rozluźniająco. Można stosować również opukiwanie, ugniatanie, które pobudzają krążenie, rozluźniają napięcie mięśniowe. Naciskanie wykonuje się opuszkami, kciukami, kostkami w sposób okrężny. Sposób ten pobudza krążenie krwi, zmniejsza napięcie mięśniowe, działa szczególnie korzystnie na dolegliwości bólowe kości krzyżowej. Rozluźnienie okolicy dolnego odcinka kręgosłupa można uzyskać przez masowanie pleców, barków i ud. Masaż pleców polega na głębokim ugniataniu dolnego odcinka kręgosłupa przez wykonywanie powolnych kulistych ruchów zaczynając od środka kości krzyżowej, na boki i w kierunku ud. Masaż pleców łagodzi ból pleców spowodowany uciskiem na nerwy pochodzące z krzyżowego i lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Wykonywanie masażu pleców zaleca się w pozycji siedzącej z rozstawionymi kolanami i lekkim pochyleniem do przodu, a także w pozycji leżącej na boku [1,3,13]. Masaż ud i łydek rozluźnia mięśnie wewnętrznej strony ud, stymuluje rozwieranie szyjki macicy i zmniejsza obrzęki stóp. Masaż stóp, szczególnie podeszwy stopy i palucha po wewnętrznej stronie stymuluje czynność skurczową w I kresie porodu, poza tym rozluźnia i odpręża całe ciało. Masaż szyi i ramion zmniejsza napięcie mięśniowe tych okolic, masaż krocza zwiększa przepływ krwi i uelastycznia tkanki. Wykorzystując stosowanie ciepłej i zimnej wody podczas porodu zmniejsza dolegliwości bólowe i przynosi ulgę [1,3,13].

Odwracanie uwagi od dolegliwości bólowych możliwe jest dzięki zastosowaniu muzyki w psychoprofilaktyce. Muzykoterapia jest to metoda stosowana w psychoterapii, polega na wykorzystaniu muzyki w procesie diagnostyki i leczenia. Muzyka w specyficzny sposób oddziałuje na organizm człowieka, ma wpływ rozluźniający i uspokajający. Za pomocą muzyki można odwrócić uwagę rodzącej od bólu, lęku. Odpowiednio dobrana muzyka może współgrać z rytmem oddychania, pobudzeniem wyobraźni, działa relaksująco i pozwala skoncentrować się na pozytywnych myślach i uczuciach. Powinna być dobrana indywidualnie, zgodnie z osobistymi preferencjami, a tempo zbliżone do rytmu pracy serca. W I okresie porodu zaleca się wykorzystywać muzykę naturalną, zawierającą naturalne brzmienia przyrody. Muzyka taka jest skomponowana w sposób odpowiadający pracy serca człowieka, wykorzystuje się dźwięki szumu fal morskich, lasu, strumieni, śpiewu ptaków i wiatru. Preferowana jest muzyka klasyczna i utwory Chopina, Beethovena, Bacha. Podczas drugiego okresu porodu wykorzystuje się muzykę rytmiczną o szybkim tempie, zróżnicowaną melodycznie, i dynamiczną. Dzięki muzyce możliwe jest zmniejszenie poziomu stresu, napięcia, zredukowanie zmęczenia i osiągnięcie relaksacji. Dolegliwości bólowe są odbierane łagodniej, poprawia się zdolność koncentracji, zmienia nastrój, ma działanie mobilizujące [1].

Podsumowanie

Przygotowanie do porodu oparte na wiedzy i umiejętnościach nabytych w ciąży sprawia, że kobiety są świadome tego co je czeka, mogą się łatwiej przystosować do nowej sytuacji. Wykorzystując zdobytą wiedzę o sposobach relaksacji, przyjmowaniu pozycji porodowych aktywnie uczestniczą w porodzie i wpływają na jego przebieg. Zdobyta wiedza w znacznej mierze zmniejsza napięcie emocjonalne, często spowodowane lękiem przed przebiegiem porodu. Ciąża i poród mają duży wpływ na psychikę kobiety. Negatywne sytuacje pojawiające się w tym czasie mają stresujący i negatywny wpływ na stan psychiczny i sposób zachowania się. Nagromadzone emocję są uwalniane podczas porodu i mogą zakłócać jego przebieg. Kobieta świadoma wpływu emocji na odczuwanie bólu wie, że pozytywne nastawienie pomaga w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami, a wiara we własne siły działa mobilizująco. Pozytywne emocje sprawiają, że kobiety łatwiej przystosowują się do nowej sytuacji, mobilizują do działania, dzięki czemu kobieta łatwiej radzi sobie w sytuacjach trudnych. Możliwość współpracy z personelem daje poczucie kontroli, kobieta może brać udział w podejmowaniu decyzji podczas porodu. Odpowiednie przygotowanie uwrażliwia kobietę na symptomy rozpoczynającego się porodu, pozwala skupić się na przebiegu porodu. Kobieta jest przygotowana do aktywnego uczestnictwa w porodzie, bierze udział w podejmowaniu decyzji, jest skupiona, nie ulega emocjom, jest skoncentrowana na dziecku.

Bibliografia:

1. IWANOWICZ-PALUS G: Alternatywne metody opieki okołoporodowej. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2012
2. KUBICKA-KRASZYŃSKA U, Otffinowska A, Pietrusiewicz: O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia. Fundacja Rodzić po ludzku, Warszawa 2006
3. BALASKAS J: Poród aktywny. Niezależna Oficyna Wydawnicza, Warszawa 1997
4. DATTA S: Metody łagodzenia bólu podczas porodu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009
5. BRĘBOROWICZ G.H: Położnictwo. Podręcznik dla Położnych i pielęgniarek. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2002
6. ŁEPECKA-KLUSEK C: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003
7. BRĘBOROWICZ G.H: Położnictwo i ginekologia Repetytorium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010
8. DUDENHAUSEN J.W, PSCHYREMBEL W: Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007

9. IWANOWICZ-PALUS G: Prowadzenie porodu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011
10. SZULC R: *Ból i jego granice.* Medycyna Praktyczna. Położnictwo i Ginekologia. 2009, 1; 9-12
11. SCHMID V: *Znaczenie bólu porodowego.* Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2012, 9; 28-29
12. WITKIEWICZ M: *Znaczenie bólu porodowego.* Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2011, 1-2; 50-51
13. SZCZAWIŃSKA M.: Razem czy osobno. Wydawnictwo AZ. Kraków 2000
14. http://www.rodzicpoludzku.pl/Wiedza-o-porodzie/Porod-w-ekstazie-przewidziany-przez-nature-hormonalny-plan-porodu.htmly

Kontaktná adresa:
Mgr. Sylwia Lisowska
31-831 Kraków
Ul Fatimska 14/23
E-mail: sylwina_l@o2.pl

VALIDÁCIA SENIORA, ÚČINNÁ LIEČEBNOPEDAGOGICKÁ TERAPIA

Helena Kuberová, Iveta Strážiková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta, KLP IJP v Levoči

Abstrakt

Demografický vývoj seniorov sa v posledných desaťročiach stáva na Slovensku i v celej Európe vážnym celospoločenským problémom. Zmeny spôsobené starobou sú vzájomne prepojené, týkajú sa psychologickej, sociálnej a telesnej i spirituálnej stránky seniora. Hudba a spev, ako liečebnopedagogická terapia ovplyvňuje celkovo osobnosť človeka a má pozitívny vplyv pri liečbe mnohých ochorení a stavov. Validácia seniorov je nový terapeutický prístup k starým a dementným pacientom, v ktorom sú rešpektované hodnoty jedinečnosti a individuálneho prístupu ku každému klientovi. Hodnota človeka by sa nemala merať tým, čo má, ale čím je on sám.

Kľúčové slová: Senior. Muzikoterapia. Validácia seniora. Liečebný pedagóg. Sestra. Prirodzený kresťanský prístup k seniorom. Nadprirodzený kresťanský prístup k seniorom.

Abstract

Demographic developments senior in recent decades, becoming at home and across Europe a serious social problem. Changes due to old age are interrelated, refer to the psychological, social, physical and spiritual aspect senior. Music and singing, as Curative Education therapy affects the overall personality of a person and has a positive effect in treating many diseases and conditions. Senior Validation is a new therapeutic approach to the elderly and dementia caregivers in which respected the uniqueness and individual approach to each client. The value of a man should not be measured by what he has, but so is he.

Key words: Senior. Music Therapy. Validation senior. Curative educator. Nurse. Natural approach to Christian seniors. Supernatural Christian approach to seniors.

Demografický vývoj seniorov sa v posledných desaťročiach stáva na Slovensku i v celej Európe vážnym celospoločenským problémom. Na štvrtom stredoeurópskom sympóziu o sociálnej gerontológii odzneli úvahy o tom, kedy sa starnutie populácie stáva celospoločenským problémom. Pokiaľ je podiel seniorov z celkového počtu obyvateľstva do

8 %, nepredstavuje to výrazný problém, no ak je podiel seniorov medzi 8 až 10 %, mali by vznikať v krajinách nové služby pre seniorov. V prípade ak podiel seniorov v spoločnosti dosiahne 14 % obyvateľstva, nastáva celospoločenská potreba riešenia problému (Čornaničová, R., 2007, s.13).

Zo zdroja Štatistického úradu Slovenskej republiky zisťujeme, že u nás v roku 2010 bol 12,38 % podiel seniorov z celkového počtu obyvateľstva, čo vyžaduje podľa gerontológov potrebnú koordináciu služieb zameraných na edukáciu seniorov.

Tabuľka1 *Veková štruktúra obyvateľstva v SR za rok 2001-2010*

Veková skupina	**štruktúra v %**									
Rok	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**
0 – 14	18,72	18,13	17,55	17,06	16,59	16,14	15,76	15,45	15,32	15,28
15- 64	69,89	70,42	70,92	71,31	71,67	72,00	72,27	72,46	72,42	72,34
65+	11,39	11,46	11,53	11,62	11,74	11,86	11,98	12,09	12,26	12,38

Zdroj: http://portal.statistics.sk/files/informativna-sprava_demograficky-vyvoj

Hrozenská rozlišuje starnutie relatívne a absolútne. Pri absolútnom starnutí počet obyvateľov vyššieho veku pribúda v dôsledku nižšej úmrtnosti. Pri relatívnom starnutí je neskôr narodených menej ako obyvateľov s vyšším vekom. Vo vyspelých krajinách prevláda relatívny typ starnutia (Hrozenská, M. a kol., 2008, s. 12).

Na Slovensku sa priemerne dožívajú muži 72 rokov a ženy 77 rokov. Slovenské ženy v dĺžke života dobiehajú vyspelé krajiny, ale muži žijú o 5 – 9 rokov menej ako vo vyspelých krajinách (Malovič, P., 2003, s. 10). Litomerický upozorňuje na feminizáciu staroby a poukazuje na fakt, že staroba sa stala predovšetkým skúsenosťou žien (Litomerický, Š., 1992, s. 49). Prognózy na rok 2050 ukazujú, že na jedného obyvateľa vo veku do 17 rokov pripadnú dvaja obyvatelia vo veku nad 65 rokov. Predpokladá sa asi 4-násobný nárast indexu starnutia a za hlavný dôvod starnutia sa považuje znižovanie pôrodnosti. Na starnutie vplývajú aj iné faktory, napr. politické, ekonomické, kultúrne a ďalšie. Proces starnutia prinesie so sebou veľa zmien a spoločnosť sa na to musí pripraviť (INFOSTAT 2002) "*Klesajúca pôrodnosť je typická takmer pre celú Európu. Reprodukcia populácie nie je zaručená, pretože na jej zabezpečenie treba na 100 žien 210 pôrodov, teda minimálny index 2.1."*(Hegyi, L., 2008, s. 93). V prípade, ak je menší podiel mladších dospelých ako starších ľudí v populácii obyvateľstva, znamená to, že menšia časť populácie pracuje a tým sa odvádzajú menšie dane z príjmu, menej peňazí ide do zdravotného a sociálneho poistenia. Nezaisťuje sa tak

dostatočný príjem na dôchodky a lekársku starostlivosť pre starších ľudí, čo môžeme nazvať termínom *demografická časovaná bomba* (Hrozenská, M. a kol., 2008, s. 15).

S obavami sa na odchod do dôchodku častejšie pozerajú muži a ženy sa naopak na dôchodkový vek tešia častejšie. Ľudia, ktorí pracovali fyzicky, si dôchodkový vek užívajú menej ako duševne pracujúci ľudia. Vyplýva to pravdepodobne z horšieho zdravia (Stuart-Hamilton, I., 1999, s. 163).

Prechod z aktívneho činného pracovného života do dôchodku je prelomovým obdobím v živote seniora. Zo dňa na deň stráca svoju dominantnú sociálnu rolu a mení sa jeho postavenie. Pri strácaní seniorovho pracovného programu je potrebné mu ponúknuť a vytvoriť mu možnosť životného programu, ktorý je pokračovaním pracovného programu (Hrapková, N., 1998, s.9).

Zmeny v seniorskom veku, ich analýza a možnosti riešenia

Zmeny spôsobené starobou sú vzájomne prepojené, týkajú sa psychologickej, sociálnej a telesnej i spirituálnej stránky seniora, pričom zasahujú z jednej roviny do inej. Ľudia sa líšia v tom, ako sa dokážu vyrovnať so zmenami. Základnou ľudskou schopnosťou je schopnosť adaptovať sa. Senior sa môže adaptovať na starobu podľa Venglářovej (2007), rôznymi spôsobmi. Konštruktívnym prístupom k starobe, kedy sa človek v produktívnom veku pripraví na starobu vhodne sa stravuje a má dostatočné pohybové aktivity, má širokú sieť priateľov a známych, udržuje dobré vzťahy s rodinou, aby sa po odchode na dôchodok nedostal do sociálnej izolácie. Po odchode do dôchodku sa tiež zvýši jeho závislosť na okolí, čo vyžaduje namiesto izolácie väčšiu prítomnosť rodiny či personálu. Niekedy senior nemusí zvládať svoju situáciu, a tak zaujme nepriateľský postoj k ľuďom okolo seba (Venglářová, M., 2007, s.12).

Prehľad základných zmien uvádzame v tabuľke:

Tabuľka 2 *Zmeny v starobe*

Telesné zmeny	**Psychické zmeny**	**Sociálne zmeny**
Zmeny vzhľadu	Zhoršenie pamäti	Odchod do dôchodku
Úbytok svalovej hmoty	Nedôverčivosť	Zmena životného štýlu
Zmeny termoregulácie	Znížená sebadôvera	Sťahovanie
Zmeny činnosti zmyslov	Sugestivita	Straty blízkych ľudí
Degeneračné zmeny kĺbov	Emočná labilita	Osamelosť
Zmeny tráviaceho systému	Zmeny vnímania	Finančné problémy
Zmeny vylučovania moču	Zhoršenie úsudku	
Zmeny sexuálnej aktivity		

Zdroj: VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situácie v péči o seniory .* Praha: Grada Publishing, 2007, s.12

V prípade ak jedinec pociťuje úbytok fyzických a psychických síl a znemožňuje mu to podávať plný výkon v procesoch telesnej a duševnej práce, začíname hovoriť o starobe z psychologického hľadiska (Kuric, J., 1997, s. 101). Proces starnutia organizmu môžu urýchliť stresové situácie, negatívne city alebo psychické rozpoloženie. Senior by mal zostať aktívny ako po fyzickej, tak aj po sociálnej a psychickej stránke, pretože sa tým spomalí mechanizmus starnutia. Mal by v tomto období hľadať predovšetkým to pozitívne, čo mu staroba a jej zmena so sebou prinesú. Hoci rýchlejšie zabudne, kde danú vec položil (epizodická pamäť), ale veľmi živo si vie predstaviť to, čo sa odohralo v minulosti (sémantická pamäť). Jednoznačnými ukazovateľmi psychického starnutia sú úzkostlivosť, nerozhodnosť, neadekvátna opatrnosť vo vzťahu k svojmu okoliu. „*Čo sa týka učenia a pamäti, senzorická pamäť si podrží informáciu len asi 1-2 sekundy, potom sa informácia stráca, ak nie je určená na ďalšie spracovanie. V primárnej pamäti zotrvávajú informácie 15-20 sekúnd a ak sú posilňované opakovaním alebo majú pre seniora hlbší emocionálny význam, sú ďalej transferované do dlhodobej pamäti"*(Hrozenská, M. a kol*.,* 2008, s. 21. U starších ľudí sa znižuje kapacita primárnej pamäti. Pri dlhodobej pamäti im robí väčší problém vybaviť si v pamäti nejakú informáciu. Životnú udalosť si zapamätajú rovnako dobre ako mladší, no už horšie si vybavujú vizuálne detaily. Sémantická pamäť ostáva v pokročilom veku v dobrom stave a je porovnateľná s mladšími. Je to preto, že pamäť na fakty a informácie je súčasťou kryštalickej inteligencie (Baštecký,J., 1994, s. 79). Starnutie prináša so sebou väčšiu múdrosť, ale menší dôvtip. Začiatkom 20. storočia sa Charles Spearman (in Stuart – Hamilton, 1999, 49s.) zaoberal meraním inteligencie. Zastával názor, že výkon človeka je ovplyvnený stále rovnakou základnou schopnosťou, bez ohľadu na predložený typ intelektuálnej úlohy – Spearmanovo „g". Tvrdí, tiež že „*oslabovanie pamäti môže byť do určitej miery dôsledkom selektívnych fyziologických zmien mozgu starších ľudí a že spomaľovanie nervovej aktivity sa súčasne premieta do úbytku fluidnej inteligencie a pamäte"* (Stuart-Hamilton, I., 1999, s.120). Vedomosti, ktoré človek získa v priebehu života, sa nazývajú kryštalická inteligencia. Meria sa jednoduchými priamymi otázkami, ktoré vymedzujú hranice jedincových vedomostí získaných na základe formálneho vzdelania. Fluidná inteligencia je schopnosť človeka riešiť nové problémy a nie sú to získané skúsenosti danej kultúry. Výskumníci zistili, že „g" sa zvyšuje zhruba do dvadsiateho piateho roku života. Merania sa uskutočnili transverzálnou metódou, čiže súčasne sa testovali ľudia rôzneho veku. Nemerali sa tí istí ľudia v 20. roku ich života a potom v 60. roku ich života. Štúdie ukazujú, že fluidná inteligencia s vekom slabne, zatiaľ čo kryštalická inteligencia zostáva vekom skoro nedotknutá (Hrozenská, M., 2008, s. 22). Poznatky výskumníkov hovoria, že ľudský mozog pri normálnom priebehu starnutia stráca 10-15 % svojej váhy. Takýto fakt má potenciálne vážny dopad na činnosť psychiky u staršieho človeka. Dôvody úbytku ľudského mozgu v priebehu starnutia nie sú celkom objasnené. Jedna z možných príčin je, že neurón má nedostatok kyslíka z dôvodu zníženia prívodu krvi do mozgu, čo môže zapríčiňovať veľa faktorov. Jedným z faktorov môže byť aj skutočnosť, že u starších

ľudí bez toho aby si to uvedomili prebiehajú miniatúrne mozgové infarkty. Jedným z aspektov zhoršenia kvality života u staršieho človeka je aj depresívny syndróm. Depresia je závažná choroba, ale nie súčasť staroby. Starší ľudia, ktorí trpia depresiou, častejšie navštevujú lekárske zariadenia. Hlavnou podmienkou úspešnej liečby je včasné odhalenie príznakov. Medzi charakteristické symptómy depresie patrí úbytok energie, človek stráca záujem o každodenné veci, zhorší sa i nich telesný pohyb, vytratí sa pozitívna energia a snažia sa napr. uniknúť do spánku. Határ (2005) rozpoznáva tiež zmeny v psychologickom starnutí na základe signifikantných prejavov, ktorými sú podľa neho: *„zmeny v poznávacích procesoch, v aktivačnej úrovni a v oblasti priestorovej, úbytok pamäťových a senzomotorických schopností, zmeny v intelektuálnych funkciách, zmeny emocionality, vôle a osobnostných čŕt, znížená odolnosť voči psychickej záťaži, stereotypnosť v myšlienkových pochodoch, nereálna predstava o svete*“ (Határ, C., 2005, s. 35). Seniori sú v tomto období života nerozhodní, úzkostliví, nedôverčiví k svojmu okoliu. Centrálne procesy spojené so spracovávaním situácie a rozhodovaním o spôsobe reakcie sú u seniorov spomalené, znižuje sa rýchlosť reakcií seniorov, čo spôsobuje rozdiel medzi mladšími a staršími. Preto staršiemu človeku nevyhovuje rozhodovanie sa pod tlakom. Veľmi ťažko prežívajú zmenu prostredia. V novom prostredí sa cítia stratení, trpia neistotou a sú z toho zmätení. V súčasnej dobe stúpa životné tempo, čo rovnako pôsobí na zníženú reakciu u seniora. Všetky spomínané fakty vážne ovplyvňujú duševné zdravie staršieho človeka. Starnutie je v úzkej súvislosti s postavením seniora v spoločnosti a jeho sociálnym statusom. U seniorov s negatívnymi osobnostnými vlastnosťami a malou kompetenciou je pravdepodobný aj nízky sociálny status. Pre seniora je odchod do dôchodku veľkou zmenou a prináša zmenu spôsobu jeho doterajšieho života. Odrazu má dostatok voľného času a právo na odpočinok, ktorého sa mu predtým nedostávalo. Deti z rodiny odišli a majú vytvorené vlastné rodiny. U seniora nastáva záťažová stresová situácia, ako má žiť a hlavne vyžiť na dôchodku a ako má prijať nové sociálne kontakty. Sociálne postavenie, ktoré si vybudoval kariérou, životom, a pod. stráca (Baloghová, B., 2007, s.13). Komunikácia seniora sa obvykle prejavuje pomalším hovorením, hlavne pri únave či strese. Pri komunikácii sa môžu u seniora objaviť rôzne bariéry, napríklad nedôvera, neochota komunikovať alebo obava z toho, ako bude naložené s informáciami, ktoré poskytol. Oblasť komunikácie o intímnych záležitostiach býva pre seniorov tabu. Zdravotné komplikácie a bolesti vyvolávajú u nich neochotu udržovať rovinu komunikácie. Špecifickým problémom, ktorý sa u seniorov v komunikácii objavuje, je nedoslýchavosť. Seniori sú citliví na náš záujem a vycítia ak záujem len predstierame a stratia chuť pokračovať v komunikácii. (Venglářová, M., 2007, s.74). Závislosť u seniora je spoločensky prijateľná, ale je nasmerovaná skôr k pasivite ako k aktivite. Výsledkom je jedinec, ktorý sa spolieha viac na druhého, u ktorého hľadá citovú oporu a hmotnú spokojnosť. Veľký význam v tomto ohľade mala sociálna skladba trojgeneračných a viacgeneračných rodín na Slovensku, kde si jednotliví členovia vzájomne vo všetkom pomáhali. Seniori v tomto prípade prežívali pocit potrebnosti, viac sa telesne udržiavali

v práci okolo domácnosti a dožívali sa vysokého veku bez veľkých nárokov na lekársku starostlivosť. Pravým opakom sú zas seniori, ktorých prejavovanie záujmu o ich osobu dráždi a odmietajú ho. Je to určitým dôkazom narušených sociálnych vzťahov z minulosti. Zmierili sa so starobou, znášajú všetky útrapy, starosti a sklamanie spojené s ich vekom. Strata životného partnera, ovdovenie, postihuje viac ženy ako mužov. Veľkosť vplyvu straty partnera závisí od toho, či bola táto strata očakávaná. Seniori sa so stratou partnera vyrovnajú individuálne, závisí to od ich vzájomného vzťahu. Seniorské manželské páry, ktoré prešli rôznymi životnými ťažkosťami a spoločne ich prekonali sú vo všeobecnosti šťastnejšie v porovnaní s mladšími manželskými pármi, ktoré v prípade i malého konfliktu sa hneď rozchádzajú. Telesné tkanivá, ako napr. pokožka, strácajú u seniora elasticitu. Vylučovacia sústava je spomalená a tráviaca sústava menej vstrebáva živiny. Dýchacia sústava privádza menej kyslíka ako predtým a obehová sústava stráca svoju silu v dôsledku zužovania a strácania pružnosti periférnych ciev. Tieto zmeny nepriaznivo vplývajú na činnosť mozgu. Napríklad pokles činnosti dýchacej a obehovej sústavy obmedzí príjem kyslíka do mozgu, čo môže mať vplyv na mozgovú mŕtvicu (tzv. iktus). Dobrým príkladom je, keď seniori po jedle zaspia, čo má za následok obmedzený prívod kyslíka do mozgu, lebo energia potrebná na proces trávenia pripraví mozog o kyslík nutný k zachovaniu plného vedomia. Zmierniť niektoré tieto dôsledky sa dajú vhodnou stravou a cvičením (Stuart-Hamilton, I., 1999, s. 26). Niektoré fyzické zmeny a choroby, ktoré vyplývajú zo staršieho veku, sa môžu odvrátiť, ak človek venuje aktívnu pozornosť svojmu zdraviu už v strednom veku. Vo vyššom veku sa zdravie chápe ako hodnota sama osebe. Telesný aktívny spôsob života je hlavným faktorom boja proti úbytku svalov. Seniori sú náchylní na to, aby sa ich svalovina menila na tuky. Prispieva k tomu neaktívny telesný spôsob života jedinca. Pohybové aktivity vplývajú aj na duševné zdravie seniora. Pri pravidelnom cvičení sa znižuje hladina depresie a vedie to aj k pozitívnemu emočnému preladeniu (Čornaničová, R., 1998, s.64). Seniori sa stretávajú so sklamaním, ak sa príliš zaoberajú vzhľadom svojho tela. Pre väčšinu ľudí znamená starnutie zhoršenie zdravia a telesnej kondície. Senior by sa mal zmieriť menšou telesnou kondíciou a mal by nachádzať potešenie v aktivitách, pri ktorých nie je až tak potrebný veľký telesný výkon. V období dospelosti medzi 40. – 70. rokom prebieha *religiózna zrelosť,* medzi 60. – 70. rokom *eschatologická religiozita.* Kozierová a kol. (2001) opisujú vo svojej publikácii psychosociálny vývin podľa Eriksona, ktorý uvádza, že v období nad 65 rokov je hlavnou úlohou *integrita „ja“ proti zúfalstvu.* Znakom pozitívneho riešenia je podľa autora *akceptovanie zmyslu a jedinečnosti vlastného života, prijatie smrti.* Znakom negatívneho riešenia je podľa neho *pocit straty a opovrhovanie ostatnými.* Spirituálne potreby a správanie sa umierajúcich seniorov má svoje štádiá. Jednak prebieha *subjektívne hodnotenie súčasného stavu,* porovnávanie situácie so staršími zážitkami, snaha o zvládnutie terajšej situácie na základe doterajších skúseností a zážitkov, vedomé, reálne a primerané zvládnutie situácie, zvládnutie obranných podvedomých psychických reakcií, vnútorný pohyb medzi nádejou a vedomým akceptovaním osudu, na ďalšej strane prebieha *vystupňovaná*

vnímavosť voči okolitému prostrediu, k iným ľuďom, rodine, známym, zdravotníckym pracovníkom. Presne vycítia kto a ako úprimne sa k nim správa, vedia kto je ochotný pripustiť v rozhovore aj vážne a nepríjemné témy. Chorí aj v bezvedomí dobre vnímajú zvuky z okolia (rozhovor pri chorom viesť tak, ako by bol v plnom vedomí). V ďalšom rade prebiehajú *úzkostné stavy,* nie smrteľná úzkosť, ale skôr obavy, s ktorými sa musí umierajúci vyrovnať. Sú prirodzené pre každého človeka, objavujú sa aj u tých čo vedia o svojom zdravotnom stave, ale aj u tých, ktorí to len tušia. Ďalším faktorom je *strach* zo samoty a osamelosti, strata sociálnej role, pocit zbytočnosti, zo straty kontroly nad sebou po psychickej aj fyzickej stránke, z bezmocnosti, že sa s ním, ako nemohúcim a umierajúcim bude zaobchádzať nedôstojne, alebo ako s neschopným. Vážnym je aj *ústup zo sociálnych väzieb,* vzďaľovanie sa od iných ľudí, priateľov, rodinných príslušníkov, uzatváranie sa do seba, možné vystupňovanie egocentrického postoja a ľahostajnosti voči osudu iných. Jedinou výnimkou je materinská láska a pocit materinskej zodpovednosti, ktoré svojim náhlym vzplanutím môžu spôsobiť aj konflikt medzi rodinnými príslušníkmi. Tu je veľmi potrebný a dôležitý správny postoj zdravotníckych pracovníkov. Rovnakú vážnosť má podľa autorky rozhovor sestry s umierajúcim**.** Odpovede sestry pri empatickom rozhovore musia byť také, že popri obsahu prijíma pocity klienta a vysvetlí mu, že ho rozumie, že ho chápe a sú ochotní sa s ním o týchto pocitoch rozprávať. Priestor má aj empatické počúvanie. („Chápem vás, že.... Verím vám, že máte obavy...). Rozhovor môže mať aj chyby ak je rušený rôznymi okolnosťami a odpovede sestry by mali byť vecné, vyžadujúce rovnako pochopenie. Sestra v takom prípade akceptuje otázku, ale prepočuje pacientove starosti, pochybnosti, či obavy. Zaraďuje vyhýbavé odpovede typu: „Opýtajte sa lekára“, alebo sestra odpovedá: „Dám vám upokojujúcu injekciu.“ Často sa stáva, že neskúsená sestra používa g*eneralizujúce,* zovšeobecňujúce odpovede: „*Všetci ľudia sa boja...“, „Väčšina ľudí ticho zaspí, ani s vami to nebude inak.“* Rovnako sa sestra správa *moralizujúco*, ak porovnáva klientovu výpoveď s vlastnými normami, pričom nesprávne predpokladajú, že normy majú platiť všeobecne, rovnako pre všetkých klientov. Klient môže útočiť na poriadkový a hodnotový systém tých, ktorí sa o neho starajú. Títo hodnotia klientove výpovede, vyčítajú mu jeho správanie a zmýšľanie. Cítia sa v práve dávať mu príkazy vzhľadom na svoj hodnotový systém: *„Takéto operácie sa robia bežne, nemáte sa čoho báť, ... Tak predsa nemôžete uvažovať,...Predsa nebudete myslieť na niečo tak hrozné ako je rakovina, smrť, a pod.* Chybou je ak sú odpovede sestry *vyhýbavé.* Prijíma obsah, dešifruje i vyjadrený pocit klienta, ale vyhýba sa rozhovoru s ním. Odkazuje ho na lekára, neodpovedá, sústreďuje sa na niečo iné, vyhovára sa. Odpovedá podľa vlastnej mienky:*„ Teraz mám veľa práce, opýtajte sa lekára,...*Často sa stáva aj to, že sestra odpovedá *interpretujúco, diagnostikujúco,* sestra uvažuje (i nahlas) nad klientovou výpoveďou a interpretuje: *„Viete, váš strach je súčasťou nášho vedomia z detstva, určite je to tak aj s vami...“* Po týchto výrokoch klient väčšinou nemá odvahu v komunikácii a v otázkach pokračovať (porovnaj: Kuberová, H.,2003. 43-47). V týchto prípadoch by bolo veľkou pomocou, ak by mala sestra na

pracovisku liečebného pedagóga, ktorý by pomohol zvládnuť náročnú situáciu ťažko chorému, ale aj sestre, ktorá je touto náročnou prácou často preťažená. Sestra v prípade ošetrovania nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich potrebuje najprv nadobudnúť zručnosti, ktoré jej pomôžu zaujať postoj k sebe samej, vnímať svoje vlastné city, seba samú a tak môže sestra dokázať byť vnímavou aj k pocitom druhých ľudí. Sestra by sa mala naučiť zaujať postoj k vlastnej smrti, rozmýšľať o nej, pripravovať sa na ňu podľa vlastného morálneho (kresťanského) presvedčenia. V prípade ak je v tom úprimná, nespráva sa len profesionálne, ale neskrýva svoje pocity, vystupuje ako človek s dobrými stránkami aj so slabosťami. Etická kategória byť pravdovravná je pre sestru veľmi vážna. Otázka pravdy pri posteli klienta je vlastne otázkou pravdy voči sebe samému. Sestra má brať iných ľudí takých akí sú, má ich akceptovať, má akceptovať umierajúceho, akceptovať aj jeho svojprávnosť a prijať ho takého aký je aj s jeho prežívaním a správaním.

Muzikoterapia a validácia seniora

Hudba ovplyvňuje vegetatívne funkcie – srdcový rytmus, krvný tlak, činnosť pľúc, dýchanie, svalový tonus, motoriku, termoreguláciu metabolizmus cukrov a pod. Používa sa na zmiernenie bolesti, úzkosti, strachu, pri poinfarktových stavoch, liečbe dlhotrvajúcich chorôb. Dokázalo sa , že muzikálne podnety urýchľujú látkovú výmenu a vplyvom hudby sa lepšie aktivuje svalstvo. Validácia seniorov je podľa Tavela (2006) terapeutická prístup k starým a dementným pacientom. Východiskom validácie je podľa autora to, že sa musí rešpektovať jedinečnosť a individuálny prístup ku každému klientovi. V práci uvádza, že teoretické východiská validácie sú podľa Feil (2002) v súlade so základnými princípmi behaviorálnej, analytickej a humanistickej psychológie. V práci pokračuje, že validácia je zameraná na diagnostiku, rozvoj schopností a spomalenie rozvoja choroby u seniorov v rôznych štádiách demencie, zvlášť aj u chorých nad 80 rokov, ktorí celý život žili relatívne „šťastný“ život, neriešili, ba potláčali vážne životné krízy. Validácia je určená aj zrakovo, sluchovo, telesne, či mentálne postihnutým, s obmedzenou možnosťou vyjadrenia vlastných emócií a poruchou krátkodobej pamäti. Pomáha ľuďom, ktorí unikajú pred bolestnou a realitou, týmže sa uzatvárajú do minulosti, no majú potrebu prejaviť svoju lásku. Pri validácii sa akceptuje a rešpektuje múdrosť starého človeka a vytvára sa priestor pre splnenie ich poslednej životnej úlohy a želania. Dôležitú úlohu má empatia, pracuje sa so spomienkami (reminiscencia), spätným pohľadom na život, terapia s cieľom orientovať seniora na realitu, tréning správania, remotivácia k životu a psychoterapia. Autor v práci tiež uvádza techniky validácie podľa (Feil, 2004), ktoré sú zamerané na *centrovanie, prežívanie jednoznačných a nekomplikovaných slov a otázok, opakovanie, predkladanie extrému, predstavenie opaku, spomínanie na minulosť, držanie blízkeho očného kontaktu, predkladanie neurčitých zámen, ktoré majú viaceré možnosti interpretácie, vľúdne a láskavé hovorenie, sledovanie a zrkadlenie pohybov a pocitov, nadviazanie kontaktu s každou*

nenaplnenou ľudskou potrebou, uprednostňovanie zmyslu, používanie dotyku a používanie hudby (Tavel, 2006, s. 189-191).

Liečební pedagógovia, terapeuti môžu zlepšiť celkový stav u telesne, či psychicky postihnutých klientov aj prostredníctvom hudby a spevu. Hudba a spev pomáha zlepšiť tiež seba uvedomovací proces. Využíva sa pri depresiách, proti závažným stresovým stavom, nespavosti, na odstraňovanie negatívnych následkov z otrasných, krízových zážitkov a situácií. Zároveň je vhodným doplnkom liečby pri vážnych diagnózach ako napr. Alzheimerova choroba, ale i v prípade klientov závislých na toxických látkach.

Muzikoterapia pomáha aj zdravým ľuďom, ktorí hľadajú kompenzáciu jednostranného života vo svojom povolaní. Má vynikajúce uplatnenie v nemocniciach, terapeutických zariadeniach, domovoch dôchodcov atď. Muzikoterapia, spev a pohybové aktivity pri hudbe podporujú a rozvíjajú rozsah pohybov, senzomotorickú koordináciu, svalovú silu, vytrvalosť, dýchanie, svalovú relaxáciu a kreatívne vyjadrovanie sa pohybom. Táto terapia predlžuje a zlepšuje sústredenosť, koordináciu pohybov, hrubú i jemnú motoriku, harmonizuje hemisféry a zlepšuje pamäť. Prispieva k emotívnemu prežívaniu, fantázii, predstavivosti. U človeka pomáha rozvíjať zmysel pre rytmus, ktorý je dôležitý aj pre logopédiu. Počúvanie príjemnej hudby má na ľudský organizmus rovnaké účinky ako smiech, rozširuje cievy a rozprúdi krv (Amtmannová, E. akol., 2007). Denným počúvaním pokojnej, či relaxačnej hudby, trvajúcim aspoň pol hodiny sa u človeka výrazne zníži vysoký krvný tlak. Počúvanie hudby všeobecne znižuje riziko ochorenia srdca a ciev, ako aj mozgovej mŕtvice či srdcového infarktu.

Hudba a spev sprevádzala človeka od kolísky. Mamky spievali uspávanky, v ktorých vyjadrili všetky svoje vrúcne city. V trávniciach pri práci vyspievali emócie smútku, lásky, žiaľu. V kostole spevom oslávili Boha a naučili sa tam skutočne žiť podľa „Desatoro božích prikázaní“ a vnímať myšlienky „Evanjelia“. Dodávalo im to silu a chuť do harmonického života naplneného šťastím a láskou. Niekedy stačí začať potichu spievať pieseň pri ošetrovaní ťažko chorého, dementného, či z iného dôvodu uzavretého človeka do svojej bolesti. Zrazu sa začne otvárať ako kvetina, usmievať, komunikovať, pripojí sa k našej piesni. Zažila som situáciu, keď ťažko chorá žena spevom mariánskych piesní potláčala bolesť, smútok a možno aj strach zo smrti. Hodnota človeka by sa nemala merať tým, čo má, ale čím je on sám. Dôstojnosť je pojmom, ktorý vyjadruje predstavy o hodnote každého človeka ako slobodnej, svojprávnej a autonómnej ľudskej bytosti. Predpokladom utvárania vedomia osobnej dôstojnosti je úcta k sebe, založená na uvedomovaní si seba v určitých sociálnych súvislostiach a vzťahoch, na sebapoznávaní a hodnotení svojich ašpirácií a možností, ale najmä na schopnosti realizovať svoje dlhodobé predstavy a ciele, spojené so zmyslom života. Nadprirodzený princíp vychádza z nadprirodzeného poslania človeka a teda i z nadprirodzeného poslania v ošetrovateľstve. Za nadprirodzeným princípom stojí človek ako integrálna osobnosť smerujúca už od počiatku vekov k Bohu. Kresťanské princípy usmerňujú človeka k večnému životu, k životu s Bohom a v Bohu. Nadprirodzený princíp nevylučuje zo

svojho stredu snaženie a prácu pre inovercov či nevercov vôbec. Každý človek je zahrnutý do nadprirodzeného princípu kresťanstva, lebo všetko tvorstvo smeruje k Nemu a všetko je iba v Ňom, ktorý je Cesta, Pravda a Život. „Z nadprirodzeného princípu, ktorý je prameňom, žriedlom, plynie prirodzený princíp, ktorý vo svojej podstate tkvie práve vo výchove k ľudskej slobode a na druhej strane k výchove svedomia“ (Burian, R., Špánik,M., 1993, s. 37). Láska je základnou vlastnosťou, ktorú musia mať všetci zdravotnícki pracovníci. Biblická láska nie je precitlivenosťou. Skôr sa snaží pochopiť ľudí a to, čo je pre nich najlepšie. Na to je potrebná schopnosť empatie, trpezlivosť, ale aj stále činy. Prirodzený princíp spočíva vo výchove k dobru a pravde. Sestra so svojou odbornosťou, pevnou kresťanskou vierou, mravným životom a bezhraničnou láskou k Bohu, sa stáva pre svojich klientov druhou matkou. Sestra starostlivá, stále odpúšťajúca, trpezlivá a empatická ostáva v duši klienta po celý jeho život. Je načase aby sme sa k týmto osvedčeným hodnotám vrátili.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. AMTMANNOVÁ, E., JAROSOVÁ E., KARDOS T. 2007. Aplikovaná muzikoterapia. Vydal: PhDr. Elena Amtmannová, 2007. ISBN 978-80-969813-7-3.
2. BALOGOVÁ, B. *Seniori v spektre súčasného sveta,* 1.vyd., Prešov: Akcent Print, 2007, 103 s., ISBN 978-80-89295-03-6.
3. BAŠTECKÝ, J. Gerontopsychiatrie, Praha: Grada Publishing; 1994, 317s. ISBN 80-7169-070-8.
4. BURIAN,R., ŠPÁNIK, M.: Didaktika pre kresťanské školy, Trenčín: Naša tlač, 1993, ISBN 80-966994-1-5
5. ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov,* 1.vyd. Bratislava: Univerzita Komenského; 1998, 156s., ISBN 80-223-1206-1.
6. ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov,* 2.vyd. Bratislava: Univerzita Komenského; 2007, 156s., ISBN 978-80-223-2287-4.
7. HATÁR, C. *Inštitucionálna edukatívna starostlivosť o seniorov v Slovenskej republike,*1 vyd. Nitra: Pedagogická fakulta UKF; 2005, 104 s. ISBN 80-8050-821-6.
8. HRAPKOVÁ, N. *Prínos vzdelávania starších pre psychofyzické zdravie človeka,* Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 1998, 130s., ISBN 80-223-1364-5.
9. HEGYI, L. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí,* Trnava: Slovak Academic Press, 2001, 127s., ISBN 80-88908-80-9.
10. HROZENSKÁ, M. a kol. Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko- praktické východiská, Martin: OSVETA, 2008, s. 21.
11. (INFOSTAT 2002)
12. KOZIEROVÁ,B. a kol. : Ošetrovateľstvo, OSVETA, Martin, 2001,s.1475
13. KUBEROVÁ,H.: *Didaktika ošetrovateľstva.* Ružomberok: FZ KU, 2008. 192 s. ISBN 978-80-8084-386-1

14. KUBEROVÁ, H.: *Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva* 1. Ružomberok: PF KU, 2003. 105 s. ISBN 80-89039-18-9
15. KURIC, J.: *Kompendium ontogenetickej psychológie*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, Pedagogická fakulta; 1997, s. 101.
16. LITOMERICKÝ, Š. *Geriatria pre sestry*, Martin: OSVETA; 1992, 120 s., ISBN 80-217-0499-3.
17. MALOVIC, P. *Mlado až do staroby(a ešte aj v nej),* Banská Bystrica:Ikar; 2003, 224 s., ISBN 80-551-0305-4.
18. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál; 1999, 320 s., ISBN 80-7178-274-2.
19. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory,* 1.vyd. Praha: Grada Publishing; 2007, 96 s., ISBN 978-80-274-2170-5.
20. TAVEL, P.: Validácia- terapeutický prístup k starým dementným pacientom. In: Psychiatria, 13, č. 3-4, s. 182 – 191. Dostupné na: www.ostium.sk
21. INFOSTAT. *Prognóza vývoja obyvateľstva SR do roku 2050.*[online]. 2002 [2012-09-27]. Dostupné z: http://www.infostat.sk/vdc/pdf/prognoza2050vdc2.pdf
22. Zdroj: http://portal.statistics.sk/files/informativna-sprava_demograficky-vyvoj

Kontaktná adresa:

doc. PhDr. Helena Kuberová, PhD.
KLP IJP v Levoči
PF KU v Ružomberku
E-mail: Helena.kuberova@ku.sk

SPOŁECZNE FUNKCJONOWANIE CHORYCH PSYCHICZNIE

Kazimiera Zdziebło[1,2], Bożena Zboina[2,3], Dagmara Konopelska–Oleksowicz[3], Grażyna Wiraszka[1,2], Renata Stępień [1,2]

[1]Jan Kochanowski University in Kielce, Faculty of Health Sciences,
[2] Polish Nurses Association - Branch in Kielce,
[3] University of Business and Entrepreneurship in Ostrowiec Świetokrzyski, Poland

Streszczenie

Wstęp. Schizofrenia jest chorobą, która wpływa destrukcyjnie nie tylko na psychikę samych chorych, ale też na wiele obszarów ich funkcjonowania społecznego. Jest chorobą występującą niezależnie od płci, rasy, religii, wykształcenia. Choroba dotyczy około 1 % populacji całego świata. Chorzy ci są zdecydowanie gorzej przystosowani społecznie, niż pacjenci z innymi zaburzeniami psychicznymi.

Cel pracy. Celem badań przedstawionych w niniejszej pracy była ocena wpływu schizofrenii na funkcjonowanie chorych w życiu zawodowym, rodzinnym, i społecznym.

Materiał i metodyka. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką badawczą była ankieta, narzędziem zaś kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Badaniami objęto 108 pacjentów chorych na schizofrenię zamieszkałych na terenie Stalowej Woli i okolicznych wsi.

Wyniki badań. Z badań wynika, że schizofrenia ma negatywny wpływ na jakość życia zawodowego, rodzinnego i społecznego chorych. Aż 75 % badanych jest nieaktywna zawodowo, osoby utrzymujące się z rent z tytułu niezdolności do pracy to 55 % ankietowanych. Większość badanych nie zakłada rodzin, bądź jest rozwiedziona/w separacji. 35 % ankietowanych ma dzieci, ale 20 % nie utrzymuje z nimi żadnego kontaktu. Połowa badanych deklarowała ukrywanie choroby przed społeczeństwem,

Wnioski. Choroba ma istotny wpływ na życie zawodowe i rodzinne chorych. Relacje społeczne mają istotny wpływ na jakość życia chorych. Znaczący odsetek chorych nie ma własnych dzieci, a ci którzy je posiadają w większości mają słaby kontakt z nimi. Płeć badanych ma istotne znaczenie na ich funkcjonowanie w życiu społecznym. Wiek ma znaczący wpływ na ukrywanie choroby przed otoczeniem.

Słowa kluczowe: Schizofrenia. Funkcjonowanie rodzinne i społeczne. Jakość życia.

Abstract

Schizophrenia is a disease that affects not only the destructive psychology patients themselves, but also in a variety of areas of social functioning. Is a disease which occurs regardless of gender, race, religion, education. Disease affects approximately 1 % of the population around the world. These patients are much worse programming socially, than patients with other mental disorders.

Aim of the study. The aim of the studies presented in this work was to assess the effect of schizophrenia on the functioning of patients in working life, family life, and social.

Material and methods. The method is a survey tool, technique, tool, survey research was the questionnaire survey author. Study included 108 patients with schizofrenię residing in Stalowa Wola and surrounding villages.

The results. The research shows that schizophrenia has a negative impact on quality of working life, family life and social patients. 75 % of responders is inactive population, persons holding the pensions for incapacity for work to 55 % of respondents. Most of those surveyed assumes families, or divorced/separated. 35 % of respondents have children, but 20 % does not maintain any contact with them. Half of the respondents declared disease hiding from the society, applications.

Conclusions. Disease has a significant impact on the lives of professional and family patients. Social relationships have a major impact on the quality of life of patients. A significant percentage patients who do not have children of his own, and that those who have the most have a poor contact with them. Sex of patients is of vital importance to their operation in social life. Age has a significant impact on hide disease before environment

Key words: Schizophrenia. Functioning. Quality of life. Social and family.

Schizofrenia stanowi prawdopodobnie najważniejszą przyczynę przewlekłego upośledzenia funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi. Połowa pacjentów szpitali psychiatrycznych w Europie to chorzy na schizofrenię [1]. Jest chorobą występującą na całej kuli ziemskiej, niezależnie od płci, rasy, religii, kultury, wykształcenia. Choroba dotyczy około 1 % populacji całego świata, cierpi na nią ok. 50 milionów ludzi na świecie, w Polsce zaś około pół miliona osób [2].

Choroba dotyka ludzi młodych, najczęściej między 15 – 30 rokiem życia. Wraz z rozwojem postępowania choroby, pacjenci ulegają coraz głębszej degradacji w wielu sferach życia: społecznego, emocjonalnego, poznawczego. Wywiera to głęboki wpływ na ich życie,

jak też na życie jego rodziny, przyjaciół i opiekunów. Schizofrenia jak żadna inna choroba psychiczna rujnuje życie osobiste i przyczynia się ogromnych kosztów społecznych [3].

Jakość życia w schizofrenii to odczuwany przez pacjenta wpływ choroby, czyli objawów psychopatologicznych, objawów ubocznych wraz z postawami wobec leków i trudności w funkcjonowaniu. Na w/w trzy zasadnicze elementy, modulująco działają czynniki drugiego rzędu: osobowość, przystosowanie przedchorobowe, postawy wobec zdrowia i choroby, możliwości i zdolności oraz umiejętność skorzystania z nich [4].

Przyjmuje się, że o jakości życia decydują m.in.: radzenie sobie z codzienną aktywnością, zdrowie fizyczne, świadomość powodzenia, poczucie satysfakcji, poziom aspiracji i oczekiwań, poziom zaspokajania potrzeb, relacje społeczne. Schizofrenia jest chorobą o przewlekłym przebiegu i może mieć istotny wpływ na wszystkie wyżej wymienione składowe jakości życia. Powtarzające się okresy zaostrzeń i remisji, liczne hospitalizacje, narastające objawy negatywne, konieczność stałego przyjmowania leków powodują, że pacjenci narażeni są na wpływ przedłużającego się i silnego stresu. Często są bezradni wobec nawrotu choroby, mają poczucie braku kontroli nad tym, co się z nimi dzieje w trakcie pojawiania się objawów psychotycznych, mają trudności w pełnieniu ról społecznych. W konsekwencji tych procesów poziom jakości życia w subiektywnej ocenie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii jest niższy niż w populacji ogólnej, a często też niższy niż osób z innym zaburzeniami psychicznymi [5].

Wśród przewlekłych chorób psychicznych największe zainteresowanie badaczy wzbudza jakość życia chorych na schizofrenię. Schizofrenia jest bowiem nadal tajemniczą chorobą, zarówno w aspekcie przyczyny, jak również leczenia. Dlatego w przypadku nieskuteczności środków farmakologicznych wobec klinicznych objawów choroby tak ważne wydaje się poznanie innych czynników, które mogą wpłynąć na poprawę subiektywnie ocenianego stanu zdrowia chorego czyli jego jakości życia [6,7]

Wszystkie historyczne, społeczne i kulturowe okoliczności – jakie towarzyszą zarówno zachorowaniu, jak i chorowaniu na schizofrenię – sprawiają, że jest ona dla chorych nie tylko obciążeniem zdrowotnym, ale głownie z powodu uprzedzeń społecznych i zagrożenia skutkami stygmatyzacji spycha często chorych poza margines zainteresowania i troski. Utrudnieniu i ograniczeniu podlegać mogą wszystkie dziedziny życia, począwszy od zmian rytmów dobowych po zmianę organizacji dnia i ograniczenie kontaktów towarzyskich, co często prowadzi do zmiany pozycji społecznej całej rodziny [8].

Dążenie do szczęścia i komfortu życiowego jest bardzo silną motywacją wszelkich działań człowieka, a zależy od bieżącego stanu zaspokajania swoich potrzeb. Stan ten decyduje o pełnej satysfakcji człowieka z życia. Sposób oceny satysfakcji bądź jej braku polega na wprowadzeniu subiektywnej oceny stanu chorych. Badania jakości życia dotyczą

właśnie tych subiektywnych odczuć chorych oraz spojrzenia na chorobę z ich perspektywy. Ocena jakości życia jest miernikiem sytuacji życiowej. Wiadomo także, że ocena ta, a tym bardziej jej interpretacja, wymaga ostrożnego i poważnego podejścia, gdyż czynniki takie, jak np. stan psychiczny, są trudno mierzalne [3].

Pomiar jakości życia może być niezwykle istotny i przydatny nie tylko z perspektywy pacjenta, ale także lekarza. Im dłuższy czas trwania choroby, tym większy jej negatywny wpływ na odczuwaną jakość życia. Z objawami, zwłaszcza negatywnymi i depresyjnymi, wiąże się kolejny aspekt obniżenia jakości życia u chorych na schizofrenię [9].

W psychiatrii od lat funkcjonują pojęcia subiektywnej i obiektywnej jakości życia. Jakość życia niejako z definicji jest subiektywna. Jednak wielu autorów niedowierza ocenie pacjenta ze schizofrenią, wskazując na zaburzenia myślenia, deficyty poznawcze i wpływ nastroju. Istotą rozróżnienia subiektywnej i obiektywnej jakości życia jest punkt oceny. Obiektywną jakość życia ocenia badający, a subiektywną pacjent [10].

Lehman, Ward i Linn badali jakość życia chorych psychicznie i porównywali ją z jakością życia zdrowych ludzi. Wyniki badań potwierdziły hipotezę, że chorzy niżej oceniają swoją jakość życia niż ludzie zdrowi. Z kolei Horesh i Lepkifker wykazali, iż głębokość zaburzenia decyduje o poziomie oceny jakości życia. Im poważniejsze zaburzenie, tym niżej oceniana jest jakość życia. Natomiast Zanotti wraz ze współpracownikami przeprowadził badania porównawcze chorych na schizofrenię i osób zdrowych, co także potwierdziło, że grupa osób chorych jest mniej zadowolona, a jej kontakty społeczne oraz udział w życiu społecznym są mniej satysfakcjonujące [11].

Celem badań przedstawionych w niniejszej pracy była próba oceny wpływu schizofrenii na funkcjonowanie chorych w życiu zawodowym, rodzinnym, i społecznym.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką badawczą była ankieta, narzędziem zaś kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Badaniami objęto 108 pacjentów chorych na schizofrenię zamieszkałych na terenie Stalowej Woli i okolicznych wsi.

Wyniki badań

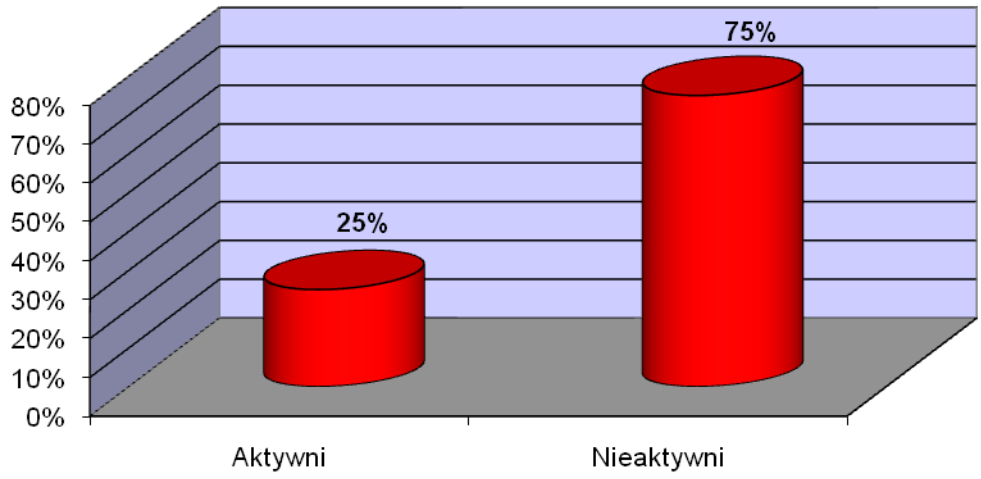
1. Charakterystyka badanej grupy

W badaniach uczestniczyło 61 kobiet (56 % ogółu) oraz 47 mężczyzn (44 % ogółu). Największą grupę stanowili ankietowani między 46 – 55 rokiem życia (23 % ogółu). Liczną grupę liczyli ankietowani w wieku 26 – 35 lat (21 % ogółu), 36 – 45 lat (19 % ogółu), 18 – 25 lat (16 % ogółu) oraz 56 – 65 lat (15 % ogółu). Najmniej liczną grupą stanowili badani w wieku powyżej 65 roku życia (6 % ogółu). Ankietowani biorący udział w badaniach zamieszkujący miasto to 63 osoby (59 % ogółu). Pozostały odsetek 41 % respondentów

zamieszkuje wieś. Badani w większości mają wykształcenie średnie – 52 osoby (49 % ogółu), wykształcenie zawodowe – 35 osób (32 % ogółu). Wykształcenie wyższe posiada 13 osoby (12 % ogółu), natomiast wykształcenie podstawowe 8 osób (7 % ogółu). Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które chorują na schizofrenię ponad 10 lat – 48 osób (45 % ogółu). W przedziale od 6 do 10 lat trwania choroby – 25 osób (23 % ogółu), 2 – 5 lat trwania choroby – 23 osoby (21 % ogółu) natomiast 12 osób (11 % ogółu) chorowało od mniej niż dwóch lat.

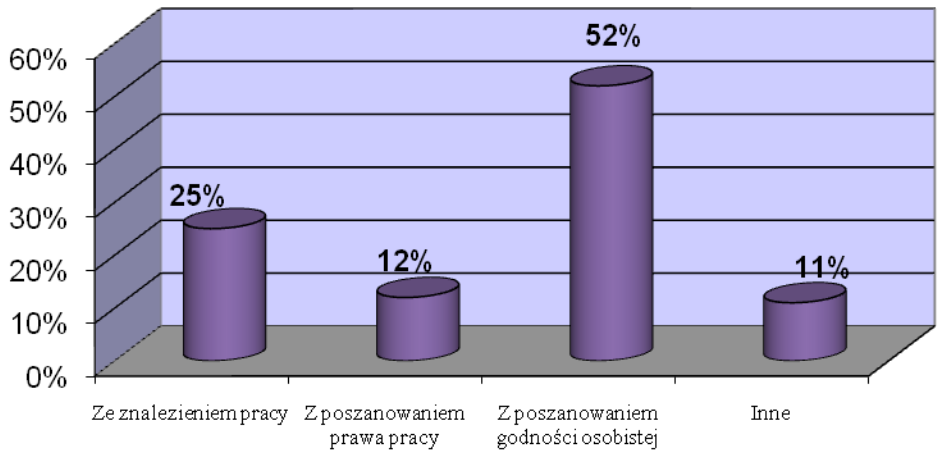
2. Wpływ choroby na życie zawodowe

Zdecydowana większość badanych 81 osób (75 % ogółu) jest zawodowo nieaktywna. Aktywnych zawodowo jest jedynie 27 osób (25 % ogółu).



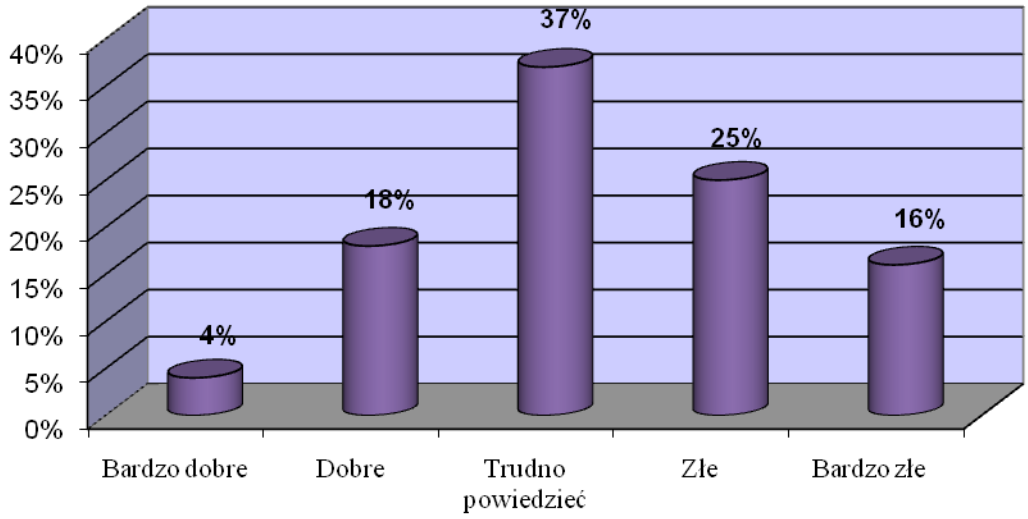
Wykres 1. *Aktywność zawodowa badanej grupy*

Najczęstszymi trudnościami spotykanymi w różnych sytuacjach zawodowych po ujawnieniu choroby ankietowani podawali brak poszanowania godności osobistej – 56 osoby (52 % ogółu), to największa grupa badanych. Trudności ze znalezieniem pracy podało 27 osoby (25 % ogółu), z poszanowaniem prawa pracy 13 osób (12 % ogółu), natomiast inne trudności zadeklarowało 12 osób (11 % ogółu), to najmniej liczna grupa badanych.



Wykres 2. *Trudności badanej grupy w sytuacjach zawodowych z powodu choroby*

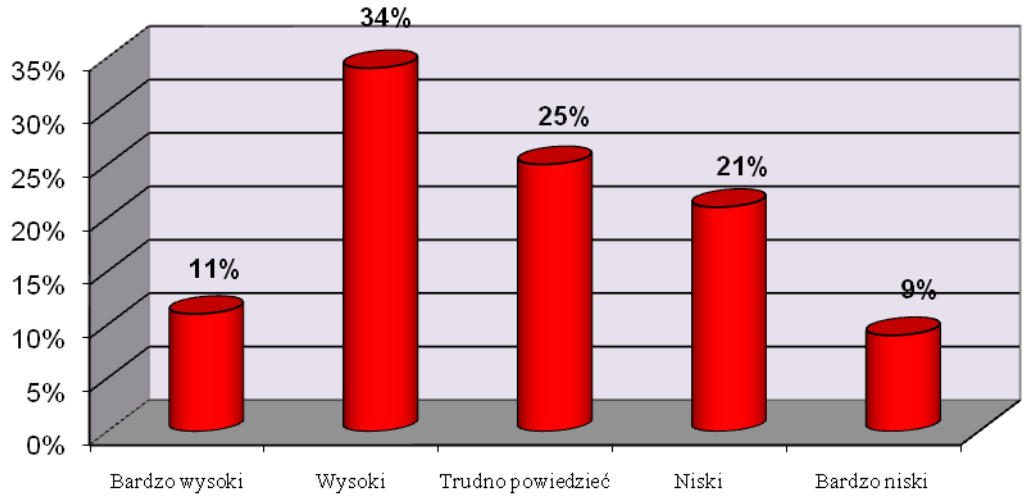
Ankietowani w większości – 41 osoby (37 % ogółu) nie mają zdania co do swoich oczekiwań do zdolności zawodowych, 27 osób (25 % ogółu) podawało złe zadowolenie ze zdolności zawodowych, 19 osób (18 % ogółu) – dobre, 17 osób (16 % ogółu) – ocenia jako bardzo złe. Bardzo dobre zadowolenie ze swych zdolności do pracy zawodowej zadeklarowało jedynie 4 osoby (4 % ogółu).



Wykres 3. *Zadowolenie badanej grupy ze swych zdolności do pracy zarobkowej*

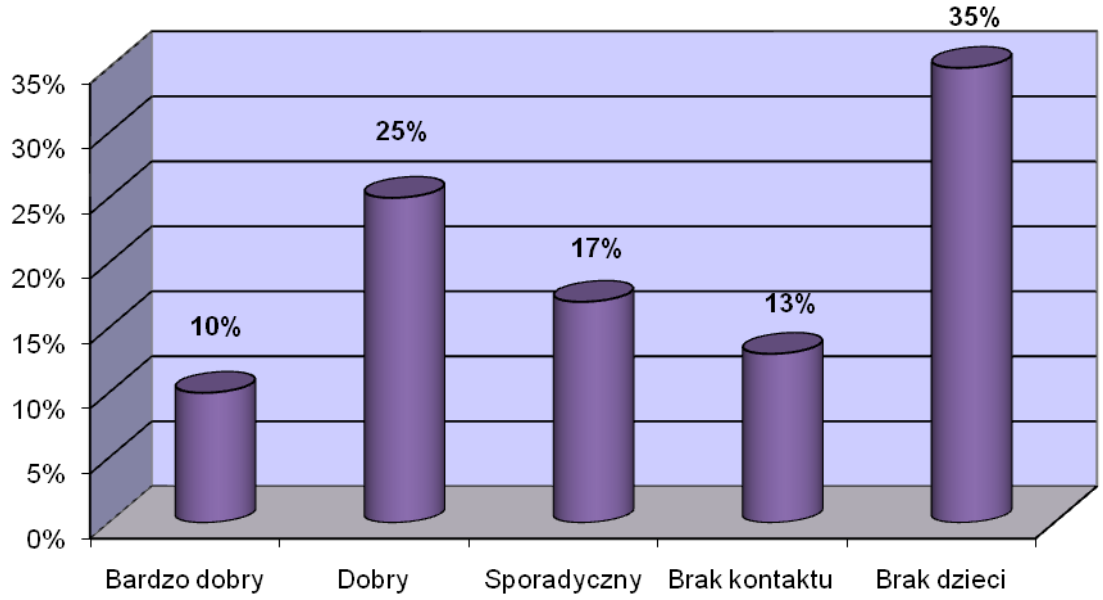
3. Wpływ choroby na życie rodzinne

34 % ankietowanych deklaruje wysoki poziom zadowolenia ze swojego stanu cywilnego, 25 % nie ma zdania, 21 % podaje niski poziom zadowolenia, 11 % bardzo wysoki, natomiast 9 % ankietowanych zadeklarowała bardzo niski poziom zadowolenia.



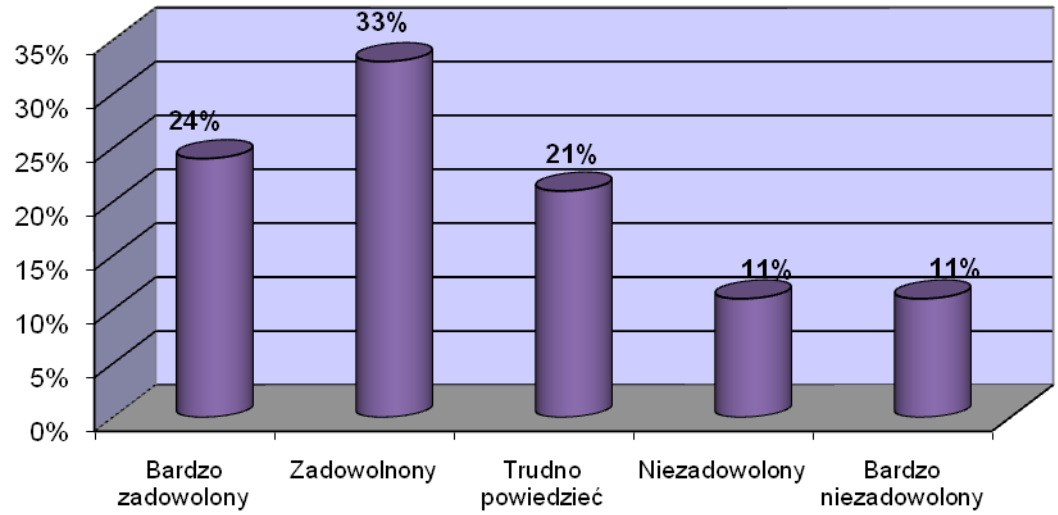
Wykres 4. *Poziom zadowolenia badanej grupy ze związku partnerskiego*

Wśród ankietowanych 38 osób (35 % ogółu) nie posiada dzieci, dobry kontakt z własnymi dziećmi ma 27 osób (25 % ogółu), sporadyczny 18 osób (17 % ogółu), bardzo dobry 11 osób (10 % ogółu). Żadnego kontaktu z własnymi dziećmi nie ma 14 osób (13 % ogółu).



Wykres 5. *Kontakt badanej grupy z własnymi dziećmi*

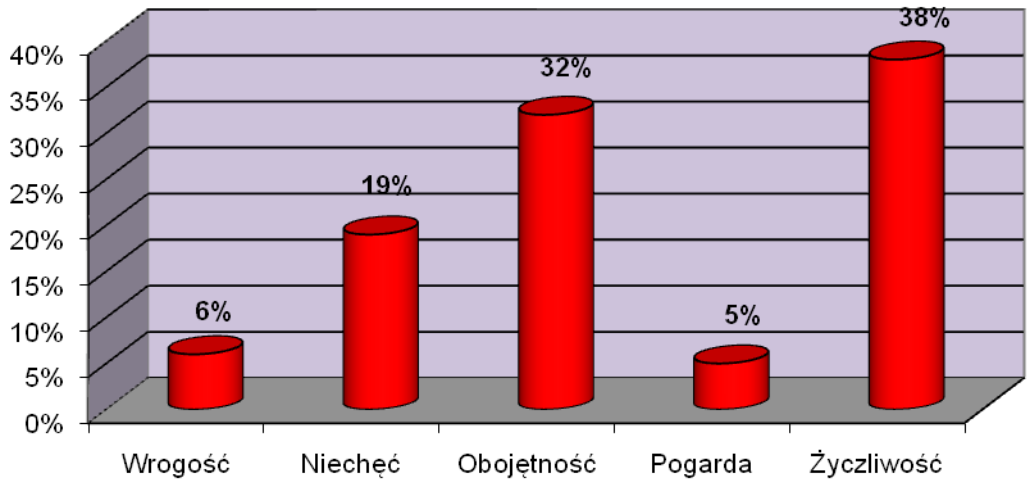
Najliczniejszą grupę wśród ankietowanych 35 osób (33 % ogółu) zadeklarowało swe zadowolenie ze wsparcia rodziny i przyjaciół, bardzo zadowolonych jest 26 osób (24 %). Nie ma zdania 23 osób (21 % ogółu), natomiast niezadowolonych i bardzo niezadowolonych jest jednakowa grupa – po 12 osób (po 11 % ogółu).



Wykres 6. *Poziom zadowolenia badanej grupy ze wsparcia rodziny, przyjaciół.*

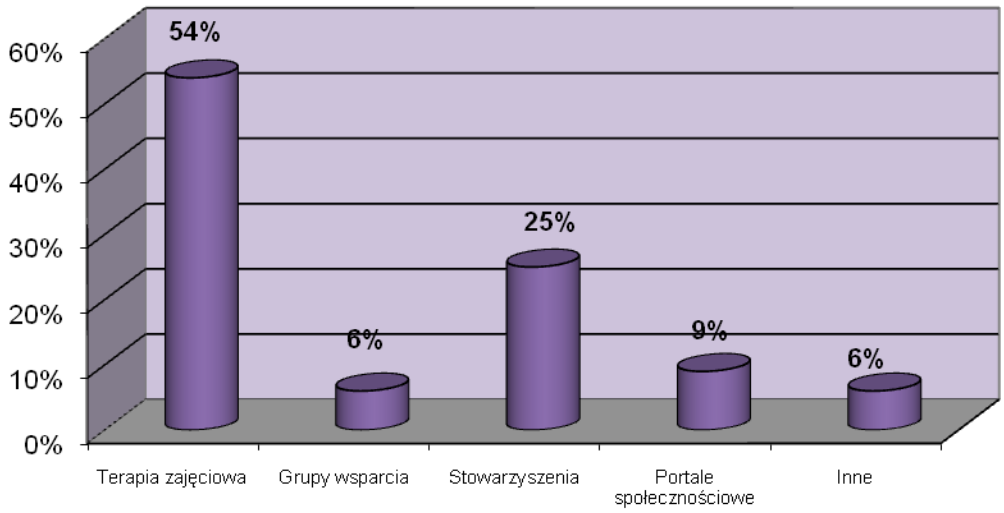
4. Wpływ choroby na życie społeczne

Zdecydowana większość ankietowanych 41 osoby (38 % ogółu) podała, iż najczęściej spotyka ze strony innych ludzi z życzliwością, ale niewiele mniej osób – 35 (32 % ogółu) podała, iż najczęściej spotka się z obojętnością. Z niechęcią – 21 osób (19 % ogółu), z wrogością – 6 osób (6 % ogółu), z pogardą – 5 osób (5 % ogółu).



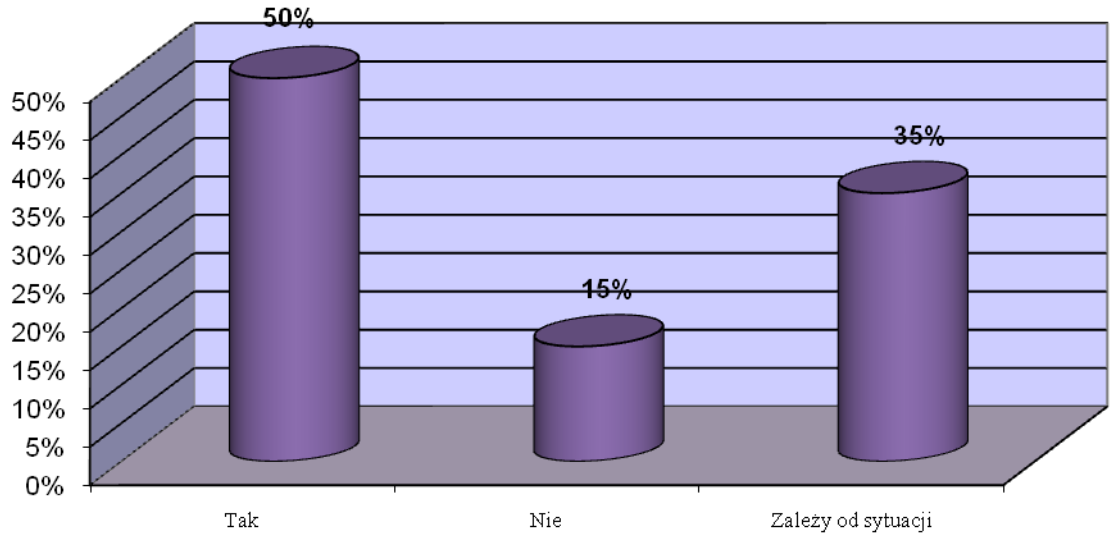
Wykres 7. *Reakcje innych ludzi wobec badanej grupy*

Przewaga respondentów – 58 osób (54 ogółu) uczestniczy w terapii zajęciowej, 27 osób (25 5 ogółu) udziela się w stowarzyszeniu chorych na schizofrenię, 10 osób (9 % ogółu) korzysta z pomocy portali społecznościowych, 6 osób (6 % ogółu) z grup wsparcia, natomiast z innych form pomocy korzysta 7 osób (6 % ogółu).



Wykres 8. *Formy wsparcia ze strony społeczeństwa wobec badanej grupy*

Zdecydowana większość ankietowanych deklaruje ukrywanie choroby przed otoczeniem – 54 osoby (50 % ogółu), 38 osób (35 % ogółu) ukrywa chorobę w zależności od sytuacji życiowych, natomiast 16 osób (15 % ogółu) nie ukrywa swej choroby**.**



Wykres 9. *Ukrywanie choroby przed otoczeniem przez badaną grupę*

Analiza statystyczna wykazała, iż największy wpływ choroby na stan cywilny występuje u osób po rozwodzie jak również u osób stanu wolnego. Zależność ta jest istotna statystycznie (wynik testu chi-kwadrat $p < 0,05$).

Tabela 1. *Wpływ choroby na stan cywilny badanej grupy*

Stan cywilny	Wpływ choroby na stan cywilny (p = 0,0150*)										
	Bardzo wysoki		Wysoki		Średni		Niski		Bardzo niski		Razem
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Małżeństwo	0	0	3	8	7	31	4	33	2	50	16
Separacja	2	6	4	10	1	5	0	0	0	0	7
Rozwód	11	35	8	21	2	9	2	17	0	0	23
Wdowiec/a	0	0	0	0	4	18	1	8	0	0	5
Stan wolny	17	26	20	51	8	36	3	25	1	25	49
Nieformalny związek	1	3	4	10	0	0	2	17	1	25	8
Suma	31	100	39	100	22	100	12	100	4	100	108

Stwierdzono zależność, iż młode osoby częściej ukrywają swoją chorobę przed innymi osobami niż osoby starsze. Osoby powyżej 46 roku życia rzadziej ukrywają swoją chorobę, częściej uzależniając to od sytuacji w jakiej się znajdują.

Tabela 2. *Wpływ wieku na potrzeby ukrywania choroby badanej grupy*

Wiek	Ukrywanie choroby przed otoczeniem (p = 0,0318*)						
	Tak		Nie		Zależy od sytuacji		Razem
	N	%	N	%	N	%	
18 – 25 lat	13	76,4	1	5,8	3	17,6	17
26 – 35 lat	16	69,5	1	4,3	6	26	23
36 – 45 lat	14	66,6	3	14,3	4	19,1	21
46 – 55 lat	7	28	6	24	12	48	25
56 – 65 lat	4	25	4	25	8	50	16
Powyżej 65 lat	0	0	1	16,6	5	83,3	6
Suma	54	100	16	100	38	100	108

Wnioski

1. Schizofrenia ma negatywny wpływ na życie zawodowe chorych. Większość chorych pozostaje nieaktywna zawodowo. W różnych sytuacjach zawodowych chorzy spotykają się najczęściej z brakiem poszanowaniem ich godności osobistej.
2. Choroba ma negatywny wpływ na życie osobiste i rodzinne chorych. Chorzy najczęściej uczestniczą w terapii zajęciowej, unikają innych form spędzania swego

czasu. Zdecydowana większość ukrywa chorobę przed społeczeństwem. Największy wpływ choroby na stan cywilny występuje u osób po rozwodzie jak również u osób stanu wolnego. Choroba ma istotny wpływ na kontakt chorych z własnymi dziećmi..

3. Choroba znacząco obniża jakość życia chorych na schizofrenię. Relacje społeczne mają istotny wpływ na jakość życia chorych.
4. Istotna jest zależność pomiędzy wpływem schizofrenii na życie w zależności od płci. Negatywny wpływ choroby jest większy u mężczyzn niż u kobiet. Mają one niższą subiektywna ocenę poziomu swojego życia.
5. Wiek ma znaczący wpływ na ukrywanie choroby przed otoczeniem. Młodzi częściej ukrywają swą chorobę przed otoczeniem niż osoby starsze.

Piśmiennictwo

1. RYBAKOWSKI J, RYBAKOWSKI F, Sedno Psychiatria. Wyd. Urban&Partner, Wrocław 2008; 257 – 286.
2. MADER J. Schizofrenia – leczenie i rehabilitacja. Przew. Lek. 2004; 5: 52 – 59.
3. HAJDUK A, OWSIANOWSKA J, ROBASZKIEWICZ R, MICHAŁOWSKA Z. Ocena jakości życia pacjentów ze schizofrenią, Problemy Higieny i Epidemiologii. 2008; 89 (3): 437– 440.
4. AWARD G, VORUGANTI LPN, HESLEGRAVE J. A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. Qual. Life Res. 1997; 6: 21 – 26.
5. BADURA – BRZOZA K, PIEGZA M, BŁACHUT M, ŚCISŁO P, LEKSOWSKA A, GORCZYCA P. Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią. Psychiatria Polska 2012; XLVI, 6: 975 – 984.
6. JAREMA M i wsp.: Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. Psychiatria Polska.1995; 5: 641 – 655.
7. GÓRECKA J, SZYMONA K, UJMA I. Porównanie jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzeń nerwicowych. Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii w Lublinie. LVIIII, supl. XIII: 78.
8. CHĄDZYŃSKA M i wsp. Porównanie jakości życia chorych na schizofrenię i ich opiekunów. Psych Polska 2003; XXXVII, 6: 1025 – 1036.
9. MAJKOWICZ M, ZDUN – RYŻEWSKA A. Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru, Psychiatria w Praktyce Klinicznej. 2: 100 – 114.

10. TOLMAN AW, KURTZ M. Neurocognitive Predictors of Objective and Subjective Quality of life in Individuals with Schizophrenia: A Meta-Analytic Investigation. Schizophr. Bull. Doi. 2010.
11. CZERNIKIEWICZ A, GÓRECKA J. Porównanie subiektywnej i obiektywnej jakości życia w grupie chorych na schizofrenię. Psychologia Polska 2003; XXXVII, 4: 669 – 681.

Kontaktná adresa:
Dr n. hum. Kazimiera Zdziebło
Jan Kochanowski University in Kielce
Faculty of Health Sciences
Poland

FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE VÝSKYT INFEKČNÝCH OCHORENÍ V MARGINÁLNYCH KOMUNITÁCH

Mária Šupínová, Jana Virgulová

Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici, Banská Bystrica

Súhrn

Výskyt infekčných ochorení prežíva renesanciu. V niektorých skupinách obyvateľstva sa objavujú ochorenia ktoré sa nevyskytli celé roky. Príčiny tohto stavu sú rôzne. Cieľom príspevku je poukázať na nedostatok vedomostí, ako jednu z príčin spôsobujúcu šírenie infekčných ochorení v sociálne slabých a vylúčených skupinách obyvateľstva. Autorky analyzujú spôsob života rómskej komunity, ako najvýznamnejšieho zástupcu marginálnych skupín obyvateľstva na našom území. Na základe dostupných výsledkov autorky hodnotia vedomosti Rómov ako nedostatočné. Jednu z možností riešenia tohto nepriaznivého stavu vidia autorky v pôsobení komunitných pracovníkov priamo v rómskych osadách a ich efektívna participácia na zvyšovaní úrovne vedomostí Rómov.

Kľúčové slová: Rómovia. Zdravie. Infekčné ochorenia. Prevencia. Chudoba.

Summary

The incidence of infectious diseases renaissance. In some populations appear to be free from the disease for years. The causes of this condition are different. The aim of this paper is to highlight the lack of knowledge as one of the reasons causing the spread of infectious diseases in underprivileged and excluded populations. The author analyzes the way of life of the Gypsies community, as most representative of marginal groups in our area. Based on the available results of the authors evaluated the knowledge of Gypsy insufficient. One of the possible solutions to this unfavorable situation see author in the activities of community workers directly in Gypsy settlements and their effective participation in increasing knowledge of Roma.

Key word: Gypsies. Health. Infectious disease. Prevention. Poverty.

Úvod

Prenosné ochorenia neustále ohrozujú zdravie verejnosti. Medzinárodné cestovanie a obchod, legálna ale najmä ilegálna migrácia významne zvyšujú riziko vzniku a šírenia prenosných ochorení (Máderová, 2004). Slovensko, po začlenení do Európskej únie, nie je

výnimkou. Výrazne zvýšené riziko výskytu prenosných chorôb je v marginálnych komunitách obyvateľstva s veľmi nízkym životným štandardom. K najpočetnejším rizikovým skupinám patria Rómovia.

Existujúcich údajov o zdraví rómskej komunity je pod vplyvom antidiskriminačných opatrení málo. Legislatívy krajín strednej a východnej Európy nepovoľujú označovanie a identifikáciu rómskeho etnika v oficiálnych dokumentoch. Dostupné štatistiky a výsledky priameho pozorovania však vypovedajú o nepriaznivom stave zdravia Rómov. Rómska komunita má v porovnaní s majoritnou skupinou obyvateľstva nižšiu strednú dĺžku života, vyšší výskyt infekčných aj neinfekčných ochorení, u detí je vyššia úmrtnosť novorodencov, vyššia morbidita a nižšia očkovanosť (Rimárová, 2010; Solovič a kol. 2011).

Obzvlášť významná je chorobnosť spojená s nedostatočnou hygienou, chudobou a ďalšími exogénnymi príčinami.

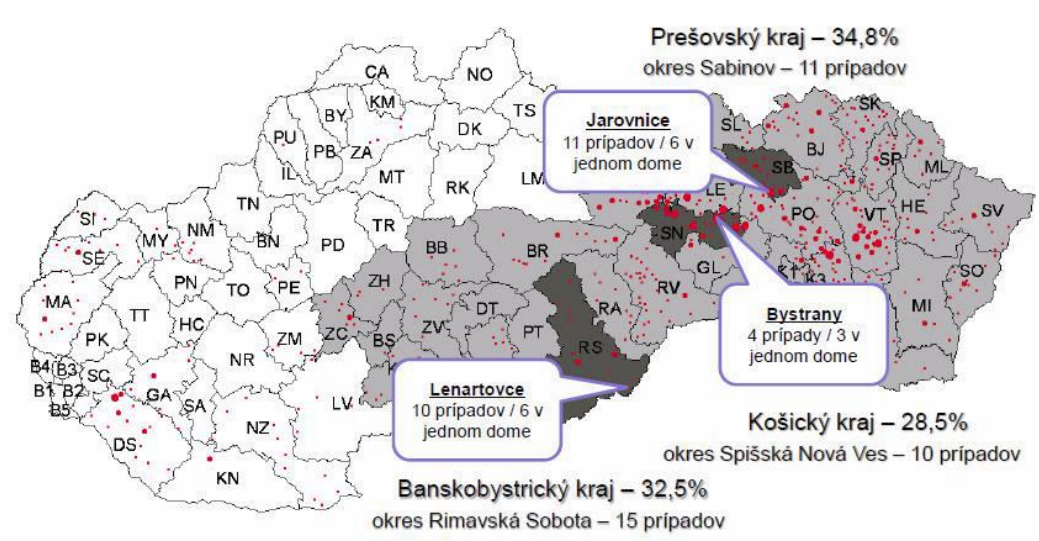
Za hlavné determinujúce faktory ovplyvňujúce nižšiu kvalitu zdravotného stavu rómskej populácie sú v súčasnosti považované najmä:

- nižšia vzdelanostná úroveň, z ktorej môže prameniť nedostatočná úroveň zdravotného a sociálneho uvedomenia,
- nízky štandard osobnej a komunálnej hygieny,
- nízky štandard bývania a ekologicky rizikové prostredie. Alarmujúci je najmä stav v izolovaných rómskych osadách. Absentuje zásobovanie pitnou vodou, chýba kanalizácia, odvoz smetí, pretrváva veľká preľudnenosť na malej ploche, často v jednej miestnosti,
- zlé stravovacie návyky, nevyhovujúca výživa,
- nemožnosť si zakúpiť potrebné lieky, alebo vyhľadať adekvátnu zdravotnícku pomoc,
- zvyšujúca sa miera užívania alkoholu, tabakových výrobkov a iných omamných látok, pomerne veľká genetická záťaž rómskeho národa, (Šaško, 2005).

Infekčné ochorenia

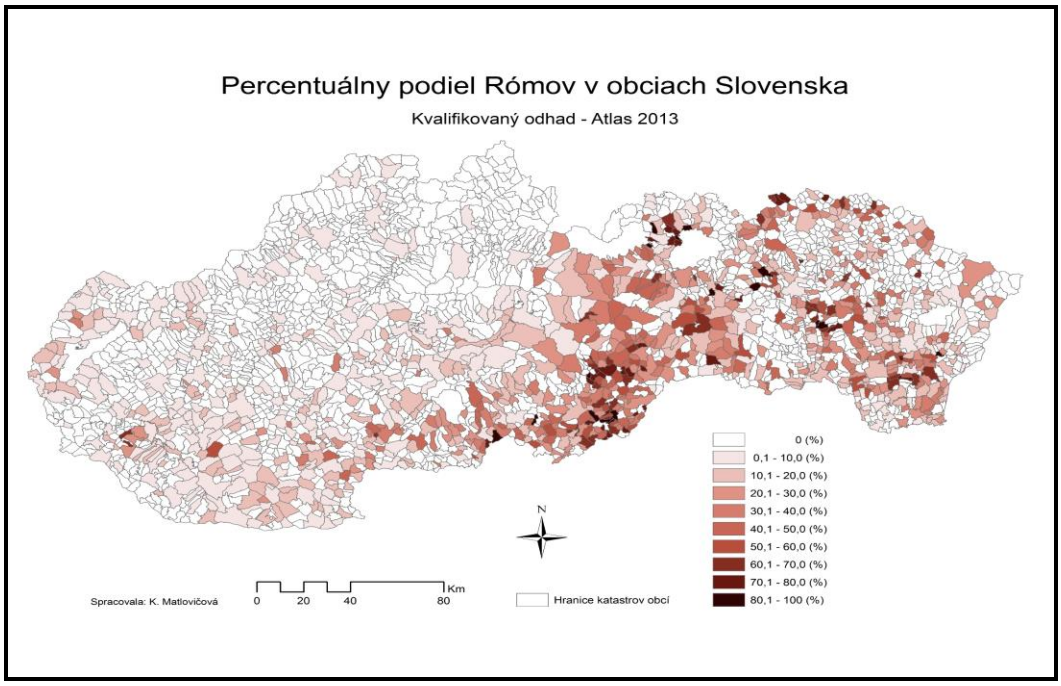
Empirické skúsenosti a existujúce prieskumy potvrdzujú vysoký podiel rómskeho etnika na celkovom výskyte infekčných ochorení. Podľa štatistických záznamov Národného registra pacientov s tuberkulózou (NRT), v roku 2008 rómske etnikum predstavovalo 17,64 % podiel, prípadov na celkovom výskyte tuberkulózy (115 prípadov). Alarmujúci je podiel príslušníkov uvedeného etnika na celkovom počte novozistených prípadov u detí do 14 rokov, ktorý v posledných rokoch predstavoval 60 – 70 %. Podľa údajov NRT bol v roku 2008 podiel rómskych detí so zistenou tuberkulózou až 92,86 % (13 rómskych detí z celkového počtu 14 detí do 14 rokov). Vo vekovej kategórii 15 až 19 ročných bol tento podiel 55,56 % (5 prípadov) (Solovič a kol. 2011).

Významným znakom výskytu tuberkulózy u príslušníkov rómskeho etnika je ohniskový výskyt. U majoritnej populácie je tento jav sporadický(obr.1) (Solovič a kol. 2011).

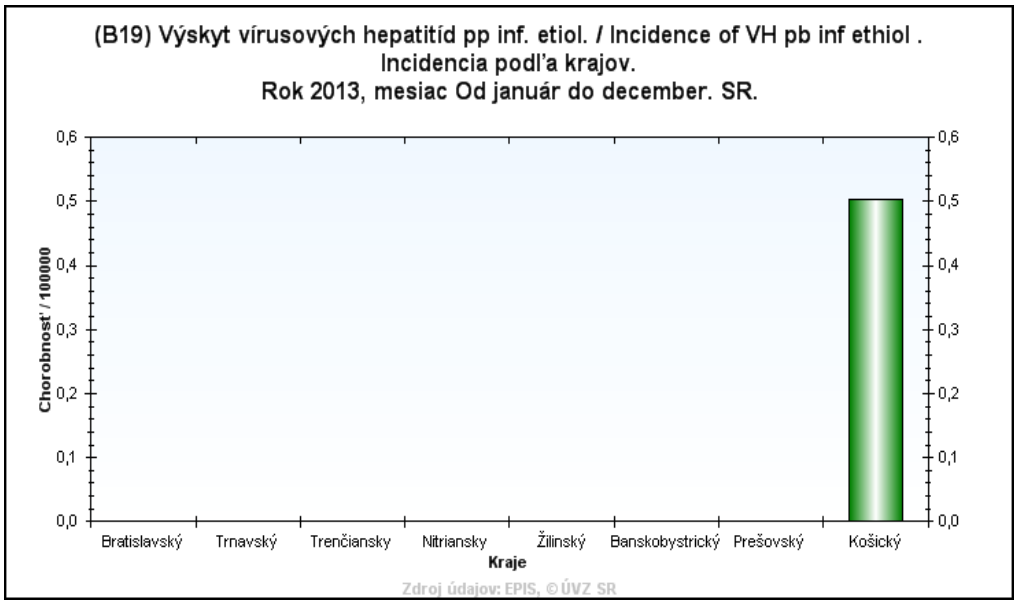


Obrázok 1 *Mapa ohniskového výskytu tuberkulózy u príslušníkov rómskeho etnika v roku 2008 (Solovič a kol. 2011).*

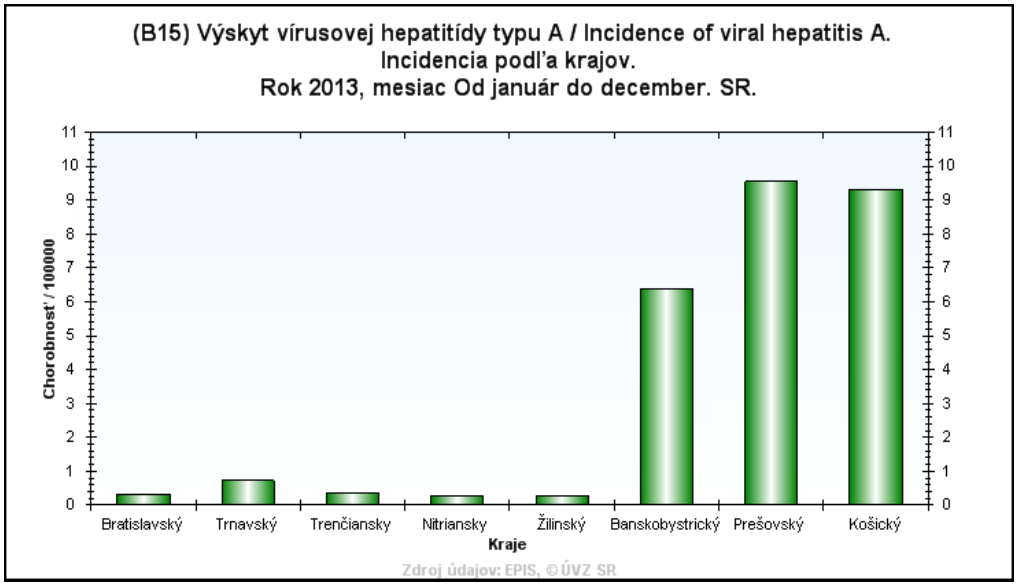
Závažným problémom mnohých rómskych komunít sú hepatitída, dyzentéria, svrab a zavšivavenie. Rozrastajúca sa prostitúcia a drogová závislosť medzi Rómami predstavuje zvýšené riziko výskytu infekcie HIV, hepatitídy B a C a iných pohlavne prenosných ochorení. Zvýšený výskyt ochorení je zaznamenaný predovšetkým v oblastiach s vyšším zastúpením rómskeho obyvateľstva (Košický, Prešovský a Banskobystrický kraj) (obr.2, graf 1-4).



Obrázok 2 *Percentuálny podiel Rómov v obciach Slovenska (Min. vnútra SR on-line, 2013)*



Graf 1 *Výskyt vírusových hepatitíd podľa krajov za rok 2013 (EPIS,ÚVZ SR, 2014).*

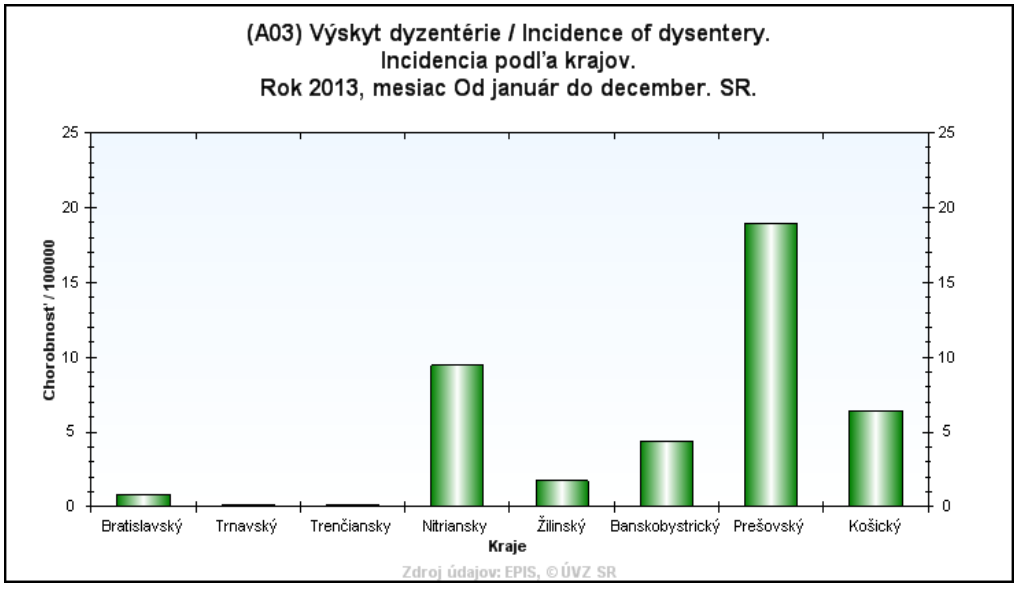


Graf 2 *Výskyt vírusovej hepatitídy typu „A" podľa krajov za rok 2013(EPIS,ÚVZ SR, 2014)*

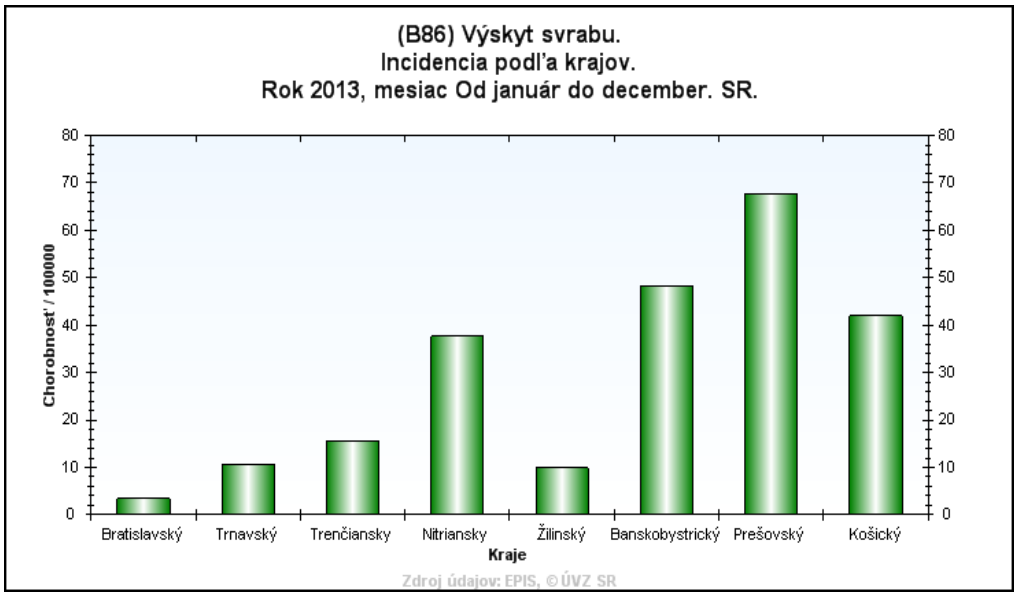
Zo skúseností, parciálnych prieskumov a hlásení ÚVZ vieme, že v prostredí rómskych komunít bol zaznamenaný zvýšený výskyt infekčných aj neinfekčných ochorení. Štúdia realizovaná Regionálnym úradom verejného zdravotníctva v Bardejove, sledovala za desaťročné obdobie výskyt vybraných infekčných ochorení v rómskej populácii tohto regiónu. Výsledky potvrdili niekoľko násobne vyšší výskyt infekčnej vírusovej hepatitídy, dyzentérie a salmonelóz (Hodnotiaca správa...2008).

Tento stav je dôsledkom nedostatočnej osobnej a komunálnej hygieny, chýbajúcej zdravotnej prevencie, zhoršených životných podmienok obyvateľov v segregovaných a

odľahlých lokalitách, ale aj v dôsledku deficitu vedomostí konkrétnej komunity. Rómovia žijúci v tomto prostredí nepoznajú závažnosť infekčných ochorení a zanedbávajú prevenciu. V prieskume realizovanom v roku 2010 v Banskobystrickom a Prešovskom kraji, sme na súbore 485 respondentov, mapovali úroveň vedomostí rómskych žien o infekčných ochoreniach.



Graf 3 *Výskyt dyzentérie podľa krajov za rok 2013(EPIS,ÚVZ SR, 2014).*



Graf 4 *Výskyt svrabu podľa krajov za rok 2013(EPIS,ÚVZ SR, 2014).*

Zo skúseností, parciálnych prieskumov a hlásení ÚVZ vieme, že v prostredí rómskych komunít bol zaznamenaný zvýšený výskyt infekčných aj neinfekčných ochorení. Štúdia

realizovaná Regionálnym úradom verejného zdravotníctva v Bardejove, sledovala za desaťročné obdobie výskyt vybraných infekčných ochorení v rómskej populácii tohto regiónu. Výsledky potvrdili niekoľko násobne vyšší výskyt infekčnej vírusovej hepatitídy, dyzentérie a salmonelóz (Hodnotiaca správa...2008).

Tento stav je dôsledkom nedostatočnej osobnej a komunálnej hygieny, chýbajúcej zdravotnej prevencie, zhoršených životných podmienok obyvateľov v segregovaných a odľahlých lokalitách, ale aj v dôsledku deficitu vedomostí konkrétnej komunity. Rómovia žijúci v tomto prostredí nepoznajú závažnosť infekčných ochorení a zanedbávajú prevenciu. V prieskume realizovanom v roku 2010 v Banskobystrickom a Prešovskom kraji, sme na súbore 485 respondentov, mapovali úroveň vedomostí rómskych žien o infekčných ochoreniach.

Takmer polovica respondentov, (47 %), nepozná podstatu infekčných ochorení, ich pôvodcov, cesty prenosu, príznaky a možnú ochranu pred nakazením.
Hepatitídu „A“, pokladá takmer 43 % respondentiek za ochorenie, pri ktorom ide o žlté sfarbenie očí. O tom, že ide o postihnutie pečene vedelo len 33,9 %.

Oslovené respondentky nepoznali pravý význam očkovania (64 % respondentiek). Celkovo takmer každé štvrté dieťa respondentov nebolo zaočkované.

Význam očkovania je nespochybniteľný. V súčasnosti, pri zmenenom systéme zdravotnej starostlivosti pribúdajú prípady nezaočkovaných detí. Ak rómske matky nepoznajú význam očkovania, očkovanosť ich detí nie je úplná. Dôsledkom je výskyt ochorení ktoré neboli zaznamenané desaťročia.

Vo zvýšenej miere sa medzi rómskym obyvateľstvom vyskytujú aj pohlavne prenosné ochorenia. V nami realizovanom prieskume prítomnosť pohlavného ochorenia uviedlo celkovo 12 % respondentov.

Podľa výsledkov prieskumu, realizovaného RÚVZ v Rožňave, bol výskyt pohlavných ochorení v tejto oblasti 2,78 % (Bolfíková, 2003). Zmapovanie výskytu pohlavne prenosných ochorení u rómskych žien je problematické. V prieskume realizovanom ÚVZSR v r. 2008, priznalo výskyt pohlavne prenosného ochorenia 16 z 2 014 respondentov, 7 neodpovedalo. Percentuálny výskyt pohlavných chorôb u Rómov sa teda nepodarilo zistiť. Problémom môže byť stále sa zvyšujúci fenomén sexuálnej kriminality a prostitúcie v sociálne vylúčených komunitách.

Aj napriek tomu, že životné podmienky v segregovaných osadách nespĺňajú ani základné predpoklady, obyvatelia osád sa nijako neusilujú o nápravu. Domnievame sa, že ak obyvatelia osád nemajú dostatok vedomostí o závažnosti prenosných ochorení, podceňujú ich dôsledky a nemajú snahu o nápravu súčasného stavu.

Ak chceme účinne bojovať proti výskytu a šíreniu infekčných ochorení v rómskych osadách, je nevyhnutné zvyšovať úroveň vedomostí Rómov o pôvodcoch infekčných ochorení, cestách prenosu, príznakoch, komplikáciách, liečbe, ale predovšetkým o účinnej prevencii ich výskytu. Tieto témy by mali byť obsiahnuté v plánoch prednášok určených pre rómske osady.

Vzhľadom na existujúcu situáciu najmä v izolovaných rómskych komunitách, žijúcich v segregovaných osadách, je nevyhnutné realizovať osvetu v oblasti zdravia a vzdelávacie aktivity priamo v rómskych osadách. Problémom je malý počet komunitných pracovníkov na veľký počet rómskych osád. Cieľom takýchto projektov je zlepšiť situáciu v oblasti zdravotnej starostlivosti a snaha o trvalo udržateľné zvyšovanie kvality života ich obyvateľov.

Záver

Aj keď sa presné štatistiky výskytu infekčných ochorení v rómskej populácii v dôsledku antidiskriminačných opatrení nevedú, zvýšený výskyt infekčných ochorení v oblastiach s vysokým zastúpením rómskeho obyvateľstva potvrdzuje ich vyšší výskyt než u majoritnej populácie.

Ako hlavná príčina sa javí dlhodobo zlá socio-ekonomická situácia, slabá úroveň vzdelanosti a nesprávny životný štýl rómskej menšiny.

V stratégii aktivít zameraných na komunitu obyvateľov rómskych osád, je potrebné uplatniť komplexný prístup. Ten si vyžaduje spoluprácu viacerých odborníkov poskytujúcich pomoc. Nevyhnutným predpokladom úspešného riešenia rómskej otázky je vytvoriť širší potenciál komunitných a sociálnych služieb. Pri opatreniach na podporu a zlepšenie zdravia sa odporúča vychádzať z postupov, ktoré nie sú Rómom neprimerané a cudzie. Výhodou je pôsobenie vnútri rómskych komunít. Cieľom je nenásilnou edukáciou v prirodzenom prostredí zvýšiť úroveň vedomostí Rómov v oblastiach ochrany a podpory zdravia a zdravotnej výchovy.

Na riešenie tzv. rómskeho problému boli prijaté a realizované mnohé projekty. No nie všetky boli prínosom pre riešenie tak závažného problému. Chýba však ochota Rómov prijať pomoc vo forme informácií, nech by boli akokoľvek užitočné.

Preto dosiahnutie cieľa vidíme predovšetkým v aktívnej účasti každého člena marginalizovaných rómskych komunít, ich participáciu na procese zvyšovania vedomostí a samotnej ochrane a podpore zdravia v každodennom živote.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BOLFÍKOVÁ, E. 2003. *Sexuálne a reprodukčné zdravie rómskej populácie* (empirická analýza sexuálneho a reprodukčného správania rómskej populácie v oblasti Rožňava, Plešivec). Internetový časopis Človek a spoločnosť. Ročník 6, č. 3. 2003 ISSN 1335-3608 30 s. Dostupné na internete. www.saske.sk/cas .
2. EPIS – EPIDEMIOLOGICKÝ INFORMAČNÝ SYSTÉM. 2014. [online]. [cit.20140219]. Dostupné na internete: http://www.epis.sk/AktualnyVyskyt/PrenosneOchorenia/Grafy.aspx
3. *Hodnotiaca správa o výsledkoch 1. etapy Programu podpory zdravia znevýhodnenej rómskej komunity za roky 2007 – 2008.* 2008. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. Bratislava, 25. augusta 2008. [online] [cit. 2014-02-05] Dostupné na internete: http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/romovia/romovia_1_etapa.pdf
4. MÁDEROVÁ, E. 2004. Kontrola a surveillance infekčných ochorení na Slovensku po vstupe do Európskej únie. In: *VIA PRACTICA*, č.2, 2004. s. 130-131. ISSN 1336-4790.
5. MV SR. Splnomocnenec vlády SR pre rómske komunity / Atlas rómskych komunít 2013. [online] [cit. 2014-02-19] Dostupné na internete: http://www.minv.sk/?atlas_2013
6. RIMÁROVÁ, K. 2010. Výsledky posledných štúdií zameraných na zdravie Rómov bijú na poplach. In*: Romano nevo ľil*. Ročník 20. 1-2.2010 Publikované: Štvrtok, 24.06. 2010 - 07:20:56. Dostupné na internete: http://2010.rnlweb.org/modules.php?name=News&file=article&sid=17066
7. SOLOVIĆ, I., JURIŠ, P, LAUKOVÁ, P. PETROVÁ, G., KOVÁČ, A., ŠVECOVÁ, J. 2011. Tuberkulóza a parazitózy u marginalizovanej rómskej populácie na Slovensku. *Verejné zdravotníctvo* [online]. ISSN 1337-1789, 2011, ročník VIII., č. 2 http://www.verejnezdravotnictvo.sk
8. ŠAŠKO,P. 2005. Zdravotná situácia rómskej populácie. In: Vašečka, M.: *Čačipen pal o Roma: Súhrná správa o Rómoch na Slovensku.* Bratislava: Inštitút pre verejné otázky, 2005. ISBN : 80-88935-41-5.

Kontaktná adresa:

PhDr. Mária Šupínová, PhD.

FZ SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Sládkovičova 21

98501 Banská Bystrica

E-mail: maria.supinova@szu.sk

KVALITA ŽIVOTA PACIENTA PO TEP BEDROVÉHO KĹBU

Janeta Ušiaková

Oddelenie ortopédie a úrazovej chirurgie VšNsP Lučenec n.o.

Abstrakt

Článok mapuje problematiku totálnej endoprotézy bedrového kĺbu. Autorka zamerala pozornosť na efekt operácie totálnej endoprotézy, podľa hodnotenia odborníkov nielen u nás, ale aj v zahraničí. Na vzorke 100 respondentov, dokazuje pozitívnu zmenu kvality života pacienta po implantácii totálnej endoprotézy bedrového kĺbu.

Kľúčové slová: Bedrový kĺb. Endoprotéza. Kvalita života. Pacient.

Abstract

Article detect problems total joint replacement. The author focused attention on the effect of total joint replacement surgery, according to the experts' evaluation not only in our country but also abroad. On a sample of 100 respondents demonstrated a positive change in the quality of life of patients after implantation of total hip replacement.

Key words: Hip joint. Endoprosthesis. Quality of life. Patient.

Úvod

Každoročne je vo svete urobených viac ako 80 000 operácií primárnych totálnych endoprotéz u pacientov trpiacich artrózou bedrového kĺbu. Na Slovensku je to okolo 10 000 operácií za rok. Implantácia totálnej endoprotézy je efektívny zákrok, pričom ale operačný úspech závisí od mnohých parametrov. Odborníci oceňujú pozitívny vplyv operačného zákroku na kvalitu života pacienta. Pri správnej príprave pacienta, implantácii a rehabilitácii, kĺbová náhrada navráti pacientovi takmer plné zdravie pohybového aparátu a umožní mu plnohodnotný život. Kým konzervatívna liečba predpokladá doživotné užívanie analgetík, zhoršujúci sa zdravotný stav a život s následkami ochorenia, úspešná operácia bedrového kĺbu prináša pacientovi zlepšenie kvality života. Za úplne ideálnych podmienok umožní pacientovi návrat k zamestnaniu, ale aj možnosť športovania či realizácie záujmových aktivít. Kvalita života zahrňuje široké spektrum oblastí, od fyzických funkcií až po oblasti, ktoré determinujú život človeka, sú zamerané na dosiahnutie životných cieľov a prežívanie vlastného životného šťastia (Šupínová, 2013). Obvykle je kvalita života posudzovaná na

základe subjektívnych údajov získaných od pacienta, rozšírená o ďalšie objektívne parametre.

Môže sa sledovať vplyv ochorenia a liečby na človeka či skúsenosť vo vzťahu k poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Najpodstatnejšie pre človeka je jeho subjektívne hodnotenie, t.j. ako sám seba vníma a čo cíti.

Súčasný stav riešenej problematiky

Zahraničné štúdie hodnotiace kvalitu života a funkčné zlepšenie pacientov po náhrade bedrového kĺbu vychádzajú z rôznych testov a sledujú zmeny v rozsiahlejšom období po implantácii. Väčšina štúdií tiež porovnáva zmeny, ktoré nastali po operácii oproti stavu zdravia pred ňou.

Zaujímavé sú štúdie, ktoré hodnotia vzťah medzi očakávaním pacienta pred TEP bedrového kĺbu a kvalitou života po zákroku. Podľa nich je vhodné, sa už v príprave na zákrok zaoberať pacientovými reálnymi očakávaniami od výsledku operácie. To môže byť jeden z predpokladaných faktorov zlepšenia kvality života a celkovej spokojnosti pacienta s endoprotézou.

V Španielsku sa tím výskumníkov venoval očakávaniam pacienta pred operáciou a jej dopadom na kvalitu života podmienenú zdravím po totálnej endoprotéze kĺbu s cieľom určiť, ako je psychika pacienta prepojená s dopadom operačného zákroku na kvalitu života pacienta (Gonzales, 2010).

V Kanade sa venovali otázkam dopadu veku na bolestivosť, funkčnosť a kvalitu života po totálnej artroplastike bedrového a kolenného kĺbu. Cieľom tejto prospektívnej štúdie bolo porovnať bolesť, funkčnosť a dopad zákroku na kvalitu života podmienenú zdravím obmedzujúcim aspektom pri zvažovaní vykonania zákroku na konkrétnom pacientovi (Jones, 2001).

Obnove fyzickej funkčnosti po totálnej artroplastike bedrového kĺbu sa experti vo svojich štúdiách venovali aj v Holandsku (Roterdame) V súvislosti s bežnou dennou aktivitou došlo u pacientov k zlepšeniu. V porovnaní so stavom pred operáciou, bola fyzická funkčnosť vo všeobecnosti obnovená na 80 % proti kontrolnej skupine zdravých pacientov (Vissers, 2011).

V USA sledovali samotný SF - 36 dotazník o zdraví ako ukazovateľ spokojnosti pacienta po totálnej artroplastike bedrového alebo kolenného kĺbu v rámci krátkodobého sledovania. Cieľom tejto štúdie bolo dokázať, či SF - 36 všeobecný dotazník o zdraví je dostatočne vnímavý na to, aby zaznamenal ranné zlepšenia pacientovho zdravia po totálnej artroplastike bedrového kĺbu (THA) a totálnej artroplastike kolenného kĺbu (TKA) (Kiebzak, 1997).

Londýnski odborníci sa venovali kvalite života pacientov v rôznych vekových skupinách po použití kontaktných plôch kov - kov u artroplastiky bedrového kĺbu (Metal-on-metal hip resurfacing arthroplasty – kov-kov HRA). Zo zistení usúdili, že u starostlivo vybraných aktívnych pacientov vo veku 60 a viac rokov HRA poskytuje významné a rovnocenné zlepšenie kvality života ako u skupiny mladších pacientov s porovnateľnou výdržou náhrady. Z tohto dôvodu by samotný vek nemal ovplyvňovať rozhodnutie operatéra či postupovať s HRA alebo nie (Papavasiliou, 2008).

V Kanade (Ontariu) bola uskutočnená dvojito zaslepená štúdia u 250-tich pacientov porovnávajúca cementovanú a necementovanú totálnu artroplastiku kĺbu. Venovali sa efektivite nákladov a dopadu zákroku na kvalitu života podmienenú zdravím. Táto štúdia taktiež poukázala na to, že TEP je extrémne účinným zákrokom v prípade, že sa hodnotí jej schopnosť ovplyvniť kvalitu života podmienenú zdravím bez rozdielu medzi cementovanou a necementovanou protézou v rámci dvojročného sledovania (Rorabeck, 1994).

Štúdia realizovaná v Roterdame, bola tiež zameraná na vnímanie dopadov primárnej artroplastiky bedrového kĺbu pacientom. Výskumníci si položili otázku, či je ovplyvnené pohlavím pacienta. Analýzov výsledkov zistili, že podstatné rozdiely vo funkčnosti medzi pohlaviami existujú už pred liečbou. Avšak u žien bolo v porovnaní s mužmi zaznamenané výraznejšie zlepšenie obnovy funkčnosti končatiny po zákroku (Lavernia, 2011). Všetky realizované štúdie potvrdzujú, že v porovnaní so stavom pred operáciou, bola fyzická funkčnosť u pacientov vo všeobecnosti obnovená a pacienti hodnotili kvalitu svojho života pozitívne.

Kvalitu života možno v zásade hodnotiť na základe subjektívneho a objektívneho prístupu hodnotenia pacienta. Najpodstatnejšie pre nás je, to ako sám vníma vlastnú zdravotnú situáciu a svoje uplatnenie po implantácii endoprotézy v pracovnom, rodinnom a sociálnom prostredí. V praxi sa ku hodnoteniu kvality života používajú dotazníky, ktoré kvantifikujú dopad ochorenia na bežný život pacienta.

Metodika a cieľ prieskumu

Na základe získaných odpovedí od respondentov vyhodnotiť ich postoje, skúsenosti a názory týkajúce sa kvality života po operačnom zákroku.

Cieľom realizovaného prieskumu bolo zistiť aké zmeny v kvalite života pacientov nastanú po totálnej endoprotéze bedrového kĺbu. Pre zber empirických dát bola použitá dotazníková metóda. Dotazník bol neštrukturalizovaný.

Prieskumný súbor

Prieskum sme realizovali v mesiacoch október 2012 až január 2013 vo Všeobecnej nemocnici s poliklinikou Lučenec, n. o., kde sme v súlade s cieľmi predloženej práce oslovili pacientov dvoch ortopedických ambulancií. Všetci respondenti boli v rôznom časovom

období po prekonaní operácie TEP bedrového kĺbu. Celkovo bolo rozdaných 127 dotazníkov. Návratnosť bola 79 %-ná. Do súboru bolo zaradených 100 respondentov. Z toho bolo 41 mužov (41 %) a 59 žien (59 %). Veková štruktúra respondentov je uvedená v tab. 1. Najpočetnejšia skupina respondentov 77, (77 %), malo stredoškolské vzdelanie, 10 respondentov (10 %), malo vysokoškolské vzdelanie, najmenšia skupina (13 %) mala základné vzdelanie.

Tabuľka 1 *Vekové zloženie respondentov*

Vek	**(n)**	**%**
do 40 rokov	1	1
od 41 do 50 rokov	17	17
od 51 do 60 rokov	33	33
od 61 do 70 rokov	36	36
od 71 do 80 rokov	11	11
od 81 do 90 rokov	2	2
Spolu	100	100

Dôležité bolo zistenie, akú dlhú dobu sú respondenti od operácie. Prehľad je v tab. 2.

Tabuľka 2 *Časový úsek od TEP*

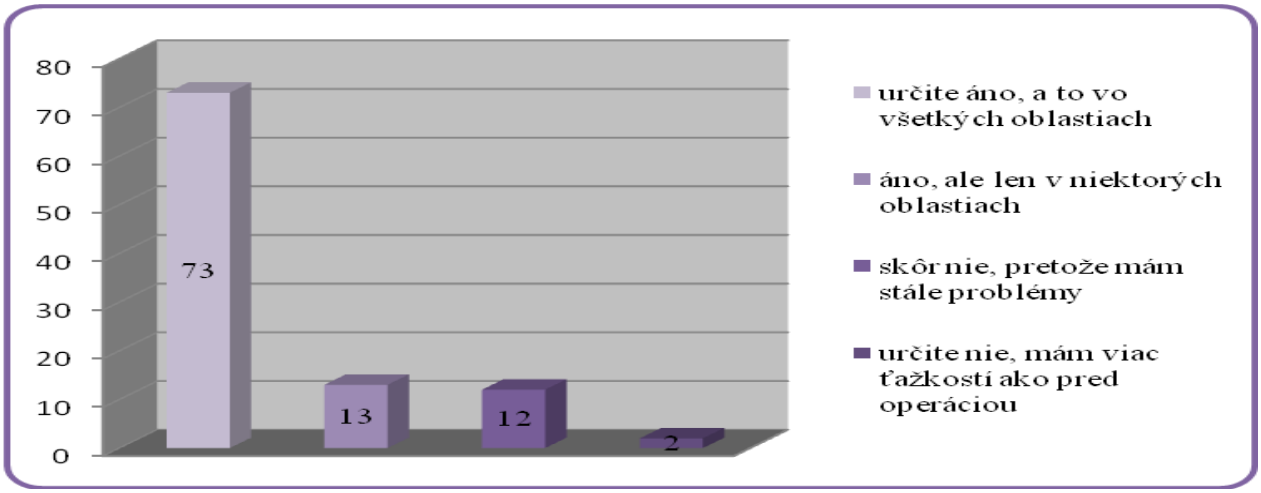
Časové obdobie	**(n)**	**%**
do 4 mesiacov	11	11
viac ako 4 mesiace a menej ako 1 rok	16	16
1 – 2 roky	44	44
iné	29	29
Spolu	100	100

Výsledky

Z výsledkov prieskumu vyberáme tie oblasti, ktoré boli priamo zamerané na kvalitu života respondentov po operácii TEP.

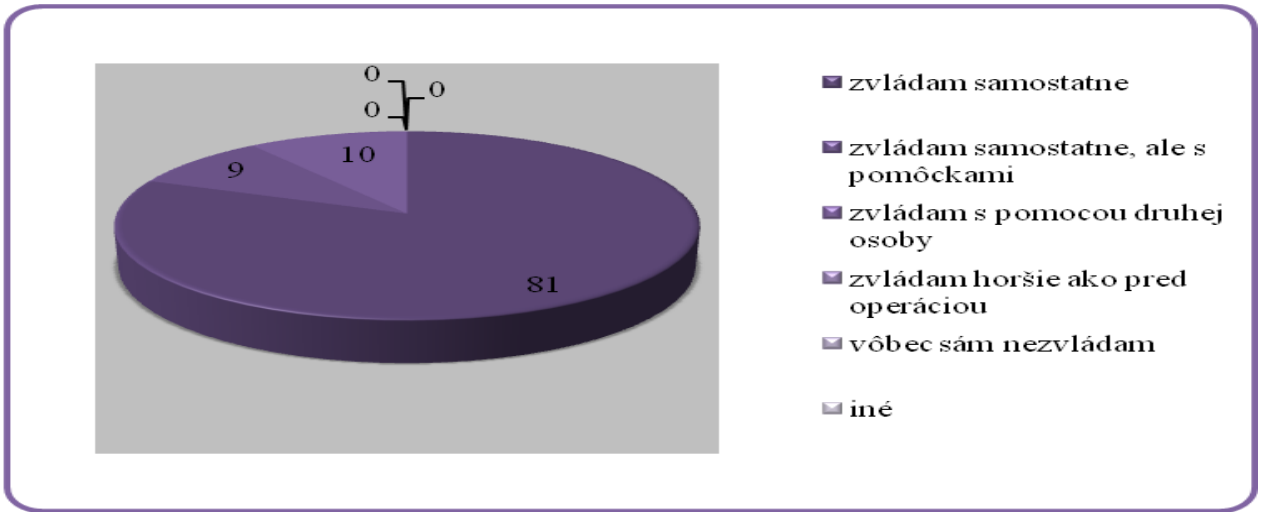
Z odpovedí respondentov vyplýva, že 50 respondentov (50 %), zvláda denné aktivity v oblasti zabezpečenia chodu domácnosti po náhrade kĺbu samostatne, Dvadsaťpäť respondentov (25 %), síce zvláda denné aktivity v oblasti zabezpečenia chodu domácnosti samostatne, ale s pomôckami, a rovnako 25 respondentov (25 %), označilo, že zvláda denné aktivity v oblasti zabezpečenia chodu domácnosti len s pomocou druhej osoby. Žiadny

z respondentov nezvláda denné aktivity v oblasti zabezpečenia chodu domácnosti horšie ako pred operáciou.

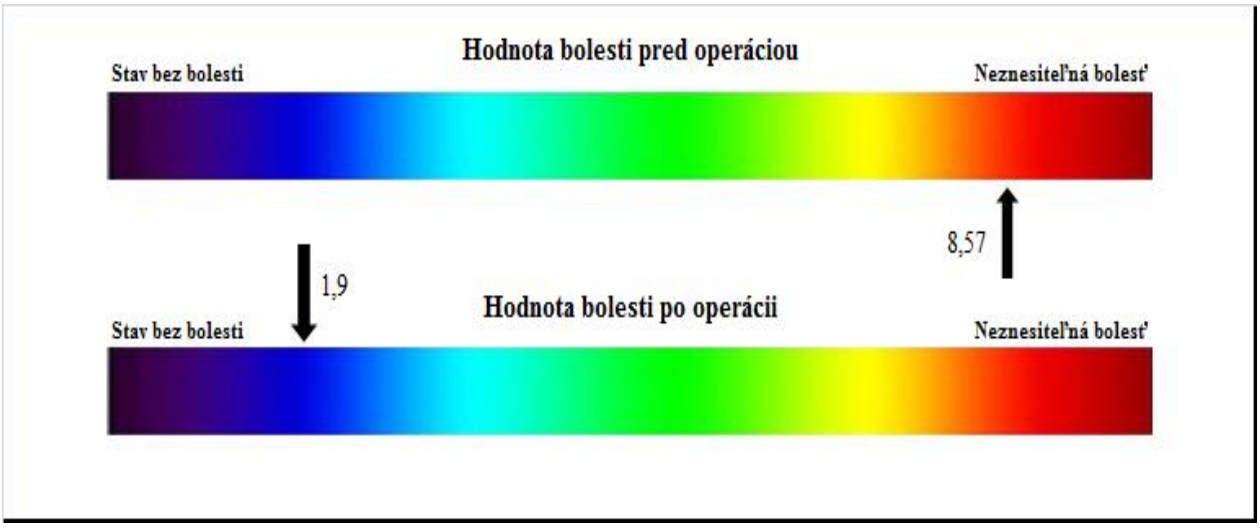


Graf 1 *Pocit plnohodnotnejšieho života po náhrade kĺbu*

Z odpovedí respondentov vyplýva, že 73 respondentov pociťuje, že je ich život po náhrade kĺbu plnohodnotnejší a to vo všetkých oblastiach. Trinásť respondentov pociťuje, že ich život je po náhrade kĺbu plnohodnotnejší len v niektorých oblastiach. Z oblastí, v ktorých respondenti uviedli zlepšenie to boli voľno-časové aktivity (13 respondentov). Dvanásť respondentov nepociťuje, po náhrade kĺbu zlepšenie, pretože majú stále problémy a dvaja respondenti odpovedali že majú viac ťažkostí ako pred operáciou.

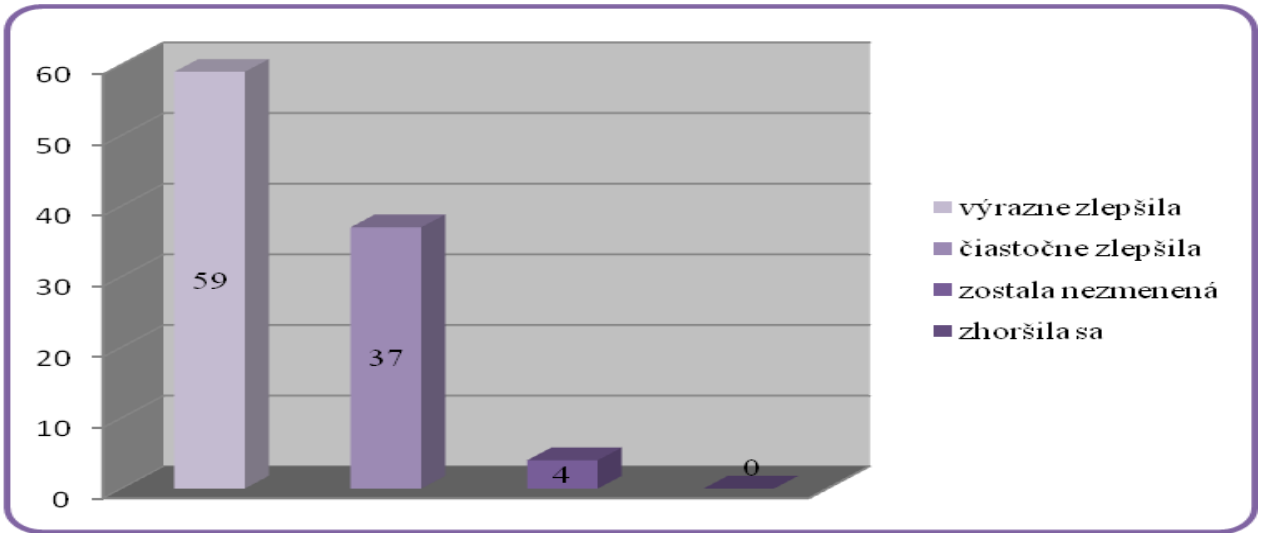


Graf 2 *Zvládanie denných aktivít a samostatnosť v oblasti stravovania*



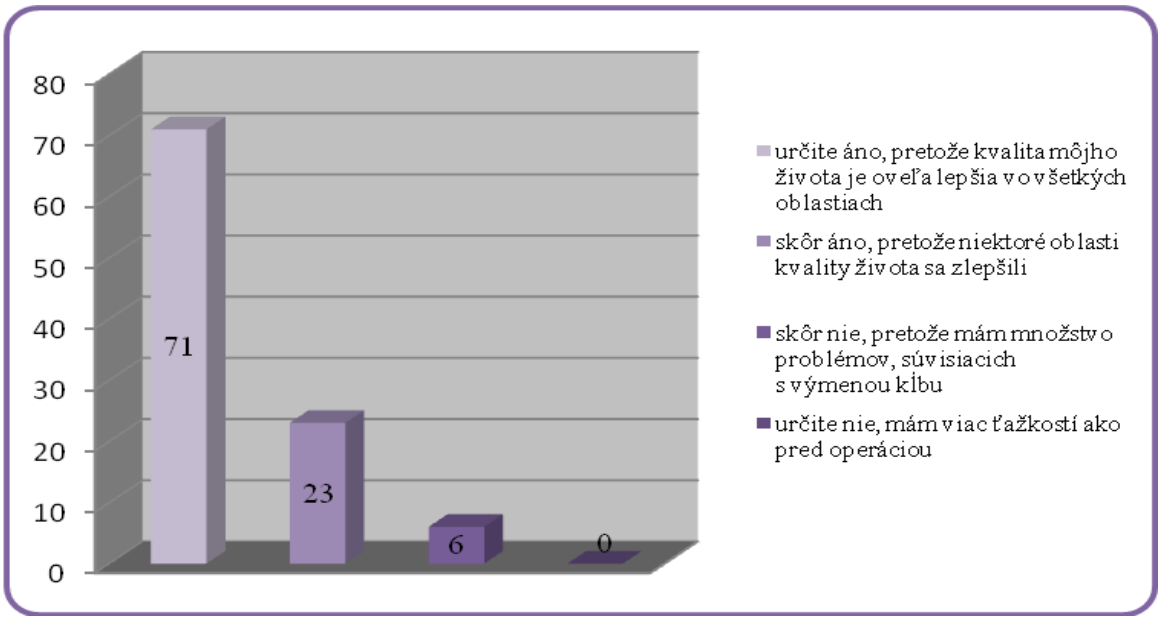
Graf 3 *Hodnotenie bolesti*

Vyhodnotením odpovedí respondentov sme zistili, že priemerná číselná hodnota bolesti respondentov pred operáciou bola 8,57 a priemerná číselná hodnota bolesti respondentov po operácii je 1,9. Priemerne sa bolesť respondentov percentuálne zmenšila o 72,80 %. Žiadny z respondentov neuviedol, že by sa jeho bolesť po operácii percentuálne zväčšila.



Graf 4 *Kvalita spánku po náhrade kĺbu*

Kvalita spánku sa po náhrade kĺbu u päťdesiatich deviatich respondentov (60 %), výrazne zlepšila. Čiastočne sa kvalita spánku zlepšila u tridsiatich siedmych respondentov a štyria respondenti uviedli, že kvalita ich spánku po náhrade kĺbu zostala. Ani jeden z respondentov neuviedol, že by sa kvalita jeho spánku po náhrade kĺbu zhoršila.



Graf 5 *Podstúpenie výmeny bedrového kĺbu po doterajších skúsenostiach*

Sedemdesiatjeden respondentov (71 %), by po doterajších skúsenostiach rozhodne podstúpilo výmenu bedrového kĺbu, pretože kvalita ich života je oveľa lepšia vo všetkých oblastiach. Dvadsaťtri respondentov, (23 %), by po doterajších skúsenostiach podstúpilo výmenu bedrového kĺbu, z dôvodov zlepšenia kvality života v niektorých oblastiach. Šiesti respondenti, (6 %), by po doterajších skúsenostiach nepodstúpili výmenu bedrového kĺbu, pretože majú množstvo problémov, súvisiacich s výmenou kĺbu. Žiadny z respondentov by sa po doterajších skúsenostiach nerozhodol inak a rozhodne by výmenu bedrového kĺbu podstúpil.

K rovnakým výsledkom dospeli v prieskume realizovanom v Holandsku, kde u subjektívne vnímanej fyzickej funkčnosti bolo u pacientov zaznamenané zlepšenie po zákroku o približne 80 %. V našom prieskume 94 %.

V Kanade, kde sa venovali otázkam, funkčnosti a kvality života zistili, že u kapacity funkčnosti došlo u pacientov k zlepšeniu na približne 80 %. V súvislosti s bežnou dennou aktivitou došlo u pacientov k zlepšeniu 84 %- nej obnove. V našom prieskume to bolo 60 % až 90 % v závislosti od aktivity.

Záver

Totálna endoprotéza bedrového kĺbu má jednoznačne zásadný vplyv na zlepšenie kvality života a sebestačnosti pacientov, čo preukázal aj náš prieskum. Potvrdilo to 94 % respondentov.

Prieskumom sme poukázali na význam implantácie TEP v praxi, na výrazne pozitívnu zmenu kvality života ktorú prináša. U pacientov došlo k zlepšeniu vo všetkých komponentoch kvality života.

Negatívne na pacientov trpiacich bolesťami majú čakacie listiny a odsúvanie očakávanej operácie. Vhodné by bolo vytvoriť konkurenčný trh v zdravotníctve, posudzovať výsledky kvality jednotlivých oddelení a zdravotníckych zariadení, a tým pozitívne ovplyvňovať spokojnosť našich pacientov.

Odporúčania pre prax:

Efektívnou edukáciou zvýšiť vedomostnú úroveň pacientov o implantácii TEP v oblasti rehabilitácie a následnej starostlivosti, zaviesť na Oddeleniach ortopédie a úrazovej chirurgie deň otvorených dverí venovaných edukácii pacientov pred implantáciou TEP a životu s implantovaným umelým kĺbom,

Zoznam bibliografických odkazov:

1. GONZALES, S. - TEJADA, M. - ESCOBAR, A. a kol. 2010. Patient expectations and health-related quality of life outcomes following total joint replacement. [online] In: *Value Health*, 2010. vol. 13, num. 4, p. 447- 54. [cit.13.02.13] Dostupné na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20088892.
2. HAJDUČÍKOVÁ, B. 2012. Masarykova univerzita Lékařská fakulta Hodnotenie kvality života a funkčnej sebestačnosti u pacientov po totálnej endoprotéze bedrového kĺbu [online]. Diplomová práca. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Brno, 2012 [citované13.01.13] dostupné na internete: https://theses.cz/id/qhmmuk/ISIS_34336_xkuts04.pdf .
3. JONES, C. A. - VOAKLANDER, D. C. a kol. 2001. The effect of age on pain, function, and quality of life after total hip and knee arthroplasty. [online] *In: Archives of Internal Medicine,* 2001. num. 161, p. 454-460. [13.02.13] Dostupné na: http://archinte.ama- assn.org/cgi/content/full/161/3/454.
4. KIEBZAK, G. M. - VAIN, P. A. - GREGORY, A. M. - MOKRIS, J. G. - MAUERHAN, D. R. SF-36 general health status survey to determine patient satisfaction at short-term follow-up after total hip and knee arthroplasty. [online] In: Journal of the Southern Orthopaedic Association, 1997. vol. 6, num. 3, p. 169-72. [13.02.13] Dostupné na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9322195
5. LAVERNIA, C. J- ALCERRO, J. C a kol. 2011. Patient perceived outcomes after primary hip arthroplasty: does gender matter? [online] *In: Clinical orthopaedics and*

related research, 2011. vol. 469, num. 2, p. 348-354. [13.02.13] Dostupné na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20700673.

6. PAPAVASILIOU, A. V. - VILLAR, R. N. 2008. Quality of life in different age groups after metal-on-metal hip resurfacing arthroplasty. [online] *In: Hip International,* 2008. vol. 18, num. 4, p. 307-12. [13.02.13] Dostupné na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19097009
7. RORABECK, CH. – BOURNE, R. B. a kol. 1994. A double-blind study of 250 cases comparing cemented with cementless total hip arthroplasty. Cost-effectiveness and its impact on health-related quality of life. [online] *In: Clinical Orthopaedics and Related Research*, 1994. num. 298, p. 156-64. [13.02.13] Dostupné na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8118970.
8. ŠUPÍNOVÁ, M. Kvalita života pacientov s tetraplégiou. In: Diagnóza v ošetřovatelství: odborný časopis pro nelekářské zdravotnícke pracovníky. - ISSN 1801-1349 - Roč. 9, č. 4 (2013), s. Supplementum 3-6.
9. VISSERS, M. M. - BUSSMANN, J. B. a kol. 2011. Recovery of physical functioning after total hip arthroplasty: systematic review and meta-analysis of the literature. [online] *In: Physical Therapy,* 2011. vol. 9, num. 5, p. 615-29. [13.02.13] Dostupné na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21393418.

Kontaktná adresa:
Mgr. Ušiaková Janeta
Mučín – Telka 241/2 98531 Rapovce
E-mail: janetausiakova@gmail.com

VÝZNAM POHŘEBNÍCH RITUÁLŮ A PORADENSTVÍ PRO POZŮSTALÉ

Zlatica Dorková[1], Naděžda Špatenková[2], Zdeňka Dohnalová[3]

[1] Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd
[2] Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
[3] Masarykova univerzita v Brně, Fakulta sociálních studií, Katedra sociální politiky a sociální práce

Abstrakt

Problematika pohřebních rituálů je v současné době velmi aktuální a úzce souvisí se změnou hodnotového systému v naší společnosti. Cílem tohoto příspěvku je poukázat na význam pohřebních rituálů v naší kultuře a předložit argumenty pro jejich zachování. Příspěvek také poukazuje na činnost poradců pro pozůstalé, kteří pečují (laicky či profesionálně) o pozůstalé. Vzhledem k tomu, že tradiční zdroje sociální opory selhávají, je důležité, aby byl pozůstalým k dispozici poradce a podle potřeby je doprovázel v době zármutku.

Abstract

Currently, the issue of funeral rites has been very topical and closely related to the change in the value system in our society. The aim of this paper is to highlight the importance of funeral rites in our culture and present arguments for their maintaining. The paper also refers to the work of counselors for the bereaved, who care for the bereaved (as laypersons or professionals). Considering the fact that traditional sources of social support have been failing, it is important for the bereaved to have a counselor available, who, if necessary, would accompany them at the time of grief .

Klíčová slova: Smrt. Pohřební rituály. Poradenství pro pozůstalé. Poradce pro pozůstalé.

Key words

death, funeral rites, counselling for the bereaved, counselor for the bereaved

Úvod

Výsledky archeologických, antropologických, sociologických i psychologických výzkumů dokládají zásadní význam pohřbu jako součásti rituálů. Pohřební rituály patří mezi přechodové rituály (tzv. odlučovací) a jsou ovlivněny náboženskou představou, že smrtí

jedince bytí nekončí, ale pokračuje v nějaké podobě dál. Představa posmrtné existence ovlivňuje podobu pohřebních rituálů a způsob zacházení se zemřelými. Vztah smrti a náboženství je od pradávna velice úzký. Smrt člověka byla již v tradičních kulturách pojímána prostřednictvím náboženských konceptů, jež vysvětlovaly příčinu smrti a také řešily, co se s člověkem po smrti stane (Nešporová, 2009, s. 466). Pro věřícího pozůstalého (tj. nábožensky aktivního praktikujícího věřícího hlásícího se k určitému náboženskému směru nebo církvi) je důležité, aby poslední rozloučení se s člověkem proběhlo v duchu jeho víry. V době úmrtí dochází obvykle u lidí k určitému „zpomalení" a „ztišení", odtržení od okolního světa a většímu ponoření se do „světa vnitřního". Pro zvládání smutku jsou důležité rituály truchlení, jako např. pláč, chození na hrob, vzpomínkové akty apod. Tyto činnosti mohou být velmi důležité, obzvlášť tehdy, kdy pozůstalý odmítá přijmout ztrátu milované osoby a psychicky se s ní vyrovnat. Blízkost smrti vyvolává u mnoha lidí tíseň a zábrany, s nimiž si často neumí poradit. Ne každý si je bytostně vědom své vlastní konečnosti, protože myšlenka na smrt a umírání byla do nedávné doby ve velké míře tabuizována. Akceptování tohoto faktu, i krátkodobě, je z hlediska duchovního velkým přínosem.

Metodika

Příspěvek má teoretický charakter. První část příspěvku popisuje význam pohřebních rituálů. Druhá část příspěvku charakterizuje poradenství pro pozůstalé a poradce pro pozůstalé. V závěru příspěvku předkládáme argumenty pro zachování pohřebních rituálů.

Vlastní text práce

Co vše se dá udělat pro člověka, který je postižen tak extrémní ztrátou, jakou je smrt blízkého člověka? Zvláštní pozornost je třeba věnovat aktu rozloučení. Pro následné období truchlení je pro pozůstalé velmi důležité fyzické rozloučení se zemřelým a následné pohřbení. Mluvíme o tzv. pohřebních rituálech, které se uskutečňují od okamžiku smrti až po konečné uložení pozůstatků zemřelého. Podle Ungera (2006, s. 16) sem můžeme zařadit uložení, umytí, oblečení, smutek pozůstalých, tanec, hudbu, zpěv, gestikulaci, mimiku, zvláštní oděv, vystavení zemřelého, přenesení na připravené místo, pohřbení spálených pozůstatků nebo nespáleného těla, péči o pohřebiště a rituální hostinu. Pro většinu pozůstalých je velmi důležité osobní rozloučení se zemřelým. Mnozí z nich udávají vnitřní „úlevu", jestliže tuto možnost měli. Rovněž pohled na tělo mrtvého je podle Parkerse, Relfové, Coulrickové (2007, s. 121) obvykle zkušeností, která přináší více kladů než záporů. Přesto však může mít na přítomné negativní dopad a je důležité předvídat a minimalizovat toto riziko. Bohužel, v podmínkách českých nemocnic je ještě pořád pro příbuzné možnost chvíli pobýt s právě zemřelým spíše výjimkou. Jinak je tomu v hospicích, kde je prakticky

vždy možnost osobního rozloučení se zesnulým. V každém případě je třeba taktně tuto možnost pozůstalým nabídnout. Alternativní možností je chvíle těsně před vlastním pohřbem, kdy je zpravidla nejbližším příbuzným nabídnuta možnost krátkého osobního kontaktu se zemřelým v soukromí. Pozůstalí se však domnívají, že by tuto možnost měli mít už v nemocnici, bezprostředně po smrti, kde nejsou pod tlakem blížícího se obřadu a s ním spojených povinností.

V současné době se čím dále tím více mluví o tom, že pohřební rituály ustupují do pozadí a nejsou zásadně vyhledávány a prováděny. Naopak v tradičních společnostech se jim věnuje velká pozornost. Můžeme vnímat také velkou rozmanitost pohřebních obřadů a jejich rituálů. Nic se neliší podle národnosti, věku, pohlaví nebo společenského postavení jedince tolik jako pohřební obřady. Jsou historicky proměnlivé, rozdílné, nejen mezi jednotlivými kulturami, ale i uvnitř kultur samotných. Každá kultura však své rituály má, tj. existuje u ní předepsaný vzorec chování pro pozůstalé. Jsou tu tedy určité konstanty, které jsou odůvodněné antropologicky i kulturně.

Moderní společnost zdůrazňuje význam odlučovacích, pomezních a přijímacích rituálů v pohřebních obřadech ve vztahu k pozůstalým, v tradiční společnosti však měly větší význam a byly pečlivěji rozpracovány rituály, jimiž byli mrtví přijímáni do světa zemřelých (srovnej např. Van Gennep, 1996, s. 136 - 152). Pohřební rituály nejsou určené jen zemřelému, ale v dnešní době především samotným pozůstalým. Svědčí o tom i tato slova: „Pohřeb nekonáme proto, abychom oslavili zemřelého, ale spíše proto, abychom utěšili pozůstalé“ (Kubíčková, 2001, s. 243). V minulosti pomáhaly lidem smířit se s odchodem blízké osoby, ještě jednou s ní alespoň na chvíli navázat kontakt. Těmito rituály dostala smrt své místo a řád, a tak se stala pro lidi snesitelnější. Když se však podíváme na průběh současných pohřebních rituálů, můžeme říci, že se stávají formálnějšími, ztrácejí svůj původní obsah. Pro nás, moderní lidi žijící v postmoderní době, se původní komplikované rituály změnily na jednoduchý, krátký obřad v obřadní síni. Je však jisté, že pohřební rituály mají sociální a psychologický význam a slouží jako překonávací strategie vůči zneklidňující smrti. Zahrnují smrt do společenství a veřejnosti, tj. že jednotlivý člověk není ponechán sám, a dodávají určitou jistotou prostřednictvím toho, co je v průběhu procesu umírání a smrti třeba učinit. Kromě toho připravují člověka na to, jak má přistupovat k vlastnímu umírání a smrti (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 77-78).

Vysvětlit význam pohřebního rituálu a předložit argumenty pro důstojné rozloučení se se zemřelým, to je dovednost, kterou má poradce pro pozůstalé. Totiž, ojedinělou a zcela výjimečnou službou pomoci pozůstalým je poradenství pro pozůstalé, které se od roku 2009 v České republice intenzivně rozvíjí. Právě v tomto roce se vytvořila pracovní skupina (složená z 12 odborníků) pro tvorbu standardů v poradenství pro pozůstalé při Ministerstvu

pro místní rozvoj. Cílem této skupiny je institucionalizace poradenství pro pozůstalé a umožnění zvýšení kvalifikace laikům i profesionálům, kteří v této oblasti působí. Jaké činnosti poradce pro pozůstalé vykonává? „Poradce pro pozůstalé rozhodně není rádcem, jak urychleně truchlení ukončit, je průvodcem pozůstalých v jejich procesu truchlení, vytváří jim bezpečný prostor, ve kterém mohou otevřeně ventilovat své emoce, hovořit o svých problémech. Pomáhá pozůstalým vyrovnat se s širokým spektrem reakcí, jež se po ztrátě milovaného člověka objevují na nejrůznějších úrovních, například na somatické, emocionální a kognitivní úrovni, ale také na úrovni chování. Vysvětluje pozůstalým, co se s nimi děje, a ubezpečuje je, že to, co prožívají, je adekvátní situaci, ve které se nacházejí. Poskytuje jim potřebné informace a objasňují různé aspekty jejich obtíží a problémů. Poradce musí být také schopen posoudit závažnost situace pozůstalých a v případě potřeby jim doporučit jiné formy pomoci“ (Špatenková, 2013, s. 21).

Z výše uvedených činností vyplývá, že poradce pro pozůstalé musí být k výkonu této činnosti teoreticky i prakticky připravený a je nezbytné, aby splňoval nároky vztahující se k jeho osobnosti. Ve shodě s např. Kopřivou (1997) se domníváme, že hlavním nástrojem práce pomáhajícího pracovníka je právě jeho osobnost. Pro poradce pro pozůstalé jsou dále důležité jeho:

- znalosti (z pohřebnictví, psychologie, sociologie, základu komunikace, komunikačních dovednosti, metod alternativní komunikace, historie, souvisejících právních předpisů)
- dovednosti (orientace v hodnotovém kontextu poradenství pro pozůstalé, rozvíjení účinné komunikace, podpory a doprovázení pozůstalých, usnadňování procesu truchlení, charakterizování osobnosti poradce pro pozůstalé, aplikování základních zásad pohřbívání v poradenství pro pozůstalé, aplikování základních principů poradenství pro pozůstalé na truchlící klienty)
- vlastní zkušenosti (takový poradce je pro klienta autentický a dokáže lépe a rychleji pozůstalého pochopit a získat si jeho důvěru).

Od roku 2012 existuje v České republice státem uznaný hodnotící standard profesní kvalifikace Poradce pro pozůstalé (kód 69-020-M), který nastavuje kritéria pro hodnocení kvality toho, co se u poradce pro pozůstalé považuje za vhodné, co se vyžaduje, aby dodržoval a co nabízel pozůstalým klientům. Kvalifikace je zapsaná v Národní soustavě kvalifikací (od 29. 6. 2012 do neomezeně). Pro tuto kvalifikaci je doporučováno ukončené úplné střední vzdělání, dále praxe s pozůstalými pod dohledem supervizora v délce trvání alespoň jednoho roku. Ke zkoušce může být vydáno doporučení. Pokud je uchazeč sám v roli pozůstalého, pak by měla být minimálně roční časová vzdálenost od úmrtí jeho blízké

osoby (je vyžadováno čestné prohlášení). Součástí přípravy na zkoušku je vyplnění následujícího dotazníku, který uchazeč přikládá k ostatním dokladům:

- První případ úmrtí, na který si vzpomínám, byla smrt (koho):……..
- Bylo mi …….. let.
- Vzpomínám si, že jsem měl následující pocity: ……..
- Úplně první pohřeb, kterého jsem se účastnil, byl……..
- Bylo mi tehdy asi……..
- Z tohoto zážitku si pamatuji…….
- Má poslední ztráta následkem smrti (jméno, vztah k zemřelému, okolnosti smrti): ……..
- Tuto ztrátu jsem překonal (jak, díky): ……..
- Nejtěžší pro mě byla smrt (koho): ……..
- Bylo to těžké, protože…..
- Nejvíce mi v truchlení pomáhalo…

Uchazeč skládá zkoušku z části teoretické a z části praktické. Při praktické zkoušce se demonstrují různé modelové situace, které jsou předváděny profesionálními herci/herečkami. Posuzuje se přístup a zpracování situací uchazečem. Patří zde také oblast práv a potřeb pozůstalých. Např. potřeba ticha, času, respektování individuality apod. Po inscenaci se provádí sebereflexe, přičemž uchazeč odpovídá na otázky typu: Jaké pocity jste měl/a během inscenační hry?, A jak se cítíte nyní?, Jak byly ventilovány emoce klienta?, Co jste spatřoval jako obtížné?, Dokážete na základě reflexe a sebereflexe identifikovat své rozvojové potenciály? atd. Zkouška je rozvržena do více dnů a je veřejná. Na základě vykonané zkoušky je vydáno osvědčení. Oprávnění ověřovat odbornou způsobilost žadatelů a provádět autorizaci má autorizovaná fyzická osoba nebo autorizovaný zástupce autorizované právnické osoby, autorizujícím orgánem je Ministerstvo pro místní rozvoj.

Pracovní pozice Poradce pro pozůstalé je v Národní soustavě povolání popsána takto: Poradce pro pozůstalé samostatně a systematicky pod dohledem supervizora doprovází klienty v průběhu umírání jim blízké osoby, při přípravě pohřebních obřadů a při jejich práci se smutkem, a to prostřednictvím poradenského vztahu. Podle karty typové pozice je poradenství pro pozůstalé zařazeno mezi služby provozní a osobní s kvalifikační úrovní NSP4. Pracovní činnosti jsou vymezeny následovně (Špatenková, 2013, s. 33 - 34):

- samostatné provádění soustavné psychosociální podpory a podle potřeby akutní krizové intervence,
- vytváření dlouhodobých pietně uměřených vztahů klienta k zemřelému,
- vedení poradenského rozhovoru a specializovaných výcvikových programů usnadňujících práci se vzpomínkami a ventilaci emocí,

- analytická a metodická činnost v individuálním a skupinovém poradenství pro pozůstalé,
- identifikování „komplikované“ reakce na ztrátu blízké osoby,
- doporučování dostupné svépomoci (jak mohou pozůstalí účinně pomoci sami sobě),
- evidování klíčových dat o průběhu a výsledcích poradenského procesu.

Poradce se řídí hodnotovým kontextem, který zahrnuje: zákonnost, citlivost vůči kulturní a osobní odlišnosti při truchlení, spolusdílení – spolunesení, duchovní rozměr smrti, přiměřenost pietního chování, návaznost služeb, důstojnost umírání i truchlení.
Možná si kladete otázku, proč vzniklo toto povolání? Odpověď je jednoduchá, pomoc a podporu pozůstalým může poskytnout kdokoliv, poradenství pro pozůstalé ale vyžaduje víc – poradce musí splňovat určité nároky (musí znát = odborné kompetence, umět = praktické kompetence a měl by být = osobnostní kompetence).

Závěr

Moderní člověk je pokrokový. Ruku v ruce s nástupem modernity se vytrácí i tradice, a to ovlivňuje i současné pohřební rituály, které se zjednodušují. Tato unifikace se však musí zastavit, jinak hrozí, že se ze života lidí vytratí základní lidská hodnota, a to úcta k člověku, úcta k zemřelému. Domníváme se, že nelze vrátit tradiční způsob pohřbívání, ale apelujeme na to, aby se pohřební rituály zachovaly alespoň v takové podobě, jak je tomu dnes. Pohřební rituály sice stále ještě nevymizely, ale mnohem více než dříve lidé cítí, že je poněkud trapné je používat, protože mohou působit hluše, vyčpěle, zastarale či falešně. Proč tedy pohřební rituály zachovávat? Argumentů je několik:

- Pohřební rituály nejsou určeny pouze zemřelému, ale především samotným pozůstalým. Pozůstalí si vytváří novou identitu a hledají smysl života.
- Pohřební rituály mají svůj psychologický význam. Pohřeb by se však neměl konat dříve než za tři dny po úmrtí, protože pozůstalí se nacházejí ve fázi šoku, popření a odmítají realitu ztráty, pohřeb prožívají jako „divadelní hru, jako nejasnou, neskutečnou a mlhavou scénu, jako sen, ze kterého se zase brzy probudí“. Optimální je vykonat pohřeb pět až šest dní po úmrtí (tato doba je nezbytná pro akceptaci ztráty a schopnosti přijmout kondolenci).
- Příprava a realizace pohřebních rituálů pomáhá pozůstalým „ventilovat“ své pocity. Špatenková je zařadila na první místo v „desateru pro pozůstalé“.

Desatero pro pozůstalé (Špatenková, 2007, s. 131)

1.	Zapojte se do přípravy pohřbu.
2.	Věnujte pozornost tomu, co jíte a pijete.
3.	Zachovejte pokud možno normální režim.
4.	Posuďte svůj zdravotní stav.
5.	Hovořte o zemřelém člověku.
6.	Dovolte si truchlit.
7.	Udělejte si čas na truchlení.
8.	Dovolte si zlostné pocity.
9.	Dovolte druhým, aby vám pomáhali.
10.	Nebojte se vyhledat pomoc.

- Při pohřebních rituálech mohou lidé vyjádřit své pocity a myšlenky, plakat a naříkat (tj. „užít si své truchlení“), bez toho, aby byli odsuzováni nebo sankcionováni.
- Pohřební rituály pomáhají udržet pocit sounáležitosti členů rodiny v tak náročné situaci, jako je právě smrt blízkého člověka (pozůstalí mohou přijat podporu jiných lidí).
- Pohřební rituály veřejně uvádí pozůstalé do jejich nového stavu bez zemřelého, akceptace ztráty sehrává velký význam v přirozeném procesu zármutku.
- Vzpomínkové akce (Svátek Všech svatých, Památka zesnulých) či jiné významné dny (svátek, narozeniny, výročí apod.), realizované na počest zemřelého, jsou příležitostí k rodinným setkáním a udržuji památku na zemřelého.
- Realizací pohřebních rituálů dochází k přenosu kulturních tradic naši společnosti.

Není však potřeba bránit se novým rituálům, které by odpovídaly současnému stavu cítění a chování a pomohly by tak zvládnout „kritické“ situace, jako je smrt člověka.
Potřebujeme tedy v dnešní době pohřební rituály? Naše odpověď je jednoznačná - ano. Musíme však proto i něco udělat, především pochopit jejich význam. K tomu nám mohou výrazně pomoci i poradci pro pozůstalé.

Seznam bibliografických odkazů:

1. DORKOVÁ, Z. 2008. *Pohřební rituály v moderní době a jejich sociokulturní perspektiva.* (Disertační práce). Olomouc: Univerzita Palackého. Fakulta pedagogická, 2008. 237 s.
2. Hodnotící standard Poradce pro pozůstalé 2013. In *Ministerstvo pro místní rozvoj* [online]. [cit. 2014-02-12]. Dostupné na internetu: http://www.mmr.cz/cs/Ministerstvo/Ministerstvo/Autorizace-osob-v-oblasti-dalsiho-vzdelavani.

3. KOPŘIVA, K. 1997. *Lidský vztah jako součást profese. Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál. 147 s. ISBN 80-7178-150-9.
4. KUBÍČKOVÁ, N. 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým.* Praha: ISV, 2001. ISBN 80-85866-82-X.
5. NEŠPOROVÁ, O. 2009. Smrt jako konec, nebo začátek? O (ne)víře v posmrtný život. In *Lidé města: Urban People*. 11, 3: 463 – 491.
6. PARKES, C. M. , RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé.* Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
7. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče.* Jinočany: H § H Vyšehradská, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
8. ŠPATENKOVÁ, N. 2008. *Poradenství pro pozůstalé.* Praha: Grada, 2008. 140 s. ISBN 978-80-247-1740-1.
9. ŠPATENKOVÁ, N. 2013. *Poradenství pro pozůstalé. Principy, proces, metody.* Praha: Grada, 2013. 223 s. ISBN 978-80-247-3736-2.
10. UNGER, J. 2006. *Pohřební ritus 1. až 20. století v Evropě z antropologicko-archeologické perspektivy.* In MALINA, J. Panoráma biologické a sociokulturní antropologie. Brno: Nadace Universitas, Akademické nakladatelství Cerm, Masarykova Univerzita v Brně, Nakladatelství a vydavatelství Nauma v Bně, 2006. 254 s. ISBN 80-7204-397-8 (Akademické nakladatelství CERM v Brně).
11. VAN GENNEP, A. 1996. *Přechodové rituály. Systematické studium rituálů*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 201 s. ISBN 80-7106-1786.

Kontaktní adresa:
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
Nám. T. G. Masaryka 5555
760 01 Zlín
E-mail: dorkova@fhs.utb.cz

RODINA A PACIENT S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Martina Tokarčíková, Ján Tokarčík

Úrad práce sociálnych vecí a rodiny, Ostravská univerzita

Abstrakt

Alzheimerova choroba (ACH) je fyzické ochorenie, ktoré spôsobuje zmeny v mozgu. Ovplyvňuje pamäť človeka, jeho náladu a správanie. Starostlivosť o člena rodiny s ACH je veľmi náročná, vyčerpávajúca nielen po fyzickej ale predovšetkým po stránke emocionálnej. Ochorenie postihuje nielen pacienta, ale ovplyvňuje život celej rodiny. Rodina si musí stanoviť hranice svojich možností v starostlivosti o člena rodiny s ACH.

Kľúčové slová: Demencia. Alzheimerova choroba. Rodina.

Abstract

Alzheimer's disease (AD) is a physical disease that causes changes in the brain. Affects memory man, his mood and behavior. Caring for a family member with AD is very challenging, not only physically exhausting but especially after the emotional aspect. The disease affects not only the patient but affects the lives of entire families. The family must set their limits in the care of a family member with AD.

Key words: Dementia. Alzheimer's disease. Family.

Úvod

Pokrok v rôznych oblastiach medicíny prispieva na jednej strane k významnému predĺženiu priemerného ľudského života, na strane druhej predstavuje riziko zvýšenia výskytu ochorení vyššieho veku. Demencia je choroba, ktorá prináša potrebu pomoci nielen inej osoby a okolia, ale celej spoločnosti. Cieľom článku bude stručne popísať jeden z podtypov demencie a jej vplyv na rodinu.

1. Charakteristika a mechanizmy degenerácie neurónov pri ACH

Je to jeden z najbežnejších druhov demencie na svete a predstavuje 50 - 60 % prípadov všetkých demencií.

Je to progresívne ochorenie, pri ktorom dochádza k postupnému pomalému odumieraniu buniek v mozgu.

ACH sa nazýva aj choroba „predčasného starnutia“. Je najrozšírenejšia forma senilnej (stareckej) demencie. Súvisí s včasným prejavom degeneratívnych zmien mozgových a nervových buniek. Pacientov intelekt, osobnosť a telesný stav chátrajú podobným spôsobom ako pri normálnom procese starnutia. Výskyt choroby narastá s vekom a má chronicko - progresívny priebeh.

ACH je najčastejšou príčinou predčasného, trvalého poškodenia až postupného zániku kognitívnych a intelektuálnych funkcií človeka, čo má za následok úplnú psychosociálnu inkompetenciu.

ACH charakterizujú neurotické plaky, neurofibrilárne klbká, amyloidové plaky. Pokles intelektuálnych schopností človeka súvisí s hromadením sa nerozpustného vláknitého materiálu v mozgovom tkanive a to vnútri buniek aj v okolí. Vnútri buniek sa hromadenie nerozpustného materiálu prejavuje formou vláknitých klbiek, ktoré Alzheimer vo svojej práci označil ako neurofibrilárne klbká. Neurofibrilárne klbká sú súčasťou tzv. neurofibrilárneho komplexu.

2. Vznik a podoby ACH

ACH sa vyvíja u každého človeka inak. Nie každý človek má všetky symptómy. Symptómy sa môžu vyskytnúť v rozličnom čase. ACH môže trvať niekoľko rokov.

Štádia ACH:

Ranná forma - postihuje ľudí do veku 60. rokov, prebieha 6 až 8 rokov; neskorá forma - postihuje starších ako 60 rokov a jej priebeh je dlhší. Rizikové faktory sú nesprávny životný štýl, nedostatok cholínu, znečistené životné prostredie, poranenia hlavy, fajčenie cigariet, zvýšená koncentrácia alkoholu v tele.

Prvá fáza ACH - príznaky sú „výhovorky“ na proces starnutia, stres, depresie, povahová zmena človeka. Prestáva sa zaujímať o prácu, záujmy, objavuje sa podozrievavosť. V druhom roku prepuknutia ACH sa zhorší pamäť.

Stredná fáza ACH - chorý človek „stratí“ sa v známom prostredí, má čiastočne porušenú staropamäť, žiada o pomoc pri rutinných činnostiach dennej potreby a v konečnej časti tejto fázy nastúpi časovopriestorová dezorientácia.

Pokročilá fáza ACH - človek prestáva chodiť, je pripútaný na lôžko, prestáva vykonávať bežné činnosti, neudrží stolicu a moč (je inkontinentný), úplná strata staropamäti a novopamäti, zhoršuje sa prehĺtanie, zvyšuje sa riziko komplikácií (podvýživa, dehydratácia, zápal pľúc, odležaniny).

3. Rizikové a genetické faktory pri ACH

Choroba predstavuje zložitý syndróm s nejednotnou etiológiou a množstvom rizikových a genetických faktorov definovaných do rôzneho stupňa. Za hlavné rizikové faktory sa považuje vek.

K ďalším faktorom patrí:

- výskyt ACH v rodine;
- prítomnosť apolipoproteínu E-4;
- výskyt Downovho syndrómu v blízkom pokrvnom príbuzenstve;
- prekonané úrazy hlavy, najmä spojené s bezvedomím;
- nízka úroveň vzdelania.

4. Diagnostika a rozsah pomoci chorému v rodine

Lekár diagnostikuje chorobu podľa dôsledného skúmania príznakov a dôkladnej liekovej anamnéze. Psychiater a ostatní lekári môžu diagnostikovať ACH po dôkladnom celkovom psychiatrickom a neurologickom vyšetrení a vylúčení stavov, ktoré by mohli ACH napodobňovať. Pri ACH sa rozlišuje klinická a definitívna diagnóza.
Starostlivosť o človeka postihnutého touto chorobou je náročná a vyčerpávajúca. Choroba predstavuje cestu k smrti pre človeka a zúfalstvo pre blízkych. V živote rodiny, žijúcej s chorým človekom sa postupne vytvára určitá rovnováha, ktorá je často sprevádzaná únavou a bolesťou. Najčastejšou príčinou narušenia tejto rovnováhy sú poruchy správania, najmä nespavosť a nočné blúdenie.

Rodina, aby mohla človeku účinne pomôcť, musí byť dostatočne informovaná o všetkom, čo sa týka samotného ochorenia. Dôležitá je edukácia rodiny. V súčasnosti existujú spôsoby, ako sa so situáciou vyrovnať a zabezpečiť chorému potrebný rozsah starostlivosti. Nesmie sa však zabúdať na to, že každá zmena, každé vytrhnutie z domáceho prostredia, vedie u človeka k zhoršeniu príznakov demencie. Pre chorého je dôležitá rutina, ktorá znamená bezpečie.

K základným oblastiam starostlivosti patrí: osobná hygiena, obliekanie, príjem potravy, pamäť a zábudlivosť, dezorientácia, nespavosť a imobilita.

Nepochopenie potrieb a stavu chorého môže viesť k vzniku konfliktov, narušeniu vzťahov.

Medzinárodná alzheimerovská asociácia (ADI) je organizácia, ktorej hlavným cieľom je zlepšovať kvalitu života ľudí postihnutých demenciou a ich rodinných príslušníkov.

4.1. Sociálno-ekonomické dopady demencie

Osobitný problém predstavuje fyzická, psychická a ekonomická záťaž opatrovateľov, ktorými sú väčšinou rodinní príslušníci. Rodina je jedným z hlavných článkov sociálnej mikroštruktúry. Počas stretnutia celej rodiny by sa nemali riešiť iba problémy súvisiace so starostlivosťou chorého, ale mal by sa vytvoriť priestor aj na rozhovor o vlastných pocitoch a problémoch súvisiacich so starostlivosťou. Táto technika môže preventívne pomôcť s možným rizikom vzniku konfliktov alebo sa zbaviť už vzniknutých. Je dôležité prediskutovať a zmonitorovať stav možných opatrovateľov v rodine, príp. v blízkom sociálnom prostredí, z dôvodu prevencie záťaže jedného alebo dvoch členov. Je potrebné zhodnotiť u potencionálnych opatrovateľov ich schopnosti pre samostatnú opatrovateľskú činnosť.

Je žiaduce, aby príbuznému, ktorý je každodenne s chorým, bol poskytnutý čas na regeneráciu. Nutnosť celodennej starostlivosti o chorého často vedie k nevyhnutnosti zmeny alebo zanechania zamestnania a následným výrazným zhoršením ekonomickej situácie rodiny. Pre lepšiu a kvalitnejšiu starostlivosť sa doporučuje vyhľadať odborníkov.

5. Terapia ACH

Etiológia ochorenia nie je ešte presne známa. Terapia sa zameriava na patogenetické reťazce. V ľahkých a stredne ťažkých štádiách sú úvodnými farmakológiami inhibítory acetylcholínesteráz. Centrálny acetylcholínergný systém – významný pre mechanizmus pamäti a zachovania správneho kvalitatívneho vedomia, je postihnutý už v začiatočných štádiách demencie. Acetylcholín sa v synoptickej štrbine rozkladá na cholín a kyselinu octovú a to pomocou enzýmu acetylcholínesterázy a patologicky novotvorených butyrylesteráz. Inhibítory acetylcholínesteráz spôsobujú zablokovanie odbúravajúcich enzýmov. Molekuly acetylcholínu sú dlhšie viazané a zlepšuje sa acetylcholínergná transmisia.

V stredných a ťažkých štádiách ACH alebo v prípade neúčinnosti acetylcholínesteráz sa podáva látka, ktorá pôsobí na glutamátergný systém - memantín.

Je to parciálny inhibítor tzv. NMDA (N-methyl-D-aspartálových) ionotropných receptorov excitačných aminokyselín. Receptory otvárajú kalciové kanály ich nadmerné podráždenie spôsobuje destabilizáciu vnútorného prostredia neurónov, odkrytie patalogických génov a neuronálnu apoptózu. Pri nadmernej excitácii týchto receptorov, ako je to pri ACH, dochádza k vytváraniu prenosových šumov a nedostatočnému prenosu signálu a práve tieto poruchy memantín upravuje.

Úlohou látok nie je podstatne zlepšiť stav, ale ho stabilizovať a oddialiť nástup terminálnych štádií. V prípade porúch správania sa podávajú atypické antipsychotiká, v prípade depresií moderné antidepresíva.

Záver

ACH je nevyliečiteľné neurodegeneratívne ochorenie mozgu zapríčiňujúce jednu z najčastejších foriem syndrómu demencie. V posledných rokoch význam tejto choroby v spoločnosti stúpa. Choroba zasahuje hlavne kognitívne funkcie: myseľ, pamäť, reč, úsudok, ale postupom času obmedzuje fungovanie chorého takmer vo všetkých oblastiach bežného života.

Každý nový poznatok môže pomôcť včasnému rozpoznaniu choroby, ale aj prispieť k zlepšeniu kvality života chorých. Dôležitá a prioritná by mala byť podpora funkčnej a stabilnej rodiny, ktorá svojim láskyplným a citlivým prístupom k svojim starším a chorým členom dokáže prirodzeným a zodpovedným spôsobom zaistiť ich potreby, dôstojnosť a zodpovedajúcu kvalitu života.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. ALZHEIMER, A. *All. Z. Psychiatr 64*. 11907, s. 46 – 148
2. BARTKO, D. et. al. 2008. *Demencia Alzheimerovho typu.* Via.pract., 2008, ročník 5, č. 10, 398-402 s.
3. CRYSTAL, H. *Alzheimer's Disease*. [online]. **[**cit. 2013-03-31]. Dostupné na http://www.medicinenet.com/alzheimers_disease_causes_stages_and_symptoms/article.htm
4. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. 2010. *Diagnostika a terapie duševných porúch*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6
5. HOLMEROVÁ, I., et. al. 2005. *Nefarmakologické přístupy v terapiia alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené*. Interní medicína pro praxi. 2005, č.10, 449-453 s.
6. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ, J. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Vážka, 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4
7. HOWELLS, R. *How an eye test could aid Alzheimer's detection*. [online]. 2010. Dostupné na http://www.ucl.ac.uk/news/news-articles/1001/10011401
8. JIRÁK, R. 2008. *Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby.* Neurológia pre prax. 2008. č.4, 224-227 s.
9. JIRÁK, R., LAŇKOVÁ, J. 2007. *Demence: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2007. 10 s. ISBN 978-80-86998-13-8
10. JIRÁK, R., OBENBERGER J., PREISS, M. 1998. *Alzheimerova choroba*. Praha:
11. Maxdorf, 1998. 64 s. ISBN 80-85800-88-8

12. Slovenská alzheimerovská spoločnosť [online]. [cit. 2013-03-31]. Dostupné na www: http://www.alzheimer.sk/
13. ŠEBKOVÁ, S. *Alzheimerova choroba*. 2007. [online]. Dostupné na www: http://www.ordinace.cz/clanek/alzheimerova-choroba/?chapter=2
14. ŠVESTKA, J. 2004. *Memantin-Necholinergní alternativa léčby Alzheimerovy a vaskulární demence.* Psychiatria pre prax. 2004, č.3, 154-159 s.

Kontaktná adresa:
PhDr. Martina Tokarčíková
Kukučínova 19
053 61 Spišské Vlachy

HIPERKINETYCZNA REAKCJA UKŁADU KRĄŻENIA I JEJ ZWIĄZEK Z WARTOŚCIAMI CIŚNIENIA TĘTNICZEGO WŚRÓD MŁODZIEŻY

Zdzisława Chmiel, Lucyna Boratyn-Dubiel, Barbara Gugała

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny,
Uniwersytet Rzeszowski, Polska

Streszczenie

Osoby z nadmierną aktywacją układu krążenia odpowiadają na działanie nawet niewielkich bodźców stresujących nasilonymi epizodami pobudzenia układu współczulnego i pobudzenia osi podwzgórze-przysadka-nadnercza. W tej grupie zarówno powtarzający się ostry, jak i długotrwały szeroko rozumiany stres, wywołany tak fizycznymi, jak psychicznymi bodźcami, może doprowadzić do wystąpienia utrwalonego nadciśnienia tętniczego. Dlatego też wczesna identyfikacja nadreaktywnych, szczególnie młodych, osobników może mieć istotne znaczenie w profilaktyce i leczeniu nadciśnienia tętniczego.

Badania przeprowadzono wśród 511 uczniów w wieku 16-20 lat. W realizacji badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz pomiary ciśnienia tętniczego krwi, a do oceny reakcji presyjnej na bodziec prowokacyjny, zastosowano test hand–grip. W opracowaniu statystycznym posłużono się testami opartymi na chi-kwadrat oraz analizą ANOVA. Za poziom znamienności przyjęto wartość $\alpha = 0,05$.

Hiperreakcja skurczowego ciśnienia tętniczego dotyczyła 1/3 badanych osób, a w odniesieniu do komponenty rozkurczowej wystąpiła u 7 na 10 ankietowanych. Wielkość przyrostu ciśnienia tętniczego po teście hand-grip dodatnio korelowała z jego wartościami w pomiarze przygodnym, jak i mierzonymi w warunkach podstawowych, ale tylko w zakresie ciśnienia skurczowego. Hiperreakcja skurczowego i rozkurczowego ciśnienia po prowokacji częściej dotyczyła młodzieży z dużą intensywnością NT w rodzinie, natomiast dodatni wywiad rodzinny w kierunku nadmiernej masy ciała, cukrzycy i ChSN nie korelował z wielkością przyrostu ciśnienia po teście prowokacyjnym.

Słowa klucze: Nadciśnienie tętnicze. Młodzież. Hiperreakcja. Hand-grip.

Summary

People, with excessive activation of the circulatory system respond to even small episodes of severe stressful stimuli by escalating episodes of the sympathetic nervous system and stimulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. In this group, both

recurrent acute and long-term widely understood stresses, provoked as physical and mental stimuli which may lead to persistent hypertension. That is why early identification of hyper reaction, especially among young people, may have a significant impact on the prophylaxis and treatment of hypertension.

The research was conducted among 511 volunteers, young people from secondary school in Rzeszow, between the ages of 16-20. The method of research consisted of a diagnostic survey, and arterial blood measures, and to evaluate pressure reaction on provocative stimulus, we used hand-grip test. Statistical analysis were based on chi-square tests and ANOVA analysis, with the $\alpha = 0,05$ level of accuracy.

Hyper reaction of systolic blood pressure related to a third of the respondents, and with respect to the diastolic blood pressure occurred in 7 out of 10 respondents. The increase in blood pressure after the hand-grip test, positively correlated with its values in the casual measurement as well as in the basic test conditions, but only in the systolic pressure. Hyper reaction of systolic and diastolic blood pressure after provocation, more often affected young people, with a history of hypertension in their families. However, results of our interviews found excessive body mass, diabetics and cardiovascular diseases did not correlate with an increase in the growth of the amount of pressure after provocative testing.

Key words: Hypertension. Youth. Hyper reaction. Hand-grip.

Wprowadzenie

W regulacji układu krążenia zasadniczą rolę odgrywają neurony ośrodkowego układu nerwowego, kontrolujące aktywność układu autonomicznego i wydzielanie ważnych związków wazo i kardioaktywnych. Konsekwencją m.in. zmian środowiska wewnętrznego mózgu może być nadmierne pobudzenie neuronów odpowiedzialnych za wzrost ciśnienia tętniczego (Januszewicz et al., 2008, s. 1-77). Zmiana w zakresie zawartości związków neuroaktywnych, wynikająca z adaptacji na presyjne działanie związków neuroaktywnych lub silniejszej odpowiedzi układu krążenia na bodźce stresogenne, doprowadza do zachwiania równowagi autonomicznego układu nerwowego (Cudnoch-Jedrzejewska et al. 2007, s. 86-94). Reakcja organizmu na szeroko rozumiany stres ma na celu takie przystosowanie funkcji metabolicznych immunologicznych organizmu, aby umożliwić mu przeżycie w sytuacji zagrożenia zewnętrznego. Wśród czynników wywołujących stres należy wymienić czynniki psychiczne oraz czynniki fizyczne m.in. takie jak skrajnie niska lub wysoka temperatura otoczenia, głód, odwodnienie, czy wysiłek fizyczny. Osoby z nadmierną aktywacją układu krążenia odpowiadają na działanie nawet niewielkich bodźców stresujących nasilonymi epizodami pobudzenia układu współczulnego i pobudzenia osi podwzgórze-przysadka-

nadnercza. Dlatego też w tej grupie bodźce stresowe, zarówno powtarzający się ostry, jak i długotrwały szeroko rozumiany stres mogą doprowadzić do wystąpienia utrwalonego nadciśnienia tętniczego (Kaczyńska et al., 2003, s. 45-50).

W celu oceny reakcji presyjnej na czynniki stymulujące oraz potencjalnego znaczenia klinicznego, a przede wszystkim diagnostycznego tego zjawiska, stosowane są zarówno bodźce fizyczne, jak i psychiczne. Jednym z najczęściej wykorzystywanych w badaniach bodźców stresowych, doprowadzających do wzrostu ciśnienia tętniczego, jest bodziec fizyczny w postaci wysiłku. Wielkość wzrostu ciśnienia tętniczego (CT) uzależniona jest od rodzaju wysiłku i wykazuje zróżnicowanie w zakresie poszczególnych jego składowych. Reakcja układu krążenia na wysiłki statyczne jest proporcjonalna do względnej siły skurczu mięśni i nie wykazuje zależności od zapotrzebowania na tlen (Górski, 2006). Z kolei w czasie wysiłków dynamicznych wzrost CT zwiększa się proporcjonalnie do wielkości obciążenia (Kurl et al., 2001, s. 2036-2041; Wielemborek–Musiał et al., 2005, s. 129-132). Szacuje się, że zwiększona reakcja ciśnienia tętniczego na wysiłek fizyczny występuje u około 20 % młodych zdrowych ludzi. Związana jest ona z nadreaktywnością układu współczulnego i zgodnie ze wskazaniami niektórych badań epidemiologicznych, może być wyrazem predyspozycji do rozwoju nadciśnienia tętniczego (Nazar, 2006). Jednak z przeanalizowanego materiału badawczego, odnoszącego się do dorosłych oraz nielicznych pozycji dotyczących dzieci i młodzieży, traktującego o nadreaktywności układu krążenia, wywołanej różnymi bodźcami stresowymi, wynika że poglądy na ten temat nie są jednolite (Pescatello, 2004, s. 533–553; Shea et al., 1994, s. 465-70). Wskazuje się w nich zarówno na występowanie nieprawidłowej, nadmiernej reakcji presyjnej na stres psychiczny bądź wysiłek izometryczny u normotensyjnego potomstwa chorych na pierwotne NT, jak i brak takiej reakcji (2). Jeszcze inni badacze podkreślają niejednorodność reakcji presyjnej na stosowane testy prowokacyjne u chorych we wczesnej fazie rozwoju pierwotnego NT (Sallis et al., 1991, s. 162-70), co wskazuje na dalszą potrzebę badań. W związku z powyższym podjęto próbę identyfikacji osób z hiperkinetyczną reakcją układu krążenia oraz oceny jej związku z wartościami ciśnienia tętniczego wśród młodzieży.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 511 ochotników w wieku 16-20 lat, uczących się w rzeszowskich szkołach ponadgimnazjalnych. W realizacji badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz pomiary ciśnienia tętniczego krwi, które wykonane były w różnych warunkach: pomiar przygodny, w warunkach podstawowych oraz po bodźcu prowokacyjnym. Do oceny reakcji presyjnej na bodziec prowokacyjny, wykorzystano test hand–grip (Hand-Grip Test - HGT), polegający na wywołaniu wysiłku izometrycznego

poprzez wyciskanie ręcznego dynamometru przez 3 minuty ręką dominującą, z siłą równą 30 % - 50 % maksymalnego wysiłku. Wartości ciśnienia po teście porównano z wartościami ciśnienia zmierzonymi przed próbą, a uzyskana różnica między pomiarami stanowiła zakres reakcji CT na bodziec prowokacyjny. Wartości uzyskanego przyrostu zaszeregowano do trzech grup, według następującego schematu: przyrost do 8 mm Hg–hiporeakcja; przyrost od 10 do 18 mm Hg – normoreakcja; przyrost ≥ 20 mm Hg – hiperreakcja (34, 417). W analizie statystycznej dla sprawdzenia występowania zależności w całej badanej populacji zastosowano test chi-kwadrat, natomiast do sprawdzenia związku między zmiennymi, w kolejnych losowych próbach, zostały wykorzystane testy oparte na Chi-kwadrat, takie jak V Kramera, Tb lub Tc – Kendalla i Phi. W przypadku testowania średnich została wykorzystana jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA. Za poziom znamienności przyjęto wartość $\alpha = 0,05$.

Wyniki

W celu uzyskania szczegółowych danych przeprowadzono równorzędne analizy oddzielnie dla ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, uwzględniając przedziały jego bezwzględnych wartości. W opisie posłużono się następującymi skrótami: CT – ciśnienie tętnicze, SCT – skurczowe ciśnienie tętnicze, RCT – rozkurczowe ciśnienie tętnicze, NT – nadciśnienie tętnicze.

Tabela 1. *Przedziały wartości skurczowego i rozkurczowego ciśnienia w pomiarze przygodnym*

Przedziały wartości skurczowego CT			**Przedziały wartości rozkurczowego CT**		
Przedział	N	%	Przedział	N	%
do 98	47	9,20	do 58	45	8,80
od 100 - 118	245	47,95	od 60-68	189	36,99
od 120 - 138	190	37,18	od 70-78	193	37,77
od 140 - 158	25	4,89	od 80-88	76	14,87
≥160	4	0,78	≥ 90	8	1,57
ogółem	511	100,00	Ogółem	511	100,00

W przygodnym pomiarze CT krwi respondenci ze SCT do 98 mm Hg stanowili 9,20 %, u 47,95 % młodzieży odnotowano wartości w przedziale od 100 do 118 mm Hg, a u kolejnych 42,85 % stwierdzono wysokie wartości SCT (≥ 120 mm Hg), z czego 37,18 % to osoby mające ciśnienie w przedziale od 120 do 138 mm Hg, a u 5,67 % występowały wartości ≥ 140 mm Hg. Ciśnienie rozkurczowe u 8,80 % badanych nie przekraczało 58 mm Hg, u większości (74,76 %), mieściło się w przedziale od 60 do 78 mm Hg, natomiast wartości ≥ 80 mm Hg stwierdzono u kolejnych 16,44 % (tab. 1).

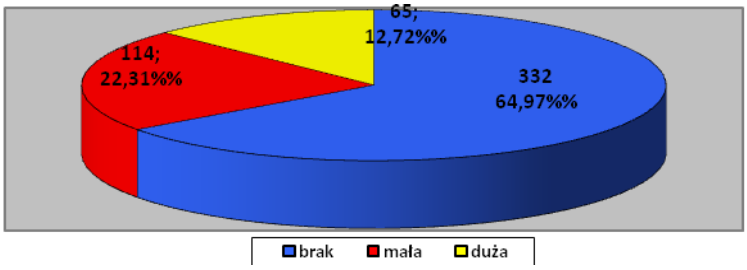
Tabela 2. *Przedziały wartości skurczowego i rozkurczowego ciśnienia w pomiarze podstawowym*

Przedziały wartości skurczowego CT			**Przedziały wartości rozkurczowego CT**		
Przedział	N	%	Przedział	N	%
do 98	30	5,87	do 58	15	2,93
od 100 - 118	241	47,16	od 60-68	181	35,42
od 120 - 138	217	42,47	od 70-78	224	43,84
od 140 - 158	19	3,72	od 80-88	84	16,44
≥160	4	0,78	≥ 90	7	1,37
ogółem	511	100,00	Ogółem	511	100,00

Analizując pomiar CT krwi w warunkach podstawowych u zdecydowanej większości badanych (89,63 %) odnotowano wartości SCT od 100 do 138 mm Hg, w tym 47,16 % miało wartości w przedziale od 100 do 118 mm Hg, uznawane za prawidłowe, 42,47 % charakteryzowało się podwyższonymi wartościami, mieszczącymi się w przedziale od 120 - 138 mm Hg, natomiast u 4,50 % badanych występowały wartości SCT ≥ 140 mm Hg, definiujące NT. Wartości rozkurczowego ciśnienia w zdecydowanej większości (83,56 %) były prawidłowe, w tym u 43,84 % badanych wynosiły od 70 do 78 mm Hg, a u 38,35 % nie przekraczały 68 mm Hg, natomiast u 17,81 % odnotowano podwyższone wartości, które były ≥ 80 mm Hg (tab. 2).

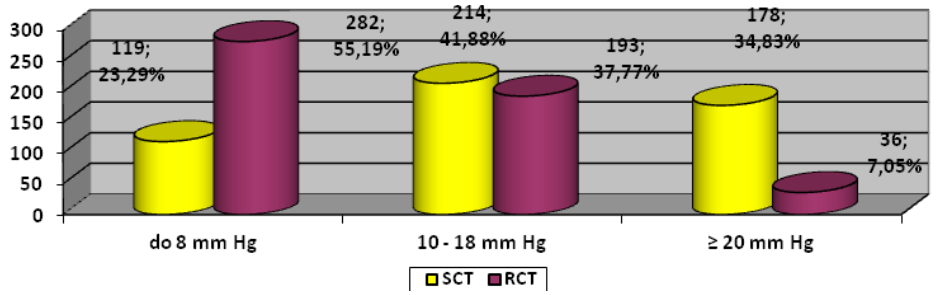
Na potrzeby pracy oszacowano intensywność występowania NT w rodzinie badanej młodzieży. Wśród respondentów jednostkowo NT dotyczyło maksymalnie 4 osób w rodzinie, co posłużyło do określenia następującej skali intensywności jego występowania: brak – NT nie występuje w rodzinie, mała – NT występuje u 1 lub 2 członków rodziny, duża – NT występuje u 3 lub 4 członków rodziny. Do członków rodziny zaliczono rodziców, rodzeństwo oraz dziadków badanej młodzieży.

U większości respondentów (64,97 %) nie stwierdzono rodzinnego obciążenia NT, u ponad $^1/_5$ badanych schorzenie to występowało w rodzinie z małą intensywnością (22,31 %), natomiast co 8 osoba charakteryzowała się dużą intensywnością NT w rodzinie (12,72 %) (ryc. 1).



Rycina 1. *Intensywność występowania nadciśnienia tętniczego w rodzinie badanej młodzieży*

W celu oceny reaktywności układu krążenia badano wielkość przyrostu ciśnienia tętniczego po zastosowaniu bodźca prowokacyjnego. W odniesieniu do ciśnienia skurczowego 23,29 % badanych na test prowokacyjny zareagowało hiporeakcją (do 8 mm Hg) u 41,88 % odnotowano normoreakcję (od 10 do 18 mm Hg), natomiast u ponad $^1/_3$ (34,83 %) stwierdzono hiperreakcję (≥ 20 mm H). Przyrost RCT w zakresie hiporeakcji dotyczył ponad połowy badanych (55,19 %), u kolejnych 33,77 % odnotowano normoreakcję, natomiast hiperreakcja występowała u 7,05 % ankietowanych (ryc. 2).



Rycina 2. *Grupy przyrostu skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego po teście hand-grip*

Zestawienie przyrostu ciśnienia po teście prowokacyjnym z czynnikami socjodemograficznymi, nie wykazało istotnej zależności w odniesieniu do żadnego z nich, zarówno w zakresie skurczowego ($p > 0,05$), jak i rozkurczowego ($p > 0,05$) ciśnienia.

Tabela 3. *Wartości skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego w pomiarze przygodnym a średnia wartość skurczowego i rozkurczowego ciśnienia po teście prowokacyjnym*

Przedziały wartości SCT	**Ciśnienie skurczowe po prowokacji**			**Przedziały wartości RCT**	**Ciśnienie rozkurczowe po prowokacji**		
	X	N	SD		X	N	SD
do 98	109	49	8,9	do 58	63	50	8,3
od 100 - 118	124	248	10,9	od 60-68	73	187	8,6
od 120 - 138	139	193	12,0	od 70-78	78	190	8,3
od 140 - 158	156	20	10,6	od 80-88	84	74	8,7
≥160	190	1	-	≥ 90	94	10	5,7
ogółem	130	511	15,5	Ogółem	76	511	10,4
Poziom istotności dla testu ANOVA	**p = 0,000**			Poziom istotności dla testu ANOVA	**p = 0,000**		

Analiza średnich wartości ciśnienia po teście hand-grip i przedziałów wartości ciśnienia w pomiarze przygodnym wykazała w zakresie skurczowego i rozkurczowego CT zależność na poziomie p < 0,001. Im wyższy przedział wartości skurczowego ciśnienia w pomiarze przygodnym, tym wyższe jego średnie wartości po prowokacji, kolejno w mm Hg: 109, 124, 139, 156, 190. Podobnie większy wzrost średnich wartości RCT po teście hand-grip obserwowano w wyższych przedziałach wartości RCT w pomiarze przygodnym kolejno w mm Hg: 63, 73, 78, 84, 94 (tab. 3).

Zgodnie z przewidywaniami, wartości ciśnienia po teście prowokacyjnym były zależne od wartości ciśnienia zmierzonych w warunkach podstawowych (p < 0,001) (tab. 4).

Tabela 4. *Wartości skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego w warunkach podstawowych a średnia wartość skurczowego i rozkurczowego ciśnienia po teście prowokacyjnym*

Przedziały wartości SCT	**Ciśnienie skurczowe po prowokacji**			**Przedziały wartości RCT**	**Ciśnienie rozkurczowe po prowokacji**		
	X	N	SD		X	N	SD
do 98	106	32	7,6	do 58	59	13	7,3
od 100 - 118	123	248	11,0	od 60-68	70	186	8,5
od 120 - 138	138	214	11,5	od 70-78	78	221	8,5
od 140 - 158	158	16	10,9	od 80-88	85	82	7,9
≥160	190	1	-	≥ 90	95	9	6,1
ogółem	130	511	15,6	Ogółem	76	511	10,4
Poziom istotności dla testu ANOVA	**p = 0,000**			Poziom istotności dla testu ANOVA	**p = 0,000**		

Tabela 5. *Intensywność występowania nadciśnienia tętniczego w rodzinie a zakresy przyrostu skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi młodzieży po teście*

Zakresy przyrostu SCT	**Intensywność występowania NT w rodzinie**							
	Brak		Mała		Duża		ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
do 8 mm Hg	103	31,02	9	7,89	7	10,77	119	23,29
10-18 mm Hg	121	36,45	66	57,89	27	41,54	214	41,88
≥ 20 mm Hg	108	32,53	39	34,21	31	47,69	178	34,83
Ogółem	332	100,0	114	100,0	65	100,0	511	100,0
Chi-kwadrat Pearsona	Poziom istotności				Współ. zależności			
14,36(df=4)	**p = 0,002**				tau-b Kendalla = 0,12			

Zakresy przyrostu RCT	Brak		Mała		Duża		ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
do 8 mm Hg	193	58,13	65	57,02	24	36,92	282	55,18
10-18 mm Hg	124	37,35	40	35,09	29	44,62	193	37,76
≥ 20 mm Hg	15	4,52	9	7,89	12	18,46	36	7,06
Ogółem	332	100,0	114	100,0	65	100,0	511	100,0
Chi-kwadrat Pearsona	Poziom istotności				Współ. zależności			
12,23 (df=4)	**p = 0,03**				tau-b Kendalla = 0,09			

W grupie osób z dużą intensywnością NT w rodzinie w odniesieniu do SCT u 47,69 % odnotowano hiperreakcję, u 41,54 % normoreakcję, a hiporeakcję, tylko u 10,77 % badanych. Wśród respondentów z małym stopniem obciążenia rodzinnego w kierunku NT u 1/3 (34,21 %) odnotowano hiperreakcję, ponad połowa (57,89 %) zareagowała normoreakcją, a u 7,89 stwierdzono hiporeakcję. Natomiast wśród respondentów nie wykazujących obciążenia rodzinnego w kierunku NT zdecydowanie częściej, niż w innych grupach obserwowano hiporeakcję (31,02 %). Wykazano słabą zależność, wskazującą na wpływ intensywności występowania NT w rodzinie na wielkość przyrostu SCT (Tau-b Kendalla = 0,12, przy $p < 0,01$) (tab. 5). Podobną zależność odnotowano w odniesieniu do ciśnienia rozkurczowego, wartości jego przyrostu również determinowane były intensywnością występowania NT w rodzinie (Tau-b Kendalla = 0,09, przy $p < 0,05$). Hiperreakcję stwierdzono u 18,46 % w grupie z dużą intensywnością NT, u 7,89 % z małą i tylko u 4,52 % badanych nie mających rodzinnego obciążenia w tym kierunku. Odwrotną sytuację obserwowano w odniesieniu do hiporeakcji. W tym przypadku w grupie z dużym rodzinnym obciążeniem, w przeciwieństwie do dwóch pozostałych grup, dotyczyła ona najmniejszego odsetka, odpowiednio: 36,92 % vs. 57,02 % vs. 58,13 %) (tab. 5).

Tabela 6. *Biografia zdrowotna rodziców a zakresy przyrostu skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi młodzieży po teście*

Zakresy przyrostu SCT	Wywiad rodzinny obciążający w kierunku wybranych schorzeń							
	Brak obciążenia rodzinnego N = 371		CHUSN N =139		Nadmierna masa ciała N = 105		Cukrzyca N = 24	
	N	%	N	%	N	%	N	%
do 8 mm Hg	84	22,64	35	25,18	23	21,90	10	41,67
10-18 mm Hg	154	41,50	60	43,16	45	42,86	9	37,50
≥ 20 mm Hg	133	35,84	44	31,66	37	35,24	5	20,83
Poziom istotności dla Chi-Kwadrat Pearsona	p > 0,05		p > 0,05		p > 0,05		p > 0,05	

Zakresy przyrostu RCT	N	%	N	%	N	%	N	%
do 8 mm Hg	200	53,91	79	56,83	63	60,00	8	33,33
10-18 mm Hg	148	39,89	47	33,81	35	33,33	12	50,00
≥ 20 mm Hg	23	6,19	13	9,35	7	6,67	4	16,67
Poziom istotności dla Chi-Kwadrat Pearsona	p > 0,05		p > 0,05		p > 0,05		p > 0,05	

Biografia zdrowotna rodziny w zakresie wybranych schorzeń poza NT nie miała istotnego wpływu na wartość przyrostu ciśnienia po teście prowokacyjnym w żadnej z konfiguracji, zarówno w zakresie skurczowego ($p > 0,05$), jak i rozkurczowego ($p > 0,05$) ciśnienia (tab. 6).

Dyskusja

Konsekwencją reakcji organizmu m.in. na fizyczne czynniki stresowe jest przejściowa nadreaktywność układu współczulnego i wzrost ciśnienia tętniczego krwi. U osób z nadmierną aktywnością układu krążenia wspomniane czynniki mogą być z czasem odpowiedzialne za utrwalenie reakcji adrenergicznej, poprzez przebudowę ściany naczyń, wzrost agregacji płytek krwi, czy też upośledzenie funkcji śródbłonka. Z kolei konsekwencją tych zdarzeń, z dużym prawdopodobieństwem, będzie rozwiniecie się nadciśnienia tętniczego (Kaczyńska et al., 2003, s. 45-50). W dostępnych badaniach można odnaleźć zarówno potwierdzenie (Miyai et al., 2000, s. 1626-31; Wójcicka–Urbańska et al., 2006, s. 201-207), jak i brak jednoznacznych dowodów (Liszewska-Pfejfer, 1986, s. 597-600) charakterystycznej reakcji układu współczulnego na stres fizyczny oraz jego nadreaktywności, wśród osób z podwyższonymi wartościami ciśnienia. Niestety tylko nieliczne z nich dotyczą populacji wieku rozwojowego, często przeprowadzone w odległych latach. Dodatkowo niektórzy badacze zwracają uwagę na odmienną reakcję dotyczącą zachowania się parametrów hemodynamicznych w czasie różnych testów współczulnych, co może wskazywać na nietożsame drogi aktywacji tego układu, a tym samym konieczność wykonywania kilku odmiennych prowokacji w celu potwierdzenia dysfunkcji układu krążenia. Potwierdzają to wyniki badań zespołu Węgrzynowskiego (Węgrzynowski, 2006), w których to po zastosowaniu testu ochłodzenia dłoni w wodzie z lodem (Cold Pressom Test–CPT) oraz HGT, nie zaobserwowano istotnych różnic dotyczących zachowania się zarówno skurczowego, rozkurczowego oraz średniego CT podczas spoczynku i stymulacji, miedzy badanymi grupami. W badaniach własnych do

oceny reaktywności układu krążenia również wykorzystano test HGT, oceniając wielkość przyrostu ciśnienia tętniczego po prowokacji. Średnie wartości ciśnienia po prowokacji istotnie wrastały wraz z wyższymi przedziałami skurczowego ($p < 0,001$) i rozkurczowego ($p < 0,001$) ciśnienia spoczynkowego. Natomiast korelacja wartości przyrostu i wartości ciśnienia spoczynkowego wykazała zależność jedynie w zakresie ciśnienia skurczowego ($p < 0,05$), a hiperreakcję (przyrost ≥20 mm Hg) odnotowano u 34,83 % badanych. W zakresie RCT dominowała hiporeakcja, a hiperreakcję odnotowano tylko w 7,05 % przypadków. Wzrost głównie skurczowego ciśnienia w wyniku prowokacji współczulnej był charakterystyczny także w badaniach zespołu Wójcickiej –Urbańskiej (Wójcicka–Urbańska et al., 2006, s. 201-207). Autorzy wśród 48 dzieci, po wykonaniu testu prowokacyjnego, opartego na wysiłku dynamicznym, w żadnym przypadku nie stwierdzili wzrostu RCT. Charakterystyczną reakcją dla RCT na wysiłek dynamiczny, w przeciwieństwie do statycznego testu, zastosowanego w badaniach własnych, okazał się spadek jego wartości, który wynosił średnio 8,5 ± 11 mm Hg. Natomiast w odniesieniu do SCT odnotowano, po wykonaniu próby wysiłkowej na bieżni, średni wzrost rzędu 53,7 ± 17 mm Hg. Skurczowe nadciśnienie wysiłkowe stwierdzono u 31 % badanych, a 15 % zaliczono do grupy obserwacyjnej. Spośród 15 dzieci z nadciśnieniem wysiłkowym u 11 chłopców w wieku 15-18 lat wysiłkowe SCT wzrastało do 200 – 230 mm Hg. Spoczynkowe SCT oraz jego wzrost były statystycznie istotnie wyższe ($p > 0,01$) w grupie dzieci z nadciśnieniem wysiłkowym, niż w pozostałych dwóch grupach. Podobnie Pietraszkiewicz i wsp. (Pietraszkiewicz et al., 2008, s. 286-289) w grupie 105 dzieci w wieku 14-16 lat w czasie wykonywania tapping testu, stwierdzili u wszystkich badanych istotny, w stosunku do wartości spoczynkowych z drugiego pomiaru, wzrost skurczowego ciśnienia tętniczego ($p<0,001$). Inni badacze również zwracają uwagę na występowanie wyższych wartości ciśnienia tętniczego u dzieci z nadmierną reakcją ciśnienia na wysiłek, w porównaniu do dzieci z reakcją normotensyjną. Dodatkowo podkreślają korelację wartości skurczowego ciśnienia tętniczego, mierzonego po wysiłku fizycznym, ze zwiększonym ryzykiem rozwoju utrwalonego nadciśnienia tętniczego (Sharabi et al., 2001, s. 353-6; Tsumura et al., 2002, s. 1507-1512).

Niektórzy autorzy zwracają uwagę na wyższą aktywność współczulną sercowo –naczyniową u mężczyzn oraz silniejszą reakcję tej płci na bodźce stresowe, co może stanowić dla nich jedną z przyczyn zwiększonego ryzyka chorób układu sercowo–naczyniowego (Evans et al., 2001, s. 2611-18). Spostrzeżenie to dotyczy osób dorosłych, natomiast w populacji wieku rozwojowego nie można znaleźć odpowiednich danych potwierdzających lub zaprzeczających tej tezie. Mając na uwadze związek nadreaktywności współczulnej z NT oraz fakt, że schorzenie to częściej dotyczy płci męskiej spostrzeżenie to wydaje się być wysoce prawdopodobne. Niemniej jednak w badaniach własnych nie

obserwowano zależności w zakresie wielkości przyrostu ciśnienia i płci badanej młodzieży, podobnie jak w zakresie pozostałych czynników socjodemograficznych.

Utrwalone nadciśnienie często poprzedza stan przednadciśnieniowy, w którym stwierdza się zmienioną, nieprawidłową reaktywność układu sercowo–naczyniowego na czynniki środowiskowe i behawioralne, w tym na dynamiczny i izometryczny wysiłek fizyczny, czy kontakt z zimną wodą (Miyai et al., 2000, s. 1626-31). U osób dorosłych z ciśnieniem wysokim prawidłowym, nadmierna reakcja presyjna na stres, głównie na wysiłek fizyczny, jest wliczana w poczet czynników ryzyka rozwoju i utrwalenia NT. Z kolei u osób z rozwiniętym już nadciśnieniem tętniczym stanowi czynnik prognostyczny rozwoju powikłań narządowych (Miyai et al., 2002, s. 1626-31). Natomiast doniesienia na temat znaczenia reakcji ciśnienia na bodźce stresowe w aspekcie diagnostycznym i rokowniczym u dzieci, zwłaszcza z tzw. grup ryzyka, w pewnych zakresach są zróżnicowane i nierzadko rozbieżne (Sallis et al., 1991, s. 162-70; Shea et al., 1994, s. 465-70).

Najbardziej zróżnicowane doniesienia dotyczą weryfikacji nadreaktywności współczulnej i oceny jej przydatności we wczesnym prognozowaniu rozwoju NT, w grupie jego ryzyka, jaką stanowi normotensyjne potomstwo osób chorych. Czarkowski i wsp. (Czarkowski et al., 1994, s. 225-7) wykazali, że wysokość reakcji presyjnej nie jest w głównej mierze uzależniona od obciążających wywiadów rodzinnych w kierunku pierwotnego NT, ani wysokości przygodnego, spoczynkowego średniego ciśnienia tętniczego. Zastosowany zarówno wysiłek izometryczny, jak i test oziębienia spowodował bardzo istotny wzrost skurczowego i rozkurczowego ciśnienia oraz tętna w obu badanych grupach, natomiast przyrost ciśnienia był istotnie mniejszy ($p<0,01$) w grupie osób obciążonych ryzykiem wystąpienia NT, niż w grupie kontrolnej. Autorzy, aby dokładniej zweryfikować problem badawczy podzielili grupę młodych mężczyzn obarczonych ryzykiem wystąpienia NT na 2 grupy zależnie od wysokości SCT (z NT – 25,49 % i bez -74,51 %) zmierzonego podczas 5 - godzinnego zapisu automatycznego. Dalsza analiza, po zastosowaniu obydwu testów, potwierdziła istotnie mniejszy przyrost skurczowego i rozkurczowego ciśnienia w grupie normotensyjnych młodych mężczyzn obarczonych ryzykiem wystąpienia NT w stosunku do grupy kontrolnej, a więc młodych normotensyjnych mężczyzn bez rodzinnego obciążenia w kierunku NT. Podobne stanowisko prezentuje Baszczyński i wsp. (1), którzy wykorzystując próbę oziębienia, przebadali 841 chłopców w wieku 15-18 lat, w podziale na 3 grupy: osoby z pierwotnym, głównie granicznym NT, osoby z prawidłowym ciśnieniem, ale z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku NT oraz osoby z prawidłowym ciśnieniem bez obciążenia. Hiperreakcję (> 20 mm Hg), obserwowano częściej w zakresie RCT niż SCT. W największym stopniu dotyczyła ona chłopców z prawidłowym CT (33,6 %), następnie osób z NT (23,4 %), a w najmniejszym stopniu badanych z prawidłowym CT, ale z dodatnim

wywiadem rodzinnym w kierunku NT (14,6 %). W zakresie SCT przyrost ciśnienia wynosił odpowiednio: 14,9 %, 6,4 % i 7,3 %. Zwraca uwagę fakt, że największe odsetki hiporeakcji (wzrost ≤ 10 mmHg) SCT obserwowano u chłopców z NT (85,1 %), dalej u badanych z prawidłowym ciśnieniem, ale obciążonych rodzinnie NT (78,0 %), natomiast najmniejszy u badanych z prawidłowym ciśnieniem bez obciążenia rodzinnego w kierunku NT (67,3 %). Zdaniem autorów niższy odsetek hiperreakcji a jednocześnie wyższy hiporeakcji u chłopców obciążonych dodatnim wywiadem i u badanych z NT jest związany być może ze zróżnicowanym stopniem udziału układu współczulnego w genezie PNT, w różnych fazach jego rozwoju. Autorzy wysuwają hipotezę, że zwiększona aktywność układu współczulnego, spostrzegana w początkowych stadiach PNT, w niektórych przypadkach prowadzi do stałego wzrostu napięcia naczyń oporowych, wskutek czego oddziaływanie na dodatkowe bodźce np. oziębienie nie ma już cech hipereakcji. Z kolei według przytaczanych już wcześniej badań Wójcickiej-Urbańskiej i wsp. (Wójcicka–Urbańska et al., 2006, s. 201-207) u dzieci, ze stanem przednadciśnieniowym i rodzinnym obciążeniem w kierunku NT, wystąpienie nadciśnienia wysiłkowego w połączeniu z granicznie nieprawidłowym wynikiem w ABPM, z dużym prawdopodobieństwem stanowi podwyższone ryzyko rozwoju nadciśnienia w przyszłości. Warto zauważyć, że autorzy prognozę wystąpienia w przyszłości NT opierają nie na jednym, ale kilku powiązanych ze sobą czynnikach. Podobne wnioski przedstawia Singh i wsp. (Singh et al., 1999, s. 831-6), którzy potwierdzają, że reakcja na bodźce stresowe, szczególnie próba wysiłkowa u dzieci z rodzinnym obciążeniem w kierunku NT, może ujawnić ukrytą tendencję do nadciśnienia wysiłkowego, spowodowaną uszkodzoną zdolnością do rozszerzania się naczyń w łożysku skórnym i mięśniach szkieletowych pod wpływem wysiłku, we wczesnej fazie nadciśnienia tętniczego. Badania własne nie potwierdzają jednoznacznie żadnego z przedstawionych powyżej stanowisk. W odniesieniu do krewnych II stopnia wykazano, że występowanie NT u obojga dziadków ze strony ojca częściej predysponowało do hiperreakcji, ale tylko SCT ($p < 0,01$). Natomiast obecność NT u krewnych I stopnia, czyli u matki, u ojca, jak również u obojga rodziców nie miała istotnego wpływu na wielkość przyrostu ciśnienia tętniczego po teście HGT. Z kolei sumaryczna ocena wpływu rodzinnego obciążenia NT, obejmująca zarówno krewnych I i II stopnia, wykazała istotne zależności; w grupie młodzieży z wzrastającą intensywnością NT w rodzinie obserwowano częstsze występowanie skurczowej ($p < 0,01$) i rozkurczowej ($p < 0,05$) hiperreakcji ciśnienia na bodziec prowokacyjny.

Bazując na dotychczasowym stanie wiedzy z zakresu wzmożonej reakcji układu współczulnego indukowanej fizycznym lub psychicznym stresem nie można postawić jednoznacznej tezy oceniającej jej przydatność w aspekcie prognostycznym oraz klinicznym.

Mimo to niektórzy autorzy akcentują znaczenie wykonywanych prób prowokacyjnych, jako wartościowego elementu badania przesiewowego młodzieży szkolnej, ukierunkowanego na wykrywanie reakcji hypertensyjnych (Pietraszkiewicz et al., 2008, s. 286-289). Mimo takich przesłanek testy oceniające reaktywność układu krążenia na bodźce stresowe nie znalazły do tej pory zastosowania zarówno w krajowych, jak i zagranicznych zaleceniach dotyczących prewencji i leczenia nadciśnienia tętniczego zarówno w populacji dzieci, jak dorosłych. Nie wyklucza to jednak ich zastosowania, jako elementu pomocniczego w całym procesie diagnostyczno – terapeutycznym (Tykalski et al., 2007, s. 261-309).

Wnioski

1. Hiperreakcja skurczowego ciśnienia tętniczego dotyczyła 1/3 badanych osób, a w odniesieniu do komponenty rozkurczowej wystąpiła u 7 na 10 ankietowanych, bez istotnego wpływu czynników socjodemograficznych na częstość ich występowania.
2. Wielkość przyrostu ciśnienia tętniczego po teście hand-grip dodatnio korelowała z jego wartościami w pomiarze przygodnym, jak i mierzonymi w warunkach podstawowych, ale tylko w zakresie ciśnienia skurczowego.
3. Hiperreakcja skurczowego i rozkurczowego ciśnienia po prowokacji częściej dotyczyła młodzieży z dużą intensywnością NT w rodzinie, natomiast dodatni wywiad rodzinny w kierunku nadmiernej masy ciała, cukrzycy i ChSN nie korelował z wielkością przyrostu ciśnienia po teście prowokacyjnym.

Piśmiennictwo

1. BASZCZYŃSKI J., SZYDŁOWSKI A., SOBUŚ W. i wsp: Zachowanie się ciśnienia tętniczego krwi pod wpływem próby oziębienia u chłopców w wieku od 15 do 18 lat. Pediatr. Pol. 1986,56(5): 275-9.
2. BORGHI C., COSTA F.V., BOSCHI S. et al.: Impaired vasodilator capacity and exaggerated pressor response to isometric exercise in subjects with family history of hypertension. Am. J. Hypertens. 1988;1(3 Pt 3):106S-109S.
3. CUDNOCH-JEDRZEJEWSKA A., DOBRUCH J., PUCHALSKA L., Szczepańska-Sadowska E.: Interaction of AT1 receptors and V1 a receptors-mediated effects in the central cardiovascular control during the post-infarct state. Regul. Pept. 2007;16(3):86-94.
4. CZARKOWSKI M., CHOJNOWSKI K., OSIKOWSKA–LOKSZTEJN M. i wsp.: Wysiłek izometryczny i test oziębienia u młodych mężczyzn z obciążającym wywiadem

rodzinnym w kierunku pierwotnego nadciśnienia tętniczego. Pol. Tyg. Lek. 1994, 49, 10/11:225-7.

5. EVANS J.M., ZIEGLER M.G., PATWARDHAN A.R.: Gender differences in autonomic cardiovascular regulation. J. Appl. Physiol. 2001; 91:2611-18.
6. GÓRSKI J.: Reakcja układu krążenia na wysiłki statyczne. W: Górski J (red.) Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
7. JANUSZEWICZ W., SZCZEPANSKA-SADOWSKA E., JANUSZEWICZ A. i wsp.: Neurogenne aspekty nadciśnienia tętniczego. Nadciśn. Tętn. 2008; 12 (1): 1-7.
8. KACZYŃSKA A., GACIONG Z.: Stres psychiczny a nadciśnienie tętnicze. Nadciśn. Tętn. 2003; 7(1): 45-50.
9. KURL S., LAUKKANEN J.A., RAURAMAA R. et al.: Systolic blood pressure response to exercise stress test and risk of stroke. Stroke. 2001; 32 (9): 2036-2041.
10. LISZEWSKA-PFEJFER D.: Wpływ próby oziębienia na czynność układu krążenia. Pol. Tyg. Lek. 1986. 41(18): 597-600.
11. MIYAI N., ARITA M., MORIOKA I. et al.: Blood pressure response to heart rate during exercise test and risk of future hypertension. Hypertension. 2002; 36:1626-31.
12. MIYAI N., ARITA M., MORIOKA I. et al.: Exercise BP response in subjects with high-normal BP: exaggerated blood pressure response to exercise and risk of future hypertension in subjects with high-normal blood pressure. J. Am. Coll. Cardiol. 2000; 36(5):1626-31.
13. NAZAR K.: Czynność układu krążenia podczas wysiłku. W: Górski J. (red.): Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
14. PESCATELLO L.S., FRANKLIN B., FAGARD R. et al.: American College of Sports Medicine Position Stand: Exercise and Hypertension. Med. Sci. Sports. Exerc. 2004; 36: 533–553.
15. PIETRASZKIEWICZ T., BORODULIN-NADZIEJA L., SALOMON E.: Reakcje układu krążenia na stres psychoemocjonalny u nastolatków. Now. Lek. 2008; 4: 286-289.
16. SALLIS J.F., BROYLES S.L., NADER P.R. et al.: Blood pressure reactivity to exercise: stability, determinants, family aggregation, and prediction. J. Dev. Behav. Pediatr. 1991; 12(3):162-70.
17. SHARABI Y., BEN-CNAAN R., HANIN A. et al.: The significance of hypertensive response to exercise as a predictor of hypertension and cardiovascular disease. J. Hum Hypertens. 2001; 15(5):353-6.

18. SHEA S., BASCH C.E., GUTIN B. et al. :The rate of increase in blood pressure in children 5 years of age is related to changes in aerobic fitness and body mass index. Pediatrics. 1994; 94 (4 Pt 1): 465-70.
19. SINGH J.P., LARSON M.G., MANOLIO T.A. et al.: Blood pressure response during treadmill testing as a risk factor for new-onset hypertension. The Framingham heart study. Circulation 1999; 99(14):1831-6.
20. TSUMURA K., HAYASHI T., HAMADA C. et al.: Blood pressure response after two -step exercise as a powerful predictor of hypertension: the Osaka Health Survey. J. Hypertens. 2002; 20(8):1507-12.
21. TYKALSKI A., GRODZICKI T.: Zalecenia ESH/ESC 2007 dotyczące leczenia nadciśnienia tętniczego – co nowego? Próba komentarza na temat zmian i ich zasadności. Nadciśn. Tętn. 2007;11(4): 261-309.
22. WĘGRZYNOWSKI A., GUZIK P., WIERUSZ-WYSOCKA B. i wsp.: Wpływ stymulacji współczulnych na zachowanie się parametrów hemodynamicznych u chorych na cukrzyce typu I. Streszczenie ustnych doniesień z III Karpackiej Konferencji Diabetologicznej , Wisła 18-21maja 2006.
23. WIELEMBOREK–MUSIAŁ K., JEGIER A.: Odpowiedź presyjna na wysiłek fizyczny dorosłych Polaków. Med. Sport. 2005; 2, (supl. 9): 129-132.
24. WÓJCICKA–URBAŃSKA B., WERNER B., FLORIAŃCZYK T.: Czy próba wysiłkowa jest przydatna u dzieci i młodzieży z nadciśnieniem tętniczym?. Folia. Cardiol. 2006; 13(3): 201-207.

Adres do korespondencji
Dr n. o zdr. Zdzisława Chmiel
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski
Polska
e-mail: zchmiel77@gmail.com

JAKOŚĆ SAMOKONTROLI CHORYCH Z CUKRZYCĄ TYPU 2

Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz, Katarzyna Rejowska

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Streszczenie

Cukrzyca coraz częściej określana jest jako choroba cywilizacyjna, będąca istotnym problemem opieki zdrowotnej, zarówno w aspekcie medycznym jak i społeczno-ekonomicznym, na całym świecie. Terapia diabetologiczna jest procesem kosztownym i długoterminowym. Cukrzyca typu 2 rozwija się u osób starszych, często z otyłością brzuszną. Występuje wtedy hiperglikemia, zaburzenia wydzielania insuliny, ale także insulinooporność tkanek.

Podstawą współczesnej terapii diabetologicznej jest kompleksowe leczenie wszystkich zaburzeń występujących wraz z cukrzycą, przy czynnym udziale pacjenta. Konieczna jest zarówno normalizacja masy ciała, przestrzeganie właściwie dobranej diety i włączenie stałej aktywności fizycznej do codziennego życia chorego, a także stosowanie leków hipoglikemizujących. Postępowanie takie pozwoli na uniknięcie nieodwracalnych powikłań towarzyszących cukrzycy, takich jak retinopatie, nefropatie i neuropatie czy też „stopa cukrzycowa". Pacjent musi posiadać kompleksową wiedzę na temat choroby, w tym także umiejętność prowadzenia samokontroli, która pozwala na uzyskanie lepszych wyników leczenia i istotne polepszenie jakości życia. Samokontrola odkrywa niewidoczność progresywnego przebiegu cukrzycy, stwarza silną motywację do codziennego działania dla chorego.

W pracy przedstawiona została ocena samokontroli pacjenta w przebiegu cukrzycy typu 2. Na podstawie przeprowadzonej ankiety dowiedziono w jakim stopniu chorzy z cukrzycą typu 2 są w stanie wykorzystać wiedzę, aby skutecznie zadbać o własne zdrowie w przebiegu choroby przewlekłej, jaką jest cukrzyca.

Słowa kluczowe: Cukrzyca typu 2. Samokontrola. Hiperglikemia.

Summary

Diabetes is increasingly referred to as a disease of civilization, which is an important issue of health carry, both in terms of medical and socio-economic development worldwide. Treatment of diabetes is a costly and long-term. Type 2 diabetes develops in the elderly, often with abdominal obesity. Occurs hyperglycemia, abnormal insulin secretion, but also the tissue insulin resistance.

The basis of modern diabetes therapy is a comprehensive treatment of all disorders that occur with diabetes, with the active participation of the patient. It is necessary to both normalize body weight, compliance with properly selected diet and the inclusion of constant physical activity into the daily life of the patient, and the use of hypoglycemic agents. Doing so will avoid irreversible complications accompanying diabetes such as retinopathy, nephropathy and neuropathy or „diabetic foot". The patient must have a comprehensive knowledge about the disease, including the ability to conduct self-control, which allows for better outcomes and significant improvement in quality of life. Self-discovers the invisibility of progressive diabetes, creates a strong incentive for the daily operation for the patient.

This paper presents the evaluation of the patient's self in the course of type 2 diabetes On the basis of the survey demonstrated the extent to which patients with type 2 diabetes are able to use the knowledge to effectively take care of their own health in the course of a chronic disease that is diabetes.

Key words: Type 2 diabetes. Self-control. Hyperglycemia.

Wstęp

Postęp cywilizacyjny spowodował powszechność niezdrowego stylu życia. Znaczące ograniczenie wysiłku fizycznego oraz nieodpowiednia, wysokokaloryczna dieta, mogą prowadzić do otyłości, która jest jedną z głównych przyczyn powstawania cukrzycy typu 2. Cukrzyca występuje u ludzi niezależnie od miejsca zamieszkania, pochodzenia, rasy, płci i wieku. Osoby chore na cukrzycę są zagrożone wystąpieniem poważnych powikłań towarzyszących tej chorobie (Tatoń J., A Czech, 2009)

Zaniedbania edukacyjne i lecznicze prowadzą między innymi do zaostrzenia stanu cukrzycowego i wystąpienia powikłań. U chorych z cukrzycą typu 2, powikłania tej choroby wpływają na skrócenie życia średnio o 4-6 lat. Cukrzyca i jej powikłania stanowią jedną z pięciu najczęstszych przyczyn zgonów w krajach wysoko rozwiniętych (Raport z Międzynarodowej Fundacji Diabetologicznej, 2012). Cukrzycą określa się przewlekłe zaburzenie metabolizmu objawiające się nieefektywnym działaniem insuliny na komórki. Stan taki wynika z zaburzenia wydzielania insuliny lub z insulinooporności tkanek, albo też z obu tych mechanizmów patogennych występujących jednocześnie. Cukrzyca typu 2 nie jest jednorodną jednostką chorobą, ale stanowi grupę schorzeń metabolicznych objawiających się przewlekłą hiperglikemią i skojarzonymi z nią zaburzeniami przemiany węglowodanów, tłuszczów i białek. Przyczyną cukrzycy są zarówno czynniki genetyczne jak i środowiskowe (Tatoń J, Czech A.,2001).

Przewlekła hiperglikemia wywołuje zespoły towarzyszące cukrzycy takie jak rozwój miażdżycy tętnic mózgu, serca i naczyń kończyn dolnych, retinopatie, nefropatie oraz neuropatie cukrzycowe (Tatoń J, Czech A. , 2001) .

Podstawowym, niezbędnym działaniem terapeutycznym w zapobieganiu i hamowaniu postępu przewlekłych powikłań cukrzycy typu 2 ma obniżenie hiperglikemii (Tatoń J. 2006). Kompleksowość terapii zakłada konieczność zmiany stylu życia, przestrzeganie odpowiedniej diety oraz włączenie wysiłku fizycznego w codzienną aktywność życiową. Niezbędne jest również monitorowanie nadciśnienia, zaburzeń gospodarki lipidowej czy też nadkrzepliwości. (www.dk.viamedica.pl). Dążąc do redukcji hiperglikemii w przebiegu cukrzycy typu 2 należy mieć na względzie zarówno insulinooporność jak i upośledzenie wydzielania insuliny. Istotne jest zatem, aby leczenie było progresywne i dostosowane etapami do postępującego charakteru schorzenia. Monitorowanie glikemii na bieżąco (samokontrola) oraz retrospektywna ocena są niezbędne do właściwego leczenia cukrzycy, którego celem jest uzyskanie stężeń glukozy zbliżonych do wartości prawidłowych. Aby pacjent prowadził właściwą samokontrolę glikemii konieczna jest systematyczna edukacja. Szczególny nacisk należy położyć wówczas na kontrolę umiejętności posługiwania się glukometrem oraz interpretację wyników samokontroli. Wówczas jedynie, będzie możliwe wykorzystywanie efektów samokontroli do codziennego dostosowania diety, wysiłku fizycznego i dawki stosowanych leków do rzeczywistego stanu pacjenta. Kontrola glukometrów oraz ocena poprawności posługiwania się tymi aparatami powinna być przeprowadzana 2 razy w roku, w placówce, do której pacjent uczęszcza na leczenie ambulatoryjne. Do prawidłowego monitorowania leczenia cukrzycy konieczne jest regularne oznaczanie hemoglobiny glikozylowanej (HbA_{1c}) (Tatoń J., 2002). Samokontrola glikemii jest integralną częścią terapii cukrzycowej. Chorzy, którzy są leczeni insuliną powinni na co dzień wyznaczać dobowy profil glikemii, obejmujący oznaczenia stężenia glukozy: rano na czczo, przed i 60–120 minut po każdym głównym posiłku oraz przed snem. Częstość i pory dodatkowych oznaczeń należy dobierać indywidualnie, kierując się wskazaniami lekarza (Colwell J.A., 2004).

Aby osiągnąć właściwe cele terapeutyczne również u chorych leczonych dietą, dozowanym wysiłkiem fizycznym oraz doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi konieczna jest także efektywna samokontrola glikemii (Tatoń J., 2001).

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości samokontroli pacjentów w przebiegu cukrzycy typu 2.

Materiał i metody

Do realizacji założonego celu zastosowano technikę ankiety bezpośredniej. Ankietę rozdawano pacjentom ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2 zgłaszającym się na badania do NZOZ Przychodni Ogrody znajdującej się przy ulicy Ogrody 21 w Bydgoszczy (woj. kujawsko-pomorskie). Badaniem objęto 100 pacjentów (50 kobiet i 50 mężczyzn) ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2. Opracowana autorska ankieta zapewniła wiarygodność rezultatów badania poprzez zadawanie respondentom ujednoliconych, konkretnych, tak samo sformułowanych pytań. Uzyskane informacje poddane zostały analizie, której wyniki przedstawiono w formie opisowo-tabelarycznej.

Ankieta zawierała pytania półotwarte, respondenci mogli zatem wybrać jedną odpowiedź z listy przedstawionych odpowiedzi lub/i wpisać odpowiedź własną. Badania miały charakter indywidualny, udział w nich był dobrowolny i anonimowy.

Ankieta zawierała, informacje o osobie badanej m.in. dotyczące wieku, płci, wzrostu, masy ciała i współczynnika BMI. W dalszej części ankiety formułowane były pytania dotyczące leczenia cukrzycy, trybu życia pacjenta oraz sposobu i efektywności prowadzenia samokontroli w przebiegu cukrzycy typu 2. Kwestionariusz zawierał również wyjaśnienie dotyczące gwarancji anonimowości odpowiedzi respondentów.

Wyniki

Badaniem objęto 100 pacjentów (50 kobiet i 50 mężczyzn) ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2. Wśród kobiet, 17 ankietowanych posiadało wykształcenie podstawowe, 12 -wykształcenie zawodowe, 19 osób wykształcenie średnie, a 2 osoby wykształcenie wyższe. Spośród respondentek, jedna była pracownikiem fizycznym, jedna była pracownikiem umysłowym, 33 kobiety były na emeryturze, 15 kobiet na rencie. Wśród mężczyzn, czterech z ankietowanych posiadało wykształcenie podstawowe, 23 miało wykształcenie zawodowe, 15 wykształcenie średnie, ośmiu natomiast wykształcenie wyższe. Spośród ankietowanych mężczyzn, jeden był pracownikiem fizycznym, dwóch było pracownikami umysłowymi, 32 było emerytami a 15 rencistami.

Średni wiek, wzrost, masę ciała i wyliczony współczynnik BMI u pacjentów, wraz z wartościami odchyleń standardowych przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. *Średni wiek, wzrost, masa ciała i wyliczony współczynnik BMI u pacjentów, wraz z wartościami odchyleń standardowych.*

Badamy parametr	Średni wiek ±SD	Średni wzrost ±SD	Średnia masa ciała ±SD	Średnie BMI ±SD
Kobiety n=50	73.4±8.1	1.60±0.1	74.1±13,1	28.8±5.1
Mężczyźni n=50	72.9±8,4	1.70±0.1	85.4±14.8	29.2±3.7

Spośród ankietowanych tylko dla 11 kobiet i 7 mężczyzn współczynnik BMI miał wartość prawidłową (BMI 18.5-24.9). Nadwagę miało 12 kobiet i 24 mężczyzn (BMI 25.0-29.9), otyłość pierwszego stopnia stwierdzono u 18 kobiet i 15 mężczyzn (BMI 30.0-34.9). U sześciu kobiet i czterech mężczyzn wystąpiła otyłość drugiego stopnia (BMI 35.0-39.9), natomiast u jednej kobiety otyłość trzeciego stopnia (BMI powyżej 40). U dwóch kobiet wartości wskazywały na niedowagę (BMI=17.9 i BMI=18.3)

Czas trwania choroby u ankietowanych pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2 przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. *Czas trwania cukrzycy typu 2, od momentu zdiagnozowania.*

Czas trwania choroby	1-5 lat	6-10 lat	11-15 lat	16-20 lat	powyżej 20 lat
Kobiety n=50	25	10	6	2	7
Mężczyźni n=50	21	12	6	7	4

Objawy towarzyszące pojawieniu się cukrzycy przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. *Objawy towarzyszące pojawieniu się cukrzycy (pacjenci mogli podać więcej niż jedną odpowiedź)*

Objawy towarzyszące pojawieniu się cukrzycy	nadmierne pragnienie	wielomocz	zmęczenie, senność	objawy suchej skóry, świąd	żadne
Liczba kobiet podających dany objaw	24	25	29	24	5
Liczba mężczyzn podających dany objaw	24	22	20	8	11

Respondenci obojga płci najczęściej wymieniali zmęczenie i senność oraz nadmierne pragnienie i wielomocz, jako objawy, które obserwowane były przez pacjentów przed zdiagnozowaniem cukrzycy.

Zestawienie osób, będących członkami rodzin, oddzielnie kobiet i mężczyzn, u których wcześniej wykryto cukrzycę przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. *Zestawienie osób, będących członkami rodzin, oddzielnie kobiet i mężczyzn, u których wcześniej wykryto cukrzycę (pacjenci mogli podać więcej niż jedną odpowiedź)*

Stopień pokrewieństwa	dziadkowie	rodzice	rodzeństwo	dzieci	nikt nie choruje
Liczba kobiet	2	13	14	2	27
Liczba mężczyzn	1	10	4	0	37

Najczęściej respondenci obojga płci podawali, że nikt z rodziny nie chorował wcześniej na cukrzycę, u około 1/4 respondentów, nieznacznie częściej u kobiet stwierdzono występowanie cukrzycy u rodziców.

Wszystkie osoby z wyjątkiem trzech (97 osób) deklarują samokontrolę glikemii przy użyciu glukometru. Częstotliwość pomiaru glikemii przy użyciu glukometru u ankietowanych chorych przedstawia tabela 5.

Tabela 5. *Częstość samokontroli glikemii*

częstotliwość oznaczania poziomu glikemii przy użyciu glukometru	raz dziennie	dwa razy dziennie	częściej niż dwa razy dziennie	raz na dwa-trzy dni	raz na tydzień	rzadziej niż raz na tydzień
Kobiety n=50	4	9	10	16	6	5
Mężczyźni n=50	3	9	19	7	10	2

Pacjenci w większości przeprowadzali kontrolę glikemii dwa razy dziennie lub częściej, w większości byli to mężczyźni. Najwięcej kobiet kontroluje poziom glukozy we krwi raz na dwa-trzy dni.

Spośród ankietowanych u 26 osób konieczna była insulinoterapia. Wśród podających sobie insulinę, 18 osób oznacza poziomy glikemii dwa lub więcej razy dziennie natomiast 8 osób raz dziennie lub rzadziej. Spośród osób nie poddanych insulinoterapii 18 monitoruje poziom glikemii dwa lub więcej razy dziennie.

Oznaczane przy użyciu glukometru wartości glikemii na czczo podano w tabeli 6.

Tabela 6. *Średnie poziomy glikemii na czczo wraz z odchyleniami standardowymi oznaczane przy użyciu glukometrów w mg/dl*

Poziomy glikemii na czczo u kobiet	109,24±16,0	110,48±14,28	110,78±15,89
Poziomy glikemii na czczo u mężczyzn	108,74±19,46	109,20±15,35	110,26±17,03

U 36 mężczyzn i 40 kobiet wszystkie trzy ostatnio zmierzone poziomy glikemii na czczo były poniżej 120 mg/dl. Tylko u 24 osób poziom glikemii na czczo nieznacznie przekraczał poziom wartości referencyjnych.

Oznaczane przy użyciu glukometru wartości glikemii po posiłku podano w tabeli 7.

Tabela 7. *Średnie poziomy glikemii po posiłku wraz z odchyleniami standardowymi oznaczane przy użyciu glukometrów w mg/dl*

Poziomy glikemii po posiłku u kobiet	129,26±28,07	130,16±24,41	129,97±26,21
Poziomy glikemii po posiłku u mężczyzn	137,38±34,35	131,10±29,70	128,08±25,54

U 97 ankietowanych pacjentów wszystkie trzy poziomy glikemii po posiłku wynosiły poniżej 180 mg/dl.

Częstotliwość zgłaszania się do poradni rodzinnej przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8. *Częstotliwość zgłaszania się do poradni rodzinnej.*

Częstotliwość zgłaszania się chorych do poradni rodzinnej	1 raz w miesiącu	2 razy w miesiącu	raz na dwa miesiące	rzadziej niż raz na dwa miesiące
Kobiety n=50	32	7	8	3
Mężczyźni n=50	22	20	6	2

Respondenci obojga płci podają, że najczęściej zgłaszali się do poradni raz w miesiącu.

Poradnię diabetologiczną odwiedza natomiast połowa ankietowanych pacjentów odwiedza raz na rok lub częściej. Z pozostałych respondentów 3/5 podaje, że nie zgłaszają się do poradni diabetologicznej, korzystając jedynie z poradni rodzinnej.

Częstotliwość wykonywania oznaczeń hemoglobiny glikozylowanej u ankietowanych pacjentów przedstawiono w tabeli 9.

Tabela 9. *Częstotliwość wykonywania oznaczeń HbA_{1c}*

Częstotliwość wykonywania oznaczeń HbA1c	wcale	1 raz w rok	2 razy w roku	Częściej niż 2 razy w roku
Kobiety n=50	10	23	15	2
Mężczyźni n=50	15	19	16	0

Respondenci podają, że oznaczenie poziomu HbA_{1c} wykonują najczęściej raz w roku, ale dość liczna grupa ankietowanych (31 osób) podaje, że oznaczenie to wykonuje dwa razy w roku.

Poziomy dwóch ostatnich oznaczeń HbA_{1c} podano w tabeli 10.

Tabela 10. *Poziomy dwóch ostatnich oznaczeń HbA_{1c}.*

Poziomy dwóch ostatnich oznaczeń HbA1c			
U osób, które mają oznaczane 1 raz w roku	kobiety	7,22±2,87	6,85±1,82
	mężczyźni	7,20±1,04	6,57±0,70
U osób, które mają oznaczane 2 razy w roku	kobiety	7,35±1,24	6,83±0,85
	mężczyźni	7,63±1,70	6,58±1,24
U osób, które mają więcej niż dwa razy w roku	kobiety	7,20±0,20	6,65±0,15
	mężczyźni	brak	brak

Wszyscy chorzy poprawnie wskazywali produkty korzystne w diecie cukrzycowej. Jako właściwą wiedzę w zakresie prawidłowego żywienia w przebiegu cukrzycy typu 2, pięciu respondentów wskazało trzy posiłki jako właściwą ilość w diecie, pozostali respondenci - pięć posiłków. Spośród badanych większość przyjmuje pięć posiłków dziennie, 9 osób przyjmuje trzy posiłki dziennie, a tylko jedna osoba podaje spożywanie jedynie dwóch posiłków dziennie. Pomimo wiedzy o ilości posiłków i składzie diety cukrzycowej nikt z respondentów nie prowadzi dzienniczka żywienia.

Na pytanie o wykonywanie aktywności fizycznej – 9 kobiet i 6 mężczyzn zadeklarowało, że nie wykonuje żadnej aktywności fizycznej, 5 kobiet i 3 mężczyzn wykazuje aktywność fizyczną raz w tygodniu, 2 kobiet i 9 mężczyzn – dwa razy w tygodniu, a 35 kobiet i 33 mężczyzn, (łącznie 68 osób) częściej niż dwa razy w tygodniu.

Rodzaj wykonywanej aktywności fizycznej przedstawiony został w tabeli 11.

Tabela 11. *Rodzaj wykonywanej aktywności fizycznej (ankietowani mogli podać więcej niż jedną odpowiedź)*

Rodzaj wykonywanej aktywności fizycznej	wolny spacer	marsz	nordic walking	jazda na rowerze	basen	inne formy
Kobiety	34	7	2	6	2	6
Mężczyźni	34	11	3	12	0	6

Jako ”inne formy” ankietowani wykazywali pracę na działce i ćwiczenia gimnastyczne.

Częstotliwość kontroli masy ciała przez ankietowanych pacjentów w przebiegu cukrzycy typu 2 przedstawiono w tabeli 12.

Tabela12. *Częstotliwość kontroli masy ciała u kobiet i mężczyzn*

Częstotliwość kontroli masy ciała u kobiet i mężczyzn	codziennie	Raz w tygodniu	Raz w miesiącu	Raz na trzy miesiące	Raz na pół roku	Raz na rok
Kobiety n=50	5	10	18	3	1	1
Mężczyźni n=50	4	6	34	1	1	4

Spośród ankietowanych 18 kobiet i 34 mężczyzn kontroluje masę ciała 1 raz w miesiącu, 25 osób (15 kobiet i 10 mężczyzn) częściej niż dwa razy miesiącu, spośród których 9 osób codziennie, tylko 5 osób kontroluje masę ciała raz na rok.

W grupie respondentów, tak kobiet jak i mężczyzn, wszyscy z wyjątkiem jednej osoby znali swoją należną masę ciała.

U większości badanych wykonano w trakcie leczenia następujące oznaczenia: badania dna oka, lipidogram, RTG klatki piersiowej, mocznik, kreatynina i badanie ogólne moczu. Komplet takich oznaczeń wykonano u 42 kobiet i 37 mężczyzn u pozostałych 7 pominięto badanie dna oka, u kolejnych 9 pominięto badanie RTG, u następnych trzech lipid ogram, u jednej osoby oznaczenie kreatyniny i u jednej również oznaczenie stężenia mocznika. Tylko dwie osoby (dwóch mężczyzn) nie mierzą regularnie ciśnienia krwi

Spośród ankietowanych dwie osoby pali papierosy, a 9 osób pije alkohol okazjonalnie. Pozostali respondenci (89 osób) nie deklarują korzystania z używek.

Sposoby terapii w cukrzycy typu 2 przedstawiono w tabeli 13.

Tabela 13. *Sposoby terapii cukrzycy u pacjentów w przebiegu cukrzycy typu 2*

Sposoby terapii cukrzycy u pacjentów w przebiegu cukrzycy typu 2	Jedynie dietoterapia z aktywnością fizyczną	Farmakoterapia przez doustne środki hipoglikemizujące wraz z zastosowaniem stosownej diety i aktywności fizycznej	insulinoterapia
Kobiety n=50	15	25	10
Mężczyzni n=50	5	29	16

Wśród badanych respondentów 5 mężczyzn i 15 kobiet nie stosuje ani farmakoterapii, ani insulinoterapii. U pozostałych osób leczenie farmakologiczne doustnymi środkami hipoglikemizującymi było połączone z dietą i aktywnością fizyczną. Insulinoterapię prowadzi 10 kobiet i 16 mężczyzn. Wszyscy pacjenci stosujący doustne leki hipoglikemizujące twierdzą, że przyjmują je regularnie.

Zadano respondentom pytanie, jakie zmiany cukrzyca spowodowała w ich życiu. Większość respondentów (30 kobiet i 30 mężczyzn) podaje, że fakt wykrycia u nich cukrzycy typu 2 nie spowodował żadnych zmian. Pozostali ankietowani podają, że rozpoznanie u nich cukrzycy typu 2 wiązało się z koniecznością trudu podjęcia diety i kontroli masy ciała. U większości ankietowanych stwierdzono pogorszenie ostrości widzenia.

Dyskusja

Cukrzyca traktowana jest jako epidemia współczesnych czasów. W samej tylko Przychodni Ogrody, wśród której pacjentów przeprowadzono ankietę, na koniec 2013 roku zarejestrowanych było 772 cukrzyków, przy czym nowych cukrzyc, rozpoznanych w tym właśnie roku było aż 61. Przychodnia liczy 9,3 tysiąca pacjentów, zatem ilość leczonych diabetyków stanowi 8,3 % wszystkich zarejestrowanych osób. Szacowana liczba chorych na cukrzycę w Polsce wynosi od 2 do 2,5 miliona osób czyli 5 % polskiego społeczeństwa (www.dk.viamedica.pl). Cukrzyca jest zaliczana do chorób przewlekłych, co skutkuje faktem, że całkowite koszty leczenia są bardzo wysokie. Efektem takiego spostrzeżenia stało się poszukiwanie tanich i jednocześnie skutecznych metod terapii. Osiągnięcie takiego celu jest możliwe dzięki edukacji profilaktycznej i terapeutycznej, która ma wykształcić u chorych umiejętność radzenia sobie w różnych stanach zdrowotnych, poprzez efektywne stosowanie samokontroli.

Jako czynniki etiologiczne cukrzycy typu 2 wymienia się zarówno czynniki genetyczne jak i środowiskowe. Respondentom zostało zadane pytanie, czy wśród członków ich rodzin występowały przypadki rozpoznanej cukrzycy typu 2. W badanej grupie większość respondentów obojga płci (64 osoby) odpowiedziało, że nikt w rodzinie nie choruje na cukrzycę. Fakt ten może dowodzić, że u ankietowanych chorych cukrzyca została wywołana czynnikami środowiskowymi.

Osoba, która choruje na cukrzycę prowadzi styl życia niewiele odbiegający od stylu życia osoby zdrowej. Dzięki posiadaniu dużej wiedzy o samej chorobie, ale także dzięki znajomości rytmu swojego własnego organizmu, poprzez realizację samokontroli, powoduje, że jakość i komfort życia mogą być na wysokim poziomie (Otto Buczkowska E., 2005). Członkowie zespołu terapeutycznego tj. lekarz diabetolog, lekarz rodzinny, pielęgniarka, dietetyk, fizjoterapeuta, rehabilitant, a także psycholog, mają za zadanie dostarczać informacje, wsparcie i motywacje, aby chory mógł sam sobie efektywnie pomagać w czasie, kiedy nie korzysta bezpośrednio z wizyt w przychodni.

Cukrzyca typu 2 często rozwija się przez długi okres czasu. Zanim choroba zostanie zdiagnozowana, pacjent nie odczuwa żadnych szczególnych, nagłych zmian w swoim życiu. Jednak potem analizując retrospektywnie czas sprzed postawienia diagnozy, chory jest

w stanie opisać pewne objawy towarzyszące mu od dłuższego czasu. Najczęściej są to zmęczenie i senność, a także nadmierne pragnienie i wielomocz (Hilson R.,1997). Spostrzeżenia takie poczynili również ankietowani chorzy. Respondenci obojga płci najczęściej wymieniali zmęczenie i senność oraz nadmierne pragnienie i wielomocz, jako objawy, które obserwowane były przez pacjentów przed zdiagnozowaniem cukrzycy.

Szczególnie istotne jest świadome, kontrolowane przez chorego, właściwe odżywianie się. Chorym na cukrzycę bardzo często towarzyszy otyłość (Tatoń J., Czech A., Bernas M., 2007)(Tatoń J., 2007). Potwierdzone to zostało w wynikach uzyskanych w przebiegu powyższych badań. Spośród ankietowanych 100 chorych na cukrzycę, współczynnik BMI miał wartość prawidłową tylko u 18 osób, lekką niedowagę stwierdzono u dwóch osób, natomiast u 36 osób występowała nadwaga, a aż u 44 osób stwierdzono otyłość pierwszego, drugiego, a nawet trzeciego stopnia.

Ankietowani podają jednak w większości regularne kontrolowanie masy ciała. Spośród respondentów aż 52 osoby kontroluje masę ciała 1 raz w miesiącu, 25 osób częściej niż dwa razy miesiącu, spośród których 9 osób codziennie, a tylko 5 osób kontroluje masę ciała raz na rok. Wszyscy respondenci natomiast deklarują, że znana jest im ich prawidłowa, należna masa ciała.

W cukrzycy podstawę działania terapeutycznego stanowi samokontrola. Każdy pacjent ma możliwość monitorowania poziomu glikemii, poprzez pomiar stężenia glukozy we krwi, przy użyciu glukometru (Jarosz M., Dzieniszewski J.,2007). Spośród badanych 100 osób, jedynie trzy nie deklarują samokontroli poziomu glikemii przy użyciu glukometru. Osoby te zgłaszają się regularnie do przychodni celem oznaczenia poziomu glikemii we krwi. Pozostałe 97 osób prowadzi samokontrolę poziomu glukozy we krwi w warunkach domowych, przy użyciu glukometru. Około 2/5 badanych mężczyzn podaje, że przeprowadza oznaczenia poziomów glikemii dwa razy dziennie lub częściej. Porównywalna liczba kobiet podaje, że oznaczają poziom glikemii raz na dwa trzy dni. Częstość oznaczania glikemii na ogół koreluje wprost ze stopniem wykształcenia chorych.

Przeanalizowano ostatnie trzy oznaczenia poziomu glukozy na czczo i trzy oznaczenia poziomu glukozy we krwi po posiłku. U ¾ badanych osób wszystkie trzy poziomy glikemii na czczo nie były wyższe niż 120mg/dl. W przypadku oznaczeń poziomu glukozy we krwi po posiłku, niemal u wszystkich badanych, z wyjątkiem trzech, stężenia glukozy w kolejnych trzech pomiarach nie przekraczały zalecanych 180mg/dl. Świadczy to o prowadzeniu właściwego trybu życia, przynajmniej w okresie czasu badania tych parametrów.

Parametrem pozwalającym na długoterminową ocenę prawidłowości poziomu glukozy we krwi chorego jest wartość hemoglobiny glikozylowanej HbA_{1c}. Marker ten

umożliwia przedstawienie stanu glikemii w czasie trzech miesięcy, czasu życia krwinek czerwonych. U wszystkich badanych respondentów, niezależnie od płci i częstotliwości wykonywania oznaczeń HbA_{1c} poziom drugiego wykonanego oznaczenia był zawsze niższy niż oznaczenia pierwszego. Potwierdza to efektywność samokontroli ankietowanych pacjentów w czasie. Taki stan wynika zapewne z właściwej edukacji chorych i restrykcyjnego stosowania się chorych do zaleceń zespołu terapeutycznego. Wszyscy respondenci (z wyjątkiem trzech) właściwie wskazywali produkty zalecane w diecie cukrzycowej. W odpowiedzi na pytanie o wskazaną ilość posiłków dziennie w diecie cukrzycowej, tylko siedmiu respondentów wskazało trzy posiłki jako właściwą ilość w diecie, pozostali respondenci uważają liczbę pięciu posiłków jako prawidłową. Ankietowani w większości stosują się do znanych sobie reguł żywieniowych (Flis K., Konaszewska W., 2001)(Biernat J., 2001).

Spośród badanych większość przyjmuje pięć posiłków dziennie, 15 osób przyjmuje trzy posiłki dziennie, a tylko jedna osoba podaje spożywanie jedynie dwóch posiłków dziennie.

Regularny wysiłek fizyczny zgłasza aż 85 ankietowanych, w przypadku 68 z nich wysiłek ten jest wykonywany częściej niż dwa razy w tygodniu. Respondenci najchętniej wykorzystują jako dodatkową aktywność fizyczną spacer oraz marsz i jazdę na rowerze. Ankietowani podają też pracę na działce i ćwiczenia gimnastyczne jako formy dodatkowej aktywności fizycznej wykonywanej przez nich w ciągu dnia.

Fakty te są szczególnie istotne, ponieważ wśród badanych respondentów, aż 20 osób leczonych jest w przebiegu cukrzycy jedynie dietą i aktywnością fizyczną. Farmakoterapię przez doustne środki hipoglikemizujące wraz z zastosowaniem stosownej diety i aktywności fizycznej zadeklarowało łącznie 54 pacjentów. Wszyscy pacjenci stosujący doustne leki hipoglikemizujące twierdzą, że przyjmują je regularnie. U około ¼ respondentów konieczne było wykorzystanie insuliny do leczenia cukrzycy typu 2. Pacjenci ci szczególnie restrykcyjnie przestrzegają oznaczeń poziomu glukozy we krwi. Wśród podających sobie insulinę dwudziestu sześciu osób, 18 wśród nich oznacza poziom glikemii dwa lub więcej razy dziennie natomiast 8 osób raz dziennie lub rzadziej.

W przebiegu cukrzycy typu 2 bardzo istotne są regularne wizyty kontrolne w poradni rodzinnej, a także, przynajmniej raz na rok, w poradni diabetologicznej (Koch- Heintzeler D., Puhl W.,2005). Respondenci podają w większości, że zgłaszają się do poradni rodzinnej raz w miesiącu, ponad ¼ respondentów zgłasza, że chodzi do poradni 2 razy w miesiącu. Poradnię diabetologiczną odwiedza połowa ankietowanych pacjentów raz na rok lub częściej. Z pozostałych respondentów 3/5 podaje, że nie zgłaszają się do poradni diabetologicznej, korzystając jedynie z poradni rodzinnej.

W trakcie wizyt w poradni chorzy mają zlecane specjalistyczne badania, takie jak badanie dna oka, lipidogram, RTG klatki piersiowej, oznaczenie poziomu mocznika, kreatyniny i badanie ogólne moczu. Komplet takich oznaczeń wykonano u ¾ respondentów, u pozostałych najczęściej pominięto w badaniach RTG.

W związku z niemal wzorcowo prowadzoną samokontrolą cukrzycy przez ankietowanych pacjentów, jakość życia tych chorych wyraźnie wzrosła. Działanie to przyczyniło się do ograniczenia lęków i obaw pacjentów, a także umożliwiło przyjęcie prawidłowego stanowiska wobec choroby przewlekłej. Wielu spośród ankietowanych (około 3/5) tak bardzo zintegrowała się ze stanem swego zdrowia, iż uważają, że rozpoznanie cukrzycy nic nie zmieniło w ich życiu. Inni podkreślają fakt świadomego korzystania z właściwej diety i włączenia aktywności fizycznej w codzienne czynności życiowe.

Wysoka jakość samokontroli pozwala bardzo znacząco zapobiegać wszelkim powikłaniom cukrzycy. Samokontrola pacjentów prowadzących insulinoterapię, w przypadku rzetelnej analizy jej wyników, pozwala na dokonywanie przez pacjentów samodzielnych zmian w dawkowaniu insuliny, celem osiągnięcia jak najbardziej znormalizowanego poziomu glikemii i jak najwyższego standardu zdrowia. Chory, dzięki samokontroli, ma świadomość prozdrowotnego stylu życia, polegającego na preferowaniu wszelkich zachowań sprzyjających dobremu zdrowiu, a unikaniu zachowań szkodzących, takich jak nadmiar używek, w tym alkoholu i papierosów. Samokontrola powoduje wreszcie, wystąpienie najważniejszego efektu – wypracowania przez chorego właściwej postawy życiowej w aspekcie radzenia sobie z relatywnie dużym stresem, który niesie ze sobą diagnoza cukrzycy.

Wnioski

1. Samokontrola ankietowanych pacjentów z cukrzycą typu 2 jest efektywna, czego dowodem są właściwe poziomy glikemii, a także postępowo obniżające się wartości HbA_{1c}
2. Chorzy w większości dobrze radzą sobie w życiu z przewlekłą chorobą jaką jest cukrzyca
3. W opinii większości ankietowanych, choroba nie wniosła wielu negatywnych aspektów do ich życia, a często nawet wymusiła postawy prozdrowotne
4. Dzięki właściwie prowadzonej samokontroli pacjenci nabyli świadomość zmian zachodzących w obrębie własnego organizmu, co pozwoliło im właściwie podnieść komfort życia

Bibliografia

1. BIERNAT J., Żywienie, żywność a zdrowie, Wydawnictwo Astrum, Wrocław, 2001
2. COLWELL J.A.: Cukrzyca nowe ujęcie diagnostyki i leczenia., Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner , Wrocław, 2004
3. FLIS K., KONASZEWSKA W.: Podstawy żywienia człowieka .Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne SA, Warszawa, 2001
4. HILLSON R., Cukrzyca Praktyczne zasady opieki □-medica Press, Bielsko-Biała 1997
5. JAROSZ M., DZIENISZEWSKI J.: Cukrzyca zapobieganie i leczenie. PZWL, Warszawa, 2007
6. KOCH- HEINTZELER D., PUHL W.: Cukrzyca-pytania i odpowiedzi, Astrum, Warszawa 2005
7. OTTO BUCZKOWSKA E., Cukrzyca, patogeneza, diagnostyka, leczenie. Wydawnictwo Medyczne,Warszawa 2005
8. Raport z Międzynarodowej Fundacji Diabetologicznej, http://www.idf.org/2010-2012-strategy.
9. TATOŃ J, CZECH A. red. Diabetologia PZWL, Warszawa 2001
10. TATOŃ J., A CZECH.: Cukrzyca, otyłość, miażdżyca., Medycyna Metaboliczna, Warszawa, 2009,12,71-74
11. TATOŃ J., CZECH A., BERNAS M.: Otyłość, zespół metaboliczny. PZWL, Warszawa 2007
12. TATOŃ J., Jak żyć z cukrzycą typu 2 niewymagającą wstrzyknięć insuliny, PZWL, Warszawa 2002
13. TATOŃ J., Jak żyć z cukrzycą wymagającą wstrzyknięć insuliny, PZWL, Warszawa 2001
14. TATOŃ J., Przyjacielski poradnik domowej samoopieki samokontroli cukrzycy, Grafserwis, Warszawa 2006
15. TATOŃ J.: Otyłość a cukrzyca typu 2.,Medycyna Metaboliczna.., Warszawa, 2007, 11,102-105
16. www.dk.viamedica.pl

Adres do korespondencji:

Anna Goździalska

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego 1

Krakow

Poland

PANOWIE NIE BÓJCIE SIĘ, CZYLI JAK SIĘ BADA MĘSKĄ PŁODNOŚĆ

Grzegorz Kaczmarczyk[1,2], Leszek Bergier[2]

[1]Krakowska Akademia im Andrzeja Frycza-Modrzewskiego
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych;
[2]Diagnostyka Sp. z o.o., Kraków

Streszczenie

W ciągu wieków, w społeczeństwie tkwiło mylne przekonanie, iż to kobieta jest zawsze winna braku potomka. W dzisiejszych czasach coraz częściej za przyczynę braku posiadania dziecka winę ponosi mężczyzna. Prawdopodobnie odsetek mężczyzn, którzy nie mogą mieć dzieci jest wyższy niż się przyjmuje, jednak nie każdy mężczyzna poddaje się badaniu płodności. Celem pracy przeglądowej jest ukazanie, jakie są techniki badania męskiej płodności i dlaczego każdy szanujący się mężczyzna powinien przynajmniej raz w życiu poddać się takiemu badaniu. W pracy pokazane będą najnowsze techniki manualne i wspomagane komputerowo, które służą do podstawowego badania płodności.

Słowa kluczowe: Mężczyzna. Płodność. Badanie. Techniki.

Summary

For ages, there has been a wrongful conviction in society that woman is the only one to be responsible for childlessness. Nowadays, infertility appears more and more frequently in men. It's probable, that a percentage of childless men is underestimated, however not all men test their fertility. The purpose of the article review is to show male fertility testing techniques and explain why every self-respecting man should get tested for fertility at least once in a lifetime. The article will show the newest manual and computer-assisted techniques for basic fertility testing for revealing the causes of male infertility.

Key words: Man. Fertility. Testing. Techniques.

Wstęp

Zmiany zachodzące w coraz bardziej nowoczesnym świecie mają istotny wpływ na zdrowie i życie człowieka, w tym na jego płodność. Rosnące zanieczyszczenie środowiska, rozwój cywilizacji, czynniki społeczne takie jak rozwój kariery w pracy i opóźnianie posiadania dzieci są często przyczyną problemów z posiadaniem lub brakiem potomstwa.

Coraz częściej badania płodności u mężczyzn wykonuje się dopiero po kilku latach nieudanych prób posiadania potomstwa.

Cel pracy

Celem poniższego artykułu jest pokazanie, że podstawowe badanie męskiej płodności nie jest skomplikowane i nie wiąże się z wieloma czynnościami ani dużą ilością sprzętu laboratoryjnego. Uświadomienie, iż podstawowe badanie męskiej płodności przy braku problemów zdrowotnych, zdrowym trybie życia i braku szkodliwych czynników środowiskowych w pracy należy wykonać przynajmniej raz w życiu. Ma to na celu wczesne wykrycie i ewentualne leczenie męskiej bezpłodności.

Metodyka

Do czynników wpływających na produkcję i jakość plemników zaliczamy:

- zażywanie sterydów i/lub innych hormonów płciowych
- szkodliwe środowisko pracy (szczególnie przy metalach ciężkich, silnym promieniowaniu elektromagnetycznym czy promieniowaniu jonizującym)
- choroby w okresie dojrzewania (świnka)
- nieleczone żylaki powrózka nasiennego
- nowotwory układu płciowego/mózgu
- choroby genetyczne

W przypadku działania któregoś z powyższych czynników istnieje realne ryzyko pogorszenia płodności lub trwałej niepłodności, co powinno skłonić mężczyznę do badania. Zupełnie inną przyczyną bezpłodności wśród mężczyzn jest niechęć do badania. Wynika to z przyczyn nierzadko zakorzenionych od wielu pokoleń w świadomości społecznej np.:

- religia
- sposób pobierania materiału do badania
- stres
- przekonanie, że to kobieta jest zawsze winna braku potomka.

Nierzadko przyczyny natury psychicznej są silniejsze niż skutki niepoddania się badaniu. Faktem jest jednak, iż w ciągu ostatnich 10 lat liczba mężczyzn poddających się badaniu płodności (seminogram) rośnie, lecz odpowiednio do zwiększającej się liczby chętnych do badania rośnie liczba osób mających problemy z płodnością lub niepłodnych.

Do większości badań w tym do badania płodności mężczyzna musi się odpowiednio przygotować (WHO lab. manual. 2010, s. 10. WHO - World Health Organization). Niedotrzymanie warunków przed badaniem wiąże się z możliwością wystąpienia błędu w obliczeniach i powtórzeniem badania lub odmowy jego wykonania przez diagnostę.

Wymagania, które musi spełnić każdy mężczyzna przed badaniem to:

- wstrzemięźliwość płciowa między 2 a 7 dni przed badaniem,
- minimum 7 dni przed badaniem wstrzymanie się od spożywania większej ilości alkoholu (szczególnie wysokoprocentowego) oraz dużego wysiłku fizycznego,
- nieprzyjmowanie antybiotyków oraz unikanie chorób mogących powodować wysoką gorączkę 3 miesiące przed badaniem. Po antybiotykoterapii pacjent musi odczekać minimum 3 tygodnie przed badaniem.

Przed oddaniem materiału pacjent musi być pouczony, że do badania musi oddać całą objętość ejakulatu. Brak jego części może negatywnie wpłynąć na wynik, co może skutkować powtórzeniem badania. Oddanie materiału musi odbyć się w warunkach jak najbardziej sprzyjających psychice pacjenta. Najczęściej jest to osobny, wyciszony pokój blisko pracowni analitycznej. Oddanie materiału odbywa się najczęściej drogą masturbacji i zebrania ejakulatu do sterylnego naczynka, choć dopuszczalne jest użycie specjalnej prezerwatywy nielateksowej (WHO lab. manual. 2010, s. 12). Oddanie materiału może też odbyć się poza laboratorium. Należy wtedy pamiętać o jak najszybszym transporcie ejakulatu do laboratorium. Transport musi odbywać się w temperaturze ciała. Materiał musi być dostarczony do laboratorium do 1 godziny od momentu ejakulacji. Po oddaniu w laboratorium ejakulat inkubuje się w 37^0C na wytrząsarce do momentu jego upłynnienia się (ejakulat w momencie oddania jest w postaci żelu). W trakcie upłynniania diagnosta ocenia kolor ejakulatu. Prawidłowy jest kolor opalizujący lub biały. Przezroczysta barwa ejakulatu może świadczyć o braku plemników a na żółta o obecności erytrocytów. Podczas upłynniania należy zważyć naczynie z materiałem. Objętość ejakulatu odpowiada w przybliżeniu jego wadze. Prawidłowa objętość musi być równa bądź większa 1,5ml (WHO lab. manual. 2010, s. 15). Prawidłowy czas upłynnienia się ejakulatu nie może przekroczyć 60 minut od oddania. Po tym czasie stosuje się różne (chemiczne bądź mechaniczne) metody upłynniania. Niezwłocznie po upłynnieniu należy również zmierzyć pH ejakulatu oraz jego lepkość. Prawidłowa wartość pH musi być większa lub równa 7,2. Lepkość oznacza się podciągając niewielką ilość ejakulatu do pipety Pasteura i wypuszczając. Lepkość oraz pH zmieniają się wraz z upływem czasu i późniejsze ich oznaczenie będzie obarczone błędem (WHO lab. manual. 2010, s. 16).

Wyżej wymienione czynności wykonuje się dla badania manualnego i wspomaganego komputerowo. Następne działania różnią się (oprócz określania żywotności i ilości komórek okrągłych) dla obu rodzajów badań. Badanie manualne jest wykorzystywane częściej i jest łatwiejsze do wykonania tak więc zostanie ono opisane w pierwszej kolejności. Po upłynnieniu ejakulatu i ocenie lepkości i pH, diagnosta ocenia ruchliwość i żywotność plemników, ich agregację, aglutynację oraz ilość komórek okrągłych (w tym leukocytów).

Badania mikroskopowe powinno być wykonywane przy użyciu mikroskopu kontrastowo-fazowego, choć dopuszcza się użycie zwykłego mikroskopu świetlnego. Agregację, aglutynację i ruchliwość plemników ocenia się w preparacie bezpośrednim przy powiększeniu 400x. Agregacja jest to adherencja nieruchomych plemników do siebie lub plemników ruchomych do pasm śluzu, szczątków innych komórek lub komórek nabłonka. Aglutynacja jest to lepienie się do siebie plemników ruchomych. Ma 4 stopnie: izolowany, średni, duży i bardzo duży w zależności od ilości zlepionych plemników (WHO lab. manual. 2010, s. 19). W najnowszych zaleceniach WHO dotyczących badania nasienia wydanych w 2010 roku usystematyzowano zgodnie z prawami statystyki wszystkie parametry badania manualnego opisane w niniejszym artykule. Dotyczy to również określania ruchów plemników. W dotychczasowych zaleceniach określano 4 rodzaje ruchu: szybki prostoliniowy, wolny prostoliniowy, niepostępowy oraz brak ruchu (WHO lab. manual. 2010, s. 22). Ponieważ cześć diagnostów miała problem z rozróżnieniem ruchu szybko od wolno prostoliniowego w najnowszym wydaniu norm WHO ujednoliono ten rodzaj ruchu, jako „postępowy". Należy tu zaznaczyć, iż badanie mikroskopowe preparatu bezpośredniego wykonuje się po kilku minutach od jego przygotowania ze względu na tak zwane „płynięcie" komórek i możliwość wystąpienia dużego błędu przy określaniu ruchów plemników. W najnowszych wytycznych WHO (WHO lab. manual. 2010, s. 20) obowiązują 3 typy ruchów: postępowy, niepostępowy i brak ruchu, z czego na wyniku podaje się procent i liczbę plemników w ruchu postępowym, całkowity ruch plemników oraz ilość plemników nieruchomych w procentach oraz w liczbie na cały ejakulat. Prawidłowe wartości ruchu plemników wynoszą:

- - w ruchu postępowym: 32 %
- - w ruchu postępowym + niepostępowym: 40 %

Ruch plemników określa się zliczając ruch 200 plemników dwukrotnie. Następnie określa się różnice między zliczeniami i porównuje z tabelą maksymalnych błędów. Jeśli różnice mieszczą się w granicach błędu wówczas przechodzi się do następnego kroku badań. Tabele maksymalnych błędów to tabele z obliczonymi statystycznie maksymalnymi błędami jakie są do zaakceptowania dla wartości każdego z wykonywanych testów.

Ruch plemników w ejakulacie zanika z czasem ze względu na zużywanie się zasobów energii w komórkach. W związku z tym określenie ruchu plemników zaraz po upłynnieniu się ejakulatu jest jedną z najważniejszych czynności podczas badania płodności. Równocześnie z przygotowaniem preparatu bezpośredniego do określenia ruchu plemników diagnosta powinien przygotować preparat do określania żywotności plemników. Jest to bardzo ważny parametr mówiący ile plemników jest żywych i czy istnieją ewentualne wady genetyczne w wyniku których następuje na przykład produkcja ruchomych plemników

nieżywych lub żywych nieruchomych. Żywotność plemników bada się kilkoma sposobami. Najpopularniejszym jest połączenie równych objętości 0,67 % wodnego roztworu eozyny w soli fizjologicznej i ejakulatu (WHO lab manual. 2010, s. 27). Pozwala to na sprawdzenie integralności błony komórkowej otaczającej główkę plemnika. Jeśli błona komórkowa jest nienaruszona wówczas obserwowane komórki plemnikowe będą mieć kolor zielono-fosforyzujący. Jeśli błona komórkowa nie zachowuje integralności wówczas eozyna dostając się do środka główki plemnika nadaje mu kolor ciemnoczerwony. Prawidłowa ilość żywych plemników to nie mniej niż 58 %. Liczy się dwukrotnie 200 komórek w różnych polach widzenia mikroskopu a następnie różnicę zliczeń porównuje się z tabelą maksymalnych błędów. Jeśli różnica nie przekracza dopuszczalnego błędu wówczas diagnosta może przystąpić do określenia koncentracji plemników i komórek okrągłych i ejakulacie. Z uwagi na ruch plemników przed liczeniem koncentracji diagnosta musi „unieruchomić" komórki. Robi się to mieszając w odpowiednich proporcjach dobrze wymieszany ejakulat oraz specjalną mieszaninę zabijającą komórki (formalina, wodorowęglan sodu, woda) (WHO lab. manual. 2010, s. 36). Tak przygotowaną mieszaninę wprowadza się do obu części zmodyfikowanej komory Neubauera i czeka kilkanaście minut trzymając komorę w wilgotnym miejscu w celu uniknięcia wyschnięcia preparatu. W tym czasie wszystkie komórki układają się na jednym poziomie, co znacznie ułatwia liczenie i zapobiega błędom. Liczy się tylko całe, nienaruszone komórki. Zmodyfikowana komora Neubauera została specjalnie przygotowana do liczenia plemników od koncentracji 15milionów/mililitr ejakulatu. Mniejsze koncentracje wymagają specjalnego przygotowania lub liczenia w innej komorze (np. Burkera). Liczy się dwukrotnie po 200 komórek w obu częściach komory według specjalnych zasad: po zliczeniu 200 komórek w pierwszej części komory zapisuje się liczbę rzędów pól, w których zliczono komórki, po czym w drugiej części komory liczy się wszystkie komórki w tej samej liczbie rzędów. Rezultaty odejmuje się a różnice porównuje się z tabelą maksymalnych różnic. Jeśli wynik mieści się w odpowiednich granicach normy uznaje się go za prawidłowy. Ponadto przyjmuje się, iż znalezienie w preparacie sporządzonym bezpośrednio z nierozcieńczonego ejakulatu od 0 do 4 plemników w każdym polu widzenia mikroskopu jest wystarczające do zaprzestania dalszych analiz (ruchu, żywotności, liczenia, morfologii). W normie WHO z 2010 roku przyjęto taką procedurę ze względu na bardzo duży błąd w obliczeniach przy analizie tak małych ilości plemników. Przyjęto, iż obecność od 0 do 4 plemników w każdym polu widzenia nierozcieńczonego preparatu jest równoznaczne z koncentracją poniżej 2 milionów plemników na mililitr ejakulatu włączając możliwy błąd statystyczny. Oczywiście analiza tak niskich koncentracji jest możliwa, lecz przy użyciu innych metod i wykonywana tylko w określonych przypadkach (sztuczne zapłodnienie). Przy użyciu zmodyfikowanej komory Neubauera najniższa koncentracja plemników przy zachowaniu najniższego możliwego błędu to 15milionów komórek na mililitr ejakulatu. Jeśli koncentracja plemników jest mniejsza

niż 15 a większa niż 2 $x10^6$/ml wówczas można stosować komorę Burkera co znacznie przyspiesza i ułatwia liczenie. Według kryteriów WHO z 2010 roku norma koncentracji plemników to $15x10^6$ /ml ejakulatu lub $39x10^6$ /ejakulat. W komorze Burkera lub w zmodyfikowanej komorze Neubauera podczas liczenia koncentracji plemników można również policzyć koncentrację komórek okrągłych oraz leukocytów peroksydazo-dodatnich (WHO lab. manual. 2010, s. 57). Lepsze rezultaty można jednak otrzymać podczas wykonania osobnego preparatu dla liczenia. Komórki okrągłe są to komórki należące do układu odporności (leukocyty) i komórki szeregu spermatogenezy. W celu określenia koncentracji leukocytów peroksydazo-dodatnich wykonuje się proste barwienie bezpośredniego preparatu przy pomocy orto-toluidyny. Na skutek reakcji chemicznej zachodzącej w leukocytach z aktywnym enzymem peroksydazą komórki barwią się na kolor ciemnobrązowy. Liczba komórek okrągłych i leukocytów (szczególnie peroksydazo-dodatnich) niesie za sobą informacje o możliwych chorobach lub dysfunkcjach układu płciowego. Według kryteriów WHO z 2010 roku liczba komórek okrągłych nie może być wyższa niż $5x10^6$/ml ejakulatu. Natomiast liczba leukocytów peroksydazo-dodatnich nie może być wyższa niż $1x10^6$ /ml ejakulatu. Testy wykrywające leukocyty peroksydazo-dodatnie przy pomocy orto-toluidyny są komercyjnie dostępne i łatwe w użyciu. Ostatnią czynnością wykonywaną podczas rutynowego manualnego badania płodności jest wykonanie preparatu oraz ocena morfologii plemników (WHO lab. manual. 2010, s. 59). Preparat otrzymuje się wykonując rozmaz niewielkiej ilości ejakulatu pobranego z próbki pierwotnej na szkiełku podstawowym. Wykonany rozmaz suszy się a następnie barwi jedną z trzech metod: Papanicolau, Shorr lub Diff-Qiuk (WHO lab. manual. 2010, s. 62). Najpopularniejszą (i najszybszą) jest ostatnia z wymienionych metod, choć wszystkie z nich bazują na barwieniu Papanicolau. Barwienie metodą Diff-Quik pozwala na barwienie plemników w taki sposób, aby cały plemnik miał barwę w różnych odcieniach koloru niebieskiego. Ocenę morfologii plemników wykonuje się przy powiększeniu 1000x używając immersji. Diagnosta ocenia dwukrotnie po 200 plemników (osobno główki, wstawki i witki), po czym odejmuje wyniki a różnicę porównuje się z tabeli maksymalnych różnic. Jeśli różnica w zliczeniach nie przekracza określonych w tabeli odchyleń wówczas wynik uznaje się za prawidłowy. Dodatkową czynnością, którą może wykonać diagnosta to określenie istnienia przeciwciał klasy IgG (WHO lab. manual. 2010, s. 108). Przeciwciała IgG występują rzadko w ejakulacie. Ich obecność powoduje „lepienie się" plemników do siebie, co może powodować duże trudności w zapłodnieniu i może być przyczyną bezpłodności wśród mężczyzn. Obecność przeciwciał określa się wykorzystując specjalną surowicę zawierającą przeciwciała anty-IgG oraz lateksowe kulki opłaszczone przeciwciałami IgG, które w obecności przeciwciał anty-IgG „lepią się" do plemników posiadających na swej powierzchni przeciwciała IgG. Prowadząc badanie wykonuje się preparat, na który kolejno

dodaje się ejakulatu, zawiesiny lateksowych kulek i surowicy zawierającej przeciwciała anty-IgG. Po wykonaniu preparatu czeka się 3 minuty. Jeśli w ciągu 3 minut żaden plemnik nie połączył się z lateksową kulką czeka się następne 7 minut, liczy dwukrotnie po 200 ruchomych plemników i odejmuje wyniki. Jeśli różnica wyników mieści się w przedziale błędu tablicy maksymalnych błędów wówczas wyniki uznaje się za poprawne. Plemniki, do których połączyło się, co najmniej 2 lateksowe kulki uznaje się, że posiadają na swojej powierzchni przeciwciała. Według norm WHO z 2010 roku przyjmuje się za wynik dodatni obecność ponad 50 % ruchomych plemników połączonych z lateksowymi kulkami. Testy na obecność przeciwciał IgG są komercyjnie dostępne i łatwe w użyciu.

Od kilku lat zaczęto wykonywać badanie plemników wspomagane techniką komputerową oraz kamerą CCD sprzężoną z mikroskopem (Carlos Aluesa et al., 2009, s. 8). Oczywiście nie wszystkie czynności diagnosty są do zastąpienia, lecz użycie komputera i mikroskopu sprzężonego z kamerą oraz specjalistycznego oprogramowania znacznie ułatwia badanie w niektórych przypadkach, gdy oko ludzkie nie jest w stanie zauważyć niektórych różnic. W chwili obecnej jednym z najbardziej popularnych systemów diagnostyki komputerowej nasienia jest CASA. Daje on dużo większe możliwości analizy ejakulatu niż tu opisane, lecz dotyczą one bardziej szczegółowej analizy plemników (np. analiza fragmentacji DNA). Diagnosta używając systemu analizy obrazu musi sam określić na początku wszystkie cechy ejakulatu niewiążące się z użyciem mikroskopu (lepkość, pH, kolor, objętość, czas upłynnienia) i wpisać je do odpowiednich tabel w programie (Carlos Aluesa et al., 2009, s. 12). Podczas badania z użyciem komputera manualnie i z użyciem mikroskopu określa się jedynie żywotność, występowanie aglutynacji i agregacji plemników. Wszystkie parametry wpisuje się do programu a następnie określa się rozcieńczenie ejakulatu do badania ruchów. Służy to zwiększeniu dokładności badania. Odpowiednio przygotowany ejakulat wprowadza się do specjalnej komory i analizuje się pod mikroskopem (Carlos Aluesa et al., 2009, s. 13). Przed analizą czeka się kilka minut w celu uniknięcia „płynięcia komórek" w preparacie. Jeśli takie zjawisko będzie mieć miejsce analiza ruchów przez komputer może być obarczona dużym błędem. W trakcie analizy wykonuje się kolejno 15 krótkich sekwencji filmowych badanego preparatu. Po zapisie program komputerowy analizuje drogę, jaką przebył każdy filmowany plemnik a następnie wykonuje statystykę, w której określa dokładny ruch plemników w preparacie. Podczas analizy lekarz może określić więcej występujących ewentualnych nieprawidłowości w ruchu plemników niż podczas wyników analizy manualnej. Kolejną analizą przeprowadzaną przy pomocy systemu komputerowego jest badanie morfologii plemników (Carlos Aluesa et al., 2009, s. 14). W tym celu wykonuje się rozmaz i barwienie porcji ejakulatu tak samo jak podczas analizy manualnej. Wybarwiony preparat następnie ogląda się przy użyciu kamery podłączonej do mikroskopu i wykonuje 130 zdjęć następujących po sobie plemników. Po wykonaniu zdjęć system komputerowy analizuje

zadane parametry morfologiczne wszystkich plemników widocznych na zdjęciach, po czym przeprowadza analizę statystyczną i podaje wyniki. Po wykonaniu badania komputerowego morfologii diagnosta ma możliwość wydania bardziej szczegółowego wyniku, gdzie podanych jest więcej parametrów bardzo czasochłonnych podczas przeprowadzania seminogramu manualnego. Seminogram wspomagany komputerowo ma również swoje wady. Należy tu wymienić duży koszt zakupu sprzętu i oprogramowania, „dopasowywanie" rozcieńczenia badanej próbki do analizy, trudności w badaniu próbek o dużej lepkości czy bardzo niskiej koncentracji plemników, zbyt dokładną analizę zupełnie niepotrzebną przy niektórych badaniach i przede wszystkim brak możliwości trójwymiarowych zdjęć przede wszystkim przy określaniu morfologii plemników.

Wyżej wymienione wady powodują, że analiza manualna jest dużo częściej wybierana podczas badań przez pacjentów oraz przez lekarzy przy badaniach zarówno profilaktycznych jak też po czy przed zabiegami.

Omówione wyżej metody badania męskiej płodności stanowią tylko najważniejszą i bardzo skrótowo opisaną część analiz, które można przeprowadzić badając czy dany pacjent jest zdolny do posiadania potomstwa. Należy jednak zauważyć, że przez ostatnie 20 lat metody badawcze są o wiele bardziej precyzyjne oraz wykorzystują statystykę opartą na badaniach populacyjnych. Wiele metod analiz zostało unowocześnionych, wprowadzono nowe metody badań oraz programy komputerowe i kamery. Pomimo wyżej wymienionych bardziej bądź mniej ważnych metod czy sposobów analiz nadal w dalszym ciągu głównym problemem jest zachęta do poddania się badaniu i wyeliminowania ewentualnych czynników mających wpływ na męską płodność.

Bibliografia

1. CARLOS AULESA, M. CABRERA, R. ALONSO, M. BENÍTEZ Y M. MARTÍNEZ. 2009. Evaluation of automated system Sperm Class Analyzer (SCA) for semen analysis. Laboratorio Clinico. 2009;02:8-16
2. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen - 5th ed. 2010. Ed. World Health Organization. WHO Press 2010. ISBN 978 92 4 154778 9

Adres do korespondencji:

Grzegorz Kaczmarczyk

Krakowska Akademia im Andrzeja Frycza-Modrzewskiego

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Krakow

DIEŤA S VRODENOU CHYBOU SRDCA VERZUS ŽIVOT RODINY

Jana Kľusková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Rodina je prirodzená, sociálna skupina, zložená z jednotlivcov, ktorí sú na sebe závislí a sú vzájomne spätí vzťahmi. Každé ochorenie ktoréhokoľvek člena rodiny narúša fungovanie rodiny.

Dieťa s vrodenou srdcovou chybou zasahuje do života rodiny a je prítomné mnoho faktorov, ktoré zvyšujú rodinný stres: zvýšená finančná a časová záťaž, sociálna izolácia rodiny. Telesné ochorenie, najmä ak je dlhodobé a so zlou prognózou, mení rodinné vzťahy, odkrýva ich silné a slabé stránky, učí rodinu novým spôsobom komunikácie, vyžaduje nový životný štýl, reviduje hodnotový systém rodiny a skúša charakter jej členov.

Cieľom prednášky je poukázať na faktory, ktoré ovplyvňujú život rodiny s dieťaťom s vrodenou srdcovou chybou.

Kľúčové slová: Dieťa s VCC, Rodina. Finančná a časová záťaž. Sociálna izolácia.

Abstract

Family is the natural social group, composed of individual members who are interdependent and built mutually relationships. Any illness of any member of the family disrupts the functioning of the family.

Child with congenital heart disease influences family life and many factors – e.g. raised financial and time burden, social isolation of the family – that increase family stress. Physical illness, especially if it is long lasting and with a negative future prognosis, changes family relationships, uncovers their strengths and weaknesses, helps family to learn a new way of communication, requires a new lifestyle, revises the family value system and examines personal character of family's members.

The aim of the lecture is to point out the factors that influence the lives of families with a child with congenital heart disease.

Key words: Child with congenital heart disease. Family. Financial and time burden. Social isolation.

Úvod

Rodina je prirodzená, sociálna skupina, zložená z jednotlivcov zvyčajne rôzneho pohlavia a rôzneho veku, ktorí sú na sebe závislí a sú vzájomne spätí vzťahmi, zameranými na uspokojovanie základných biologických, psychologických a sociálnych potrieb. Každé ochorenie ktoréhokoľvek člena rodiny narúša „zabehnuté" fungovanie rodiny. Oznámenie závažnej diagnózy dieťaťa znamená pre rodičov hlboký otras. Je prirodzené, že všetci rodičia chcú mať zdravé, normálne, ak nie priamo „perfektné" deti. Mnoho rodičov má dokonca vopred utvorenú predstavu o tom, ako má ich dieťa vyzerať a čím sa má v budúcnosti stať, a to mnohokrát ešte skôr, než sa dieťa narodí.(Prevendárová, 1998)

Jadro

S ochorením srdca dieťaťa sú rodičia konfrontovaní v rôznych štádiách veku dieťaťa. S rozvojom prenatálnej ultrazvukovej diagnostiky mnoho rodičov už počas prenatálneho vývoja je oboznámených, že ich dieťa má vývojové ochorenie srdca (ďalej už VCC). VCC sa v súčasnosti dá spoľahlivo diagnostikovať už po 20. týždni tehotenstva, keď je srdce natoľko vyvinuté, že sa dá posúdiť jeho vývin, štrukturálne abnormality. Ich radosť s očakávania ich často aj vytúženého dieťaťa strieda beznádej a neistota, hlavne ak sa jedná o komplexnú VCC, a sú oboznámení s nepriaznivou prognózou ochorenia. K beznádeji a neistote sa pridáva ďalšia otázka: Čo ďalej? Ako sa máme rozhodnúť? Faktom ostáva, že rozhodnutie rodičov je výrazne ovplyvnené odborným dialógom s lekárom ako aj náboženským presvedčením a osobnostnými charakteristikami rodičov.(Kone t al., 2004; Bordáčová, 2007)

Šok, smútok, úzkosť, množstvo nevypovedaných otázok sprevádza rodičov dieťaťa, u ktorého bola diagnostikovaná VCC po narodení. Pocit istoty, ktoré im bolo dávané počas prenatálneho vývoja dieťaťa na základe vyšetrení, že dieťa bude zdravé, vystrieda pocit neistoty. Na rozdiel, od rodičov, ktorí už počas prenatálneho vývoja sú oboznámení s ochorením srdca a majú viac času na oboznámenie sa s ochorením, prognózou ochorenia, sú postavení „tvárou v tvár" k životnej realite a v krátkom čase sa musia rozhodnúť a súhlasiť alebo nesúhlasiť s ďalšou liečbou dieťaťa.

Narodenie chorého dieťaťa neznamená pre rodičov len očakávanie problémov, ktoré s dieťaťom nastanú, ale znamená aj stratu pôvodného obrazu dieťaťa, t.j. dieťaťa, aké očakávali, na aké sa tešili a k akému si už vytvorili vopred hlboký vzťah. Súčasne situácia zasahuje i do ich vlastného sebahodnotenia, často znamená subjektívne zlyhanie v rodičovskej funkcii a postihnutie vlastnej rodičovskej identity.(Stupková, 2001) O to väčšie subjektívne zlyhanie pociťujú ak s VCC je spojené aj genetické postihnutie (Downov syndróm**,** Edwardsov syndróm, Patauov syndróm).

Šok, smútok prežívajú aj rodičia, u ktorých je diagnostikované ochorenie srdca v detskom veku. Riešenie detských problémov, odpovedanie na nekonečné zvedavé detské otázky, prípadne aj už snaha o vážne rozhovory s pubertálnym dieťaťom vystrieda „kolotoč“ vyšetrení na stanovenie diagnózy a zmena v zabehnutom rodinnom živote.

Oznámenie akejkoľvek diagnózy, nielen ak sa jedná o VCC dieťaťa, vyvoláva u rodičov šok, smútok, úzkosť a vedie k rýchlemu rozvoju obranných mechanizmov. Rodičov trápi množstvo otázok. Čo bude s budúcnosťou dieťaťa, rodiny, ako budú žiť? S faktom choroby sa každý člen rodiny vyrovnáva individuálnym spôsobom. Väčšina rodičov prechádza štádiami emočných reakcií tak ako ich popísala Kubler-Rossová (1969), i keď každý nimi prechádza svojim individuálnym tempom.

1) *Šok* s iracionálnym myslením a cítením, keď rodičia prežívajú pocity derealizácie a zmätku a môžu reagovať úplne neprimerane.
2) *Popretie* (alebo útek zo situácie) – „nie je to pravda“ alebo „musí existovať nejaký liek alebo spôsob vyliečenia“, alebo *vytesnenie* – „lekári mi nič nepovedali“. Na prechode k ďalšiemu štádiu býva niekedy uvádzané štádium kompenzácie. U rodičov sa v tomto období prejavuje často magické alebo mystické zameranie, pokusy vyjednávania s Bohom a pod.
3) *Smútok, zlosť, úzkosť, pocity viny.* Typické býva hľadanie viny u druhých, agresívne pocity sa najčastejšie vzťahujú buď na partnera alebo sú zamerané proti zdravotníckemu personálu a práve tieto pocity môžu časom ešte zosilnieť, najmä ak sú posilnené nevhodnou poznámkou alebo nevhodným postojom zdravotníkov. Často reakciou v tomto období je tiež hlboký smútok, sebaľútosť a najmä pocity viny („musela som urobiť niekde chybu“), ktoré bývajú uvádzané až u 25 % rodičov. I keď rodičia obvykle chápu, že ich pocity viny sú iracionálne, pokiaľ nepoznajú príčinu ochorenia nemôžu sa im vyhnúť a zbaviť sa hľadania viny.
4) Štádium *rovnováhy* – dochádza tu k znižovaniu úzkosti a depresie a súčasne narastá prijatie situácie. Rastie snaha rodičov starať sa o dieťa a aktívne sa zúčastňovať na jeho liečbe. Toto obdobie trvá obvykle niekoľko týždňov až mesiacov, ale ani v najlepšom prípade nebýva adaptácia úplná.
5) Posledným štádiom je štádium *reorganizácie*, keď je situácia rodičmi prijímaná, rodičia sa vyrovnávajú s faktom choroby a prijímajú dieťa také aké je, a hľadajú optimálne cesty do budúcnosti.

Narodenie dieťaťa s postihnutím, respektíve neskorší vznik ochorenia vystavuje manželský vzťah rodičov nesmiernemu náporu. Je to skúška ich osobnostnej zrelosti, trpezlivosti, tolerancie a schopnosti spolupracovať. Okrem osobnostných kvalít manželov veľmi záleží na stabilite vzťahu a na schopnosti pružne reagovať na záťažové situácie.

Dieťa s komplexnou VCC je pre rodinu ťažkou životnou situáciou. Ako sme už uviedli, správa o ochorení dieťaťa zasiahne oboch rodičov a pôsobí výrazne na ich psychiku. Tieto faktory podmieňujúce stresy doliehajú na rodičov a sú znásobené obavami do budúcnosti a reakciami okolia.

Negatívnym javom je i sociálno-ekonomická situácia, ktorá môže byť zaťažujúcim faktorom pre rodinu s chorým dieťaťom. Zvýšená finančná záťaž je spôsobená nielen častými pobytmi v nemocnici, výdavkami na liečbu ale aj tým, že matky zostávajú s deťmi doma často až do dovŕšenia šiesteho alebo siedmeho roku života dieťaťa, mnohokrát nepracujú ani neskôr, pretože dieťa býva často choré a žiadny zamestnávateľ netoleruje časté absencie zo zamestnania.

Hospitalizácie, časté kontrolné vyšetrenia, ale aj väčšie množstvo času potrebné na zvládnutie hygieny, stravovania spôsobujú zvýšenú časovú záťaž. Uvedené dôvody redukujú čas, ktorý by rodičia mohli tráviť spoločne alebo by ho za normálnych okolností venovali na odpočinok či regeneráciu. Ďalším dôsledkom časového stresu je spánková deprivácia , ktorej sú rodičia dlhodobo vystavení. Je dokázané, že kvalita spánku sa zreteľne premieta do celkového zdravotného stavu a vzájomných manželských alebo partnerských vzťahov.

Sociálna izolácia partnerov a rodiny od priateľov a známych je čiastočne vynútená vonkajšími okolnosťami, ale zároveň je podmienená aj vnútorne: predsudkami, zábranami rodičov. Špecifikom starostlivosti o dieťa s ochorením srdca je aj vyhýbanie sa väčším kolektívom. Hrozí tu nebezpečenstvo prenosu rôznych infekcií, navyše je obmedzený pohyb dieťaťa. Dieťa fyzicky nevládze držať krok pri športových hrách so svojimi rovesníkmi a rodičia sa preto vyhýbajú situáciám, kde by mohlo pocítiť svoje obmedzenia. Rodina sa so svojimi problémami uzatvára do seba, obmedzuje svoje vonkajšie kontakty, prípadne posilňuje tie, ktoré by podľa nej mohli dieťaťu pomôcť. Takto dieťa stráca množstvo príležitostí na získavanie a osvojovanie si sociálnych zručností. V súvislosti s manželským či partnerským vzťahom je dôležité pochopiť, že prílišná izolácia a uzavretosť vyvoláva „únavu“ vo vzťahu a môže spôsobiť postupné narušenie partnerskej atmosféry.

Tak ako v iných rodinách s dieťaťom s postihnutím aj v týchto rodinách sa stáva, že rodičia „zanedbávajú“ zdravého súrodenca, že ho zahŕňajú menšou starostlivosťou a pozornosťou. Zdravý súrodenec na takéto správanie rodičov môže reagovať zlosťou, závisťou, žiarlivosťou, utiahnutosťou, poruchami správania, depresiami alebo psychosomatickými problémami.(Rašlová, 1996)

Záver

Lacné recepty na šťastie neplatia v živote jednotlivca, o to menej v živote rodiny. Ak sa dívame na rodinu ako na živý organizmus, vieme, že zmena ktorejkoľvek súčasti mení

funkciu iných častí i organizmu rodiny ako celku. Telesné ochorenie, najmä ak je dlhodobé a so zlou prognózou, mení – niekedy nepredvídateľne, rodinné vzťahy a nielen to: odkrýva ich silné a slabé stránky, učí rodinu novým spôsobom komunikácie, vyžaduje nový životný štýl, reviduje hodnotový systém rodiny a skúša charakter jej členov.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BORDÁČOVÁ, L. 2007. *Sledovanie detí s hypoplastickým ľavokorovým syndrómom.* Dizertačná práca. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007.
2. HUDÁKOVÁ, Z., NOVYSEDLÁKOVÁ, M. 2012. Vplyv hospitalizácie na prežívanie dieťaťa. In *Podiel zdravotníckych pracovníkov na zdraví obyvateľstva*. Eds. J. Kristová et all. Bratislava: SZU, 2012. s. 195-201**.** ISBN 978-80-89352-84-5
3. KON, A.A et al.: How pediatricians counsel parents when no „best-choise" managment exists. In *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 436-441 p.
4. PREVENDÁROVÁ, J.1998. *Rodina s postihnutým dieťaťom.* Nové Zámky: Psychoprof, 1998. 102 s. ISBN 80-967148-9-9
5. RAŠLOVÁ, K. 1996. Vplyv choroby na dynamiku rodinných vzťahov. In *Medicínska etika & bioetika.* Časopis ústavu medicínskej etiky a bioetiky. Október – December 1996. Vol. 3, No. 4, ISSN 1335-0560
6. ŘÍČAN, P., KREJČÍROVÁ, D. et al.1997. *Dětská klinická psychologie.* Praha: Grada Publishing, 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2
7. STUPKOVÁ, M.: *Liečebno – pedagogický program pre deti s kardiovaskulárnymi ochoreniami a ich rodičov.* Diplomová práca. Bratislava: Univerzita Komenského, 2001.

Kontaktná adresa:

Mgr. Jana Kľusková

Ivana Bukovčana 20

841 07 Bratislava

E-mail: jana.kluskova@gmail.com

EKSPRESJA mRNA DLA MMP-9 W RAKU PODSTAWNOKOMÓRKOWYM SKÓRY W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU PACJENTA, FOTOTYPU SKÓRY I MIEJSCA LOKALIZACJI GUZA

Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego 1, Kraków

Streszczenie

Nowotwory są przyczyną znacznej liczby zgonów wśród ludzi. Jednym z częściej występujących nowotworów skóry jest rak podstawnokomórkowy (BCC). Promieniowanie UV światła słonecznego uważa się za czynnik predysponujący do wystąpienia BCC.

Przedstawione badania miały na celu ocenę ekspresji mRNA dla MMP-9 (metaloproteinazy-9) w zmianie nowotworowej w przebiegu raka podstawnokomórkowego skóry i w tkance pochodzącej z marginesu guza, pobranych od tych samych pacjentów. Badaniu poddano grupę 16 pacjentów z BCC guzkowym oraz grupę 16 pacjentów z naciekającą odmianą BCC.

Stwierdzono wyższą ekspresję mRNA dla MMP-9 w obu typach BCC (guzkowym i naciekającym BCC) w materiale pochodzącym z guza w stosunku do materiału pochodzącego z marginesu guza. Wyniki takie mogą wskazywać na udział MMP-9 we wzroście nowotworu. Prawdopodobieństwo intensywnego wzrostu BCC, wynikające ze wzmożonej ekspresji MMP-9, jest większe u pacjentów z fototypem III niż w przypadku pacjentów z fototypem IV w typie guzkowym BCC. Największa różnica w ekspresji mRNA dla MMP-9 pomiędzy tkanką nowotworową a zdrową występuje u pacjentów od 60 do 69 roku życia w typie naciekającym i od 70-79 roku życia w typie guzkowym. Nasilona miejscowa ekspresja MMPs, w tym MMP-9 uważana jest za nowy, istotny czynnik prognostyczny, który może decydować o wdrożeniu leczenia uzupełniającego. Poprawi to znacząco jakość odróżnienia tkanki guza od tkanki prawidłowej, co pozwoli zmniejszyć ilość wznów nowotworowych.

Słowa kluczowe: Metaloproteinazy (MMPs). Rak podstawnokomórkowy (BCC).

Summary

Cancer is the cause of a significant number of deaths among people. One of the more common skin cancers are basal cell carcinoma (BCC) . UV sunlight is considered to be a predisposing factor for the occurrence of BCC.

The study was designed to evaluate the mRNA expression of MMP-9 (matrix metalloproteinases -9) in changing the course of cancer basal cell carcinoma of the skin and tissue derived from tumor margin, taken from the same patients. The study involved 16 patients with nodular BCC and a group of 16 patients with infiltrative variant of BCC.

Higher mRNA expression of MMP- 9 in both types of BCC (nodular and invasive BCC) in the material derived from the tumor in relation to the material from the margin of the tumor was found. These results may indicate the participation of MMP - 9 in the tumor growth. Probability BCC intensive growth resulting from increased expression of MMP -9 is increased in patients with skin phototype III than in the case of patients with skin phototype IV in type of nodular BCC. The biggest difference in the mRNA expression of MMP - 9 between the tumor and healthy occurs in patients 60 to 69 years of age and in the invasive type since the age of 70-79 nodular type. Increased expression of MMPs localization , including MMP -9 is considered to be a new, important prognostic factor that can decide on the implementation of adjuvant therapy. This will improve the quality significantly distinguish tumor tissue from normal tissue, which will reduce the number of recurrences of cancer.

Key words: Matrix metalloproteinases (MMPs). Basal cell carcinoma (BCC).

Wstęp

Metaloproteinazy (MMPs) są rodziną zależnych od cynku enzymów proteolitycznych zdolnych do przebudowy i degradacji białek macierzy pozakomórkowej (ang. extracellular matrix; ECM) i błony podstawnej naczyń. Enzymy te syntetyzowane są przez większość komórek organizmu, w tym leukocyty, makrofagi, komórki śródbłonka, fibroblasty, a w warunkach patologicznych także przez komórki nowotworowe (Kwiatkowski P., 2008, 43-50) (Łętowska-Andrzejewicz K I wsp., 2006, 282-285).

Metaloproteinazy w oparciu o swoistość substratową oraz różnice w strukturze czwartorzędowej łańcucha białkowego zostały podzielone na 5 grup. Jedną z nich stanowią żelatynazy (MMP-2 i MMP-9), które swoiście rozszczepiają kolagen typu IV w błonach podstawnych, kolagen typu V i VII, a także cząsteczki żelatyny (Śliwowska I., Kopczyński Z., 2005, 327-335).

Rak podstawnokomórkowy jest najczęściej występującym nowotworem skóry u ludzi rasy kaukaskiej. Rak ten rozwija się w miejscach takich jak głowa czy też szyja, czyli w miejscach które są najbardziej narażone na bezpośredni kontakt z promieniowaniem słonecznym. Zmianę charakteryzuje naprzemienne krwawienie i pokrywanie się strupem, jednak nigdy nie dochodzi do całkowitego wygojenia.

Nieczerniakowe nowotwory skóry występują około 70 razy częściej u osób o jasnej karnacji niż u ludzi czarnoskórych. BCC jest obecny przede wszystkim u ludzi rasy białej posiadających rude lub jasne włosy (Włodarkiewicz A., 2011,104–111). Zmian ta najczęściej indukowana jest przez promieniowanie ultrafioletowe, dlatego zwiększone ryzyko zachorowania wykazują osoby często przebywające na słońcu (Soehnge H, Ouhtit A, Ananthaswamy N.,1997,538) (Kaszuba A, Zieliński K W., 2006, 11-17). Do istotnych czynników zaliczane są też osobnicze cechy fenotypowe takie jak wiek oraz płeć. Udowodniono, że najwięcej przypadków raka podstawnokomórkowego występuje u osób w przedziale wiekowym wynoszącym 60-69 lat.

Nowotwór ten może manifestować się w kilku postaciach klinicznych. Rak podstawnokomórkowy rzadko jest przyczyną śmierci pacjenta (Wolff T, Tai E, Miller,2009). Zmiana ta cechuje się powolnym wzrostem, przerzutuje w nielicznych przypadkach głównie do węzłów chłonnych, płuc, kości i wątroby, jednak wykazuje tylko miejscową złośliwość (Daniel L, Leśniewski-Kmak K., 2005,440–442). Zlekceważenie tej niebolesnej zmiany jaką jest BCC może doprowadzić do rozprzestrzenienia się nowotworu na otaczające go tkanki, zatem nowotwór rozwijający się *in situ* staje się zmianą inwazyjną. Rażące zaniedbanie może spowodować głęboki naciek, widoczny zwłaszcza w przypadku lokalizacji w pobliżu oka, ucha czy nosa (Deja M., i wsp. 2004, 231–239)
(DuVivier A. 2002, 23-34) (Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, et al., 2003)

Cechą nowotworów złośliwych jest zdolność tworzenia przerzutów - utrudnia to proces leczenia pacjenta metodami zabiegowymi jaki nieoperacyjnymi. Niejednorodność komórek tworzących ogniska przerzutów nowotworowych, zróżnicowane umiejscowienie czy wielkość zmian nowotworowych pozostaje poza czułością dostępnych metod diagnostyki obrazowej. Są to cechy rozsianych zmian nowotworowych przyczyniające się do wysokiej umieralności wśród pacjentów onkologicznych (Chicheł A., Skowronek J., 2005, 429-435).

Istotne zatem jest poszukiwanie czynników promujących powstawanie przerzutów. Jako markery inwazyjności biorące udział w procesie metastazy wyróżnia metaloproteinazy. W progresji raka podstawnokomórkowego główną rolę odgrywają właśnie metaloproteinazy typu 2 oraz 9, a także ich inhibitory takie jak TIMPs (Śliwowska I., Kopczyński Z., 2005, 327-335)(Dziankowska-Bartkowiak B, i wsp.,2007,73–81)(O'Grady A i wsp., 2007, 793-804). Dzięki zdolności tych enzymów do degradacji kolagenu typu IV, komórki nowotworowe mają możliwość migracji poza tkankę guza i tworzenia przerzutów odległych. Kluczową rolę w tym procesie odgrywa MMP-9, która działa jako promotor inwazji nowotworu. Udowodniono, że jej zwiększona ekspresja koreluje ze stopniem zaawansowania raka podstawnokomórkowego i odpowiada za groźniejszy przebieg tej choroby. MMP-9 bierze także udział w procesie neoangiogenezy, aktywując czynniki proangiogenne. Funkcja ta

jeszcze bardziej ukazuje istotną rolę metaloproteinazy 9 w indukcji wzrostu guza i progresji BCC(Łukaszewicz-Zając M, Mroczko B, Szmitkowski M. Znaczenie, 2009, 258-265)(Kopczyńska E, et all 2007, 355–360)

Wybór metody leczenia nieczerniakowych nowotworów skóry zależy głównie od stadium zaawansowania choroby, lokalizacji i wielkości guza, preferencji pacjenta i stanu jego zdrowia oraz dostępności poszczególnych metod terapii (Biesaga B., 2008,255-259). Biorąc pod uwagę stopień zaawansowania raka skóry stosuje się metody mniej lub bardziej inwazyjne. Do tych pierwszych zalicza się wymrażanie, łyżeczkowanie z elektrodestrykcją, terapię fotodynamiczną, immunoterapię i chemioterapię lokalną. Do bardziej radykalnych metod należy resekcja guza oraz chirurgia mikrograficzna Mohsa(Baran E i wsp., 2008, 56-65)(Bolognia JN, Jorizzo JL, Rapini RP., 2003; 1663-1668) (Chicheł A., Skowronek J., 2005, 429-435) (Samarasinhghe V, Madan V., 2012,1-)8.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było wykazanie ekspresji transkryptów mRNA metaloproteinaz MMP-9 w wycinkach skórnych u chorych, u których rozpoznano raka podstawnokomórkowego skóry oraz w bioptatach skóry zdrowej sąsiadującej ze zmianą. Wycinki skóry zmienionej nowotworowo jak i zdrowej pobrane były od tych samych pacjentów.

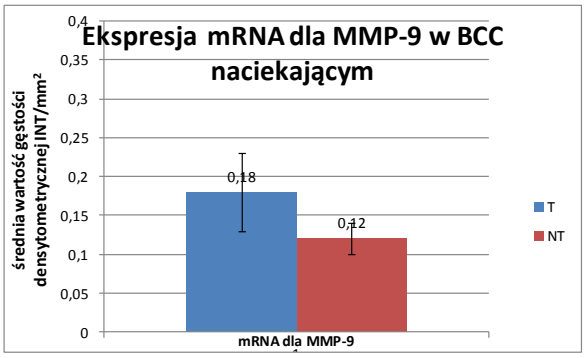
Materiał i metody

Do badań wykorzystano wycinki skóry pochodzące z guza BCC oraz z marginesu guza. Materiał został pobrany chirurgicznie od 32 pacjentów onkologicznych. Obecność nowotworu oraz jego typ został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Typ guzkowy BCC reprezentowało 16 chorych, natomiast kolejnych 16 sklasyfikowano, jako posiadających odmianę naciekającą BCC. Wyizolowany z próbek RNA poddano reakcji RT-PCR, a uzyskane produkty rozdzielono w żelu agarozowym. Jako gen reporterowy użyto β-aktynę. Przyjmuje się, że wartość gęstości densytometrycznej otrzymanych produktów odpowiada ekspresji mRNA dla MMP-9. Elektoforegramy opracowano w programie Quantity One firmy Bio-Rad. Uzyskano pozytywną decyzję Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie badań w pozyskanych bioptatach skóry. Ze względu na niewielką liczebność grupy i duży rozrzut uzyskanych wartości, nie poddawano wyników złożonej analizie statystycznej, wyliczając jedynie na wykresach wartości średnie i wartości odchylania standardowego, traktując uzyskane wyniki, jako wyniki pilotażowe do wdrożenia badań w większej grupie pacjentów.

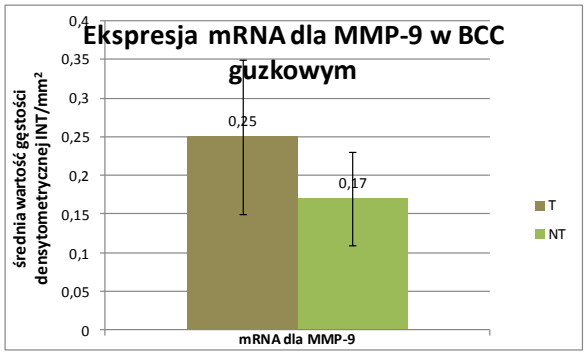
Wyniki

Ekspresja mRNA dla MMP-9 w odmianie naciekającej BCC i guzkowej BCC

Ekspresja transkryptu dla MMP-9 w próbkach pochodzących z wycinka skóry w odmianie naciekającej i guzkowej BCC była wyższa w odniesieniu do wyników uzyskanych z odpowiednich próbek pochodzących z tkanek nie zmienionych nowotworowo (Ryc. 1)(Ryc. 2).



Ryc.1 *Ekspresja MMP-9 w tkance objętej BCC (typem naciekającym) względem tkanki zdrowej(T-guz, NT-margines guza)*

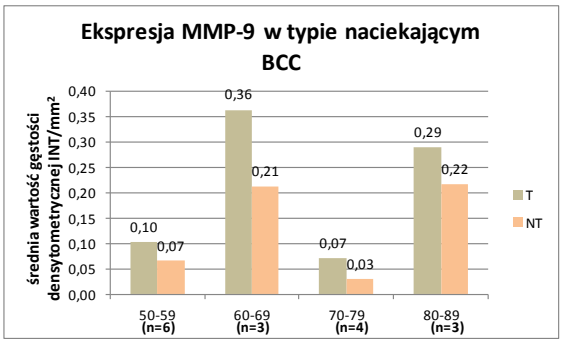


Ryc. 2 *Ekspresja MMP-9 w tkance objętej BCC (typem guzkowym) względem tkanki zdrowej(T-guz, NT-margines guza)*

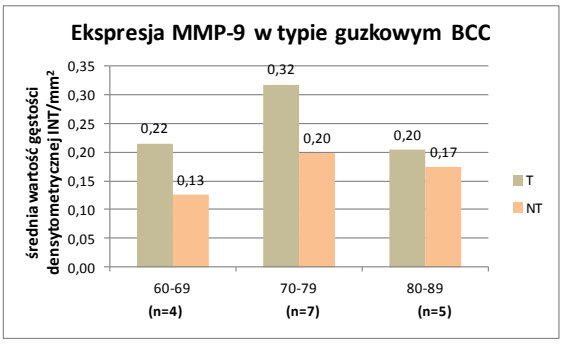
Zależność ekspresji MMP-9 w odmianie naciekającej BCC i w odmianie guzkowej BCC względem wieku

Chorzy ze zdiagnozowanym BCC, od których pobrano wycinki skóry zostali podzieleni na poszczególne grupy wiekowe. Obliczono średnią wartość ekspresji mRNA dla MMP-9 zarówno w guzie jak i w tkance zdrowej, dla każdej grupy wiekowej. W odmianie naciekającej BCC, we wszystkich grupach wiekowych zaobserwowano wyższą ekspresję MMP-9 w próbkach pochodzących z guza w odniesieniu do marginesu guza. Najwyższą ekspresję mRNA dla MMP-9 w guzie stwierdzono w grupie wiekowej 60-69 lat, tu też wystąpiła największa różnica w ekspresji MMP-9 pomiędzy tkanką objętą BCC a tkanką zdrową (Ryc. 3).

W odmianie guzkowej BCC, we wszystkich grupach wiekowych zaobserwowano wyższą ekspresję MMP-9 mierzoną wartością gęstości sygnału densytometrycznego w próbkach pochodzących z guza w odniesieniu do tkanki zdrowej. Poziom mRNA dla MMP-9 w tkance guza był najwyższy u pacjentów w wieku 60-69 lat w typie naciekającym, a u pacjentów wieku 70-79, w typie guzkowym, tu też wystąpiła największa różnica w ekspresji MMP-9 pomiędzy tkanką objętą BCC a tkanką zdrową (Ryc.4).



Ryc. 3 *Zależność ekspresji MMP-9 w typie naciekającym BCC w tkance nowotworowej jak i zdrowej względem wieku (T-guz, NT- margines guza)*

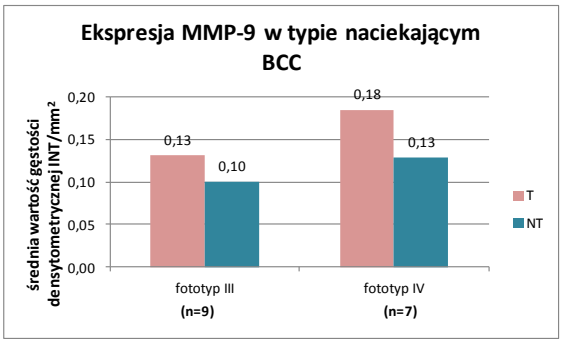


Ryc. 4 *Zależność ekspresji MMP-9 w typie guzkowym BCC w tkance nowotworowej jak i zdrowej względem wieku (T- guz, NT- margines guza)*

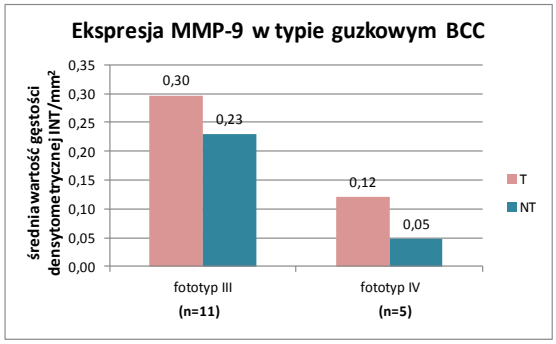
W odmianie guzkowej BCC, we wszystkich grupach wiekowych zaobserwowano wyższą ekspresję MMP-9 mierzoną wartością gęstości sygnału densytometrycznego w próbkach pochodzących z guza w odniesieniu do tkanki zdrowej. Poziom mRNA dla MMP-9 w tkance guza był najwyższy u pacjentów w wieku 60-69 lat w typie naciekającym, a u pacjentów wieku 70-79, w typie guzkowym, tu też wystąpiła największa różnica w ekspresji MMP-9 pomiędzy tkanką objętą BCC a tkanką zdrową (Ryc.4).

Zależność ekspresji MMP-9 w odmianie naciekającej BCC i w odmianie guzkowej BCC względem fototypu skóry

Chorych podzielono wg poszczególnych fototypów skóry w skali Fitzpatricka. Poniższa rycina (Ryc. 5) przedstawia zależność poziomu ekspresji mRNA dla MMP-9 w BBC naciekającym w guzie i tkance zdrowej względem fototypu. Niezależnie od fototypu skóry pacjenta zaobserwowano wyższą ekspresję MMP-9 w tkance objętej nowotworem względem tkanki zdrowej, identyczną zależność zaobserwowano w przypadku BCC guzkowatego (Rys. 6). Stwierdzono większą różnicę w ekspresji MMP-9 między tkanką nowotworową a tkanką zdrową w próbkach pochodzących od pacjentów z fototypem III, od różnicy występującej u pacjentów z fototypem IV w typie guzkowym, przeciwnie do typu naciekającego. U pacjentów z fototypem III zaobserwowano również wyższy średni poziom ekspresji mRNA dla MMP-9 w porównaniu do pacjentów z fototypem IV w typie guzkowym, przeciwnie niż w typie naciekającym.



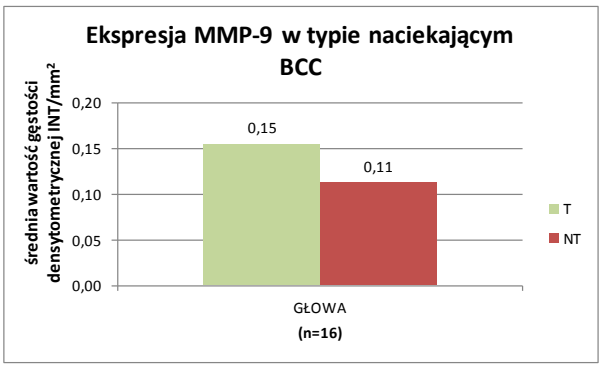
Ryc. 5 *Zależność ekspresji MMP-9 w odmianie naciekającej BCC w guzie jak i tkance zdrowej względem fototypu skóry (T-bioptat guza, NT-bioptat pochodzący z marginesu guza)*



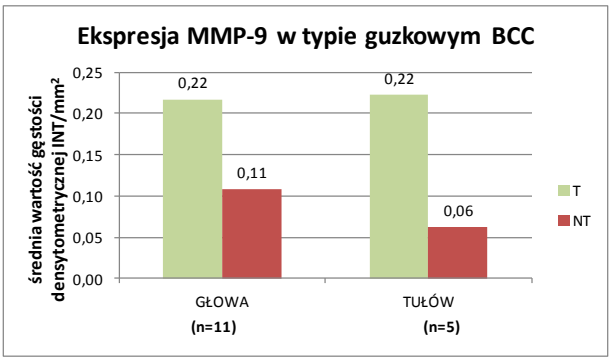
Ryc. 6 *Zależność ekspresji MMP-9 w odmianie guzkowej BCC w guzie jak i zdrowej względem fototypu skóry(T-bioptat guza, NT-bioptat pochodzący z marginesu guza)*

Zależność ekspresji MMP-9 w odmianie naciekającej BCC i w odmianie guzkowej BCC względem lokalizacji guza

Wycinki skóry zajęte przez BCC, które wykorzystano w badaniach pochodziły z różnych obszarów ciała. Poniższe ryciny (Ryc. 7, Ryc. 8) obrazują wpływ lokalizacji wytworzonego guza na ekspresję MMP-9 w odmianie guzkowej oraz naciekającej BCC. W obu przypadkach zaobserwowano większą ekspresję MMP-9 w tkance guza w porównaniu do tkanki zdrowej. Jednak w przypadku odmiany guzkowej różnica ta była większa. Ponadto w przypadku BCC guzkowego stwierdzono porównywalną ekspresję mRNA dla MMP-9 w tkance nowotworu zlokalizowanego na głowie w stosunku do ekspresji mRNA dla MMP-9 w tkance nowotworu zlokalizowanego na ciele**.**



Ryc. 7 *Zależność ekspresji MMP-9 w odmianie naciekającej BCC w tkance nowotworowej jak i zdrowej względem lokalizacji (T-guz, NT- margines guza)*



Ryc. 8 *Zależność ekspresji MMP-9 w odmianie guzkowej BCC w tkance nowotworowej jak i zdrowej względem lokalizacji (T-guz, NT- margines guza)*

Dyskusja

W opisanych badaniach przedstawiona została ekspresja transkryptów mRNA dla MMP-9 w BCC. Fragmenty tkanek pobrano ze skóry z rozpoznanym BCC guzkowym i naciekającym oraz z tkanki stanowiącej margines guza. Na podstawie otrzymanych wyników podano wpływ wieku pacjenta, fototypu skóry oraz lokalizacji guza, na poziom ekspresji mRNA dla MMP-9 w wymienionych odmianach BCC. Zarówno w odmianie naciekającej BCC jak i w odmianie guzkowej zaobserwowano wyższą ekspresję transkryptu w bioptacie pochodzącym z guza, względem tkanki stanowiącej margines guza. Zaobserwowano wyższą różnicę ekspresji mRNA dla MMP-9 pomiędzy tkanką z aktywnie toczącym się procesem nowotworzenia a tkanką zdrową w odmianie guzkowej w porównaniu do odmiany naciekającej BCC. Wyniki te mogą nasuwać wniosek, że MMP-9 aktywnie degraduje tkanki otaczające odmianę guzkową BCC. MMP-9 można uznać za czynnik determinujący złośliwy charakter odmiany guzkowej. Prawdopodobnie agresywny wzrost BCC o typie naciekającym jest powodowany udziałem innych czynników. Zbadanie ekspresji substratów dla MMP-9 w tym samym materiale badawczym i próba odnalezienia zbieżności pomiędzy ekspresją metaloproteinazy a ekspresją jej substratów, byłaby uzupełnieniem wyników.

Przedstawiając zależność ekspresji MMP-9 względem wieku pacjenta z potwierdzonym rozpoznaniem BCC zaobserwowano, że w przypadku odmiany guzkowej BCC ekspresja mRNA dla MMP-9 była większa w grupie pacjentów powyżej 60 roku życia niż w pozostałych grupach wiekowych. Ponadto grupa ta była najliczniejszą ze wszystkich (n=7). Ryzyko zachorowania na BCC wzrasta po 55 roku życia (Dahl E, Aberg M, Rausing A, et al., 1992, 104-107). Potwierdzają to niniejsze badania oraz badania Dei i wsp. (Deja M, i wsp. 2004, 231–239), w których najliczniejszą grupą wiekową była grupa 60-69 lat oraz 70-79 lat. Również Stojanovic (Stojanovic S, Poljacki M, Preveden R.,1999, 62-5) podaje, że pacjenci w 6 i 7 dekadzie życia stanowią większość przypadków wśród ogółu chorych z BCC.

BCC zaliczany jest do niemelanocytowych nowotworów skóry (NMSC), które najczęściej występują w populacji ludzi z I, II, III fototypem skóry. W związku z wzrastającą liczbą zachorowań na NMSC prowadzone są liczne badania celem poznania patogenezy tych nowotworów jak i opracowania skutecznych metod terapeutycznych. Również w przedstawionych badaniach podjęto próbę oceny wpływu fototypu skóry na ekspresję MMP-9. W związku z tym postawiono tezę, iż prawdopodobieństwo agresywnego wzrostu BCC wynikającego z wzmożonej ekspresji MMP-9 jest większe u pacjentów z fototypem III (dominujący u rasy kaukaskiej) niż w przypadku pacjentów z fototypem IV w typie guzkowym, odwrotnie niż w typie naciekającym.

Rozpatrując zależność ekspresji mRNA dla MMP-9 względem lokalizacji nowotworu pod uwagę brano jedynie odmianę guzkową BCC, gdyż tylko w tym typie badano próbki pochodzące z różnych okolic ciała. Stwierdzono, że ekspresja MMP-9 jest porównywalna w nowotworze zlokalizowanym na głowie w porównaniu do reszty ciała. Odmiana guzkowa raka podstawnokomórkowego częściej lokalizuje się na skórze głowy niż ciała, tak samo jak typ naciekający BCC jest częściej spotykany na skórze głowy niż reszty ciała. Zauważona zależność jest zbieżna z wynikami badań przeprowadzonymi przez Deję i wsp., gdzie za najczęstszą lokalizację uznano nieowłosioną skórę głowy.

Najlepszą metodą w leczeniu BCC jest chirurgiczne usunięcie zmiany. Często jednak guz nie jest usuwany w całości, co prowadzi do nawrotów choroby. Powodem tego są trudności w ocenie marginesu zmiany. Wydaje się, że badania molekularne ekspresji mRNA dla MMPs obecnych w skórze mogą stać się dobrym markerem uzupełniającym badania histopatologiczne w diagnostyce raka BCC, co pozwolić może na precyzyjne określenie granicy marginesu wyciętego guza.

Wnioski

1. Stwierdzono wyższą ekspresję mRNA dla MMP-9 w bioptatach guza w odmianie guzkowej i naciekającej BCC w odniesieniu do ekspresji transkryptu w tkance zdrowej
2. W typie guzkowym BCC, różnica w ekspresji mRNA dla MMP-9, pomiędzy guzem a tkanką stanowiącą margines zmiany, jest wyższa niż w przypadku odmiany naciekającej
3. W odmianie guzkowej BCC wzrost guza wynikający z wzmożonej ekspresji MMP-9 jest większe u pacjentów z fototypem III niż w przypadku pacjentów z fototypem IV
4. Różnica w ekspresji mRNA dla MMP-9 pomiędzy tkanką nowotworową a zdrową jest największa u pacjentów między 60-69 rokiem życia, w tym też przedziale wiekowym występowało najwięcej przypadków BCC

Bibliografia

1. BARAN E i wsp. Nowotwory skóry. Klinika, patologia, leczenie. Wydawnictwo Galaktyka 2008; 56-65
2. BIESAGA B. Regulacja ekspresji białka HIF-1 jako nowa strategia celowanej terapii nowotworów złośliwych. Journal of Oncology 2008; 58, 3: 255-259
3. BOLOGNIA JN, JORIZZO JL, RAPINI RP. Dermatology. Mosby 2003; 525-530, 1663-1668
4. CHICHEŁ A., SKOWRONEK J. Współczesne leczenie raka skóry-dermatologia, chirurgia czy radioterapia? Współczesna Onkologia 2005; 9, 10: 429-435

5. DAHL E, ABERG M, RAUSING A, et al: Basal cell carcinoma. An epidemiologic study in a defined population. Cancer, 1992, 70 (1): 104-7.
6. DANIEL L, LEŚNIEWSKI-KMAK K. Leczenie długotrwale rozwijającego się raka podstawnokomórkowego skóry, niszczącego połowę twarzy – opis przypadku. Współczesna Onkologia (2005) vol. 9; 10 (440–442)
7. DEJA M, TERESIAK E, BUCZYŃSKA-GÓRNA M, KARAŚ A, JENEROWICZ D, Bowszyc-Dmochowska M. Analiza częstości występowania poszczególnych typów histologicznych raka podstawno komórkowego skóry, umiejscowienia zmian oraz wieku i płci pacjentów. Postępy Dermatologii i Alergologii 2004; XXI, 5: 231–239
8. DuVIVIER A. Atlas Dermatologii Klinicznej. Wydanie I polskie pod redakcją Majewskiego S. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner 2002; 23-34
9. DZIANKOWSKA-BARTKOWIAK B, Żebrowska A, Joss-Wichman E, Kobos J, Waszczykowska E, Stężenie metaloproteinazy 2 i 9 (MMP-2 i MMP-9) w surowicy chorych na twardzinę układową – porównanie z ich ekspresją w chorobowo zmienionej skórze – badania wstępne. Postępy Dermatologii i Alergologii 2007; XXIV, 2: 73–81
10. KASZUBA A, ZIELIŃSKI K W. Choroby i nowotwory skóry wywołane promieniowaniem ultrafioletowym. Wydawnictwo ADI 2006; 11-17, 29
11. KOPCZYŃSKA E, DANCEWICZ M, KOWALEWSKI J, MAKAREWICZ R, KARDYMOWICZ H, TYRAKOWSKI T. Przydatność wskaźnika MMP-9/TIMP-1 w ocenie inwazji i przerzutowania raka płuca. Współczesna Onkologia(2007) vol. 11; 7 (355–360)
12. KUFE DW, POLLOCK RE, WEICHSELBAUM RR, et al.. Holland-Frei Cancer Medicine, 6th edition. Hamilton (ON): BC Decker; 2003
13. KWIATKOWSKI P. Rola metaloproteinaz macierzy zewnątrzkomórkowej w procesie inwazji nowotworu. Pol. Ann. Med. 2008; 15(1): 43-50
14. ŁĘTOWSKA- ANDRZEJEWICZ K. i wsp. Olbrzymi rak podstawnokomórkowy-opis przypadku i przegląd piśmiennictwa. Post Dermatol Alergol 2006; XXIII, 6: 282-285
15. ŁUKASZEWICZ-ZAJĄC M, MROCZKO B, SZMITKOWSKI M. Znaczenie metaloproteinaz oraz ich inhibitorów w raku żołądka. Postepy Hig Med Dosw. (online) 2009; 63: 258-265
16. O'GRADY A i wsp. Diffrential expresion of matrix metalloproteinase MMP-2, MMP-9 and tissue inhibitor of metalloproteinase TIMP-1 and TIMP-2 in non-melanoma skin cancer: implications for tumor progression. Histopatology 2007; 51: 793-804
17. SAMARASINHGHE V, MADAN V. Non melanoma Skin Cancer.Jornal of Cutaneous and Aesthetic Surgery 2012; 5, 1: 1-8

18. ŚLIWOWSKA I., KOPCZYŃSKI Z. Metaloproteinazy macierzy zewnątrzkomórkowej-charakterystyka biochemiczna i kliniczna wartość oznaczania u chorych na raka piersi. Współczesna onkologia 2005; 9, 8: 327-335
19. SOEHNGE H, OUHTIT A, ANANTHASWAMY N. Mechanisms of Induction of Skin Cancer by UV Radiation. Frontiers in Bioscience 1997; 2, 538
20. STOJANOVIC S, POLJACKI M, PREVEDEN R: Clinico-epidemiologic characteristics of superficial multiple basal cell carcinoma at the Dermatovenerology Clinic in Novi Sad 1986-1996. Med. Pregl, 1999, 52 (1-2): 62-5.
21. WŁODARKIEWICZ A. Rak skóry analiza epidemiologiczna, kliniczna i wyników leczenia chirurgicznego 1406 chorych. Przegl Dermatol 2011; 98: 104–111
22. WOLFF T, TAI E, MILLER T. Screening for Skin Cancer: An Update of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet] *Evidence Syntheses, No. 67.* Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); February 2009.

Adres do korespondencji:
Anna Goździalska
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych
ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego 1
Krakow
Poland

NAJOBÁVANEJŠÍ NEŽIADÚCI ÚČINOK PODÁVANIA LIEČIV V DOMÁCEJ STAROSTLIVOSTI A MOŽNOSTI JEHO ZVLÁDNUTIA SESTROU

Marek Šichman

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Príspevok rozoberá riziko spojené s podávaním farmakoterapie sestrami v domácej starostlivosti v podobe výskytu anafylaktickej reakcie. Bližšie analyzujeme kompetencie sestier, ich vybavenie a možnosti efektívneho zásahu pri výskyte jedného z najobávanejšieho nežiadúceho činku podávania liečiv v domácej starostlivosti do príchodu záchrannej služby. Ponúkame sestrám nestranný pohľad ako pomôcť pacientovi tak aby neporušili súčasnú platnú legislatívu upravujúcu kompetencie sestier pomocou inštitútu krajnej núdze ako jedného z nástrojov právnej ochrany pacienta i sestry.

Kľúčové slová: Sestra. Domáca starostlivosť. Kompetencie. Anafylaktická reakcia. Materiálno – technické vybavenie.

Abstract

The paper discusses the risks associated with drug administration by nurses in home care related to an anaphylactic reaction. Further we analyze the competence of nurses, equipment and the possibility of effective action during the occurrence of one of the most feared unwanted dumbbell within the drug administration in home care until the arrival of emergency services. We are offering impartial view for nurses to help patient without breaking the present legislation dealing with competence of nurses using the Institute of extreme urgency as one of the instruments of legal protection of patients and nurses.

Key words: Nurse, Home Care, Competence, Anaphylactic Reaction, Material - Technical Equipment.

Úvod

Domáca ošetrovateľská starostlivosť predstavuje v 21. storočí novú éru ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej sestrami o klientov všetkých vekových kategórií v domácej starostlivosti. Tento typ starostlivosti v súčasnosti výrazne expanduje a skôr či neskôr sa stane neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej starostlivosti, ktorá bude voľne

dostupná pre všetkých klientov ak sa už tak nestalo. Tento špecifický typ starostlivosti vykonávajú registrované sestry špecialistky alebo pôrodné asistentky na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe. Súbor výkonov, ktoré môže sestra alebo pôrodná asistentka vykonávať v rámci domácej starostlivosti je uvedený v Katalógu zdravotných výkonov od strany 2074 v Nariadení vlády Slovenskej republiky č. 223/2005 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z.z.. Medzi zdravotné výkony, ktoré sestra môže realizovať v rámci domácej starostlivosti je okrem iného aj:

- podávanie neinjekčnej liečby – 3413,
- podávanie liečiva intramuskulárne, subkutánne, intrakutánne – 3416,
- podávanie liečiva intravenózne – 3418,
- príprava a podávanie infúzie – 3419.

Intravenóznu aplikáciu však sestra môže vykonávať len na základe písomného poverenia ošetrujúceho lekára na intravenóznu aplikáciu. Toto poverenie je súčasťou Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, v spolupráci s lekárom. Materiálno technické vybavenie, ktorým sestra disponuje pri svojej návštevnej službe v rámci domácej starostlivosti je uvedené vo Výnose Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. Pri podrobnej analýze tohto materiálno technického vybavenia je však zarážajúce, že sestry nedisponuje vybavením, potrebným na zvládnutie anafylaktickej reakcie, ako jedného z najobávanejších nežiadúcich účinkov pri podávaní liečiv.

Definícia anafylaktickej reakcie je dôležitá vzhľadom k špecifickosti zásahov potrebných na jej zvládnutie. European Academy of Allergy and Clinical Immunology navrhla, aby sa anafylaktická reakcia definovala ako: „*ťažká, život ohrozujúca, generalizovaná, systémová hypersenzitívna reakcia".* Vo všeobecnosti možno povedať, že sa jedná o rýchlo sa rozvíjajúci život ohrozujúci stav, v rámci ktorého môže dôjsť k nepriechodnosti dýchacích ciest a alebo k ťažkostiam s dýchaním a alebo obehovou nestabilitou, pričom je zvyčajne spojený so zmenami na koži a slizniciach. Anafylaxia môže byť vyvolaná niektorým z veľmi širokej škály spúšťačov, medzi ktoré najčastejšie patria lieky, cudzorodé bielkoviny či polysacharidy v podobe hmyzieho a hadieho jedu a rôzne potraviny. Mortalita nesprávne diagnostikovanej či neliečenej anafylaktickej reakcie je veľmi vysoká. Ak je spúšťačom anafylaxie potravina, smrť bez adekvátneho zásahu nastáva v priemere do 30 – 35 minút od jej požitia. Ak je spúšťačom anafylaxie bodnutie hmyzom, smrť bez adekvátneho zásahu nastáva v priemere do 10 – 15 minút od vpravenia jedu do organizmu. Ak je spúšťačom

anafylaxie liek podávaný intravenózne, smrť bez adekvátneho zásahu nastáva v priemere do 5 minút od jeho podania. Z týchto časových údajov vyplýva, že ak sestra podáva lieky v domácej starostlivosti, je nevyhnutné aby mala k dispozícií materiálno technické vybavenie, ktoré je potrebné na zvládnutie anfylaxie do príchodu záchrannej služby. Pre diagnostikovanie anafylaktickej reakcie podľa Resuscitation Council United Kingdom je potrebné, aby boli splnené všetky nasledovné kritéria:

1. náhly nástup a rýchly priebeh príznakov,
2. problémy v rámci udržania priechodnosti dýchacích ciest a alebo problémy s dýchaním a alebo problémy s obehovou nestabilitou,
3. zmeny postihujúce kožu a sliznice v podobe angioedému, začervenania či žihľavky.

Treba mať však na pamäti, že zmeny prejavujúce sa na koži a slizniciach samy o sebe nie sú známkou svedčiacou pre anafylaktickú reakciu a zároveň sa nemusia vyskytnúť až v 20 % anafylaktických reakcií.

Medzi základné liečebné opatrenia u pacienta s anafylaktickou reakciou patrí:

1. **polohovanie** – protišoková poloha, pri dyspnoe fowlerova poloha
2. **oxygenoterapia** – podávanie kyslíka pomocou tvárovej masky s rezervoárom s prietokom 10 – 15 l/min.
3. podanie **Adrenalínu** pri šokových prejavoch a dyspnoe v nasledovnej dávke:
   - dospelý - **500 µg Adrenalínu**/0,5 ml
   - dieťa staršie ako 12 rokov - **500 µg Adrenalínu**/0,5 ml
   - dieťa 6 – 12 rokov – **300 µg Adrenalínu**/0,3 ml
   - dieťa mladšie ako 6 rokov - **150 µg Adrenalínu**/0,15 ml

   Všeobecne platí pravidlo, že dospelým sa podáva **50 µg/kg Adrenalínu** a u detí **1 µg/kg Adrenalínu.** Odporúča sa podávať ho do svalu, pričom miesto aplikácie je anterolaterálna strana stehna v jeho strednej tretine. Podmienkou úspešnej aplikácie je dostatočne dlhá injekčná ihla, ktorá zabezpečí aby bol Adrenalín podaný do svalu. Podanie je možné opakovať v 5 – 15 minútových intervaloch podľa aktuálneho stavu pacienta. Intramuskulárna cesta podania je výhodná aj v prípade, ak bol Adrenalín podaný v neindikovanom prípade, nakoľko sa minimalizuje možný výskyt jeho nežiadúcich účinkov v porovnaní s intravenóznym spôsobom podania.
4. **Objemová terapia** pomocou kryštaloidov u dospelých v dávke 30 ml/kg a u detí v dávke 20 ml/kg. Podávanie koloidov nie je indikované, nakoľko v súčasnosti neexistujú žiadne vedecké dôkazy, ktoré by poukazovali na výhody použitia koloidov pred kryštaloidmi.
5. **Podanie antihistaminík** aj napriek tomu, že vedecká sila dôkazov pre ich použitie je slabá, no i napriek tomu existujú logické dôvody pre ich použitie. Aplikujú sa

intramuskulárne alebo pomaly intravenózne. Podať sa môže Dithiaden v úvodnej dávke 1 mg u dospelého človeka a detí starších ako 6 rokov, u detí mladších ako 6 rokov je úvodná dávka 0,5 mg. Pozornosť treba venovať riedeniu Dithiadenu, nakoľko podľa výrobcu sa môže riedi len 5 % glukózou.

6. **Podávanie kortikoidov** intramuskulárnym spôsobom alebo intravenóznym spôsobom, pričom je potrebné sa vyvarovať rýchlej venóznej aplikácií pre riziko prehĺbenia hypotenzie. V rámci dávkovania Hydrocortisonu je odporúčané dodržať nasledovnú schému:
   - dospelý a deti nad 12 rokov – Hydrocortison v dávke 200mg
   - deti 6 – 12 rokov – Hydrocortison v dávke 100 mg
   - deti 6 mesiacov – 6 rokov - Hydrocortison v dávke 50 mg
   - deti mladšie ako 6 mesiacov – Hydrocortison v dávke 25 mg
7. **Podávanie symptomatickej liečby** v podobe bronchodilatačných liekov, podanie Glukagónu u pacientov, ktorí užívajú betablokátory a v prípade závažnej bradykardie je možné podanie Atropínu.

Anafylaktická reakcia je život ohrozujúci stav, ktorý vyžaduje akútny medicínsky i ošetrovateľský zásah, ktorého účelom je jej efektívne zvládnutie a stabilizácia klinického stavu pacienta. V rámci ošetrovateľských intervencií v domácej starostlivosti musí sestra na základe svojho vzdelania a kompetencií v prípade podozrenia na anafylaktickú reakciu samostatne indikovať a realizovať polohovanie a aplikáciu oxygenoterapie. Podanie Adrenalínu a objemovej terapie sú intervencie mimo rámec rozsahu kompetencií sestry. V prípade, ak sa jedná o záchranu života pri stave ohrozujúcom život postihnutého bez okamžitej liečby, čo anafylaktická reakcia v domácej ošetrovateľskej starostlivosti predstavuje, môže sestra tieto intervencie samostatne indikovať i realizovať. Tieto intervencie môžu sestry vykonať podľa právnej analýzy len v prípade ak sa podľa Trestného zákona Slovenskej republiky nachádza v stave krajnej núdze. Podanie kortikoidov, antihistaminík či inej symptomatickej liečby sú intervencie mimo rámec kompetencií sestry, v tomto prípade nie je možné využiť právny výklad krajnej núdze podľa Trestného zákona, nakoľko ich realizáciu je možné odložiť o pár desiatok minút a vyčkať tak na indikáciu lekára.

Krajná núdza je definovaná Trestným zákon č. 300/2005 Z. z. Slovenskej republiky, v § 24 ako: „*Čin inak trestný, ktorým niekto odvracia nebezpečenstvo priamo hroziace záujmu chránenému týmto zákonom, nie je trestným činom“.* O krajnú núdzu nejde, ak bolo možné nebezpečenstvo priamo hroziace záujmu chránenému týmto zákonom za daných okolností odvrátiť inak alebo ak spôsobený následok bol alebo je zjavne závažnejší ako ten, ktorý hrozil. Rovnako nejde o krajnú núdzu ak ten, komu nebezpečenstvo priamo hrozilo, bol

podľa všeobecne záväzného právneho predpisu povinný ho znášať. Vo všeobecnosti v prípade využitia právneho inštitútu krajnej núdze v rámci zdravotníctva je potrebné zabezpečiť aby bola skutkovo naplnená podstata zásady subsidiarity a proporcionality. Zásadu subsidiarity je možné charakterizovať ako potrebu, aby sa najskôr vyčerpali všetky iné možnosti na zamedzenie hroziacemu nebezpečenstvu, ak to okolnosti dovoľujú. Zásada proporcionality je možné charakterizovať aby hroziaci následok a následok spôsobený konaním v krajnej núdzi musia byť v určitom vzájomnom pomere. Platí zásada, že spôsobený následok pri dodržaní ostatných podmienok krajnej núdze môže byť aj rovnako závažný ako ten, ktorý hrozil, nesmie však byť zjavne závažnejší. To znamená, že spôsobený závažnejší následok nesmie byť v hrubom nepomere k tomu, ktorý hrozil.

Ak právny výklad krajnej núdze aplikujeme v prípade výskytu anafylaktickej reakcie v domácej ošetrovateľskej starostlivosti, sestra môže využiť tento právny inštitút a môže prekročiť svoje kompetencie v rámci kroku podania Adrenalínu a objemovej terapie, ale za dodržania nasledovných podmienok:

1. Cieľom musí byť odvrátenie nebezpečenstva hroziaceho klientovi, ktoré v tomto prípade predstavuje zhoršenie klinického stavu až smrť.
2. Nebezpečenstvo by muselo hroziť záujmu chránenému Trestným zákonom, teda v tomto prípade hrozí klientovi.
3. Nebezpečenstvo by hrozilo klientovi priamo, čo aj hrozí.
4. Nebezpečenstvo za daných okolností by nebolo možné odvrátiť inak, čím je dodržaná zásada subsidiarity. Keďže sa jedná o domácu ošetrovateľskú starostlivosť táto zásada by bola dodržaná.
5. Spôsobený následok konaním sestry by nesmel byť zjavne závažnejší ako ten, ktorý pacientovi hrozí, čím je dodržaná zasadá proporcionality. Podanie Adrenalínu i objemovej terapie a možné komplikácie plynúce z ich podania by nemali prevýšiť fatálny následok neliečenej anafylaktickej reakcie.
6. Ten komu nebezpečenstvo hrozilo, nie je povinný ho znášať. V tomto prípade je potrebný súhlas klienta, v prípade poruchy vedomia je tento súhlas automaticky predpokladaný.

Záver

Sestra v domácej starostlivosti musí poznať svoj rozsah kompetencií a nemala by ich prekračovať. Jedinou legislatívne prípustnou situáciou, kedy sestra v rámci svojej praxe môže prekročiť svoje kompetencie je inštitút krajnej núdze definovaný v Slovenskej republike v Trestnom zákone. Ak však sestra realizuje podávanie liekov v domácej ošetrovateľskej starostlivosti je potrebné, aby dokázala reagovať a mala materiálno technické vybavenie

potrebné na zvládnutie nežiadúcich účinkov, ktoré môžu nastať pri ich podávaní. Na základe súčasných skúsenosti doporučujeme, aby boli sestry pracujúce v domácej starostlivosti vybavené okrem legislatívne daného materiálno technického vybavenia naviac:

- dýchacím samorozpínacím vakom s ventilom na regulovaný pozitívny tlak na konci výdychu s tvárovými maskami a vzduchovodmi pre všetky vekové skupiny,
- vybavením na inhaláciu kyslíka pre všetky vekové skupiny,
- prenosnou tlakovou nádobou s kyslíkom s redukčným ventilom a prietokomerom o maximálnom prietoku 15/l min,
- infúznymi roztokmi v podobe kryštaloidov – F1/1 500 ml – 3x,
- adrenalínom 1mg/1ml – 3x alebo adrenalínom v autoinjektore 0,15mg a 0,30mg – 1x.

Zároveň doporučujeme, aby každá sestra, pôrodná asistentka absolvovala v pravidelných intervaloch špeciálne školenie pod názvom „Neodkladná podpora životných funkcií“, zamerané na nácvik postupov a zručností potrebných na zvládnutie akútnych stavov v domácej starostlivosti. Len tak budú sestry pripravené čeliť nepredvídateľným situáciám, ktoré nie sú až také časté ale môžu sa v domácej starostlivosti vyskytnúť. V rámci kompetencií sestier je potrebné zvážiť ich rozšírenie o kompetenciu podávania kyslíka, adrenalínu a kryštaloidov pri akútnom ohrození života pacienta pri neprítomnosti lekára. Prax ukazuje, že vo väčšine prípadov akútneho ohrozenia života pacientov je ako prvá pri pacientovi sestra. Práve v týchto chvíľach rozhodujú o živote pacienta sekundy, preto by mali sestry mať zo zákona kompetenciu v prípade neprítomnosti lekára k autonómnemu podaniu kyslíka, adrenalínu a kryštaloidov, nakoľko sa jedná o život zachraňujúce kompetencie. Pred udelením týchto kompetencií by sestry mali prejsť špeciálnym školením zameraným na realizáciu týchto kompetencií.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. Emergency treatment of anaphylactic reactions. 2013. In *Resuscitation Council (UK.)*. [online]. 2013, p. 1-50, [cit. 2014-01-02] Dostupné na internete: <http://www.resus.org.uk/pages/reaction.pdf>.
2. ESTELLE, F. et al. 2012. Update: World Allergy Organization Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. In *Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology,* 2012, Vol 12, No. 4, Pages 389 - 399.
3. ESTELLE, F. SIMONS, R. 2009. Anaphylaxis in infants: Can recognition and management be improved? In *Current Allergy & Clinical Immunology*, 2009, Vol 22, No. 2, Pages 227-229.
4. *Nariadení vlády Slovenskej republiky č. 223/2005 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z. Katalóg zdravotných výkonov.*

5. NOWAK, R. et al. 2013. Customizing Anaphylaxis Guidelines for Emergency Medicine. In *The Journal of Emergency Medicine*, 2013, Volume 45, Issue 2, Pages 299-306.
6. POKORNÝ, J. a kol. 2010. *Lékařská první pomoc.* 2. vyd. Praha : Galén, 2010. 474 s. ISBN 978-8-072-62322-8.
7. ROSEN, P. et al. 2010. *Rosens emergency medicine: concepts and clinical practice.* 7th edition. Philadelphia : Mosby Elsevier, 2010. 2731 s. ISBN 13-978-0-323-05472-0.
8. RUSSELL, W., S., et al. 2013. Evaluating the management of anaphylaxis in US emergency departments: Guidelines vs. Practice. In *The World Journal of Emergency Medicine*, 2013, Volume 4, Issue 3.
9. *Trestný zákon Slovenskej republiky č. 300/2005 Z. z. a o zmene a doplnení niektorých zákonov.*
10. *Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.*
11. *Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.*

Kontaktná adresa:
PhDr. et Bc. Marek Šichman
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie Andreja Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: sichmanmarek@gmail.com

SAMOBADANIE PIERSI W PROFILAKTYCE RAKA PIERSI W POLSCE

Renata Stępień[1], Kazimiera Zdziebło[1], Grażyna Wiraszka[1], Grażyna Nowak-Starz[2], Katarzyna Nowak[1]

[1]Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach ,Wydział Nauk o Zdrowiu
[2]Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych w Kielcach

Abstrakt

Wstęp: Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet w Europie, a także w Polsce. Stanowi on istotny i wciąż narastający problem społeczny. Cel: Celem pracy była analiza wiedzy i zachowań zdrowotnych kobiet w wieku pomenopauzalnym w zakresie samobadania piersi. Metodyka: W badaniach uczestniczyło 122 kobiety w wieku od 50 do 65 lat. W prezentowanych badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankietowania. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety w opracowaniu autorskim. Wyniki: Pielęgniarka była edukatorem w zakresie samobadania piersi dla około 30 % badanych kobiet. Smobadanie piersi wykonywane regularnie, każdego miesiąca, przeprowadzało 41 % badanych Polek. We właściwym terminie samobadanie piersi przeprowadzało 47 % ankietowanych. Polki najczęściej swoją wiedzę i umiejetności związane z samobadaniem deklarują na poziomie dobrym. Ponad 53 % respondentek rozumie znaczenie samobadania piersi w profilaktyce nowotworowej. Wnioski: Znajomość samobadania piersi wśród kobiet po menopauzie jest niewystarczająca i wymaga uzupełnienia. Kobiety mają świadomość znaczenia przeprowadzania samobadania piersi, jednak wykonuja nie systematycznie. Istnieje potrzeba prowadzenia działań edukacyjnych wśród kobiet dotyczacych samobadania piersi. Podstawowym źródłem wiedzy na temat samobadania piersi pozostaje lekarz, pojawia się zatem konieczność zwiekszenia roli pielęgniarki w tym obszarze profilaktyki.

Słowa kluczowe: Samobadanie piersi. Rak piersi pomenopauzalny.

Summary

Introduction. Breast cancer is the most common malignancy among women in Europe as well as in Poland. It is a significant and still growing social problem. Aim: The aim of the study was to analyze the knowledge and health behavior in postmenopausal women regarding breast self-examination (BCS). Methodology: The study involved 122 women aged 50 to 65 years. In the present study we used the method of diagnostic survey and

questionnaire technique. The research tool was a questionnaire survey to study authors. Results: The nurse was an educator in the field of breast self-examination for about 30 % of the women. Breast self-examination performed regularly, every month, has carried out 41 % of Polish women. In appropriately within breast self-examination has carried out 47 % of respondents. Women most often their knowledge and skills related to self-examination declare at a good level. More than 53 % of the respondents understand the importance of breast self-examination in cancer prevention. Conclusion: Knowledge of breast self-examination among women after menopause is insufficient and needs to be completed. Women are aware of the importance of performing breast self-examination, but do not do it systematically. There is a need for educational activities among women regarding breast self-examination. The primary source of knowledge about breast self-examination is a doctor, and there is a need to strengthen the role of nurses in the area of prevention.

Key words: Breast self-examination. Post-menopausal breast cancer.

Wprowadzenie

Rak piersi należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych u kobiet w większości krajów na świecie. W 2002 roku rozpoznano ponad 1 150 000 nowych zachorowań, a w roku 2007 liczba ta wzrosła do około 1 300 000. Nowotwór ten był przyczyna zgonu blisko 400 000 kobiet. Najwięcej, bo ponad połowa zachorowań na raka gruczołu piersiowego występuje w krajach uprzemysłowionych. Ameryka Północna, Australia oraz Północna i Zachodnia Europa odznaczają się najwyższą zachorowalnością. Natomiast Europa Środkowa i Wschodnia prezentują dane znajdujące się w przedziale wyników średnich. Według Krajowego Rejestru Nowotworów szacuje się, że liczba nowych zachorowań na raka piersi w Polsce w roku 2012 przekroczyła liczbę 16 000. Najniższe współczynniki zachorowalności na raka piersi charakteryzują kraje Afryki i Azji Południowo-Wschodniej. W ciągu ostatnich 25 lat współczynniki zachorowalności wzrosły średnio o 30 % [1,2].

Do czynników wysokiego ryzyka zalicza się przede wszystkim płeć żeńską oraz wiek powyżej 50 roku życia (r.ż.) Do innych czynników mogących zwiększać w różnym stopniu zagrożenie wystąpienia raka piersi należy zaliczyć czynniki genetyczne, które determinują około 10 % zachorowań i są związane głównie z obecnością genów BRCA 1, BRCA2, p53, ATM oraz występowaniem raka u bliskich członków rodziny. Ryzyko zwiększa się u kobiet, których matki bądź siostry zachorowały na raka piersi, gdyż większe prawdopodobieństwo zachorowania występuje w linii prostej. W etiologii istotne znaczenia ma wczesna miesiączka, długotrwałe stosowanie leków antykoncepcyjnych, późna menopauza, choroby gruczołu piersiowego, bezdzietność oraz pierwsza ciąża po 30 r.ż. Czynnikiem zwiększającym ryzyko może być otyłość, a także stosowanie pokarmu bogatego w tłuszcze

zwierzęce oraz substancje rakotwórcze. Zakłada sie równiez wpływ czynników urbanizacyjnych i socjoekonomicznych takich jak: zamieszkiwanie dużych miast, wyższe wykształcenie i dochody [3,4].

Ważnym aspektem w ramach profilaktyki pierwotnej jest próba wpływu na czynniki potencjalnie modyfikowalne, to jest: zmniejszenie zawartości tłuszczu w diecie, spożycia mocnego alkoholu, zwiększenie podaży kwasu foliowego, długotrwałe karmienie piersią, utrzymywanie należnej masy ciała, zwiększenie aktywności fizycznej oraz eliminacja takich czynników, jak doustne środki antykoncepcyjne i hormonalna terapia zastępcza. Możliwości pierwotnej profilaktyki są jednak mocno ograniczone, dlatego znaczenia nabiera profilaktyka wtórna [2] .

Wczesne wykrycie raka piersi i wdrożenie odpowiedniego, specjalistycznego leczenia, bardzo często może doprowadzić do wyleczenia.

Istotną rolę w profilaktyce oraz terapii raka piersi pełni edukacja zdrowotna. Jej priorytetem jest wpływanie na kształtowanie postaw, nawyków oraz przekonań dotyczących zdrowia [5], a także przygotowanie do samoopieki,samokontroli oraz radzenia sobie w chorobie. Jedną z kluczowych umiejetności kobiet w walce z rakiem piersi pozostaje samobadanie piersi.

Cel

Celem pracy była analiza wiedzy i zachowań zdrowotnych w zakresie samobadania piersi u kobiet w wieku pomenopauzalnym.

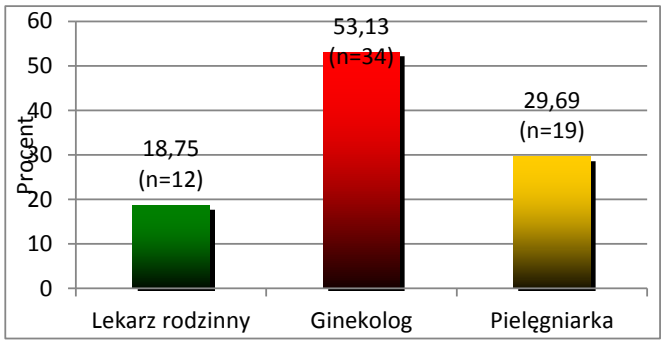
Metodologia

Badania zostały przeprowadzone wśród 122 kobiet, w przedziale wiekowym 50-65 lat, w okresie 4 miesięcy od czerwca do października 2011 roku. Odbywały się one w Prywatnym Gabinecie Rehabilitacji Ruchowej w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Esculap” w Gorzycach. W prezentowanych badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankietowania. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety w opracowaniu autorskim. Udział kobiet w badaniach był dobrowolny, a zgoda została wyrażona przez nie w sposób świadomy.

Wyniki

Średnia wieku badanych kobiet wyniosła 57,22 lat (sd=4,45). Większość ankietowanych (n=79; 64,23 %) zamieszkiwała na obszarze wiejskim. Pozostała grupa tj.35,77 % (n=44) reprezentowała środowisko miejskie. Badane kobiety najczęściej legitymowały sie wykształceniem średnim (n=66; 53,66 %), mniej licznie deklarowano wykształcenie na pozimie wyższym (n=23; 18,70 %), zawodowym (n=21; 17,07 %) oraz podstawowym (n=13; 10,57 %). Aktywność zawodową utrzymywała grupa 56 osób (45, 53 %), natomiast bez pracy pozostawało 12,19 % (n=15).

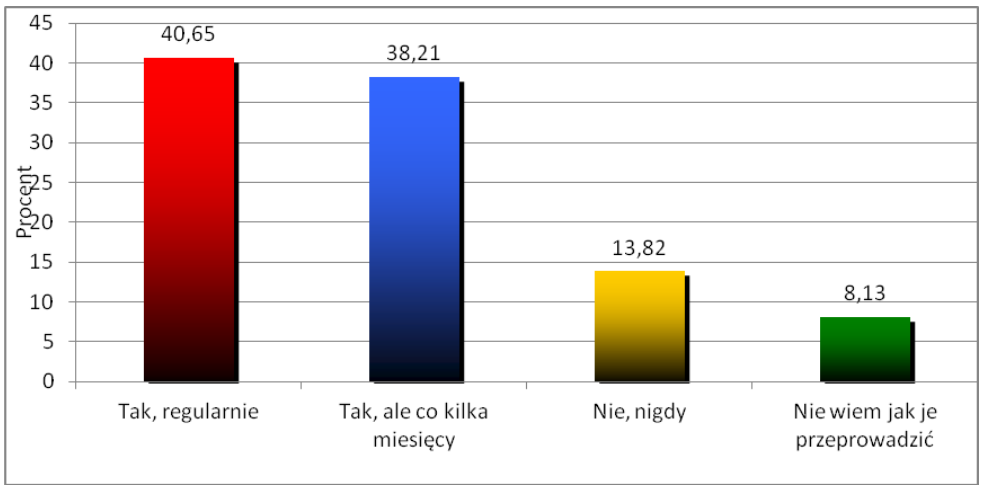
Analizę wiedzy i zachowań badanych kobiet otwierało pytanie dotyczące źródeł informacji w zakresie samobadania piersi. Jak ukazują dane na rycinie 1, badane respondentki wskazały, iż najczęściej kwestie związane z samobadaniem piersi były podejmowane przez lekarza ginekologa oraz pielęgniarkę.



Rycina 1. *Źródła wiedzy respondentek na temat samobadania piersi.*

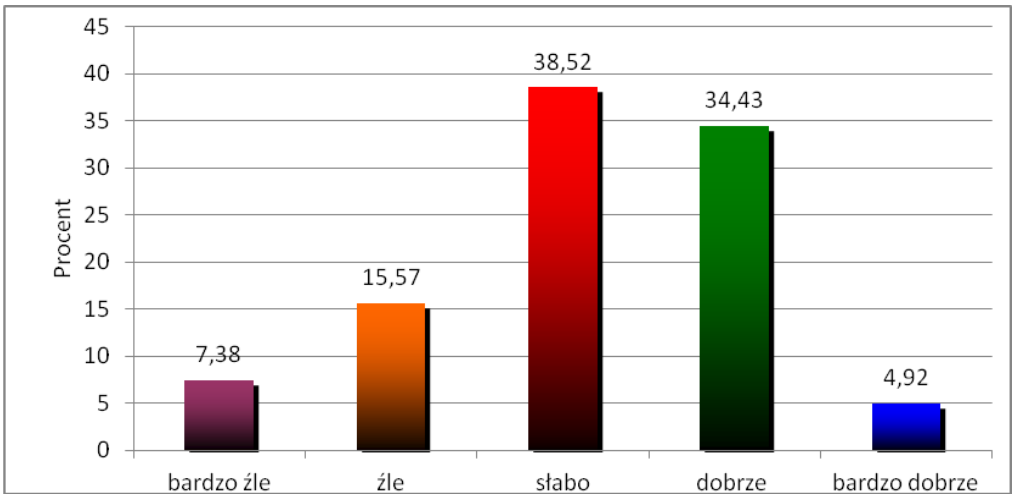
W dalszej kolejności pytano badane o czas wdrożenia samobadania piersi. Najczęściej wskazywana przez ankietowane odpowiedź to „po 20 życia" (n=58; 47,54 %) i „po 30 roku życia" (n=37, 30,33 %). Ukończenie 40 roku życia to właściwy czas na inicjację samobadania piersi dla 16,39 % (n=20) respondentek, a 50 rok życia dla 4,10 % (n=2). Dwie osoby nie umiały określić właściwego wieku dla wdrożenia samobadania piersi.

Kolejne pytanie w kwestionariuszu dotyczyło częstotliwości przeprowadzania samobadania piersi. Regularnie, raz w miesiącu, badanie to przeprowadzało 40,65 % ankietowanych. Szczegółowe dane przedstawiono na rycinie 2.



Rycina 2 *Częstotliwość przeprowadzania samobadania piersi w badanej grupie kobiet.*

Z analizy danych wynika że, żadna kobieta biorąca udział w gadaniu nie oceniła swej wiedzy w zakresie samobadania piersi na poziomie bardzo dobrym. Jedynie około ⅓ (n=46; 37,70 %) respondentek deklarowała opanowanie techniki samobadania piersi na poziomie dobrym w sferze wiedzy, natomiast słabym 45,90 % (n=56). Do nieznajomości techniki samobadania piersi przyznało się 16,39 % (n=20) ankietowanych. Zbliżony rozkład odpowiedzi badanych kobiet zaznaczył się w ocenie posiadanych umiejętności. Tylko około 5 % (n=6) ankietowanych uznało, iż ich umiejętność samobadania piersi została opanowana na poziomie bardzo dobrym. Umiejętności na poziomie dobrym zadeklarowało 34,43 % respondentek, a jako „słabe" swe kompetencje praktyczne oceniło 38,52 %. Szczegóły prezentuje rycina 3.



Rycina 3 *Ocena umiejętności samobadania piersi w badanej grupie.*

Jak ukazuje tabela 1, niemal połowa ankietowanych, czyli 46,72 % zadeklarowała, że piersi należy badać „po miesiączce". Blisko ⅓ badanych (31,97 %) nie wie jednak, w którym momencie cyklu miesiączkowego należy przeprowadzić samobadanie piersi.

Tabela 1. *Rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące opinii, w którym momencie cyklu menstruacyjnego należy wykonywać badanie piersi.*

Kiedy wykonywać badanie piersi	n	%
przed miesiączką	18	14,75
w trakcie miesiączki	2	1,64
po miesiączce	57	46,72
w trakcie owulacji	6	4,92
nie wiem	39	31,97
Razem	122	100,00

Ankietowanym kobietom zadano również pytanie, czy samobadanie piersi w ich ocenie może być metodą pozwalającą na wczesne wykrycie zmian nowotworowych w piersi. Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli 2.

Tabela 2. *Samobadania piersi jako metoda wczesnej diagnostyki raka piersi w opinii badanych kobiet.*

Samobadania piersi jako czynnik profilaktyczny	n	%
Tak	66	53,23
Raczej tak	36	29,03
Nie	6	4,84
Raczej nie	8	6,45
Nie wiem	8	6,45
Razem	124	100,00

Analiza rozkładu odpowiedzi pozwoliła stwierdzić, iż ponad 82 % respondentek dostrzega wartość tej metody we wczesnej diagnostyce raka piersi („tak" – 53,23 %, „raczej tak"-29,03 %).

Omówienie wyników

W Polsce, w celu wczesnego wykrycia zmian w piersi, stosuje się następujące badania: samobadanie piersi przez kobietę, badanie lekarskie przy każdej kontroli u lekarza rodzinnego i ginekologa, ultrasonografię piersi, mammografię oraz udział w programach skryningowych - Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [5].

Samobadanie piersi jest podstawowym i elementarnym badaniem w procesie wczesnego wykrywania raka piersi, często okresla sie je jako „ nieinwazyjny test przesiewowy". Kobiety powinny rozpocząc samobadanie piersi od 20 roku życia, przeprowadzać je regularnie co miesiąc, najlepiej 2-3 dni po zakończeniu miesiączki. Jesli nie miesiączkują mogą je przeprowadzać raz w miesiącu w dowolnym terminie z zastrzeżeniem, aby był to zawsze ten sam dzień miesiąca. Zaleca sie, aby badanie palpacyjne obejmowało zawsze obie piersi oraz wezły chłonne po obydwu stronach ciała. W ocenie należy wziąć także pod uwagę boczny kwadrant gruczołu sutkowego, poniewaz około 50 % złośliwych nowotworów piersi lokalizuje się w tym miejscu. Małe guzki najtrudniej dostrzec w centralnej częsci gruczołu piersiowego. Kazda kobiet po 30. roku życia powinna badać piersi u lekarza specjalisty: lekarza pierwszego kontaktu, onkologa, ginekologa. Czułość samobadania piersi określa się na 12-41 % w porównaniu z badaniem klinicznym, które szacuje się na 40-69 %. Uznaje się jednak, że motywowanie kobiet do regularnego praktykowania samobadania pobudza je do myślenia o własnym zdrowiu, daje poczucie

kontroli i szansę szybszego zgłoszenia się do lekarza. [5,6,7]. W piśmiennictwie odnaleźć można badania wskazujące na korzystny wpływ samobadania piersi na częstość wykonywanych biopsji diagnostycznych [8].

Wyniki badań własnych oraz przegląd prac innych autorów dowodzą, że samobadanie piersi wśród polskich kobiet nie jest stosowane systematycznie. Jak podaje Paździor i wsp.[9] cyklicznie raz w miesiącu samobadanie piersi przeprowadzało 36 % kobiet uczestniczących w badaniu, a jedynie 20 % wykonywało je w prawidłowym terminie tj. 2-3 dni po miesiączce. W ocenianej grupie kobiet 70 % wykonuje samobadanie. Podobne wyniki uzyskała Przestrzelska M. i wsp. [10] wykazując, iż 77,3 % kobiet wykonywało samobadanie, ale tylko 12 % regularnie, a 10,7 % we właściwym czasie. W badaniach Najdyhor i wsp. [11] 66 % ankietowanych kobiet twierdziło, że bada piersi regularnie raz w miesiącu, a 57 %, że czyni to tydzień po miesiączce.

Interesujące badania w zakresie samobadania piersi przeprowadziła Łepecka-Klusek i współautorki [12]. Z grupy 492 kobiet w wieku prokreacyjnym samodzielne badanie piersi (BSE) przeprowadzało 82,9 % badanych, z czego 33,7 % czyni to regularnie. Zmienne, które korzystnie róznicowały wykorzystanie diagnostyczne samobadania piersi, stanowiły: młodszy wiek, stan cywilny wolny, wykształcenie medyczne oraz wyższy status społeczny i ekonomiczny ($p<0,05$). Opinię, że BSE ma wartość diagnostyczną wyrażono w grupie lekarzy istotnie częściej niż w grupie kobiet reprezentujących inne zawody ($p = 0,0000009$). Taka opinia pojawiała się również znamiennie częściej w grupie kobiet wykonujących BSE niż w grupie kobiet, które nie miały takiego zwyczaju ($p < 0,0000001$).

Niepokojące dane z analizy porównawczej zaprezentowała Jokiel [13], stwierdzając iż odsetek kobiet nie wykonujących samokontroli piersi znacznie wzrósł w 2008 r. w porównaniu z 1998 r. w zależności od wszystkich cech społeczno-demograficznych respondentek. W 2008 r. odsetek deklarujących samobadanie piersi zmalał – wynosił 57 %, podczas gdy, w 1998 roku 64 %. Zmniejszył się również odsetek respondentek udzielających odpowiedzi, że badanie wykonuje co miesiąc. W 2008 roku 21 % osób udzieliło takiej odpowiedzi, podczas, gdy w 1998 roku – 24 %. Zwiększył się natomiast odsetek kobiet deklarujących niewykonywanie badania, odpowiednio: 43 % i 21 %. W 2008 roku, podobnie jak w 1998 oku, najwyższy odsetek kobiet deklarujących nie wykonywanie tego badania był w grupie wieku 65+ (odpowiednio: 60 % i 23 %), a więc w której badane deklarowały najrzadziej poddawanie się innym metodom wczesnego wykrywania nowotworu.

Istotna rolę w rozpoznawaniu raka gruczołu piersiowego u młodych kobiet (do 35 lat) pełni Ultrasonografia (USG), bowiem przeważa w piersiach w tym okresie tkanka gruczołowa. Badanie ultrasonograficzne może pomóc w ocenie zmiany w miąższu (czy jest lita, czy torbielowata). Natomiast dla kobiet 35-40 lat rekomendowana jest mammografia -

co 2 lata, a powyżej 50 roku życia co rok. W ramach profilaktyki istnieją zalecenia dla kobiet w różnym wieku. Panie w przedziale wiekowym 25-40 lat powinny dokonywać samobadania piersi raz w miesiącu, a raz do roku powinien to robić lekarz. Kobiety, które nie przekroczyły 45 r.ż. powinny same badać piersi raz w miesiącu, raz do roku powinien to robić lekarz, a co dwa lata powinny powtarzać badanie mammograficzne. Natomiast kobiety, które ukończyły 45 r.ż. powinny wykonywać samobadanie raz w miesiącu, raz w roku powinien badać jej lekarz, a mammografię powinny wykonywać raz w roku. Jedynie panie, które ukończyły 70 r.ż. powinny badać się same raz w miesiącu i wykonywać mammografię rzadziej niż co dwa lata [3,4,5,6]

W Polsce kobiety w wieku 50-69 lat mogą skorzystać z Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi umożliwiającego bezpłatne wykonanie kobietom mammografii, które: w ciagu ostatnich 2 lat nie miały wykonanej mammgrafii w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, otrzymały pisemne wskazanie do wykonania ponownej mammografii po 12 miesiącach oraz nie miały wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi [6]. Badanie przesiewowe powinno mieć taką czułość, aby umożliwiać wykrywanie zmian niemych klinicznie. Takim badaniem w skriningu raka piersi pozostaje badanie mammograficzne. Jego czułość oceniana jest na 77–95 %, natomiast swoistość na 94–97 % [4].

Zalecenia dotyczące badań przesiewowych w raku sutka opracowują od wielu lat różne organizacje medyczne, w tym Międzynarodowa Unia do Walki z Rakiem (UICC), Amerykański Narodowy Instytut Onkologii (NCI) i Amerykańskie Towarzystwo Onkologiczne (ACS).

Wnioski

Znajomość samobadania piersi wśród kobiet po menopauzie jest niewystarczająca i wymaga uzupełnienia. Kobiety mają świadomość znaczenia przeprowadzania samobadania piersi, jednak wykonuja je nie systematycznie. Istnieje potrzeba prowadzenia działań edukacyjnych wśród kobiet dotyczacych samobadania piersi. Podstawowym źródłem wiedzy na temat samobadania piersi pozostaje lekarz, pojawia się zatem konieczność zwiekszenia roli pielęgniarki w tym obszarze profilaktyki.

Bibliografia

1. GLOBOCAN 2008 (IRAC). Section of Cancer Information. [cit.2014-01-14-01] Dostępne w Internecie <http://www.globocan.irac.fr>
2. SZEWCZYK, K. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. W: *Rak piersi,* Red. . J.Kornafel. Warszawa: Wyd. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, 2011, s.5-14. ISBN 978-83-62110-19-3

3. KRZAKOWSKI, M. Nowe mozliwości w uzupełniajacycm leczeniu systemowym chorych na raka piersi. W: *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 2007, nr 3, s. 8-15.
4. TKACZUK-WŁACH, J., SOBSTYL, M., JAKIEL, G. Rak piersi- znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. W: *Przegląd Menopauzalny*, 2012, nr 4, s. 343-347.
5. DEPTAŁA, A. *Onkologia w praktyce*. Wyd. 1, Warszawa: PZWL 2006. 25-84s., ISBN 8320032253
6. POLSKA UNIA ONKOLOGII [cit. 14.02.2014]. Dostępne w Internecie: <http://www.puo.pl/ badania profilaktyczne>
7. KNUTSON, D. STEINER, E. Screening for breast cancer: current recommendations and future directions. In: *American Family Physician* 2007, No:75, p. 1660-1666.
8. KÖSTERS, JP. GØTZSCHE, PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer*. Cochrane Database Systematic Review* 2003, No:2: CD003373
9. PAŹDZIOR, A. STACHOWSKA, M. ZIELIŃSKA, A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi. W: *Nowiny Lekarskie* 2011, nr 6, s. 419-422.
10. PRZESTRZELSKA, M. KNIHINICKA-MERCIK, Z. KAZIMIERCZAK, I. I WSP.: Zachowania zdrowotne kobiet w profilaktyce nowotworu szyjki macicy i sutka. W:*Onkologia Polska* 2006, nr 9, s.172-175.
11. NAJDYHOR, E. KRAJEWSKA –KUŁAK, E. KRAJEWSKA–FERISHAH, K: Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. W: *Ginekologia Polska*, 2013, nr 84, s.116-125
12. ŁEPECKA-KLUSEK, C. JAKIEL, G, KRASUSKA, M. STANISŁAWEK, A: Breast Self-examination Among Polish Women of Procreative Age and the Attached Significance. In: *Cancer Nursing* 2007, No: 30, p. 64-68.
13. JOKIEL, M: Społeczne aspekty wczesnego wykrywania raka piersi po wprowadzeniu w Polsce skryningowych badań populacyjnych. W: *Przegląd Epidemiologiczny* 2009, nr 63, s. 445-449.

Kontakt:
Renata Stępień,
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Wydział Nauk o Zdrowiu
Kielce 25-317
Al. IX Wieków Kielc 19
E-mail: renatas@ujk.edu.pl

LIEČBA DIABETES MELLITUS POMOCOU PERONÁLNYCH ANTIDIABETÍK

Ján Tokarčík, Martina Tokarčíková

Ostravská univerzita, Úrad práce sociálnych vecí a rodiny

Abstrakt

V súčasnosti nie je v medicíne odbor, ktorý by neprinášal každý deň nové poznatky. Diabetológia patrí medzi tie najintenzívnejšie, čo sa týka nových vedeckých objavov, závažných záverov, rýchlo vznikajúcich a meniacich sa odporúčaní a hlavne rýchlo napredujúcich zmien v liečbe a medicínskej starostlivosti o diabetického pacienta.
Cieľom článku bude stručne popísať o jednom zo spôsobe liečby diabetes mellitus (DM).

Kľúčové slová: Diabetes mellitus 2. typu. Hyperglykémia. Inzulín.

Abstract

At present, the medical department, which does not entail any new day and new knowledge. Diabetologia, copper is the most intense in terms of new scientific discoveries, major conclusions emerging and rapidly changing recommendations and especially fast-moving changes in treatment and medical care of the diabetic patient.

Key words: Type 2 diabetes mellitus type. Hyperglycemia. Insulin.

Úvod

DM „cukrová úplavica“ (cukrovka) je vážne celoživotné metabolické ochorenie. Je jedným z najčastejších, medicínsky najzávažnejších a ekonomicky najnáročnejších chronických ochorení.

Hlavnou príčinou DM je slepota, zlyhanie obličiek s potrebou dialýzy, amputácia dolných končatinách a štvornásobne zvyšuje riziko chorobnosti a úmrtnosti na srdcovocievne ochorenia. Choroba v súčasnosti postihuje celosvetovo približne 200 miliónov ľudí a jej prevalencia na celom svete rýchlo narastá. Postihuje obe pohlavia, všetky vekové kategórie, rasy a etnické skupiny. Ochorenie skracuje dĺžku života, zhoršuje kvalitu života aj sociálno - ekonomické možnosti pacienta.

DM je chronické ochorenie, ktoré vzniká v dôsledku absolútneho, alebo relatívneho nedostatku inzulínu.

Organizmus nie je schopný zaobchádzať s glukózou za fyziologických podmienok, takže dochádza k hyperglykémii.

1. Klasifikácia DM

Súčasná klasifikácia diabetu bola navrhnutá Americkou diabetologickou asociáciou v roku 1997, od r. 1999 je akceptovaná Medzinárodnou diabetologickou federáciou a doporučená Svetovou zdravotníckou organizáciou v r. 2001.

Typy DM

1) DM 1. typu – predstavuje 10 % všetkých diabetikov. Je charakterizovaný poškodením a postupným zánikom buniek pankreasu produkujúcich hormón inzulín. Dochádza k úplnému nedostatku inzulínu a chorí sú odkázaní na jeho pravidelné podávanie inzulínovými striekačkami, alebo inzulínovými perami. Postihuje prevažne mladšie vekové skupiny.
2) DM 2. typu - predstavuje 85 – 90 % všetkých diabetikov. Postihuje dospelých, výskyt stúpa s vekom. Podstatou choroby je relatívny nedostatok inzulínu, ktorého produkcia je v čiastočnej miere zachovaná, ale je porušená sekrécia. Inzulín je hormón, ktorý hrá dôležitú úlohu v metabolizme glukózy, tukov a bielkovín a pre život je nevyhnutný.
3) Špecifické typy diabetu - cukrovka sa môže vyskytnúť pri ďalších ochoreniach - genetických poruchách, ochoreniach žliaz s vnútorným vylučovaním, ochoreniach podžalúdkovej žľazy a niektorých infekčných ochoreniach.
4) Gestačný diabetes - diabetes v tehotenstve sa prejavuje po prvýkrát počas gravidity. V SR postihuje približne 4 % všetkých tehotných žien. Predstavuje zvýšené zdravotné riziko pre matku a plod. Ženy počas tehotnosti aj po nej musia byť pravidelne sledované.

1.1. Prevencia

Primárna prevencia je zameraná na zníženie priemernej hmotnosti populácie, čo súvisí s energetickým a kvalitatívnym zložením potravy, ktoré je dané kultúrno-historickým a sociálno-ekonomickým stavom obyvateľstva.

Zásady sa musia postupne po niekoľko desaťročí dostávať hlavne do povedomia mladej generácie. Náročné je zmeniť kultúrne a historické návyky u populácie stredného veku. Zvýšenie energetického výdaja pomáha pri udržaní, alebo znížení zvýšenej hmotnosti. Sekundárna prevencia po skorom odhalení sa zameriava na intenzívnu vstupnú a pokračujúcu edukáciu, zameranú na zmenu životného štýlu, selfmonitoring glykémií a medikamentóznu liečbu.

K preventívnym opatreniam patrí vyššia fyzická aktivita, redukcia hmotnosti, obmedzenie príjmu živočíšnych tukov, obmedzenie príjmu druhotne spracovaného mäsa. Na znížení výskytu diabetu 2. typu sa významnou mierou podieľa farmakoterapia. O 30 % je nižší výskyt diabetu u hypertonikov liečených inhibítormi angiotenzin konvertujúceho enzýmu (ACE), o 10 - 25 % u hypertonikov liečených sartany a inhibitormi ACE. DM 2. typu je ochorenie, ktorému sa dá predchádzať. Potrebné je venovať pozornosť pacientom, ktorí majú diabetes v rodinnej anamnéze a sú obézni. U obéznych pacientov bol dosiahnutý úspech pomocou bariatrických chirurgických výkonov.

1.2. Diagnóza diabetu

Diagnóza diabetu spočíva v chronickej hyperglykémii. Prítomnosť klinickej symptomatológie je nekonštantná jej absencia diagnózu diabetu nevylučuje. Rozoznáva sa glykémia nalačno, náhodná glykémia a glykémia v 120. minúte orálneho glukózového tolerančného testu. Chronická hyperglykémia sa pri diabete spája s dlhodobým poškodením, dysfunkciou, alebo zlyhaním rôznych orgánových systémov očí, obličiek, nervov, srdca a ciev.

Zdravotný a spoločenský význam diabetu sa odvíja od vysokej prevalencie, neskorých komplikácií ochorenia a sprievodných ochorení. Mikroangiopatické komplikácie často spôsobujú u pacienta psychickú depriváciu a anxietu v očakávaní neistej budúcnosti spojenej so stratou zraku, nutnosťou dialýzy, transplantácie obličiek. Diabetická neuropatia v symptomatickej forme spôsobuje pacientovi nepríjemné pocity a bolesti v oblasti dolných končatín, bolesti s rušením nočného odpočinku, neskôr stratou citlivosti a neistoty pri chôdzi. Makroangiopatické komplikácie môžu negatívne ovplyvniť mobilitu pacienta následkom cievnej mozgovej príhody, amputácie dolnej končatiny, anginózneho syndrómu, alebo infarktu myokardu. Zmeny mobility sú často spôsobené rýchlym vývojom osteoartotických zmien. DM zvyšuje mortalitu u diabetikov všetkých vekových skupín a skracuje očakávanú dĺžku života v závislosti od veku, v ktorom sa ochorenie začalo.

2. Personalizovaný prístup k liečbe

V posledných rokoch sa v diabetológií zdôrazňuje prístup k liečbe pacienta, ktorý zahŕňa tieto prvky: zhodnotenie celkového klinického stavu chorého, určenie individuálnych terapeutických cieľov a adekvátny výber terapie pri rešpektovaní osobnosti pacienta.

2.1. Perorálne antidiabetiká (PAD)

Liečba DM 2. typu je zložitá. Jedným z rozhodujúcich faktorov je správna kombinácia perorálnych antidiabetík so snahou znížiť riziká. Ako sú: hypoglykémia, laktátová acidóza, nevoľnosť, ospalosť atď.

Základné delenie perorálnych antidiabetík:

Sulfonylmočovinové stimulátory sekrécie inzulínu

Zvyšujú hladinu kalcia v β-bunkách, čím spôsobujú presun sekrečných granúl s inzulínom na povrch buniek. Perorálne antidiabetiká nezvyšujú produkciu inzulínu, ale uľahčujú jeho uvoľňovanie do krvného riečišťa.

Liečba antidiabetikami môže u pacientov spôsobiť hypoglykémiu a zvýšenie hmotnosti. Neodporúča sa kombinovať sulfonylmočovinové PAD s barbiturátmi, hypnotikami a sedatívami.

Nesulfonylmočovinové stimulátory sekrécie inzulínu

Majú podobný spôsob účinku ako sulfonylmočovinové stimulátory sekrécie inzulínu, ale s rýchlejším nástupom a stratou účinku sa viažu na iné receptory β-buniek. Užívanie liekov je viazané na dobu pred jedlom a riziko hypoglykémie sa vyskytuje len po ňom.

Biguanidy

Do skupiny biguanidov patrí metformín. Metformín pôsobí iným spôsobom ako deriváty sulfonylmočoviny. Znižuje množstvo glukózy vytváranej v pečeni a pomáha glukóze vstupovať do buniek svalov. Nezvyšuje produkciu inzulínu, je účinný len u osôb, ktoré majú zachovanú čiastočnú schopnosť vytvárať inzulín. Biguanidy nevyvolávajú hypoglykémiu. Najčastejšími nežiaducimi účinkami na začiatku liečby metformínom sú tráviace ťažkosti. Liečba vyššími dávkami je sprevádzaná vznikom žalúdočnej nevoľnosti, pocitom plnosti v žalúdku, vracaním, hnačkou, alebo zápchou. Metformín nezvyšuje tvorbu inzulínu je vznik hypoglykémie menej častý, ak užíva sa metformín samostatne. Pri liečbe metformínom je nižší prírastok hmotnosti, čo môže byť výhodné u osôb s nadváhou.

Tiazolidindiony

Patria medzi najmladšie PAD. Podporujú expresiu špecifických génov, ktoré kódujú procesy kladným účinkom pre citlivosť voči inzulínu. Podobne ako u metformínu zvyšujú citlivosť buniek na inzulín, blokujú glukoneogenézu v pečeni a zvyšujú využitie glukózy v svalovom a tukovom tkanive. Pri liečbe sa prvý kladný efekt dostaví až po 4-6 týždňoch od začiatku podávania.

Inhibítory α-glukozidázy (Akarbóza)

Inhibítory α-glukozidázy sa líšia od všetkých ostatných skupín PAD. Nepôsobia na bunky organizmu. Blokujú štiepenie sacharidov v čreve a tým následné vstrebávanie jednoduchých cukrov do krvného obehu. Sú vhodné na liečbu DM. Liek sa užíva počas

jedla. Neabsorbovaný cukor vyvoláva dyspeptické ťažkosti - nadúvanie, plynatosť, hnačku. Ďalšou výhodou je, že v monoterapii akarbóza nespôsobuje hypoglykémiu.

2.2 Dlhodobé komplikácie DM 2. typu

Dlhodobé komplikácie sú výsledkom dlhšie trvajúceho pôsobenia vysokej koncentrácie krvnej glukózy (hyperglykémie) na tkanivá a sú zásadným nebezpečenstvom spojeným s diabetes mellitus. Počas tohto pôsobenia dochádza k nadväzovaniu glukózy na niektoré stavebné časti špecifických telesných tkanív. Výsledkom je ich poškodenie, ktoré často vedie k zhoršeniu, alebo úplnej strate funkcie niektorých orgánov (diabetická retinopatia, diabetická polyneuropatia, diabetická nefropatia, ischemická choroba).

Diabetici sú oproti ostatnej populácii viac ohrození rozvojom aterosklerotických zmien, ktoré vyvolávajú cievne mozgové príhody, ischemickú chorobu srdca s vyšším rizikom infarktu myokardu, ischemickú chorobu dolných končatín.

3. Rozsah pomoci chorému v rodine

DM pôsobí nielen na psychiku chorého, ale aj na jeho rodinu a sociálne prostredie, v ktorom sa pohybuje. Postoj k sebe a k svojej chorobe sa formuje na základe faktorov (rozumové hodnotenie situácie, emočné prežívanie a správanie). Na základe toho sa utvárajú a upevňujú vzťahy v jeho rodinnom i sociálnom prostredí. Ochorenie nezaťažuje iba samotného chorého, ale priamo sa dotýka aj ostatných členov rodiny. Rodina prechádza fázou šoku, obdobím vzdoru, postupným prijatím choroby a vyrovnaním sa s chorobou. Na rodinu sú kladené vysoké nároky, ktoré sa týkajú liečebného režimu, podávanie liekov, dodržiavanie diabetickej diéty (príprava jedla) a tiež je dôležitý vek, kedy sa ochorenie objavilo. Pre rodinu je potrebné zvoliť určitý spôsob života, stanoviť si ciele a hranice. DM je ochorenie, ktoré nemusí byť zásadnou prekážkou v bežnom rodinnom živote. Sú tu určité obmedzenia, ale je tu aj veľa možností, ako s chorobou žiť.

Záver

DM je ochorenie, ktoré predstavuje jednu z hlavných príčin vysokých nákladov na zdravotnú starostlivosť vo väčšine krajín sveta. Hyperglykémia bola preukázaná ako hlavná príčina vedúca k rozvoju mikrovaskulárnych komplikácií a dôležitou mierou podieľa sa na rozvoji makrovaskulárných komplikácií.

Pri rozvoji makrovaskulárnych aterosklerotických komplikácií je potrebné v prevencii i liečbe venovať pozornosť ostatným rizikovým faktorom aterosklerózy, ktoré u diabetikov 2. typu sú prítomné v rámci metabolického syndrómu. Dôležité sú pravidelné (1 x ročne) screeningové vyšetrenia.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BARTOŠ, V., PELIKÁNOVÁ, T. 2011. *Praktická diabetologie.* 5. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 744 s. ISBN 978-80-7345-244-5
2. HUML, K., KLASOVÁ, L., BARTŽHOVÁ, J. 2002. *Interakce inzulína s inzlínovým receptorem.* Chem. Listy 96, 698-703 s. [online]. Dostupné na http://www.chemicke-listy.cz/docs/full/2002/_08_04.pdf
3. LÉBL, J. et al. Abeceda diabetu - příručka pro děti, mladé dospělé a jejich rodiče. 2008. Praha: Maxdorf, 2008. 184 s. ISBN 978-80-7345-141-7
4. LEHTO, S., RONNEMAA, T. HAFFNER, S. M. 1997. Dyslipidemia and hyperglycemia predict coronary heart disease events in middle-aged patients with NIDDM. Diabetes 46, 1354-1359 1997
5. MICHÁLEK, J., ŠTEFÁKOVÁ, M. *Diagnóza: cukrovka.* 2005. Bratislava: Kontakt, 2005. 166 s. ISBN 80-968985-2-3
6. ŽÁKOVÁ, L. JIRÁČEK J. 2005. *Biosyntéza, sekrece a degrade insulinu.* Chem. Listy 99, 772-781 s. [online]. Dostupné na http://www.chemicke-listy.cz/docs/full/2005/_11_772_781.pdf

Kontaktná adresa:

MUDr. Ján Tokarčík

Kukučínova 19

053 61 Spišské Vlachy

ŽIVOTNÝ ŠTÝL A VÝCHOVA K ZDRAVIU AKO CELOŽIVOTNÝ PROCES

Zuzana Hudáková[1], Vlasta Dvořáková[2]

[1]Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,
[2]Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií, Jihlava

Abstrakt

Úloha celoživotnej výchovy a vzdelávania vo vzťahu k zdraviu je nenahraditeľná. Zdravie je nenahraditeľná hodnota, podmienka plnohodnotného a dlhého života i úspechov. Je východiskovým predpokladom existencie a fungovania ostatných hodnôt. Hlavným cieľom výchovy k zdraviu je upevňovať, ochraňovať, podporovať a motivovať aktívnu účasť obyvateľstva na starostlivosti o svoje zdravie a tým aj zdravie celej spoločnosti. Životný štýl je súhrn toho, ako človek žije. Vzhľadom na vplyv na zdravie sú niektoré body v životnom štýle podstatné a niektoré sú menej podstatné. V našom prieskume sme sa zamerali na to, do akej miery ovplyvňuje vzdelanie životný štýl respondentov v oblasti výživy, spotreby alkoholu, cigariet a pohybu. Výsledky ukázali, že vzdelanie je dôležitým faktorom pri vytváraní životného štýlu.

Kľúčové slová: Životný štýl. Výchova k zdraviu. Celoživotné vzdelávanie. Zdravie.

Abstract

The role of lifelong education and training in relation to health is indispensable. Health is irreplaceable value, condition and long life and full of accomplishments. It is a prerequisite for the existence and functioning of the other starting values. The main aim of health education is to consolidate, protect, promote, and encourage the active participation of the population to care about your health and the health of society as a whole. Lifestyle is a summary of how one lives. With regard to the effects on health are some of the points in the style of a significant and some are less substantial. In our survey, we have focused on the extent to which education influences the lifestyle of the respondents in the field of nutrition, alcohol consumption, cigarette and movement. The results showed that education is an important factor in creating a lifestyle.

Key words: Lifestyle. Health education. Lifelong learning. Health.

Úvod

Podať jednotnú definíciu zdravia je v súčasnosti takmer nemožné. Pod pojmom zdravie lekár rozumie neprítomnosť ochorenia alebo úrazu, sociológ pod pojmom zdravý človek rozumie človeka schopného dobre fungovať vo všetkých jemu príslušných sociálnych rolách, humanista slovami zdravý človek označí človeka schopného pozitívne sa vyrovnávať so životnými úlohami, idealista si pod pojmom zdravý človek predstaví človeka, ktorému je dobre – telesne, duševne, duchovne i sociálne (Křivohlavý, 2001).

Zdravý životný štýl je súhrn toho, ako človek žije, ale vzhľadom na vplyv na zdravie sú niektoré body podstatné, iné menej. Dnes vieme, že základom zdravia i úspechu každého nášho snaženia je správna životospráva. Dôležitá je zdravá výživa, primeraná pohybová aktivita, limitovaná konzumácia alkoholu, nefajčenie, dostatok spánku, optimizmus a dobrá nálada, radosť zo života, vyhýbanie sa pôsobeniu škodlivých látok a všeobecne škodlivých a rizikových faktorov.

Dnes sa stretávame so širokou škálou významov pojmu zdravie. Niektoré definície sa zameriavajú na zdravie tela, iné chápu zdravie ako tovar, alebo ako istú silu, ktorú človek dostáva pri narodení a s ktorou musí v živote opatrne hospodáriť (Křivohlavý, 2001).

Podľa Křivohlavého (2001) vytvára základ účinného pôsobenia na konanie ľudí vzhľadom na ochranu a upevňovanie zdravia:

1. ***Zdravie ako zdroj fyzickej sily*** – zdravie sa považuje za určitý zdroj sily, ktoré človeku pomáha prekonať ťažkosti. ide o druh životnej energie, ktorej úroveň v priebehu života kolíše.
2. ***Zdravie ako metafyzická sila*** – spoločným menovateľom tohto súboru teórií je predstava zdravia niečoho, čo človeku umožňuje dosahovať vyšších cieľov než samotné zdravie. Je to schopnosť odolávať tlakom negatívnych životných podmienok a pozitívne reagovať na životné problémy, zvládať ich. Ak má človek túto silu, je schopný realizovať svoj potenciál.
3. ***Salutogenéza*** – individuálne zdroje zdravia. Aaron Antonovský (1985, In: Křivohlavý, 2001) študoval dve skupiny ľudí, ktoré prežili nacistické tábory. Prvú skupinu tvorili ľudia, ktorí sa po prekonanom utrpení len s problémami adaptovali na zmenenú situáciu. Druhú skupinu tvorili ľudia, ktorí po rovnako ťažkých zážitkoch ukázali mimoriadnu schopnosť vyrovnať sa so životnými problémami. Rozdiel spočíval skôr v psychickom stave. Arnovský zistil, že nejde o čiastkové psychické schopnosti, ale o celkovú – holistickú charakteristiku postoja k životu.
4. ***Zdravie ako schopnosť adaptácie*** – Křivohlavý (2001) rozumie pod adaptáciou schopnosť prispôsobiť si prostredie alebo prispôsobiť sa nepriaznivým životným podmienkam – schopnosť upraviť prostredie alebo zmeniť vlastný spôsob života.

5. ***Zdravie ako schopnosť dobrého fungovania*** – v súčasnosti sa definuje zdravie ako schopnosť dobrého fungovania (fitness). T. Parsons (1981, In: Křivohlavý, 2001) vyjadril zdravie ako stav optimálneho fungovania človeka vzhľadom k efektívnemu plneniu role a úloh, ku ktorým je socializovaný.
6. ***Zdravie ako tovar*** – D.Seedhouse (1995, In: Křivohlavý, 2001) formuluje slovami: Health is commodity – zdravie je tovar. Termín „commodity" znamená tovar na trhu, produkt výmeny, vec, existujúca mimo človeka. V jadre je pojatie zdravia ako niečoho, čo sa dá ako továr na trhu dodať, kúpiť, alebo stratiť.
7. ***Zdravie ako ideál*** – zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nielen neprítomnosť choroby (definícia Svetovej zdravotníckej organizácie).

Výchova k zdraviu

V súčasnosti sa kladie dôraz v zdravotnej výchove nielen na získavanie zdravotníckych informácií, ale predovšetkým utváranie aktívneho postoja človeka k ochrane a podpore svojho zdravia, mnohým súčasným autorom sa preto javí vhodnejšie označenie výchova k zdraviu (Beniak, Beniaková, 2003). Zdravotná výchova je dynamickým pojmom, definícia tohto pojmu je preto veľmi zložitá a pre svoj extenzívny záber nie vždy jednotná. Ďalší termín s príbuzným obsahom, ktorý je v ostatných rokoch preferovaný predovšetkým v zdravotníckej literatúre je podpora zdravia – Health Promotion. Podpora zdravia je definovaná ako proces, umožňujúci ľudom prevziať kontrolu nad svojím zdravotným stavom. V spoločenskej rovine ide o súbor legislatívnych opatrení a celospoločenských a komunitných programov, slúžiacich k uchovaniu alebo zlepšeniu zdravia (Hegyi et. al., 2004). Výchova k zdraviu je príbuzný termín, ktorý označuje proces vedúci k zodpovednému využívaniu zdravotných informácií.

Obsah výchovy ku zdraviu možno rozčleniť do dvoch základných skupín:

1. ***Výchova k zdraviu vo všeobecných otázkach*** – zdravý spôsob života, usporiadanie pracovných a životných podmienok podporujúcich zdravie, primárna a sekundárna prevencie z hľadiska boja so základnými chorobami.
2. ***Výchova k zdraviu v špecifických otázkach*** – zameranie na výberové skupiny obyvateľstva, napr. deti, gravidné ženy, diabetici, vojaci, priemyselní robotníci a pod. Cieľové skupiny sa vytvárajú na základe rovnakých potrieb, pričom, ak je nevyhnutné, opis cieľovej skupiny obsahuje aj stanovenie vstupných predpokladov pre vzdelávacie podujatie (Hegyi, et al. 2004).

Úlohy výchovy k zdraviu. Podľa Koncepcie odboru Výchovy k zdraviu, ktorú vydalo Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky 7. mája 1996, hlavným cieľom výchovy je zdravie upevňovať, ochraňovať, podporovať a motivovať aktívnu účasť obyvateľstva k starostlivosti o svoje zdravie. Beniak a Beniaková (2003) považujú za dominantnú úlohu

zdravotnej výchovy zvyšovanie zdravotného uvedomenia, ktorého úroveň je podmienená objektívnymi i subjektívnymi faktormi. Zdravotná výchova pôsobí v smere utvárania vedomého vzťahu k zdraviu, napomáha formovanie zdravotnej kultúry a predovšetkým prospektívneho zdravotného správania. Zdravotné správanie je odrazom zdravotných postojov. Môže byť pozitívne (kde nie je potrebná zmena v smere upevnenia zdravia) a negatívne (kde je treba hľadať adekvátne metódy a formy na zmenu správania v smere posilnenia zdravia).

Pozitívne zdravotné správanie sa podľa Wiegerovej (2000) vyznačuje:

- aktivitami zameranými na zlepšenie svojho fyzického a psychického stavu,
- účasťou na podpore zdravia, na formovaní prostredia, ktoré zdravie podporuje,
- zrieknutím sa takých foriem správania, ktoré poškodzujú vlastné zdravie i zdravie ostatných ľudí,
- vytváraním adekvátnych pracovných a životných podmienok, formovaním pozitívneho postoja k životnému prostrediu.

Sumarizujúc možno konštatovať, že *výchovu k zdraviu* považujeme predovšetkým za cieľavedomú, systematickú výchovno-vzdelávacia činnosť, zameranú na vytváranie správnych vedomostí, zručností, návykov a postojov v otázkach ochrany a upevňovania zdravia. Je významným prostriedkom rozvoja zdravia a prevencie ochorení (Brukkerová, 2006). Cieľom výchovy k zdraviu je vybaviť jedincov tak, aby sa dokázali rozhodovať v záležitostiach, ktoré ovplyvňujú ich zdravie a pocit životnej pohody, rozšírenie ich vedomostí, vytváranie a zmena ich životných postojov, hodnôt, názorov a vytváranie správnych zručností a návykov. Plnenie tohto cieľa závisí od vonkajších (materiálne a sociálne prostredie človeka) a vnútorných podmienok (samotné zdravotné uvedomenie človeka). Cieľom zdravotnej výchovy nie je medicínske vzdelávanie laikov, ale ich výchova k vhodnému zdraviu prospešnému konaniu. Kvalitná výchova k zdraviu s preukázateľnými výsledkami je možná len pri vzájomnej spolupráci všetkých zúčastnených realizátorov zdravotno-výchovných aktivít – zdravotníckych, pedagogických, kultúrno-osvetových pracovníkov, vládnych i mimovládnych inštitúcií, cirkevných organizácií a profesijných združení aktivizujúcich sa v oblasti rozvoja ľudského zdravia (Brukkerová, 2006).

Zdravotný stav je výslednicou množstva biologických a sociálnych vplyvov. Svet má vážne zdravotné problémy. Príčinou týchto problémov je odraz zhoršovania kvality životného prostredia. V hospodársky rozvinutých industrializovaných krajinách sveta popri ňom vystupujú do popredia zdravotné problémy vyplývajúce zo spôsobu života, tzv. civilizačné choroby. Determinanty zdravia sú také vlastnosti a ukazovatele, ktoré ovplyvňujú prítomnosť a rozvoj rizikových faktorov ochorení.

Metodika prieskumu. Cieľom nášho prieskumu bolo sledovanie respondentov v oblasti výživy a životného štýlu vo vzťahu k ich vzdelaniu.

Čiastkové otázky:

1. Aký je životný štýl respondentov v oblasti výživy?
2. Do akej miery preferujú nezdravý životný štýl s pestovaním zlozvyku v podobe fajčenia?
3. Do akej miery konzumujú respondenti alkohol?
4. Aká je pohybová aktivita respondentov?

Zber údajov výskumu sme realizovali v mesiacoch september až november 2013 v čakárňach piatich ambulancií všeobecného lekára pre dospelých. Použili sme neštandardizovaný dotazník, ktorý mal 20 položiek, z ktorých bolo 12 zatvorených, 8 polootvorených. Na spracovanie a analýzu dotazníka sme použili ručnú čiarovú metódu. Získané výsledky sme spracovali na základe deskriptívnej štatistiky v programe Microsoft Office Excel 2007 a následne zaznamenali v tabuľkách a grafoch v absolútnych číslach a percentách. Rozdaných bolo 300 dotazníkov, z ktorých sa vrátilo 252. Návratnosť vyjadrená v percentách bola 84 %.

Analýza údajov:

Tabuľka 1 *Vzdelanie respondentov*

ukazovateľ	**vzdelanie**	**n**	**%**
ženy	základné (ZV)	24	21,8
	stredoškolské (SŠ)	59	53,7
	vysokoškolské (VŠ)	27	24,5
spolu		**110**	**100**
muži	základné (ZV)	32	22,5
	stredoškolské (SŠ)	74	52,1
	vysokoškolské (VŠ)	36	25,4
spolu		**142**	**100**
Celkovo spolu		**252**	**100**

Žien so základným vzdelaním bolo 24 (21,8 %), so stredoškolským vzdelaním (SŠ) bolo 59 (53,7 %) a s vysokoškolským vzdelaním (VŠ) bolo 27 (24,5 %).

Mužov so základným vzdelaním bolo 32 (22,5 %), so stredoškolským vzdelaním (SŠ) bolo 74 (52,1 %) a s vysokoškolským vzdelaním (VŠ) bolo 36 (25,4 %) (tab. 1).

Tabuľka 2 *Vek respondentov*

Vek	**20-30**		**31-40**		**41-50**		**51-60**		**61-70**		**71-80**		**80 a viac**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
ženy	7	3	10	4	22	9	35	14	20	8	13	6	3	1.2
muži	5	2	12	5	25	10	49	19	32	12	17	7	2	0,8
spolu	**12**	**5**	**22**	**9**	**47**	**19**	**84**	**33**	**52**	**20**	**30**	**12**	**5**	**2**

Najviac -84 respondentov bolo vo veku 51-60 rokov (33 %), vo veku 61-70 rokov bolo 52 respondentov (20 %), vo veku 41-50 rokov bolo 47 respondentov (19 %), veku 71-80 rokov bolo 30 respondentov (12 %), vo veku 31-40 rokov bolo 22 respondentov (9 %), 20-30 ročných respondentov bolo 12 (5 %) a 5 respondentov bolo 80 a viac ročných (2 %) (tab. 2).

Tabuľka 3 *Príprava a konzumácia jedla*

vzdelanie	**základné**				**stredoškolské**				**vysokoškolské**			
pohlavie	**muži**		**ženy**		**muži**		**ženy**		**muži**		**ženy**	
ukazovateľ	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
teplé raňajky	7	22	9	38	30	41	24	41	16	44	14	52
teplý obed	14	44	15	63	43	58	31	53	17	47	20	74
teplá večera	12	38	11	46	32	43	24	41	15	42	16	59
ovocie	5	16	16	66	27	36	25	42	19	28	24	89
zelenina	3	9	15	63	26	35	23	39	17	47	21	78
pitný režim (2 l vody a viac)	15	47	11	46	36	49	29	49	18	50	14	52

Pri porovnávaní konzumácie teplého jedla vo vzťahu k vzdelaniu respondentov sme zistili, že najviac pozornosti venujú teplému obedu ženy s VŠ vzdelaní. Až 74 % žien s VŠ má teplý obed a 59 % žien s VŠ má teplú večeru a 52 % žien s VŠ má aj teplé raňajky. Najmenej konzumujú teplé jedlo muži so základným vzdelaním - len 22 % má teplé raňajky a 44 % teplé obedy a 38 % teplé večere. Najmenej ovocia (16 %) a zeleniny (9 %) konzumujú muži so základným vzdelaním, najviac ovocia (89 %) a zeleniny (78 %) konzumujú ženy s VŠ. Pitný režim, pri ktorom vypijú aspoň 2 l vody denne najlepšie dodržiavajú ženy s VŠ (52 %) najmenej ženy so základným vzdelaním (46 %) (tab. 3).

Tabuľka 4 *Konzumácia alkoholu (aspoň 3x týždenne)*

vzdelanie	**základné**				**stredoškolské**				**vysokoškolské**			
pohlavie	**muži**		**ženy**		**muži**		**ženy**		**muži**		**ženy**	
ukazovateľ	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
pivo	24	75	4	17	35	47	8	14	4	11	1	4
víno	14	44	12	50	30	41	26	44	10	28	7	26
destiláty	19	59	7	29	27	36	13	22	9	25	4	15

Pri konzumácii alkoholu sme sa zametali na pivo, víno a destiláty. Pýtali sme sa na konzumáciu alkoholu aspoň 3x týždenne, kde sme množstvo neurčovali. Najviac piva skonzumujú muži so základným vzdelaním (75 %), najmenej ženy s VŠ vzdelaním (4 %). Najviac vína skonzumujú ženy so základným vzdelaním (50 %), najmenej ženy s VŠ vzdelaním (26 %). Najviac destilátov skonzumujú muži so základným vzdelaním (59 %), najmenej destilátov skonzumujú ženy s VŠ vzdelaním (15 %) (tab. 4).

Tabuľka 5 *Fajčenie*

vzdelanie	**základné**				**stredoškolské**				**vysokoškolské**			
pohlavie	**muži**		**ženy**		**muži**		**ženy**		**muži**		**ženy**	
ukazovateľ	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
áno	9	28	6	25	30	41	9	15	5	14	2	7
nie	23	72	18	75	44	59	50	85	31	86	25	93
spolu	32	100	24	100	74	100	59	100	36	100	27	100

Najmenej fajčili ženy s VŠ vzdelaním (7 %), najviac muži so SŠ vzdelaním (41 %) (tab. 5).

Tabuľka 6 *Pohybové aktivity (aspoň 3x týždenne)*

vzdelanie	**základné**				**stredoškolské**				**vysokoškolské**			
pohlavie	**muži**		**ženy**		**muži**		**ženy**		**muži**		**ženy**	
ukazovateľ	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
prechádzky	12	38	10	42	21	28	17	29	6	17	7	26
fitnes	1	3	0	0	14	19	12	20	12	33	5	19
sebaobsluha	15	47	10	42	24	32	18	31	6	17	3	11
cvičenie 15-20´	4	12	4	16	15	21	12	20	12	33	12	44
spolu	32	100	24	100	74	100	59	100	36	100	27	100

Chceli sme vedieť, do akej miery naši respondenti prevádzajú pohybové aktivity. Pýtali sme sa na pravidelný pohyb pomocou aktívneho cvičenia vo fitnes centrách, kde najviac aktivity potvrdili muži s VŠ vzdelaním (33 %) a najmenej ženy so základným vzdelaním (0 %). Ďalej

sme chceli vedieť, či robia nejaké pravidelné cvičenia v dĺžke 15-20 minút aspoň 3x za týždeň. Takej aktivite sa najviac venujú ženy s VŠ vzdelaním (44 %) a najmenej muži so základným vzdelaním (12 %). Ďalšou aktivitou bol voľný pohyb predstavovaný napr. prechádzkami, alebo dlhšou chôdzou – asi 5 km aspoň 4x za týždeň. V týchto aktivitách boli najlepšie ženy so základným vzdelaním (42 %) a najmenej takto prejdú muži s VŠ vzdelaním (17 %) (tab. 6).

Diskusia

Spôsob života, tzv. životný štýl, je všeobecne považovaný za rozhodujúci faktor vo vzťahu k zdravotnému stavu. Jeho podiel na celkovom zdravotnom stave sa odhaduje na 50 %.

So zdravotným stavom obyvateľstva je úzko spojená aj ***oblasť výživy*.** Stravovacie zvyky majú korene v kultúre, tradíciách a produkcii potravín. V posledných desaťročiach sa však s rastúcou globalizáciou, otvorenými trhmi, technológiami spracovania potravín a zvýšenou mobilitou tieto historicky odlišné stravovacie návyky zbližujú. V našom prieskume sme chceli vedieť, ako často respondenti jedia teplé jedlo, koľko konzumujú zeleniny a ovocia a aký je ich pitný režim.

Pri porovnávaní konzumácie teplého jedla vo vzťahu k vzdelaniu respondentov sme zistili, že najviac žien s VŠ vzdelaním si dopraje teplé jedlo a to až 74 % žien má teplý obed, 59 % má teplú večeru a 52 % žien má aj teplé raňajky. Najmenej konzumujú teplé jedlo muži so základným vzdelaním – len 22 % má teplé raňajky a 44 % teplé obedy a 38 % teplé večere. Najmenej ovocia (16 %) a zeleniny (9 %) konzumujú muži so základným vzdelaním, najviac ovocia (89 %) a zeleniny (78 %) konzumujú ženy s VŠ vzdelaním. Respondenti hodnotili svoj pitný režim, pri ktorom vypijú aspoň 2 l vody denne. Najviac tento režim dodržiavajú ženy s VŠ vzdelaním (52 %) a najmenej ženy so základným vzdelaním (46 %). Existujúci štandard výživy obyvateľstva je v podstatnej miere ovplyvnený objektívnymi a subjektívnymi faktormi. Každý človek má špecifické požiadavky na výživu, ktoré ak sú realizované, organizmus má normálny vývoj, vytvárajú sa predpoklady pre harmonický vývoj všetkých funkcií, zvyšuje alebo uchováva sa výkonnosť človeka, znižuje sa jeho chorobnosť a zároveň sa predlžuje vek (Vilinová, 2012).

Nezdravé životné spôsoby, ako je ***fajčenie***, prispievajú k vzniku mnohých iných chronických ochorení, preto majú veľký vplyv na kvalitu života. Podľa údajov za rok 1998 patrilo na Slovensku 39 % mužov a 19 % žien do kategórie pravidelných fajčiarov (Determinanty zdravia: Národná správa o ľudskom rozvoji SR 2001-2002). Tento nárast bol jedným z najvýraznejších v Európe. Keďže podiel pravidelných fajčiarov na celkovej populácii je na Slovensku nižší v porovnaní s väčšinou týchto krajín, možno usudzovať, že na Slovensku je vysoký podiel veľmi silných fajčiarov. Podľa niektorých autorov, spotreba tabaku spôsobuje až 30 % rakovinových ochorení. Úmrtnosť na rakovinu priedušnice, priedušiek a pľúc môže slúžiť ako ukazovateľ úmrtí spôsobených fajčením. Štandardizovaná

úmrtnosť na tieto príčiny bola koncom 90. rokov na Slovensku o 50 % vyššia u mužov a o 10 % nižšia u žien ako v EÚ (Determinanty zdravia: Národná správa o ľudskom rozvoji SR 2001-2002).

V našom prieskume sme fajčilo 24 % z celkového počtu respondentov (252), vo vzťahu k vzdelaniu sme respondentov rozdelili, každá skupina potom tvorila 100 % vo svojom vzdelaní. Najviac respondentov, ktorí fajčili boli muži so stredoškolským vzdelaním (44 % vo svojej skupine a 12 % z celkového počtu respondentov), na druhom mieste boli muži so základným vzdelaním (28 % vo svojej skupine a 3,5 % z celkového počtu). Najmenej fajčili ženy s VŠ vzdelaním (7 % vo svojej skupine a 0,08 % z celkového počtu respondentov).

Registrovaná ***spotreba alkoholu*** na Slovensku bola na rovnakej úrovni ako v krajinách EÚ začiatkom 80. rokov. Medzinárodné porovnanie spotreby alkoholu je však problematické najmä kvôli spoľahlivosti údajov, ktoré navyše nezahŕňajú neoficiálnu spotrebu ilegálne dovezeného alebo doma vyrobeného alkoholu. Zatiaľ čo medzi vysokoškolsky vzdelanými respondentmi bolo 12 % takých, čo denne konzumovali pivo, 7 % víno a 2 % destiláty, príslušné údaje pre respondentov so základným vzdelaním boli podstatne vyššie: 35 % denne konzumovalo pivo, 20 % víno a 18 % tvrdý alkohol. Výsledky prieskumu na školách uvádzajú, že 16 % dievčat a 30 % chlapcov konzumuje minimálne raz do týždňa pivo, víno alebo destiláty, čo je spolu s Českou republikou najvyšší podiel spomedzi kandidátskych krajín (Národná správa o ľudskom rozvoji SR 2001-2002).

V našom prieskume najviac alkoholu konzumovali muži so základným vzdelaním a to pivo 75 % vo svojej skupine (a 9,5 % z celkového počtu respondentov), víno 44 % vo svojej skupine (6 % z celkového počtu respondentov) a destiláty 59 % vo svojej skupine (7,5 % z celkového počtu respondentov). Najmenej alkohol konzumoval ženy s VŠ vzdelaním: pivo 4 % vo svojej skupine (0,4 % z celkového počtu respondentov), víno 26 % vo svojej skupine (3 % z celkového počtu respondentov) a destiláty 15 % vo svojej skupine (1,5 % z celkového počtu respondentov).

Pohyb má veľký vplyv na naše zdravie. Chráni nás pred srdcovo-cievnymi ochoreniami (aterosklerózou, srdcovým infarktom, mozgovou mŕtvicou, vysokým krvným tlakom, embóliou), znižuje riziko vzniku rakoviny, znižuje riziko vzniku cukrovky, jee prevenciou aj liečbou obezity, prevenciou osteoporózy a prevenciou mnohých porúch pohybovo-podporného systému. Našich respondentov sme sa pýtali na ich pravidelný pohyb pomocou aktívneho cvičenia vo fitnes centrách. Najviac tejto aktivity nám potvrdili muži s VŠ vzdelaním (33 %) a najmenej ženy so základným vzdelaním (0 %). Pravidelné cvičenia v dĺžke 15-20 minút aspoň 4x za týždeň prevádzajú najviac ženy s VŠ vzdelaním (44 %) a najmenej muži so základným vzdelaním (12 %). Ďalšou aktivitou bol voľný pohyb predstavovaný napr. prechádzkami, alebo dlhšou chôdzou – asi 5 km aspoň 4x za týždeň. V týchto aktivitách boli najlepšie ženy so základným vzdelaním (42 %) a najmenej takto prejdú muži s VŠ vzdelaním (17 %). Ostatný pohyb sme zahrnuli pod pohyb potrebný k

nevyhnutným činnostiam dennej sebaobsluhy, to znamená žiaden rekreačný a oddychový pohyb navyše a najvyššie čísla sme zaznamenali u mužov so základným vzdelaním (47 % vo svojej skupine), nasledovali ženy so základným vzdelaním (42 % vo svojej skupine), 32 % mužov so stredoškolským vzdelaním, 31 % žien so stredoškolským vzdelaním, 17 % mužov s VŠ vzdelaním a 11 % žien s VŠ vzdelaním.

Záver

Zdravie je východiskovým predpokladom existencie a fungovania ostatných hodnôt. Vypestovanie a interiorizácia návykov zdravého životného štýlu predstavuje jednu z určujúcich úloh výchovy k zdraviu nielen v rodine a v škole, ale aj v ďalších participujúcich zložkách spoločnosti. Posun k názoru, že zdravie je predovšetkým záležitosť vlastnej zodpovednosti k životu je zjavný. Zodpovednosť za svoje zdravie je harmonickým doplnkom našej slobody. Za svoj životný štýl zodpovedáme predovšetkým sebe a svojim blízkym.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BENIAK, M., BENIAKOVÁ, J. 2003. Zdravotná výchova. In Vademecum Medici. Martin: Osveta, 2003, s. 67 - 70. ISBN 80-8063-115-8.
2. BRUKKEROVÁ D. 2006. Sociologická analýza starostlivosti o svoje zdravie. In Zborník z 2. medzinárodnej vedeckej konferencie, 24. a 25. november 2006. Deficit starostlivosti o seba a jeho vplyv na zdravie. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita, 2006, s. 88 - 97. ISBN 80-969611-0-1.s. 89.
3. Determinanty zdravia. 2010. [online]. Bratislava : Národná správa o ľudskom rozvoji SR 2001-2002. [cit. 2014-02-14]. Dostupné na internete: http://www.cphr.sk/undp2002sl_09.pdf
4. HEGYI, L., TAKÁČOVÁ, Z., BRUKKEROVÁ, D. 2004. Výchova k zdraviu a podpora zdravia. Bratislava: SZU, Herba, s.r.o., 2004. 149 s. ISBN 80-89171-20-6.
5. KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
6. VILINOVÁ, K. 2012. Zdravotný stav obyvateľstva Slovenska. Nitra: Edícia Prírodovedec č. 495, 2012. 124 s. ISBN 978-80-558-0058-5.
7. WIEGEROVÁ, A. et al. 2000. Na ceste za zdraví. Bratislava: Iuventa, 2000. 64 s. ISBN 80-88893-47-X.

Kontaktná adresa:

doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
E-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

ZANIEDBANIA WOBEC DZIECI DRAMATEM RODZINY

Marta Kowalewska, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków

Streszczenie

Rodzina to grupa bezpośrednio spokrewnionych ze sobą osób, w obrębie której dorośli członkowie przyjmują odpowiedzialność opieki nad dziećmi. Więzy rodzinne to związki ustanowione między osobami przez małżeństwo lub pokrewieństwo (matki, ojcowie, rodzeństwo, potomstwo). Każde dziecko powinno mieć zapewnioną enklawę, w której będzie się czuło bezpiecznie i skąd będzie czerpało swoją energię życiową.

W rodzinach, w których zakłócone są stosunki rodzinne, które z przyjaznych stają się wrogie, dziecko traci poczucie bezpieczeństwa, tak istotne dla rozwoju jego osobowości. Rodzice borykając się z własnymi problemami takimi jak bezrobocie, uzależnienia i obniżenie poczucia własnej wartości, negatywnie zmieniają postępowanie wobec dzieci.

Trudnym jest do uchwycenia moment, w którym zaczyna się w rodzinie problem, który może doprowadzić do zaniedbania względem dzieci. Utrata dziecka, rozumiana jako umieszczenie go w placówce opiekuńczo-wychowawczej lub innej formie pieczy zastępczej bez realnych możliwości powrotu do rodziny, oznaczać powinna porażkę rodziny, porażkę instytucji oraz lokalnego systemu opieki nad dzieckiem i rodziną.

Słowa kluczowe: Dziecko. Rodzina. Alkoholizm. Pomoc rodzinom patologicznym.

Family is a group of related people where the adult members take responsibility in the care of children. Family ties are established relationships between individuals by marriage or kinship (mothers, fathers, siblings, offspring). Every child should be given the enclave, which will feel safe and where they will be nourished his life energy.

The families are disrupted family relationships, which are friendly to hostile, the child loses a sense of security, so essential for the development of his personality. Parents struggling with their own problems such as unemployment , substance abuse and lower self-esteem, a negative change behavior towards children .

The problem is to capture the point where the problem begins in the family that can lead to neglect with respect to children. Losing a child, understood as placing it in the care and educational or other form of foster care with no real possibility of returning to the family, should mean the failure of the family, the failure of institutions and community-based care for the child and family.

Key words: Child. Family. Family. Alcoholism. Help for pathological families.

Wspomnieniem dzieciństwa nie może być głód, cierpienie i samotność. Każde dziecko ma prawo do normalnego życia.

Jesteśmy wszędzie ale jesteśmy bezimienni. Jesteśmy w supermarketach, które dają anonimowość, a nie dają poczucia bezpieczeństwa. Jesteśmy często otoczeni ludźmi, którzy nie są nam pomocni, nie dają poczucia wspólnoty (Bauman Z., 2011).

Założenia wdrażanej w naszym kraju reformy opieki nad dzieckiem i rodziną wynikają z przekonania o istnieniu więzi i współzależności między rodziną, społeczeństwem i państwem. Wyrazem jest włączenie do ustawodawstwa polskiego zasady niesienia pomocy rodzinie przez państwo i społeczeństwo. Zasada ta jest zawarta w encyklice Quadraqessimo Anno papieża Piusa XI z 1931 r i wyraźnie wskazuje, że co jednostka z własnej inicjatywy i własnymi siłami zdziała, tego społeczeństwo nie może zabronić jednostce. Każda akcja społeczna, która ma charakter pomocowy, powinna pomagać członkom organizmu społecznego, a nie niszczyć ich lub wchłaniać (Andrzejewski M.,1999).

Społeczeństwo nie powinno wyręczać i pozbawiać rodziny zadań i funkcji, które sama może i chce wypełniać. Interwencja może nastąpić wyłącznie w sytuacjach wyjątkowo trudnych i konfliktowych, uzasadnionych szczególną koniecznością świadczenia pomocy. Treść zasady pomocniczości, w kontekście działań wspomagających, można sprowadzić za Andrzejewskim do trzech tez tj:

1. społeczeństwo nie powinno pozbawiać osób ani grup niższych tego, co same potrafią uczynić (nie powinni być wyręczani – tzw. zakaz odbierania)
2. w tym czego osoba lub grupa niższa nie jest sobie w stanie poradzić winna dostać wsparcie od społeczeństwa, przy czym winna to być tzw. subsydiowanie, towarzyszenie
3. pomoc powinna trwać jedynie do momentu podjęcia na powrót swych zadań przez osobę, czy grupę niższą, na rzecz której była świadczona (subsydiarna redukcja)

Początek lat 90 przyniósł rzeczywisty wzrost zainteresowania rodziną, także w roli opieki nad dzieckiem. W opozycji do wcześniejszych działań zdominowanych bezwzględną koniecznością ratowania dziecka przed dysfunkcjonalnym środowiskiem wychowawczym, zaczęto uwzględniać rolę rodziców, innych członków rodziny oraz dostępnych sieci społecznych. Przyjęta orientacja prorodzinna wynika z uzasadnienia, że jednostka ludzka, może być zrozumiana i wspomagana jedynie w kontekście bliskich i znaczących systemów ludzkich, których sama jest częścią, spośród których najważniejsza jest rodzina (Stelmaszczuk Z.,1999).

Rodzina to mała grupa społeczna, która poprzez swoje funkcje zaspokaja potrzeby swoich członków. Tyszka definiuje funkcje rodziny jako wyspecjalizowane oraz stałe współdziałania członków rodziny. Wynika to z bardziej lub mniej uświadomionych zadań, podejmowanych w ramach wyznaczonych przez obowiązujące normy i wzory, a prowadzące do określonych efektów głównych i pobocznych (Tyszka Z., 1984).

Funkcjonalna, zdrowa rodzina umożliwia prawidłowy rozwój dzieci. Rodzina taka ma następujące cechy:

1. zabezpiecza przetrwanie i rozwój;
2. zaspokaja potrzeby emocjonalne swoich członków; potrzeby te obejmują znalezienie równowagi pomiędzy autonomią i zależnością oraz nauką zachowań społecznych i seksualnych;
3. zapewnia rozwój i wzrastanie każdego członka, w tym także rodziców;
4. jest miejscem, gdzie rozwija się poczucie własnego "ja";
5. jest podstawową "jednostką socjalizacji" i ma decydujące znaczenie dla przetrwania społeczeństwa.

Wymienione cechy zawierają się w stwierdzeniu, iż rodzina odgrywa podstawową rolę w kształtowaniu zdrowia psychicznego dziecka. Tym samym kondycja rodziny ma zasadnicze znaczenie dla zdrowia psychicznego całego społeczeństwa. Rodzina nie pozostaje w izolacji społecznej, stąd wpływa na mikro- i makrostruktury społeczne. Na zakres i sposób pełnienia funkcji rodziny mają też wpływ zjawiska zewnętrzne. Można wręcz powiedzieć o wzajemnym oddziaływaniu rodziny i świata zewnętrznego.

Rodzina funkcjonuje w określonym układzie społecznym, gospodarczym, kulturowym, obyczajowym, politycznym i prawnym. Wiedza o rodzinie, jej problemach, procesach w niej zachodzących, powinna wpływać na działania podejmowane w celu polepszenia warunków funkcjonowania. Gwałtowne zmiany w życiu ekonomicznym i gospodarczym społeczeństwa ostatnich lat nie pozostają bez wpływu na styl i zachowanie poszczególnych jednostek tworzących społeczeństwo, w tym na podstawową komórkę społeczną, jaką jest rodzina. Pomoc państwa powinna być dokładnie i racjonalnie zaplanowana, oparta na rzetelnej diagnozie potrzeb społecznych, bowiem jak pisze Izdebska nie można lekceważyć, ignorować, a tym bardziej nieumiejętnie zastępować rodziny (Izdebska J., 2000). Pomoc ma tworzyć warunki prawne, ekonomiczne, medyczne i kulturowe, które przy udziale instytucji oświaty, poradnictwa, sądownictwa, policji i pomocy społecznej, pozwolą rodzinie na realizacje jej podstawowych funkcji i potrzeb. Tak postrzegane relacje pomiędzy państwem a rodziną wyraźnie określają charakter pomocy, uwzględniającej oraz respektującej i szanującej autonomię rodzinę.

Pojęcie „opieka” jest terminem wieloznacznym odnoszącym się do różnorodnych działań, stąd też istniejące w literaturze przedmiotu liczne definicje niejednokrotnie zawężają lub znacznie rozszerzają jej zakres. W działalności opiekuńczej, intencjonalnej, podejmowanej świadomie przez osoby i instytucje na rzecz dzieci i młodzieży powinno się akcentować przede wszystkim tworzenie optymalnych warunków ułatwiających im dostęp do dóbr niezbędnych dla istnienia, rozwoju i wychowania (Izdebska J., 2001).

Rozwój społeczny w okresie dzieciństwa, choć determinowany wieloma czynnikami, jest zależy od obecnych w życiu dziecka znaczących osób. Do okresu dorastania są nimi przede wszystkim najbliżsi opiekunowie i nauczyciele. Ich role w zaspokajaniu potrzeb wspomagających prawidłowy rozwój są zróżnicowane. Waga jakości opieki rodzicielskiej, kształtuje podstawowe zręby psychicznego i społecznego funkcjonowania, może decydować o umiejętności wykorzystania, w dorosłym już życiu, wszelkich innych interakcji. Czasem jednak umiejętności samego opiekuna w radzeniu sobie z rzeczywistością ulegają tymczasowemu albo nawet chronicznemu załamaniu. Dziecko dla którego podstawowym kontekstem rozwoju jest rodzina, znajduje się wówczas w wyjątkowo trudnej sytuacji. Usytuowanie instytucji opieki nad rodziną i dzieckiem umożliwia urzeczywistnienie jednego z ważniejszych pryncypiów dziecka, mianowicie prawa dziecka do rodziny. Obowiązujące obecnie akty legislacyjne odnoszą się do pomocniczego charakteru opieki nad rodziną i dzieckiem tj. prymatu rodziny naturalnej i rodzinnych form opieki, podmiotowego traktowania dzieci, ich rodziców, a także uznania samorządów jako wspólnot odpowiedzialnych za realizację procesu opiekuńczego (Andrzejewski M., 2001).

Udzielając pomocy , należy mieć na względzie prawo dziecka do:

1. wychowania w rodzinie, a w przypadku wychowania poza rodziną do zapewnienia mu, zgodnie z jego potrzebami, opieki i wychowania w rodzinnych formach opieki zastępczej,
2. zapewnienia stabilnego środowiska wychowawczego,
3. utrzymywania osobistych kontaktów z członkami rodziny,
4. powrotu do rodziny naturalnej,
5. traktowania w sposób sprzyjający poczuciu godności i wartości osobowej,
6. ochrony przed arbitralną lub bezprawną ingerencją w życie prywatne dziecka,
7. praktyk religijnych zgodnych z wolą rodziców i potrzebami dziecka,
8. kształcenia, rozwoju uzdolnień, zainteresowań i indywidualności oraz zabawy i wypoczynku,
9. pomocy w przygotowaniu do samodzielnego życia w przypadku wychowania poza rodziną naturalną,
10. dostępu do informacji,

11. wyrażania opinii w sprawach, które go dotyczą,
12. ochrony przed poniżającym traktowaniem i karaniem (Ustawa o pomocy…, 2004).

Szczególnej pomocy wymagają rodziny dysfunkcyjne. Członkowie rodziny dysfunkcyjnej nie mogą i nie potrafią zaspokoić swoich indywidualnych potrzeb. Dlatego w takiej rodzinie prawie zawsze istnieje pewien poziom złości i depresji. Członkowie takich rodzin odrzucają postrzeganie własnej osoby dla podtrzymania systemu rodziny. Jest to równoznaczne z odrzuceniem własnej tożsamości. W takich właśnie rodzinach dochodzi do zaniedbań rodzicielskich, których ofiarami są dzieci.

Zaniedbywanie interpretuje się jako długotrwałe niezaspokajanie podstawowych, tak biologicznych, jak i psychicznych potrzeb dziecka. Niewątpliwie jednak najczęstszą przyczyną zaniedbań rodzicielskich jest alkoholizm rodziców. Badania potwierdzają przyjęte założenie, iż nadużywanie alkoholu przez rodziców jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na dezorganizację życia rodzinnego, a w konsekwencji na zaburzenia wychowujących się w tych rodzinach dzieci. Można to ująć w następujących punktach:

1. Stwierdzono, że prawidłowe funkcjonowanie dziecka w szkole związane jest wyraźnie z czynnikami środowiskowymi.
2. Warunki bytowe rodzin z problemem alkoholowym są zazwyczaj złe. Rodziny te mieszkają w przeludnionych mieszkaniach, w których brak jest dla dzieci stałego miejsca do odrabiania lekcji i wypoczynku. Zła jest również sytuacja ekonomiczna rodzin obciążonych uzależnieniem alkoholowym. Dzieci są źle odżywione i źle ubrane.
3. Znamienne jest zróżnicowanie warunków rodzinnych w zależności od choroby alkoholowej obojga lub jednego z rodziców, najgorsze zaś w przypadku alkoholizmu matek.
4. Dzieci alkoholików z reguły osiągają słabe wyniki w nauce, nie są pilne, niestarannie wykonują zadania i polecenia, brak im wytrwałości, mają kłopoty z koncentracją uwagi i zapamiętywaniem. Powoduje to niepowodzenia w szkole, których przyczyny tkwią w: niesystematycznym odrabianiu zadań domowych, częstej absencji i braku aktywności na lekcjach oraz braku podręczników szkolnych. Dzieci te często nie mają w domu odpowiednich warunków do nauki, zatem przychodzą do szkoły nieprzygotowane.
5. Dzieci z rodzin dotkniętych chorobą alkoholową mają świadomość swojej odmienności od reszty klasy, sądzą że nie mają szans na pozytywne osiągnięcia i dlatego tracą chęć do nauki, a szkołę uważają za główne źródło niepowodzeń. Ponadto sami rodzice wykazują małe zainteresowanie sprawami swoich dzieci, a

naukę w szkole traktują marginalnie, co nie wywołuje w dzieciach właściwej motywacji.

6. Dzieci alkoholików izolują się od rówieśników, nie angażują się w sprawy klasy, unikają wystąpień publicznych, sporadycznie pełnią funkcje społeczne.
7. Dzieci te najczęściej nie są lubiane przez klasę, gdyż są kłótliwe, agresywne, nie potrafią się otworzyć. Zdarza się, że klasa odrzuca takie dzieci i odwrotnie. Dlatego zawierają one kontakty z młodzieżą przejawiającą niewłaściwe zachowania.
8. Równie niekorzystnie układają się stosunki dzieci alkoholików z nauczycielami, którzy oceniają je jako egocentryczne, nieposłuszne i mało podporządkowane nakazom.

Zdaniem specjalistów pracujących z dziećmi z rodzin alkoholowych, najlepszym momentem do interwencji jest dzieciństwo, zanim negatywne wzory zachowań utrwalą się i pogłębią się skutki zaniedbań. Lata przedszkolne według psychologów, tworzą fundamenty dorosłej osobowości. Obserwując i analizując cztery obszary: rutynowe czynności codzienne, zachowanie podczas zabawy, przystosowanie emocjonalne, stosunki między rodzicami i dzieckiem można ustalić, czy żyje ono w atmosferze napięcia, wynikającego z uzależnienia od alkoholu któregoś z jego rodziców. Natomiast dzieci w wieku szkolnym mają tak silnie rozwinięty system zaprzeczeń, że nie poruszają kwestii alkoholizmu rodziców, choć stanowi to dla nich bolesny problem.

Proces kształtowania wpływu rodziny alkoholowej na rozwój dziecka zależy w istotnym stopniu od tego jak wcześnie same dzieci zaczynają stykać się z alkoholizmem, czy w rodzinie dochodzi do separacji lub rozwodu, jakie są warunki materialne i sytuacja emocjonalna dziecka oraz jaka jest jego odporność psychiczna.

Zajmując się problemem patologii rodzinnej próbowano bardziej szczegółowo określić braki rodziców zaniedbujących, które nie pozwalają im dobrze funkcjonować w roli rodzicielskiej i stwierdzono, że:

1. Rodzicom zaniedbującym swe dzieci brak wiedzy w dziedzinach:
   - potrzeb dziecka (np. nie wiedzą, że co 3 -4 godziny należy karmić niemowlę),
   - odżywiania,
   - gotowania,
   - wychowywania,
   - udzielania pomocy medycznej,
   - ograniczeń potrzebnych dziecku,
   - emocjonalnej stymulacji i pielęgnacji.
2. Rodzicom zaniedbującym swe dzieci brak osądu w sprawach:
   - dostrzegania kiedy dziecko jest chore,
   - pozostawiania dziecka samego,
   - rozpoznawania, że dziecko nie potrafi się zachowywać jak dorosły,

- wiedzy, że rodzice i dzieci mają do spełnienia odmienne role i nie powinny one być odwracane.

3. Rodzicom zaniedbującym swe dzieci brak motywacji i dlatego:
   - brakuje im energii,
   - czują, że nie mogą najlepiej wychować własne dzieci,
   - są mocno osadzeni w swych stereotypach myślowych i działaniowych, trudno im się zmienić,
   - mają małe pragnienie aby się uczyć,
   - nie mają innych standardów do porównania, bo ich oryginalna rodzina była również zaniedbująca i w związku z tym nie widzą zaniedbania jako czegoś złego

Poszczególni członkowie rodziny mają do spełnienia w niej określone role, z którymi wiążą się określone zachowania. W rodzinie nie ma problemu, gdy każdy z członków zna swoją rolę, wie jak powinien ją pełnić i rzeczywiście tak czyni. Wielu rodziców jednak nie realizuje swoich ról wystarczająco dobrze. Są też liczne rodziny, w których rodzic jest zmuszony pełnić podwójną rolę (ojca i matki), wówczas też nie wszystko do końca jest możliwe do wykonania przez tę jedną osobę. Bywa, że przyczyną narastającej dysfunkcjonalności rodziny jest brak dobrej komunikacji między jej członkami. Często jednak przyczyna tkwi w osobowości opiekuna, szczególnie matki.

Najbardziej powszechne formy zaniedbania dziecka w środowisku rodzinnym to :

- brak kontroli – rodzice lub osoby odpowiedzialne za dziecko nie sprawują nad nim odpowiedniej kontroli
- porzucenie – przez dłuższy czas dzieckiem nikt się nie zajmuje
- głodzenie dziecka niewystarczający lub nieodpowiedni ubiór – dziecko ubrane jest w rzeczy brudne , zniszczone lub też nieodpowiednio do warunków atmosferycznych
- zaniedbanie stanu zdrowia – brak opieki medycznej , należytego leczenia
- zaniedbanie wychowawcze – dziecko nie otrzymuje odpowiednich bodźców do harmonijnego rozwoju
- wykorzystywanie w pracy , np. żebractwo
- prowadzenie w obecności dziecka awantur, libacji
- brak dbałości o higienę dziecka.

Przedstawione powyżej przykłady odnosiły się do zaniedbywania fizycznego.

Istnieje także zaniedbywanie emocjonalne, do form tego zaniedbywania należą:

- odrzucenie – dorosły nie chce uznać potrzeb dziecka, unika i nie akceptuje obecności dziecka
- wyobcowanie – dorosły uniemożliwia dziecku kontakt z jego rówieśnikami, ogranicza dziecku dostęp do normalnych i zwyczajnych doświadczeń społecznych
- zastraszanie – dorosły grozi, straszy, atakuje dziecko werbalnie, tworząc klimat strachu i napięcia.

Osoby słabe i kruche mogą w osobach silnych budzić to, co jest w nich najpiękniejsze i najlepsze. Wzywają do otwarcia serca i umysłu na cierpienia i potrzeby innych, do miłości inteligentnej, a nie czysto uczuciowej. Osoby słabsze prowadzą osoby silne do odkrycia swego człowieczeństwa, porzucenia świata rywalizacji, tak by mogły one oddać swoje siły służbie miłości i pokoju i świadomie przyjąć swoje słabości i pęknięcia, które tak często staramy się ukryć pod osłoną masek (Vanier J., 2002).

Wychodząc naprzeciw potrzebom rodziny, podejmuje się starania, aby stworzyć model racjonalnej i wszechstronnej pomocy, obejmującej swoim zakresem nie tylko sprawy bytowe, ale także prewencję i wsparcie w rozwiązywaniu nawet najbardziej skomplikowanych i złożonych problemów. Istotnie wzrasta dostępność oferowanych przez system pomocy społecznej metod chroniących rodzinę przed skutkami kryzysu i rozpadu. Jednakże konieczne jest dalsze poszukiwanie dobrych i skutecznych praktyk, czego wynikiem stanie się znalezienie rozwiązania najkorzystniejszego dla dziecka, a więc najbardziej zbliżonego do modelu rodziny. Poprzestanie jedynie na prawnym umocowaniu zdecydowanie nie jest wystarczające. Rolą instytucji wspomagających tę podstawową komórkę społeczną powinna być przede wszystkim troska o to, aby rodzina była świadoma własnej tożsamości, stawała się coraz bardziej aktywnym i odpowiedzialnym promotorem swojego rozwoju i uczestnictwa w życiu społecznym. Wynika to ze zrozumienia, że rodzina to początek tego, co w ostatnich latach określa się mianem kapitału społecznego, który jest gwarantem pomyślności wspólnot lokalnych, społecznych, państwowych czy ponadpaństwowych. Stąd można wywodzić sugestie dotyczące przyzwolenia na ingerencję w sprawy rodziny – wszędzie tam, gdzie zagrożony jest ów kapitał społeczny.

Stanowi on nieodłączny element wyposażenia rodziny i jest podstawowym czynnikiem powodującym zmianę rzeczywistości życia codziennego. Przyjmuje się założenie, że ingerencja w sferę życia rodzinnego czynników zewnętrznych jest dopuszczalna w imię takich samych zasad, jak ochrona życia i zdrowia. Konieczna jest troska o optymalne wykorzystanie potencjału sił ludzkich, czy wręcz dbałość o realizację podstawowych funkcji społecznych oraz zasad współżycia społecznego opartych na ogólnych wartościach humanistycznych. Konieczne jest także stawianie pytań o granice tej ingerencji, o przesłanki uzasadniające dokonanie odpowiedniej interwencji i o jej formy. Niemożliwe jest również pominięcie fundamentalnego pytania o podmioty i ich kompetencje kwalifikujące do podejmowania ingerencji w życie rodzinne. Prowadzi to do odpowiedzialności, która nie może być pomijana przy namyśle nad działaniem społecznym skierowanym do środowisk rodzinnych oraz w toku bezpośrednich działań o charakterze interwencyjnym, których adresatami jest rodzina i poszczególni jej członkowie (Żukiewicz A., 2011).

Szczególnie ważne stają się kwestie propozycji instrumentarium uprawniającego do ingerencji w sprawy życia rodzinnego oraz granice, okoliczności (przesłanki) ich stosowania. Konieczne są także poszukiwania dróg tworzenia grupy zawodowej profesjonalistów uprawnionych do stosowania określonych sposobów ingerencji. Kompetencje, umiejętności, zakres wiedzy i odpowiedzialności, a przede wszystkim charakterystyka cech osobowościowych predysponujących do służby społecznej są podstawą działania. Uprawnienia powiązane z niekompetencją, prowadzą w większości przypadków do nadużyć i krzywdy ludzkiej, a spowodowane szkody w wymiarze życia rodzinnego mogą być trudne lub niemal niemożliwe do naprawienia. Stąd stawianie trudnych pytań i usilne poszukiwanie wszechstronnych odpowiedzi zdają się być elementem nieodzownym w procesie przygotowania oraz wdrażania zmian systemowych w obszarach zarówno polityki rodzinnej, jak i innych elementów oraz dziedzin polityki społecznej.

Bibliografia:

1. ANDRZEJEWSKI M., Pomocnicza rola państwa w świetle Konwencji o Prawach dziecka i prawa polskiego, Wydawnictwo Akademickie Żak Warszawa 1999
2. ANDRZEJEWSKI M., Prawne aspekty reformy opieki nad rodziną i dzieckiem, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2001
3. BAUMAN Z.Samotność w tłumie, Wydawnictwo literackie Kraków 2011
4. Izdebska J., Dziecko w rodzinie u progu XXI wieku. Niepokoje i nadzieje. Trans Humana Białystok 2000
5. IZDEBSKA J., Teoretyczne przesłanki wychowania i opieki nad dzieckiem, Białystok 2001
6. STELMASZCZUK Z. Nowe spojrzenie na rodzinę Wydawnictwo Akademickie Żak Warszawa 1999
7. TYSZKA Z.(red.), Rodzina a struktura społeczna Bydgoszcz 1984
8. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 z późniejszymi zmianami Dz. Ustaw nr 64 poz.593 z późniejszymi zmianami
9. VANIER J., Kochać aż do końca. Skandal umywania nóg, Kraków 2002.
10. ŻUKIEWICZ A., Asystent rodzinny nowy zawód i nowa usługa w systemie wspierania rodzin, oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011

Kontaktná adresa:

Marta Kowalewska

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego1

Kraków

ŽÍT SVŮJ VLASTNÍ ŽIVOT

Anna Krátká

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd

Abstrakt

Podle demografických údajů lidská populace stárne a v souvislosti s prodlouženým stářím se zvyšuje také počet lidí s demencí. Péče o seniory se tak stává náročnější, jsou kladeny vyšší požadavky na odbornost ošetřujícího personálu, a to nejen v nemocnicích, ale také v sociálních zařízeních a v domácí péči. Cílem péče je udržet soběstačnost seniorů a kvalitu života v takové míře, aby byli schopni žít plnohodnotný život. Inovativním přístupem v poskytování péče pacientům trpících demencí je uplatňování Psychobiografického modelu podle Erwina Böhma. Dosavadní způsoby poskytování péče byly zaměřeny především na uspokojování biologických potřeb a ošetřovatelské intervence. Ve sdělení poukazujeme na výhody biografického modelu, který umožňuje ošetřujícímu personálu a jeho rodině porozumět klientovi a zvolit adekvátní péči, která vede ke zvýšení kvality života.

Klíčová slova: Rodina. Senior. Demence. Péče. Aktivizace. Autobiografie.

Abstract

According to the demographic data, human population is aging and in the context of longer old age also the number of people with dementia increases. Caring for the elderly is becoming more demanding, higher demands are laid upon the nursing staff expertise, not only in hospitals but also in social institutions and in home care. The goal of the care is to keep seniors´ self-sufficiency and quality of life to such an extent that they are able to live a fully-fledged life. An innovative approach, used in providing care to patients with dementia, is the psychobiographical care model devised by Prof. Erwin Böhm. The hitherto methods of providing care have focused primarily on satisfying biological needs and on nursing interventions. The article highlights the advantages of the psychogiographical care model, which allows the medical staff and the family to understand the client and to choose adequate care resulting in improvement of his/her quality of life.

Key words: Family. Senior. Dementia. Care. Activation. Autobiography.

Úvod

Téměř všechny vyspělé země procházejí v současné době změnou své populační struktury, kterou lze označit jako demografické stárnutí (Nováková, 2011, s. 11). Stáří je součástí života a je přirozené, že člověk přemýšlí o tom jak, s kým a kde by ho chtěl strávit. U mnoha lidí vyvolává stáří většinou negativní pocity a bývá spojováno s nemocemi, samotou, umíráním a smrtí. Proto je vytěsňováno až na samotný okraj vědomí společnosti. Stáří bývá vnímáno jako finanční dluh, zátěž, závazek (Tošnerová, 2002, s. 5). V poslední době se v souvislosti se stářím stále častěji mluví o kvalitě života seniorů, nejen o jeho délce (Venglářová, 2007, s. 11). Délka života se prodlužuje, setkáváme se s velmi starými seniory, nad 85 let a více, kteří i přes svůj vysoký věk žijí plnohodnotný život. Velkou úlohu v těchto otázkách hraje rodina. Nejčastěji se setkáváme s formou *nukleární rodiny* (rodiče a jejich děti), která žije samostatně. Rovněž starý člověk touží setrvat v samostatném způsobu života. Došlo k tzv. automizaci rodiny (každý bydlí ve svém). To ovšem v žádném případě neznamená, že by se mladí a staří neměli rádi (Nováková, 2011, s. 23). Vznikla tzv. *intimita na dálku.* Vřelé vztahy mezi prarodiči a vnuky jsou často velmi pěkné. Pouze soužití více generací je výjimečné (Haškovcová, 2002). Rodina je místo, kde člověk získává ve většině případů pochopení, podporu a pomoc. Ve stáří se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění, člověk se stává zranitelnější, křehčí a hledá ve své rodině „bezpečný přístav". Někdy není senior schopen ani za pomoci svých nejbližších vést plnohodnotný život nebo žije osaměle a nemůže s pomocí rodiny z různých důvodů počítat. V takových případech se pozornost všech zúčastněných soustředí na řešení situace. Někdy využijí služeb domácí péče, charity, jindy nezbývá nic jiného, než zvážit umístění seniora do sociálního zařízení. „*Ideální by bylo, pokud by si mohl senior nebo jeho rodina vybrat z pestré nabídky zařízení různého zaměření"* (Venglářová, 2007, s. 90). Realita však může být jiná. Často jsou dlouhé čekací doby, situace se stává pro všechny neúnosnou a přesto, že zařízení, které může seniora přijat, se zcela neslučuje s představou rodinných příslušníků, rozhodnou se nabídky využít. V ideálním případě se může tato volba ukázat jako správná. O tatínka, maminku je postaráno, má všechno, co potřebuje, rodinní příslušníci jsou spokojení. Je ale spokojený i senior? Jaká je jeho představa o „podzimu života"?

Metodika

Následný text pojednává o inovativním přístupu v péči o seniory s demencí, a to s využitím autobiografie. Jedná se o příspěvek spíše diskusního charakteru, jehož cílem je poukázat na výhody a možnosti aplikace autobiografického modelu péče do praxe tak, aby přinesl maximální profit seniorovi.

Vlastní text

Pokud je to možné, senior by měl co nejdéle zůstat v původním – domácím prostředí, aby mohl být v kontaktu s ostatními členy rodiny a nebyl izolován nebo společensky segregován (Weber et al., 2000). V případě, že to není možné a je umístěn do institucionální péče, jeho způsob života se zásadně změní. Častým důvodem k umístění starého člověka do zdravotně sociálního zařízení bývá demence. Demence začíná zapomnětlivostí. Pro nemocné demencí vyžaduje nesmírné úsilí vykonávat práce, kdy je třeba si zapamatovat pořadí úkonů, jako je např. vaření nebo oprava kola. Nevyhnutelně dochází k chybám, které u nemocného způsobují frustraci, sklíčenost a nedůvěru v sebe sama. O demenci můžeme mluvit tehdy, až když je mozková porucha tak velká, že člověk není schopen zvládat situace bez pomoci a podpory druhých (Buijssen, 2005, s. 44). Ve chvíli, kdy je člověk přijat do domova pro seniory, dostává se do role uživatele sociálních služeb, často se stává závislým na pomoci zdravotnických a sociálních pracovníků. Jak demence postupuje, je pro pacienta stále těžší myslet na to, kdo je a co dělá (Buijssen, 2005, s. 51). Právem očekává od ošetřujícího personálu oporu a pomoc v orientaci. Nejdůležitějším východiskem pro adekvátní péči o seniorova s demencí (nejen) je práce s jeho autobiografií, která by měla být součástí ošetřovatelské anamnézy. Znalost autobiografie klienta pomáhá ošetřujícímu personálu pochopit jeho vnitřní svět a doprovodit ho až na konec života. Pro uplatnění autobiografické péče je nutná znalost Psychobiografického modelu péče podle prof. Erwina Böhma (Friedlová, 2012, s. 59).

Psychobiografický model Erwina Böhma, který je rozšířený především v německy mluvících zemích, ve vhodný pro pacienty trpící demencí nebo jinou poruchou komunikace či orientace. Tento model podporuje porozumění mezi dvěma generacemi, mezi pečovateli a příjemci péče. V praxi se mění způsob myšlení personálu, ale i rodiny, jak porozumět klientovi a jakým způsobem mu poskytnout odpovídající péči. Böhm se ve svém modelu zaměřuje na člověka a jeho změněnou psychiku. Při používání psychobiografického modelu v praxi, je nucen poskytovatel péče stále přemýšlet a hledat způsoby, jak maximálně podpořit klienta v jeho soběstačnosti, a to s využitím známých věcí, jeho zvyků a rituálů. Podstatou je respekt k celoživotním zvyklostem seniora.

Hlavním cílem ošetřovatelské péče podle Böhma je ***"znovuožívení duše"*** starého člověka, kterou popisuje jako lidskou energii duše "elen vital", prapůvodního zdroje pro veškeré konání člověka a životní motivaci. Podle autora je veškerá další péče sekundární, protože pokud člověk nemá motiv proč žít (nemá "elen vital"), nemá chuť cokoliv dělat a dochází k deficitu sebepéče. Dalším cílem je také podpořit profesní zájem poskytovatelů péče a zvýšit jejich odbornost. V nabídce celoživotního vzdělávání jsou kurzy zaměřené na

aktivizaci seniorů s využitím biografie, této problematice se věnuje PhDr. Eva Procházková (Úloha ošetřovatelství a její metody, © 2014).

Role sestry se v posledních letech hodně změnila a s podporou legislativy ji uschopňuje k samostatnému poskytování péče, nejen k plnění ordinací lékaře. Sestra může do plánu ošetřovatelské péče zahrnout nejen prvky bazální stimulace, ale také práci s autobiografií seniora. Takto pojatá péče podporuje u seniora jeho soběstačnost a schopnost co nejdéle rozhodovat o vlastních záležitostech. Jedná se o **důstojnou a humánní péči**, která nepochybně zvyšuje kvalitu života jedince. Kritériem posuzování kvality poskytované péče musí být sám senior, jeho spokojenost (Jarošová, 2006, s. 33).

Jak sestavit autobiografii klienta? Zpracování anamnézy klienta vyžaduje profesionální znalosti a dovednosti, především komunikační. Zdrojem informací mohou být i členové rodiny. V každém případě je nutný velmi citlivý přístup, protože vzpomínky mohou vyvolat u seniora nejen pozitivní, ale i negativní emoce.

Autobiografie má několik částí, obvykle se zaznamenává do biografického listu klienta. Úvodní část obsahuje identifikační údaje klienta (jméno, příjmení, místo narození, jméno otce, matky, případně jejich povolání). Dále je autobiografie členěna na část ***dětství, mládí, dospělost a stáří***. Část *dětství* obsahuje obvykle údaje o sourozencích, kamarádech, oblíbených hračkách, jídlech, povinnostech doma, vztahu ke škole apod. *Mládí* je zaměřeno na volbu povolání, na vzory, povinnosti, první lásku, *dospělost* obsahuje údaje o práci, manželství, dětech, zdravotních problémech, co se povedlo/nepovedlo. V části *stáří* se ptáme seniora na odchod do důchodu, jak se změnil život, jeho nové povinnosti, role, plány, zvláštnosti, obtíže spojené se zdravotním stavem, bilancování - nejšťastnější/nejobtížnější období, loučení apod.

Současné ošetřovatelství od sester vyžaduje holistický přístup ke klientovi, což mimo jiné znamená schopnost přemýšlet, hledat vztahy a souvislosti, aktivně vyhledávat a hodnotit potřeby seniora. Podle Ciché (Cichá, Fremlová, Krátká, 2008, s. 9) by samozřejmostí měla být přísně individualizovaná péče. Sestry někdy mají sklon pracovat podle zaběhaných schémat, jakýchsi obvyklých algoritmů, jako kdyby každý nemocný/klient vyžadoval totéž.

Dobře zpracovaná autobiografie by tedy měla být pro sestru významným pomocníkem při sestavování plánu ošetřovatelské péče u seniora. Autobiografie napomáhá i komunikaci mezi pracovníkem poskytujícím péči a klientem, a to především díky "odkrytým tématům", která skýtají podněty pro iniciaci zájmu seniora podílet se aktivně na komunikaci.

Za nejvýznamnější podmínky pozitivně ovlivňující kvalitu života každého seniora je považována jeho autonomie. Tím je myšlena schopnost rozhodovat sám o sobě a možnost žít normální život, na který byl senior zvyklý. Měly by být respektovány jeho hygienické a stravovací zvyklosti, rituály, spirituální potřeby, schopnosti smyslové a pohybové. Klient by

měl rozhodovat o tom, co si obleče a jak bude trávit svůj volný čas. Nabízené aktivity by měly být koncipovány na základě biografie klienta, nikoli podle terapeuta. Starý člověk by neměl být přesvědčován k aktivitám, které mu "nic neříkají" nebo ho dokonce obtěžují. Součástí autonomie člověka je také prostředí, ve kterém člověk žije. Pokud je senior umístěný do zařízení sociálních služeb, nabízí se otázka, co si s sebou může přinést. Kdo o tom rozhoduje? Jaké jsou možnosti zařízení? Bude mít senior k dispozici samostatný pokoj?

Nesmíme zapomínat na rodinu. Senior musí cítit, že je stále její součástí, a to bez ohledu, kde se nachází. Samozřejmé by měly být návštěvy nejen dětí, ale i vnuků a pravnuků, společné oslavy narozenin, svátků. Biografie může pomoci i nejbližším členům rodiny k pochopení jeho potřeb, tužeb a přání. Důležitým pojítkem mezi životem "dříve" a "nyní" může být i drobnost - hrníček z domova, obraz, často používané věci, oblíbené jídlo, známá vůně nebo větvička ze stromu před domem, kde dříve bydlel. Ne vždy si s sebou do zařízení může senior vzít své oblíbené křeslo nebo jinou část nábytku, ale ve spolupráci rodiny a zdravotnického personálu lze vybavit pokoj známými bytovými doplňky nebo upravit pro seniora koutek se symboly, ke kterým má úzký vztah. Senior musí mít pocit, že je doma a pokud se upraví i režim dne podle zvyklostí a rituálů z domova, zvýší to jeho pocit jistoty a bezpečí.

Závěr

Legislativně má pacient nárok na péči, která vychází ze současných vědeckých poznatků, proto v dnešní době nestačí pouze uspokojovat jeho biologické potřeby a plnit ordinace lékaře. Péče by měla být založená na vztahu, nejen na výkonu intervencí. Toto si uvědomuje stále více profesionálů, například i zaměstnanci obecně prospěšné společnosti Dotek, o. p. s. Vizovice. Společnost poskytuje klientům péči, která odpovídá současným moderním trendům. Členové multidisciplinárního týmu absolvovali certifikované kurzy a ve své praxi používají koncept Bazální stimulace, Reminiscenční terapii a Aktivizaci seniorů na základě psychobiografie (Dotek, o. p. s. © 2014). Není pochyb o tom, že tento způsob péče respektuje důstojnost jedince a klient je vnímán především jako člověk, který má svou minulost, přítomnost, ale i jistou představu o budoucnosti. Tento inovující přístup zvyšuje kvalitu života, ale především umožňuje seniorům ***žít jejich vlastní život***.

Seznam bibliografických odkazů

1. BUIJSSEN, H. 2006. *Demence : průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2006, 132 s. ISBN 80-7367-081-X.
2. CICHÁ, M., FREMLOVÁ, H., KRÁTKÁ, A. 2008. Integrující přístupy v medicíně, ošetřovatelství a porodní asistenci - realita všedního dne nebo zbožné přání? In

Integrující přístupy k prevenci a péči o zdraví. Ed. M. Karafiátová. Zlín : UTB, © 2008, s. 5-11. ISBN 978 - 80 - 7318 - 778 - 1.

3. FRIEDLOVÁ, K. 2012. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii. In *Sestra,* 2012, č. 9, s. 58-59.
4. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha : Galén, 2002. 271s. ISBN 80-7262-132-7.
5. NOVÁKOVÁ, H. 2011. *Informovanost rodin pečujících o seniora v domácím prostředí o možnostech využívání sociálně zdravotních služeb*. Bakalářská práce. Zlín : UTB, 2011. TOŠNEROVÁ, T. 2002. *Ageismus : průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha : Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
6. VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory.* Praha : Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
7. WEBER, P. et al. 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
8. Úloha ošetřovatelství a její metody. © 20014 [cit. 2014-03-07]. Dostupné z: http://ebin.cz/texty/uloha-osetrovatelstvi/.
9. Dotek, o. p. s. © 2014. [cit. 2014-03-07]. Dostupné z: http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/.

Kontaktní adresa:
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Nám. T. G. Masaryka 5555
760 01 Zlín
Tel.: +420 725 508 554
e-mail: kratka@fhs.utb.cz

KOMUNIKOWANIE JAKO ELEMENT WSPARCIA PSYCHICZNEGO W PRAKTYCE PIELĘGNIARSKIEJ

Grażyna Wiraszka, Renata Stępień, Kazimiera Zdziebło

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Streszczenie

Komunikowanie to zjawisko powszechnie towarzyszące ludziom, stanowi fundamentalny aspekt natury ludzkiej. Jest procesem wymiany informacji i niesie ze sobą określone skutki.

Cel i metodyka: Celem pracy była analiza procesu komunikacji w relacji pielęgniarka – pacjent i ukazanie jej znaczenia jako skutecznej metody udzielania wsparcia psychicznego chorym i niepełnosprawnym. Zastosowaną metodą badawczą była analiza piśmiennictwa naukowego.

Wnioski: Umiejętność efektywnego i skutecznego komunikowania jest podstawą profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i troski o pacjenta. Pozwala na wymianę informacji oraz poznanie chorego. Stanowi również ważne narzędzie w udzielaniu wsparcia psychicznego w relacjach pielęgniarka – pacjent, zapewniając choremu poczucie bezpieczeństwa i spokojnego środowiska.

Słowa kluczowe: Komunikacja. Praktyka pielęgniarska. Wsparcie.

Abstract

The communication and mental support in nursing practice

Communicating this phenomenon commonly associated with people, is a fundamental aspect of human nature. Is the process of exchange of information and brings with it certain effects.

Aim and methods: The aim of the work was an analysis of the communication process in the relationship the nurse-patient and showing its importance as an effective method of providing mental support to the sick and disabled. The method used was the scientific literature analysis of research.

Conlusions: Ability to efficient and effective communication is the foundation of professional nursing care and concern for the patient. Allows for the exchange of information

and knowledge. It is also an important tool in providing mental support in nurse-patient, giving patients a sense of security and a peaceful environment.

Key words: Communication. Nursing practice. Suport.

Wprowadzenie

Komunikowanie to zjawisko powszechnie towarzyszące ludziom, stanowi fundamentalny aspekt natury ludzkiej [Kojs, 2000, s. 7]. Określane jest jako „proces pozwalający na przekazywanie i otrzymywanie informacji - wymianę informacji [Zimbardo i wsp., 1997, s.139]. Określane jest również jako „proces porozumiewania się jednostek, grup lub instytucji. Jego celem jest wymiana myśli, dzielenie się wiedzą, informacjami, ideami, a proces ten odbywa się na różnych poziomach przy użyciu zróżnicowanych środków i wywołuje określone skutki" [Dobek – Ostrowska, 2004, s. 11]. Satir wskazuje na komunikowanie jako na najważniejszy czynnik, który określa jakiego rodzaju relacje nawiążemy z innymi i co przeżyjemy w swoim otoczeniu [za Waller, 2001, s. 131]. Komunikowanie stanowi więc bazę i źródło związków oraz relacji międzyludzkich. Bez możliwości komunikowania się człowiek skazany byłby na samotność i wyobcowanie. Dzięki sprawnemu komunikowaniu osiągamy wzajemne zrozumienie, uczymy się wyrażać siebie, dowiadujemy się jak spostrzegani jesteśmy przez otoczenie oraz wiemy co myślą i czują inni. Ponadto używając różnych form komunikowania oddziałujemy na siebie, swoje zachowania i emocje [Wilczek-Rużyczka, 2007, s.1-3; Kojs 2000, s.7; Andrzejczak i wsp., 2014, on-line; Posłuszna, 2011, s. 91].

Cel pracy i metodyka

Celem pracy była analiza procesu komunikacji w relacji pielęgniarka – pacjent i ukazanie jej znaczenia jako skutecznej metody udzielania wsparcia psychicznego chorym i niepełnosprawnym. Zastosowaną metodą badawczą była analiza piśmiennictwa naukowego.

Uwarunkowania efektywnego komunikowania się w praktyce pielęgniarskiej

Komunikowanie w pracy pielęgniarki odbywa się na dwóch płaszczyznach - komunikowanie z członkami zespołu terapeutyczno-opiekuńczego oraz komunikowanie w relacjach pielęgniarka – pacjent. Proces komunikowania pielęgniarski w relacjach z pacjentem jak też zespołem opiekuńczo-terapeutycznym przebiega wg znanych schematów i struktur, w którym wyróżnia się kilka składników. Podstawą komunikacji są uczestnicy czyli nadawca i odbiorca komunikatu. Komunikat przekazywany jest przez kanał

przekazu, w którym główną rolę odgrywa mowa i słuch, ale istotny jest również kanał wzrokowy czy dotyk. Reakcja odbiorcy na komunikat określana jest jako sprzężenie zwrotne. Proces komunikacji przebiega zawsze w określonych warunkach. Kontekst obejmuje zarówno warunki fizyczne, jak też historyczne, psychologiczne czy kulturowe. Składnikiem niepożądanym procesu komunikacji są szumy, czyli zakłócenia. Mogą to być szumy zewnętrzne - warunki fizyczne otoczenia, szumy wewnętrzne - związane z osobą oraz zakłócenia semantyczne – nieprawidłowe znaczenia słów [Wilczek-Rużyczka, 2007, s. 4-6].

Komunikacja odbywa się na różnych poziomach. D. McQuail wyróżnia 5 poziomów komunikacji - intrapersonalny, interpersonalny, grupowy i międzygrupowy oraz instytucjonalny i masowy [Wilczek-Rużyczka, 2007, s. 7]. W opiece nad drugim człowiekiem, szczególną rolę odgrywa komunikowanie intrapersonalne i interpersonalne [Posłuszna, 2011, s.94]. Komunikowanie interpersonalne rozumiane jest jako proces przekazywania i odbierania informacji między dwiema osobami lub miedzy małą grupa osób, wywołujący określone skutki [Głodowski, 2006, s. 24]. Natomiast komunikowanie intrapersonalne określane jest jako komunikowanie z samym sobą, zachodzi w umyśle jednostki i polega na opracowaniu przekazu, który chce ona nadać a także dotyczy osobistych przemyśleń jednostki, jej miejsca w społecznym świecie, przeżyć, emocji [Posłuszna, 2011, s. 94].

W procesie komunikowania pielęgniarka stosuje formy komunikowania werbalnego i niewerbalnego Komunikowanie werbalne, czyli słowne porozumiewanie się związane jest głównie z komunikatami informacyjnymi, poleceniami, nakazami, zakazami, stwierdzeniami, czy pytaniami. Komunikowanie niewerbalne określane jest natomiast jako mowa ciała czy mowa ukryta i mimo, że mowa ludzka jest najdoskonalszym narzędziem przekazu, to odgrywa ona w procesie komunikacji ważną rolę. Pozwala na przekazywanie emocji i nastroju, zastępowanie mowy, poparcie wokalizacji oraz uzyskiwanie informacji zwrotnych Znaczącą rolę w przekazach niewerbalnych odgrywają zmysły pozasłuchowe, a szczególnie informacje wzrokowe - wyraz twarzy i oczu, brwi, ust, a także dotyk. Ekspresja niewerbalna obejmuje gesty, pozycję ciała, wykonywane w czasie rozmowy ruchy, kontakt wzrokowy. Obejmuje również pojęcie dystansu i przestrzennych relacji pomiędzy komunikującymi się osobami. Granica taka jest wyznaczana indywidualnie i uzależniona od stopnia zażyłości, wzajemnego zainteresowania, poczucia bezpieczeństwa czy zagrożenia w czyjejś obecności. Ekspresja niewerbalna to również głosowe lecz niewerbalne aspekty porozumiewania się - wysokość i natężenie głosu, tempo mówienia, barwę i modulację głosu, a także śmiech czy krzyk [Ślusarska i wsp., 2004, s. 225; Miosga, 2005, s. 12-13; Posłuszna, 2011, s. 93].

Komunikowanie się z człowiekiem chorym, poddanym różnego rodzaju metodom terapeutycznym, wymagającym opieki, jest specyficzną relację interpersonalną.

Modyfikowane jest ona przez kilka czynników, związanych z pacjentem oraz pielęgniarką. W przypadku pacjenta jest to sytuacja życiowa w jakiej się znalazł, sytuacja społeczna i rodzinna; problemy związane ze zdrowiem - cechy choroby, jej subiektywny obraz wytworzony przez chorego, trudności w codziennym funkcjonowaniu wynikające z choroby i zastosowanej terapii oraz cechy indywidualne - osobowość chorego, mechanizmy obronne i adaptacyjne oraz style radzenia sobie ze stresem. Istotnymi czynnikami związanymi z pielęgniarką są postawy i umiejętność tworzenia odpowiednich warunków psychologicznych (tzw. atmosfery terapeutycznej), w której podopieczny czuje się bezpiecznie; predyspozycje osobowościowe ze strony pielęgniarki - wrażliwość, empatia, autentyczność, prawdomówność i szczerość, elastyczność w zachowaniu; łatwość w komunikowaniu się a także wiedza i kompetencje w zakresie poprawnego, skutecznego i pozbawionego błędów komunikowania [Wilczek-Rużyczka, 2007, s. 19; Motyka, 2006, s. 21; Lin i wsp. 2008, s. 144].

Podczas komunikowania się z pacjentem ważne jest przestrzeganie zasad warunkujących jej skuteczność. Należy do nich zasada podmiotowego traktowanie podopiecznego. Ważną zasada jest stosowanie partnerskiego stylu komunikowania się, w którym uznajemy wzajemną ważność swoich problemów, poglądów, bez podporządkowania się jednej ze stron. Zasada otwartości w komunikowaniu polega na wyrażaniu własnych opinii, uczciwym odpowiadaniu na pytania, zgodności informacji werbalnych i niewerbalnych oraz prezentowaniu otwartej postawy ciała. Komunikowanie się z pacjentem powinno mieć charakter procesu dwukierunkowego, w którym następuje zmiana roli z nadawcy na odbiorcę i odwrotnie. Pielęgniarka powinna kierować się również zasadą empatii wyrażającą się chęcią zrozumienia myśli i odczuć pacjenta poprzez wczuwanie się w jego rolę. Wśród zasad poprawnej komunikacji wymienia się również zasadę kompetentnego informowania, zasadę obserwowania elementów komunikacji niewerbalnej, zasadę aktywnego słuchania i utrzymania kontaktu wzrokowego a także stosowania werbalnych i niewerbalnych form komunikowania i zachowania dystansu fizycznego [Ślusarska i wsp., 2004, s. 230-35].

Znaczenie komunikowania terapeutycznego w relacjach pielęgniarka – pacjent

Odwoływanie się w kontakcie z chorym do zasad komunikowania terapeutycznego jest podstawą nowoczesnego i profesjonalnego pielęgnowania. Komunikowanie terapeutyczne rozumiane jest świadome wykorzystywanie właściwie dobranych komunikatów werbalnych i niewerbalnych, aby dzięki nim wpłynąć na zachowanie i emocje podmiotu opieki. Łączy się ono najczęściej ze wsparciem psychicznym i oznacza proces wywierający pozytywny wpływ na podmiot opieki. Wiąże się ze stosowaniem w praktyce zachowań

terapeutycznych, czyli takich, które mają nie tylko zapobiegać skutkom błędów jatropatogennych, ale zawierają także element leczniczy. Komunikowanie terapeutyczne daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i spokojnego środowiska a także pomaga w ulepszaniu kontaktów z innymi ludźmi i zmniejszeniu dystansu między podopiecznym i otoczeniem. Pomaga w adaptacji do sytuacji życiowej, gdy zmiana jest niemożliwa. Zastosowanie odpowiednich technik pozwala również na porządkowanie emocji, myśli i postrzegania oraz korektę rzeczywistości i obrazu siebie [Bilikiewicz 2004, s. 135-41; Wilczek-Rużyczka, 2007, s. 19-33].

W przebiegu relacji terapeutycznej wyróżnia się 4 fazy kontaktu terapeutycznego. W każdej z tych faz w relacjach z pacjentem stosuje się różne zachowania terapeutyczne (techniki), służące uzyskaniu określonego efektu [Wilczek-Rużyczka, 2007, s. 55]. Fazy kontaktu terapeutycznego oraz możliwe do zastosowania techniki przedstawia tabela 1 i 2.

Tabela 1. *Fazy relacji terapeutycznej*

Faza	Cele relacji terapeutycznej
I. Zapoczątkowująca komunikowanie	Osoba pomagająca dostrzega pacjenta, zauważa zmiany w jego wyglądzie, zwraca uwagę na jego sposób zachowania, nawiązuje z nim rozmowę, oferuje mu swój czas.
II. Podtrzymująca komunikowanie	Osoba pomagająca stara się przekazać pacjentowi, że jest akceptowany oraz stosując odpowiednie techniki stara się ten kontakt podtrzymywać i kontynuować. Faza ta pozwala pacjentowi na zrozumienie tego, co powiedział, refleksję, podejmowanie interesujących tematów.
III. Porządkująca komunikowanie	Osoba pomagająca stara się wyjaśnić niezrozumiałe np. myśli, nadać im jasny sens, porządkować zdarzenia i wysuwać główne wątki eliminując nieistotne szczegóły
IV. Pogłębiająca komunikowanie	Osoba pomagająca stara się zachęcić pacjenta do opisu swoich przeżyć, oraz przybliżyć mu rzeczywistość wskazując alternatywną możliwość jej spostrzegania

Źródło: Wilczek-Rużyczka, 2007, s.55

Z pośród technik komunikowania terapeutycznego, którymi swobodnie powinna posługiwać się każda pielęgniarka w relacji interpersonalnej z pacjentem, niezależnie od dyscypliny i specyfiki pielęgniarstwa, na szczególną uwagę zasługują takie techniki jak:

1. Dostrzeganie podopiecznego i spostrzeganie u niego zmian
2. Oferowanie swojej obecności i czasu
3. Akceptacja

4. Milczenie terapeutyczne
5. Umożliwienie szerokiego otwarcia
6. Urealnianie i słowne wyrażanie wątpliwości.

Tabela 2. *Techniki stosowane w poszczególnych fazach relacji terapeutycznej*

Etap relacji	Techniki komunikowania
Faza I	1) Dostrzeganie pacjenta i spostrzeganie u niego zmian, 2) Oferowanie siebie
Faza II	1) Akceptacja, 2) Poświadczenie, 3) Odzwierciedlenie, 4) Informowanie, 5) Milczenie terapeutyczne, 6) Umożliwienie szerokiego otwarcia, 7) Zachęcanie do kontynuowania
Faza III	1) Poszukiwanie zgodnej oceny, 2) Porządkowanie zdarzeń w czasie lub wedle ich skutków, 3) Klaryfikowanie, 4) Podsumowanie
Faza IV	1) Przekazywanie obserwacji, 2) Zachęcanie do opisu przeżyć, 3) Eksploracja, 4) Modelowanie, 5) Zachowania konfrontujące z rzeczywistością (Urealnienie, Słowne wyrażanie wątpliwości, Poszukiwanie źródeł emocji), 6) Zachowania przygotowujące postawy do dalszej terapii

Źródło: Bilikiewicz 2004, s.135-41; Wilczek-Rużyczka, 2007, s.26-33, 55.

Dostrzeganie podopiecznego i spostrzeganie u niego zmian należy do technik podstawowych. Istotą techniki jest właściwe, czyli nacechowane szacunkiem zwracanie się do pacjenta oraz dostrzeganie w zachowaniu i wyglądzie podopiecznego korzystnych zmian. Zwroty jakimi pielęgniarka może się posłużyć w tej technice zależne są od sytuacji, np. „cieszę się, że jest pan dzisiaj ogolony", lub „jaką ładną ma pani dzisiaj fryzurę" [Stuart 2006, s. 209-219; Wilczek-Rużyczka, 2007, s. 26-33; Bilikiewicz 2004, s. 135-41]. Stosowanie tej techniki w kontakcie z chorym będzie sprzyjało tworzeniu terapeutycznej atmosfery, w której pacjent w obecności pielęgniarki będzie czuł się bezpiecznie. Pozwoli na umocnienie przekonania pacjenta, że jest traktowany indywidualnie, że jest rozumiany i akceptowany. Może również wzmacniać poczucie wartości chorego oraz sprzyjać tworzeniu pozytywnego obrazu siebie. W niektórych sytuacjach - zwłaszcza osób zamkniętych w sobie, skoncentrowanych na własnych przeżyciach technika ta będzie wzmacniała zainteresowanie światem zewnętrznym podopiecznego.

Oferowanie swojej obecności polega na znalezieniu dla chorego czasu. Pielęgniarka w kontakcie z podopiecznym daje mu poczucie zainteresowania jego osobą, poświęcając mu czas i uwagę na omawianie jego problemów oraz unikając w kontakcie z nim pośpiechu. Pacjent powinien odczuć, że jest zawsze mile widziany, a osoba pomagająca jest dostępna

w każdym momencie. Warto jest zaproponować dla chorego wygodne miejsce do siedzenia, stworzyć atmosferę ciepła i zachęcić do rozmowy. Jeżeli jest to możliwe, pielęgniarka powinna odłożyć inne zadania i skoncentrować uwagę na pacjencie i jego problemach. Gotowość do oferowania swojej obecności pielęgniarka może wyrażać następującymi zwrotami „posiedzę przy pani chwilę" czy „może poczytać pani gazetę" [Stuart 2006, s. 209-219; Wilczek-Rużyczka, 2007, s. 26-33; Bilikiewicz 2004, s. 135-41]. Stosowanie tej techniki buduje poczucie bezpieczeństwa u podopiecznego, redukuje napięcie i stres, daje poczucie zrozumienia i akceptacji, pomaga choremu w ulepszaniu kontaktów z innymi ludźmi i zmniejszeniu dystansu między podopiecznym i otoczeniem. Umacnia także przekonanie pacjenta, że jest traktowany przez pielęgniarkę indywidualnie.

Akceptacja wyraża się w uważnym słuchaniu pacjenta, nie przerywaniu jego wypowiedzi oraz przekazywaniu choremu komunikatów dotyczących rozumienia jego problemów czy dolegliwości w sposób werbalny i niewerbalny - skinienie głowy, wyraz twarzy, pochylenie ciała w stronę pacjenta, ton głosu, czy potwierdzenie werbalne wypowiedzi, np. „rozumiem pana zaniepokojenie". Należy pamiętać, że pomiędzy tymi komunikatami nie powinny istnieć sprzeczności, komunikaty te powinny się uzupełniać [Dibbelt i wsp., 2009, s. 328-35; Bilikiewicz 2004, s. 135-41]. Akceptacja nie oznacza aprobaty dla wypowiadanych treści, ale ma świadczyć o zrozumieniu stanowiska chorego wobec problemu oraz prawie pacjenta do wypowiedzenia się. Stosowanie tej techniki pozwoli na nieskrępowane wyrażanie uczuć i myśli przez pacjenta oraz redukcję napięcia i stresu. Może przyczynić się również do wzmocnienia poczucia zainteresowania jego osobą, poczucia bezpieczeństwa, zrozumienia i akceptacji oraz indywidualnego traktowania. Ponadto redukuje napięcie i stres.

Milczenie terapeutyczne bywa oceniane jako bariera w relacjach. Jednak umiejętnie użyte jest ważnym instrumentem w komunikacji, pozwalającym choremu na spokojne i swobodne wypowiedzenie się. Milczenie w znaczeniu terapeutycznym musi być akceptujące, czyli oczekujące, przychylne, oznaczające zainteresowanie. Poprzez stosowanie właściwych komunikatów, np. za pomocą mimiki, gestów, życzliwego uśmiechu, sposobu patrzenia czy przyjętej pozycji, powinno pacjentowi uświadamiać, że czekamy na jego dalsze słowa. Nie powinniśmy traktować milczenia jako stratę czasu, okazywać pacjentowi zniecierpliwienia, czy kończyć za niego wypowiedź [Dibbelt i wsp., 2009, s. 328-35; Bilikiewicz 2004, s. 135-41; Wilczek-Rużyczka, 2007, s. 26-33]. Technika ta zmniejsza tempo rozmowy, eliminuje wrażenie pośpiechu i daje sposobność przemyślenia przez pacjenta kolejnych informacji. Wpływa również pozytywnie na stan uczuciowy pacjenta i daje możliwość swobodnego wypowiedzenia się. Ponadto pomaga w porządkowaniu emocji, myśli i postrzegania.

Umożliwienie szerokiego otwarcia stanowi dla pacjenta zachętę do poruszania interesujących go tematów. Technika polega na przekazaniu w ręce pacjenta inicjatywy do wypowiedzenia się i otwarcia. W tym celu można zastosować zwrot typu „A może jest coś, co pana szczególnie interesuje, o czym lubi pan mówić?". Zachęta ta musi być wzmocniona życzliwością osoby pomagającej. Zastosowanie tej techniki w relacji pielęgniarka – pacjent daje możliwość i zachęca do swobodnego wypowiedzenia się i otwarcia oraz ułatwia wyrażanie emocji. Może również pomóc choremu w optymalizowaniu kontaktów z innymi ludźmi i zmniejszeniu dystansu [Dibbelt i wsp., 2009, s. 328-35; Bilikiewicz 2004, s. 135-41; Wilczek-Rużyczka, 2007, s. 26-33].

Technika urealnienia należy do technik konfrontujących z rzeczywistością. Polega na przybliżeniu podopiecznemu rzeczywistości poprzez wyrażenie przez osobę pomagającą swojego zdania na temat określanych faktów czy sytuacji. Technika ta sygnalizuje odmienność widzenia zjawisk interpretowanych nieprawidłowo przez pacjenta przy jednoczesnej akceptacji jego poglądów/ Kiedy z relacji z pacjentem wynika, że postrzeganie i rozumienie rzeczywistości jest zaburzone - pielęgniarka powinna przeciwstawić pacjentowi własny obraz świata, np. „Osobiście nie zauważyłam, żeby chorzy na oddziale odnosili się do pana wrogo". Wyrażona opinia jest inna niż pacjenta, jednak nie ma na celu jednoznacznego zaprzeczania i negowania wypowiedzi chorego, a jedynie ukazuje alternatywną możliwość spostrzegania rzeczywistości. Pozwala na uniknięcie potwierdzania błędnych spostrzeżeń, nie pogłębia i nie utrwala zaburzonych sposobów spostrzegania, myślenia, odczuwania i działania. Podobną do urealnienia techniką jest technika słownego wyrażania wątpliwości. Również ma na celu przybliżeniu choremu rzeczywistości. Osoba pomagająca w sposób taktowny wyraża wątpliwość w trafność spostrzeżeń pacjenta mówiąc np. „Trudno w to, co pan mówi, uwierzyć". Wyrażanie wątpliwości, podobnie jak urealnienie może pomóc pacjentowi uświadomić sobie, że inni odbierają rzeczywistość inaczej niż on [Garfinkle i wsp., 1996, s. 702-7; Dibbelt i wsp., 2009, s. 328-35; Bilikiewicz 2004, s. 135-41].

Błędy jatropatogenne w relacjach pielęgniarka – pacjent

W relacjach pielegniarka – pacjent należy unikać zachowań nieterapeutycznych, jatropatogennych. Jatropatogenia to zespół negatywnych (szkodliwych), a więc niepożądanych z punktu widzenia interesu podopiecznego, oddziaływań ze strony pracowników służby zdrowia. Można wyróżnić 2 podstawowe rodzaje błędów:

- wynikające z braku lub fragmentaryczności wypowiedzi
- wynikające z udzielania informacji wywołujących negatywne skutki lub emocje

Do najczęstszych błędów i zachowań nieterapeutycznych należy nie informowanie lub informowanie niewystarczające, używanie określeń niezrozumiałych lub niewłaściwie

rozumianych, zamierzone i niezamierzone straszenie, lekceważenie potrzeby całościowego podejścia i wytwarzanie dystansu, traktowanie przedmiotowe pacjenta, lekceważenie poczucia skrępowania i zawstydzenia w sytuacjach opieki wymagających intymności, wypowiadanie zdawkowych i lakonicznych komentarzy, nagłe odejście od tematu, nawet jeśli poruszony problem nas niepokoi, pomniejszanie lub bagatelizowanie cierpień i dolegliwości opisywanych przez pacjenta, wypytywanie z naciskiem, dociekanie i sondowanie, sugerowanie odpowiedzi, ocenianie, aprobata lub dezaprobata podopiecznego czy doradzanie i uspokajania podopiecznego, które jest źródłem irytacji chorego [Jarosz, 1996, s.333; Motyka 2006, s.21-6; Bilikiewicz 2004, s.135-41].

Wnioski

Umiejętność efektywnego i skutecznego komunikowania jest podstawą profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i troski o pacjenta. Usprawnia pracę pielęgniarki i pozwala na wymianę informacji oraz poznanie chorego dostarczając informacji o jego biologicznym i psychospołecznym stanie, niezbędnych do planowania i realizacji opieki. Stanowi również ważne narzędzie w udzielaniu wsparcia psychicznego w relacjach pielęgniarka – pacjent, zapewniając choremu poczucie bezpieczeństwa i spokojnego środowiska. Efektywność procesu komunikowania w relacjach pielęgniarka – pacjent, wymaga od pielęgniarki dużego zasobu wiedzy i umiejętności praktycznych oraz zaangażowania i troski o podopiecznego.

Piśmiennictwo

1. ANDRZEJCZAK, E., PIASKOWSKA, R., WALSKA, E. 2010. *Kształtowanie umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych.* Portal edukacyjny statystyki publicznej, GUS. Szkolenia, [on-line]. 30 marzec 2010, s. 1-11. Data wejścia 2014.02.24. http://edustat.home.pl/com/szkolenia/szkol14/S14M1/przegl.html?nr=1.
2. BILIKIEWICZ, A. 2004. *Zapobieganie jatropatogenii. Zachowania terapeutyczne*. In *Psychiatria*. Ed. A. Bilikiewicz A. Warszawa: PZWL, 2004, 748 s. ISBN 83-200-2776-4.
3. DIBBELT, S., SCHAIDHAMMER, M., FLEISCHER, C., GREITEMAN, B. 2009 Patient-doctor interaction in rehabilitation quality and long-term treatment results. In *Patient Education and Counseling*, 2009, 3, 76, s. 328-335.
4. DOBEK – OSTROWSKA, B. 2004. *Podstawy komunikowania społecznego*. Wrocław: Astrum, 2004. 168 s. ISBN 83 72 49091 0.
5. GARFINKLE, C.L., BLOCK P. 1996. Physicians' interactions with familie of terminalny ill patients. In *Family Medicine*, 1996, 28, 10, s.702-707.
6. GŁODOWSKI, W. 2006. *Komunikowanie interpersonalne*. Warszawa: Wyd. Hansa

Communication, 2006. 378 s. ISBN: 83-911498-6-2.
7. JAROSZ, M. 1988. Psychologia lekarska. Warszawa: PZWL, 1988, 514s. ISBN 83-200-1249-X.
8. KOJS, W. 2000. *Homo communicus. Szkice pedagogiczne*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2000, 242 s. ISBN 83-226-1003-3.
9. LIN, C.S., HSU, M.Y., CHONG, C.F. 2008. Differences between emergency patients and their doctor in the perceptron of physician empathy: implications for medical education. In *Education for Health*, 2008, 21, 2, s. 144-8.
10. MIOSGA, L. 2005. *Pomoż mi być*. Kraków: Impuls, 2005, 90 s. ISBN 83-7308-464-9.
11. MOTYKA, M., SURMACKA, J. 2006. Błędy jatrogenne w opiece nad pacjentem. In *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2006, 4, 17, s.21-26.
12. POSŁUSZNA, M. 2011. *Komunikacja z pacjentem i jego rodziną oraz wsparcie emocjonalne w chorobie.* In *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi.* Eds. D. Talarska et al. Warszawa: PZWL, 2011, 312s. ISBN 978-83-200-3816-3.
13. STUART, S., NOYES, R. 2006. *Interpersonal psychotherapy for somatizing patients*. Psychoterapy and Psychosomatics, 2006, 4, 75, s.209-219.
14. ŚLUSARSKA, B., ZARZYCKA, D., ZAHRADNICZEK, K. 2004. *Podstawy pielęgniarstwa*. Lublin: Czelej, 2004, 753s. ISBN 83-89309-27-0.
15. WALLER, W. 2001. *Przygoda z komunikacją*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2001, s.131-132.
16. WILCZEK-RUŻYCZKA, E. 2007. *Komunikowanie się z chorym psychicznie*. Lublin: Czelej 2007, 110s. ISBN 978-83-60608-15-9.
17. ZIMBARDO, P.G., RUCH. F.L. 1997. Psychologia i życie. Warszawa: PWN, 725s. ISBN 83-01-04040-8.

Kontakt:
Wiraszka Grażyna
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Al. IX Wieków Kielc 19
25-317 Kielce
e-mail: wiraszka@ujk.edu.pl, gwiraszka12@gmail.com.pl

VÝZNAM POHYBOVEJ AKTIVITY SENIOROV

Anna Butorová, Eva Balogová

Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Abstrakt

Ovládať umenie prípravy na starobu, mať vedomosti o zdravom spôsobe starnutia je dôležitý predpoklad schopnosti pozitívne ovplyvniť kvalitu života vo vyššom veku. Tak ako je pravidelná fyzická aktivita nevyhnutná pre zdravý rast a budovanie kostnej hmoty detí, tak u seniorov znižuje rýchlosť jej úbytku a rozvoj osteoporózy. Pravidelná fyzická aktivita udržiava pevnosť, pružnosť, rovnováhu, koordináciu a znižuje riziko pádov. Naopak fyzická inaktivita môže byť príčinou predčasnej smrti, chronických ochorení a diskomfortu. Článok sa venuje základným prejavom starnutia organizmu, dopadu na fyzickú zdatnosť seniorov ako aj možnostiam udržania ich fyzickej a psychickej kondícii pohybovou aktivitou. Stručne sa zmieňuje aj o závažnom medicínskom a ošetrovateľskom probléme- pádoch seniorov.

Kľúčové slová: Pády seniorov. Osteoporóza. Fyzická zdatnosť seniorov. Fyzické aktivity seniorov.

Abstrakt

Master the art of preparing for retirement, have knowledge concerning healthy aging is an important prerequisite ability to positively affect your quality of life in old age. Such as regular physical activity is essential for healthy growth and development of children, in adults permit daily tasks in comfort and with less fatigue and in the elderly to reduce the rate of bone loss associated with osteoporosis. Regular physical activity also maintains strength, flexibility, balance, coordination and may help reduce the risk of falls. Conversely physical inactivity can cause premature death, chronic disease and discomfort. Article examines fundamental expression of aging , the impact on physical fitness as well as options seniors maintain their physical and mental condition physical activity . Briefly mentions also a serious health problems – falls of seniors.

Key words: Elderly falls. Osteoporosis. Physical fitness seniors. Physical aktivity in seniors.

Úvod

Demografické zloženie obyvateľstva vo vyspelých štátoch je ovplyvňované zvyšovaním strednej dĺžky života. Ukazovatele ako sú pôrodnosť (natalita), úmrtnosť (mortalita) a migrácia, menia vekovú štruktúru spoločnosti v prospech starších ročníkov. V Európskej únii tvorí populácia ľudí starších ako 65 rokov 20 % obyvateľstva. Predpokladá sa, že v roku 2050 by táto skupina mohla tvoriť až polovicu populácie (Schmeidler, 2009, s. 7). Nárast počtu seniorov súvisí aj so zvyšovaním životnej úrovne, kvalitou zdravotníckych a sociálnych služieb, pokrokmi v medicíne a farmakológii. Problematika starnutia populácie, jeho ekonomických a zdravotníckych dôsledkov ako aj možnosti zabezpečenia kvalitného, dôstojného a aktívneho prežitia tejto etapy života sa dostáva do popredia záujmu celej spoločnosti. Podľa Schmeidlera (2009, s. 35) zahŕňa pojem ***„aktívne starnutie“*** okrem fyzickej a pracovnej aktivity, tiež účasť na sociálnych, ekonomických, kultúrnych, duchovných a občianskych záležitostiach. Starnúť aktívne znamená nádej dožiť sa vyššieho veku v dobrom zdraví.

Prejavy starnutia

Starnutie je fyziologický proces začínajúci už vznikom nového života. Je spojený s množstvom fyzických, psychických a sociálnych zmien. Ovplyvňujú ho rizikové faktory ako pohlavie, vrodená dispozícia, etnický pôvod, fajčenie, alkohol, nepravidelná životospráva, nedostatok odpočinku, stres. Sprevádza ho pokles fyzickej zdatnosti, disabilita, zhoršenie kvality života, zvýšená morbidita a mortalita, dochádza k výraznejší prejavom krehkosti telesnej schránky seniorov. Zvládanie bežných denných činností sa stáva čím ďalej tým ťažším, čo má za následok potrebu pomoci rodinných príslušníkov, či zabezpečenie profesionálnych sociálnych a zdravotníckych služieb. Obdobie sénia je charakteristické involučnými zmenami starnúceho organizmu, prejavmi následkov prekonaných akútnych chorôb či prítomnosťou chronických ochorení (Berková, et al., 2013, s.13). Dochádza ***k zmene osobnostných rysov***, zníženiu poznávacích schopností, zhoršeniu koncentrácie a pamäti, zvyšuje sa ale vytrvalosť, rozvaha a tolerancia. Odchodom do dôchodku sa mení sociálny status a ekonomické zabezpečenie. ***V biologickej rovine*** badať zníženú mobilitu a hypoaktivitu, ktoré sa podieľajú na poklese svalovej hmoty, čo má za následok zníženie svalovej sily, regresné zmeny v celom pohybovom systéme, vrátane kostí a kĺbov a pokles úrovne telesnej a psychickej zdatnosti. Na znížení svalovej sily majú vplyv aj cirkulačné zmeny v svaloch, postihnutie nervového systému, či prítomná malnutrícia. Znížená svalová sila zhoršuje výkonnosť dolných končatín, mení balančné schopnosti seniorov a môže byť príčinou zvýšeného výskytu pádov tejto vekovej kategórie. Starnutie sprevádzajú aj ***zmeny kvality kostnej hmoty***. Už v štvrtom decéniu niektoré kosti strácajú pevnosť, postupne sa

môže rozvíjať osteoporóza. V posledných dvadsiatich rokoch si odborníci uvedomili, že jednou z ciest správneho vývoja a následne udržania kostnej hmoty je fyzická aktivita. Kosti podobne ako svalové tkanivo reagujú na záťažovú aktivitu- chôdzu, beh, skákanie, tanec. Kým u detí a dospievajúcich fyzická aktivita pomáha pri výstavbe kostí, u dospelých je hlavným zmyslom cvičenia udržanie kostnej hmoty a prevencia osteoporotických zlomenín. U starších ľudí má cvičenie ešte jeden dôležitý aspekt-„trénovaný" jedinec má lepšiu svalovú koordináciu, lepšie udrží rovnováhu čím sa znižuje riziko pádu. Pozitívny je aj vplyv na psychiku (Bayer, 2005, s.5).V neposlednom rade sa na znížení rizika poklesu svalovej sily a úbytku kostnej hmoty podieľa aj kvalitná výživa s dostatočným príjmom bielkovín a vitamínu D.

Fyzická zdatnosť seniorov

Schopnosť pohybu je jedným z fenoménov posudzovania duševného a telesného zdravia (Malovič, 2011, s. 18). Aj podľa Berkovej et al. (2013, s. 13) je fyzická zdatnosť seniora najlepším ukazovateľom zdravia. Pohybové schopnosti jedinca sa s pribúdajúcim vekom menia. Najprv človek stráca obratnosť a spôsobilosť na jemné činnosti, nasledujú rýchlosť a sila. S pribúdajúcimi rokmi ostáva ako najväčšia prednosť vytrvalosť- schopnosť dlhodobo a opakovane vykonávať určitú pohybovú aktivitu. Uvedomenie si spomenutých faktov pomáha pri voľbe takej pohybovej aktivity, ktorá je jedincovi blízka a ktorá bude mať pozitívny vplyv tak na fyzickú ako aj duševnú kondíciu.

Každý senior potrebuje k plnohodnotnému životu potrebný stupeň telesnej aktivity, ktorá mu umožní:

- zvládať každodennú záťaž bez podstatných ťažkostí a únavy
- tvorbu energetických rezerv pre zvládnutie pohybovo náročnejších intermitentných aktivít
- znížiť riziká rôznych ochorení
- zvýšiť možnosti spoločenského uplatnenia a udržiavanie psychickej rovnováhy (Malovič, 2011, s. 19).

Možnosti zachovania fyzickej zdatnosti seniorov

Pohyb je alfou a omegou zdravého životného štýlu. Je najúčinnejšou formou prevencie osteoporózy, srdcovocievnych a metabolických ochorení. Stimuluje imunitný systém, odstraňuje symptómy depresie a strachu, prispieva k fyzickej i psychickej kondícii. Pohybová aktivita zlepšuje vytrvalosť, silu, rovnováhu, pohyblivosť. Mobilita je predpokladom sebestačnosti a nezávislosti, ovplyvňuje duševný a sociálny stav. Človek s poruchou mobility

pociťuje bezmocnosť, odkázanosť na iných.Pri zachovaní fyzickej zdatnosti seniorov zohráva významnú úlohu individuálny výber vhodnej fyzickej záťaže, liečba pridružených ochorení a motivácia zlepšiť svoju fyzickú kondíciu. Je treba pamätať na skutočnosť, že v staršom veku už niektoré činnosti nemožno vykonávať s takou hravosťou ako v mladosti. Každý z nás starne odlišne. Preto pri výbere vhodných pohybových činností je potrebné riadiť sa biologickým, funkčným vekom, ktorý nemusí byť totožný s kalendárnym(Matouš, 2002). Cieľom aktívneho a zdravého starnutia je zachovať si fyzickú aktivitu, udržiavať pozitívne sociálne kontakty, zachovať si nezávislosť, sebestačnosť.

Doporučovaná fyzická aktivita seniorov:

- chôdza, prechádzky, turistika
- nordic walking
- plávanie, bicyklovanie
- tanec, jóga

Zásady pohybovej aktivity seniorov:

- odporúčaná frekvencia cvičenia 2-3x týždenne po 15-20 minút
- primeraná intenzita cvičenia rešpektujúca fyzickú kondíciu jedinca
- postupné zvyšovanie náročnosti cvičenia
- rovnomerné zaťažovanie svalových skupín
- striedanie cvikov na udržanie stability a rovnováhy
- dodržiavanie pitného režimu
- dodržiavanie bezpečnosti cvičenia - vhodná obuv, korekcia zraku a sluchu (Berková, et al., 2013, s. 17).

Pády seniorov

Pády predstavujú častý a závažný zdravotnícky problém. Ich riziko stúpa s vekom. V starobe sú často spôsobené viacerými faktormi a preto aj ich prevencia je účinná, len keď je multifaktorová. Medzi najčastejšie príčiny patria slabosť stehnových svalov, poruchy rovnováhy, poruchy zmyslových funkcií, predovšetkým zraku a lieky. Na vzniku slabosti svalov sa môže podieľať i nedostatok vitamínu D, dôležitá je liečba ortostatickej hypotenzie, úprava farmakoterapie, životného štýlu, nosenie pomôcok a úprava prostredia(Krajčík, 2008, s. 131). Pády sú najčastejšou príčinou osteoporotických fraktúr (zvlášť nebezpečná je fraktúra v oblasti proximálneho femuru), ktoré vo svojich dôsledkoch môžu ohrozovať život postihnutého- úmrtnosť do jedného roka po zlomenine proximálneho femuru u seniorov stúpa na 20 % (Bayer, 2005, s. 5).

Záver

Demografické zmeny 21. storočia potvrdzujú prognózu dlhovekosti. Tomuto faktu nemožno čeliť iba prispôsobovaním zdravotníckych a sociálnych systémov, ale musí dôjsť aj k postupným zmenám v celej spoločnosti. Nejde iba o poskytnutie zdravotnej a sociálnej starostlivosti seniorom, ale predovšetkým musí ísť o prevenciu nepriaznivých dôsledkov starnutia a o podporu zdravia najstaršej generácie. Jedným z faktorov pozitívne vplývajúcich na optimálne fyzické i psychické fungovanie organizmu je pohyb. Vhodne zvolená individuálna pohybová aktivita rešpektujúca aktuálny zdravotný stav a vek jedinca, môže výraznou mierou prispieť k skvalitneniu poslednej dekády života.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BAYER, M. 2005. Fyzická inaktivita znamená ohrožení skeletu. In *Lékařské listy* [online]. 2005, č.42, s.5-6. [cit. 2014-02-14]. Dostupné na internete: http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/fyzicka-inaktivita-znamena-ohrozeni-skeletu-168960
2. BERKOVÁ, M., BERKA, Z., TOPINKOVÁ, E. 2013. Problematika seniorského věku: Stařecká křehkost, sarkopenie a disabilita. In *Practicus* [online]. 2013, č. 2, s.13-17. [cit. 2014-02-20]. Dostupné na internete: http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2013-02/13-Problematika-seniorskeho-veku.pdf
3. KRAJČÍK, Š. 2008. Pády v starobe. II. časť. In *Geriatria*. 2008, roč. 14, č.3, s. 131-134.
4. MALOVIČ, P. 2011. Telesná aktivita seniorov. In *Rehabilitačná medicína & fyzioterapia.* 2011, č.1, s.18-21.
5. MATOUŠ, M. et al. 2002. *Pohyb ve stáří je šancí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2002, 112 s. ISBN 80-247-0331-9.
6. SCHMEIDLER, K. 2009. *Problémy stárnoucí populace*. 1.vyd. Brno: Novpress, 2009,180 s. ISBN 978-80-87342-05-3.

Kontaktná adresa:

PhDr. Anna Butorová

FZ SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica

e-mail: anna.butorova@szu.sk

ZAPOTRZEBOWANIE NA OPIEKĘ WŚRÓD CHORYCH NA UDAR MÓZGU

Małgorzata Cichońska, Dorota Maciąg, Katarzyna Kucharska

Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości
w Ostrowcu Świętokrzyskim

Streszczenie

Wstęp

Udar mózgu jest jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych współczesnego świata. Pielęgniarka, jako członek wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego jest gwarantem poprawnego przebiegu opieki nad chorym w czasie i po zakończeniu leczenia szpitalnego.

Cel pracy

Celem pracy jest określenie zapotrzebowania na opiekę wśród osób chorych na udar mózgu.

Materiał i metoda

W ramach badania dokonano retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej 381 pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru mózgu.

Do określenia zapotrzebowania na opiekę wykorzystano oceny badanych wg skal: Rankina, Bartel i Skandynawskiej Skali Udarowej.

Wyniki

W badanej populacji było 52 % kobiet i 48 % mężczyzn. Według Skali Rankina 94,2 % badanych wykazało zaburzenia sprawności funkcjonalnej wymagającej pomocy i opieki.

Ocena wg Skandynawskiej Skali Udarowej wykazała zaburzenia chodu u 82,2 % badanych. Zaburzenia siły mięśniowej kończyny górnej (niedowładnej) wystąpiły u 85,1 %, zaburzenia funkcji ręki u 81,9 %, a niedowład mięśni twarzy u 44,1 % badanych.

Skala Bartel wykazała, że grupa 81,6 % badanych nie jest w stanie samodzielnie jeść oraz przemieszczać się z łóżka na krzesło i z powrotem z powodu niemożności zachowania równowagi przy siadaniu.

Wnioski

1. Obszary funkcjonowania chorych na udar mózgu wymagające opieki wielodyscyplinarnego zespołu są zróżnicowane i obejmują niedowłady, zaburzenia funkcji, zaburzenia siły i napięcia mięśni kończyn i mowy.
2. Węglug oceny w skali Rankina przeważająca część badanych wymaga działań w sferze poprawy codziennej funkcjonalności.

3. Skandynawska Skala Udarowa wskazała jako obszary do pielęgnacji i opieki: chód, siłę mięśniową kończyny górnej (niedowładnej), siłę ręki, kończyny dolnej (niedowładnej), stan mięśni twarzy i mowy.

Słowa kluczowe: Udar mózgu. Zapotrzebowanie. Opieka pielęgniarska.

Abstract

Apoplexy is one of the most relevant health problems of the contemporary world. Nurse as a member of a multidisciplinary therapeutic assembly is a guarantee for the proper care for a patient during and after hospital treatment.

Aim

The aim of the thesis is to assign the demand for care for people suffering from apoplexy.

Material and method

In the course of the research one analysed the records of 381 patients undergoing hospital treatment. To assign the demand for care one applied the grades of the following scales: Rankin Scale, Bartel Scale and Scandinavian Stroke Scale.

Results

The research concerned 52 % of women and 48 % of men. According to Rankin Scale 94, 2 % of the examined proved disorder in functional ability and demanded help and care

According to Scandinavian Stroke Scale 82, 2 % of patients revealed walking disorder. Monoparesis of the upper limb appeared at 85, 1 %, hand function disorder at 81, 9 %, face muscle paresis at 44, 1 % of the examined.

Bartel Scale showed that 81, 6 % of the examined are not able to eat or move around without assistance, because of the lack of balance when taking a seat.

Conclusions

1. The spheres of functioning among the ill with apoplexy, demanding care of a multidiscipline assembly, are varied and refer to paresis, disorders of power and tension of limb muscles and speech.
2. According to Rankin Scale a predominant group of the examined require improvement of everyday functioning.
3. Scandinavian Stroke Scale showed the spheres requiring care and assistance, namely walking, muscle strength of upper limb (paretic), hand strength, lower limb (paretic), the condition of face muscles and speech.

Key words: Apoplexy. Demand. Nursing care.

Wstęp

Funkcja zawodowa pielęgniarki to działanie na rzecz poziomu opieki, własnego rozwoju i rozwoju funkcjonowania pielęgniarstwa. Funkcje te wynikają z celów i misji zawodu. Funkcje bezpośrednie to: wychowawcza, opiekuńcza, promowania zdrowia, profilaktyczna, rehabilitacyjna i terapeutyczna, a do pośrednich zalicza się: naukowo- badawczą, kształcenia i zarządzania [11].

Udar mózgu jest jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych współczesnego świata, gdyż stanowi trzecią, co do częstości przyczynę śmierci na świecie, a 1/3 chorych, którzy przeżyją pozostaje na stałe inwalidami. Nieodzownym elementem schematu przyjętego postępowania z pacjentem po udarze mózgu jest wdrożenie i zapewnienie ciągłej, kompleksowej i dostosowanej do możliwości chorego rehabilitacji [2].Leczenie rehabilitacyjne po udarze mózgu ma na celu stymulację OUN poprzez bodźce ruchowe i czuciowe, aby ułatwić neurogenezę [10] i odzyskać utracone funkcje [3].

Skuteczna rehabilitacja chorego na udar mózgu powinna być powszechna, kompleksowa, wczesna i ciągła. Należy zapewnić także warunki, aby była realizowana przez interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny w składzie, którego znajduje się lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuta, logopeda, neuropsycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarki oraz technik-ortopeda [7].

Rehabilitacja osób z udarem mózgu to niwelowanie lub minimalizacja zaburzeń układu ruchu, ale także funkcji połykania, kontroli funkcji zwieraczy i innych procesów jak pamięć, uwaga, koordynacja wzrokowo-ruchowa, organizacja i postrzeganie przestrzeni.

Stanowi ona czynny i ciągły proces, który rozpoczyna się w czasie hospitalizacji i trwa również po powrocie pacjenta do domu, a sposób jej prowadzenia i intensywność jest różny w zależności od czasu oraz możliwości wydolności fizycznej chorego [5].

Funkcja rehabilitacyjna pielęgniarki obejmuje współdziałanie w uzyskaniu przez pacjenta niezależności w kształtowaniu umiejętności radzenia sobie w zmienionej sytuacji życiowej, powstałej z przyczyn rozwojowych, choroby, urazu o charakterze fizycznym, psychicznym czy społecznym.[8] Pielęgniarka wykonuje zabiegi usprawniające funkcje biologiczne, psychiczne i społeczne, zgodnie z ustalonym z zespołem terapeutycznym programem. [8]

Opieka pielęgniarska nad chorym z udarem w pierwszej fazie rehabilitacji (okres wczesnej rehabilitacji szpitalnej tj. 1–21 dni) ma na celu zapobieganie powikłaniom wielonarządowym poprzez: utrzymanie drożności dróg oddechowych oraz wyrównanie zaburzeń krążenia. W ramach działań pielęgniarskich stosowane są w tej fazie ćwiczenia oddechowe, wykonywane kilka razy dziennie, częsta zmiana pozycji oraz pozycje drenażowe ułatwiające odkrztuszanie wydzieliny oraz wentylację [8]. U pacjentów w ciężkim stanie powinno się wykonywać bierną gimnastykę oddechową. Zakres czynności pielęgniarki w

początkowym okresie udaru obejmuje również prawidłowe ułożenie chorego zapobiegające odleżynom i przykurczom. Obracanie chorego połączone ze zmianą pozycji wykonuje się co 2–3 godziny z uwzględnieniem ułożenia na plecach, na zdrowym i porażonym boku oraz na brzuchu. Istotne jest również ustawienie łóżka tak, aby stolik przyłóżkowy i dostęp do pacjenta zawsze się znajdował (poza konieczną pielęgnacją) od strony niedowładnej lub porażonej w celu jej ciągłej aktywizacji [6].

W ramach rehabilitacji pielęgniarka powinna uwzględnić także działania zapobiegające przykurczom mięśniowym.

W ostrym okresie udaru ważne jest również regularne opróżnianie pęcherza moczowego oraz jego ćwiczenia połączone z ćwiczeniami mięśni dna miednicy i tłoczni brzusznej. Większość chorych odzyskuje kontrolę nad pęcherzem z chwilą rozpoczęcia pionizacji i nauki chodzenia [9].

Chorych w dobrym stanie ogólnym, powinno się uruchamiać już w 2, a nawet w 1 dobie po wystąpieniu udaru. U przytomnych pacjentów pionizację można rozpocząć już na drugi dzień. Rozpoczynając jedynie od unoszenia wezgłowia łóżka, a następnie sadzaniu ze spuszczonymi nogami i staniu w balkoniku (ćwiczenia wykonywać pod kontrolą tętna i ciśnienia tętniczego) [4]. U chorych wymagających dłuższego leżenia rozpoczęcie stopniowej pionizacji prowadzi się z wykorzystaniem ćwiczeń w pozycji siedzącej i stojącej oraz rozpoczyna się naukę chodzenia z pomocą urządzeń i podstawowych pomocy ortopedycznych (poręcze, chodziki, podpórki, czwórnogi, kule, laski).

Dalsza rehabilitacja chorych z udarem to okres rehabilitacji funkcjonalnej (od 2–3 tygodni do 12 miesięcy) oraz rehabilitacji środowiskowej (od 12 miesięcy do 2 lat) realizowanej w okresie po wypisie chorego ze szpitala, która stanowi obszar do działania dla pielęgniarki środowiskowej.

Ze względu na krótki czas hospitalizacji i konieczność kontynuowania rehabilitacji w środowisku domowym edukacja pacjenta i rodziny ma pierwszorzędne znaczenie dla uzyskiwanych efektów krótkoterminowych i odległych, a zarazem dla ostatecznego rokowania chorego.

Opieka pielęgniarska poszerzona o podstawowe elementy rehabilitacji już od pierwszych dni po wystąpieniu udaru mózgu przyczynia się do powrotu utraconych funkcji ruchowych oraz zapobiega powikłaniom ogólnoustrojowym związanym z unieruchomieniem.

Wczesna, ciągła, kompleksowa rehabilitacja jest niezbędnym elementem leczenia chorego po udarze mózgu niezależnie od jego wieku.

Pielęgniarka ze względu na bardzo szeroki zakres obowiązków w kontakcie z pacjentem jest jednym z podstawowych czynników warunkujących poprawny przebieg usprawniania i opieki nad chorym w czasie i po zakończeniu leczenia szpitalnego [4].

Zapotrzebowanie na opiekę nad chorym na udar mózgu jest wielokierunkowe, dotyczy kilku obszarów funkcjonalności organizmu i obejmuje min. rehabilitację.

Cel pracy

Celem pracy jest określenie zapotrzebowania na opiekę poudarową wśród osób chorych na udar mózgu.

Materiał i metoda

W ramach badania dokonano analizy dokumentacji medycznej pacjentów, z której wybrano dokumentację 381 osób leczonych w oddziale neurologii z pododdziałem udarowym z powodu udaru mózgu.

W celu określenia zapotrzebowania na opiekę ze strony osób chorych na udar mózgu w toku zbierania materiału uwzględniono ocenę stanu chorych w momencie rozpoczęcia hospitalizacji wykorzystując dane z badania fizykalnego, łącznie z badaniem neurologicznym oraz przy użyciu skal: Rankina, Skandynawskiej Skali Udarowej oraz skali Bartel.

Po zgromadzeniu danych na protokole badania własnej konstrukcji materiał poddano analizie statystycznej wykorzystując program Statistica. Zależności wykazano przy pomocy testu Chi^2 Pearsona, U Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallisa.

Na realizację badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

Ocena stanu badanych pozwoliła ustalić zapotrzebowanie na opiekę wraz z zakresem rehabilitacji poudarowej w sferze funkcjonalnej, ruchowej, mowy oraz zwieraczy.

Wyniki

W badanej populacji liczącej 381 osób chorych na udar mózgu było 52 % kobiet i 48 % mężczyzn. Średnia wieku badanych kobiet to 74,7 lat, zaś mężczyzn 70,8 lat.

Wiek minimalny kobiet to 35 lat, zaś mężczyzn 41 lat. Maksymalny wiek kobiet to 96 lat, mężczyzn 92 lata.

Najwięcej osób z udarem w badanej populacji było w wieku 75-84 lat (39,4 % badanej populacji), 21,8 % było w wieku 65-74 lata, a 15,2 % 85-96 lat. Najmniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 35-54 lat, których było 10 % .

Wśród chorych przeważali emeryci, których było 80,3 %. Kolejne grupy to: renciści- 8,7 % badanych, pracujący - 10,2 % i bezrobotni- 0,3 %.

Przeważająca liczba chorych na udar mózgu tj. 63,8 % mieszkała w mieście, a 36,2 % na wsi.

Ocenę zapotrzebowania na opiekę oraz wczesną rehabilitację poudarową w badanej populacji rozpoczęto od uwzględnienia obecności zaburzeń stwierdzanych we wstępnym badaniu fizykalnym i neurologicznym chorych na udar mózgu.

Analiza zebranych danych z tego zakresu wykazała, że najczęstszą formą zaburzeń w momencie przyjęcia były niedowłady kończyn (górnych, dolnych) oraz zaburzenia funkcji nerwów czaszkowych (stwierdzone w grupie liczącej po 82,9 % badanych). Kolejnymi (wg liczności występowania) były zaburzenia siły i napięcia mięśni kończyn górnych (u 80,6 %) i zaburzenia mowy (u 54,3 %). Potencjalna grupa chorych wymagająca rehabilitacji to właśnie taki odsetek badanych.

Stan funkcjonalny pacjenta ma istotne znaczenie w diagnostyce, ale i efektywności terapii, dlatego kolejny etap to ocena wydolności i stanu funkcjonalnego badanych wg skali Rankina.

Według oceny badanej populacji dokonanej w Skali Rankin, 94,2 % badanych wykazywało w momencie rozpoczynania hospitalizacji zaburzenia sprawności funkcjonalnej wymagającej pomocy. Największa grupa osób chorych na udar mózgu w momencie przyjęcia stanowiąca 45,7 % badanych prezentowała stan, w którym występowała całkowita niesprawność, gdy chory wymagał stałej opieki dzień i noc. Kolejna stanowiąca 32,8 %, to osoby prezentujące wyraźną niesprawność, wymagające wiele pomocy w czynnościach dnia codziennego, gdy chory chodzi z pomocą. Osoby funkcjonujące bez niesprawności w chwili przyjęcia to tylko 2,3 % badanych.

Analiza statystyczna pozwoliła ustalić, że stwierdza się zależność pomiędzy stanem chorego po udarze (wg skali Rankin), a wiekiem badanych (Chi^2 Pearsona: p=0,000704).

Z szerokiej gamy ocen dostępnych w Skandynawskiej Skali Udarowej wykorzystano dla celu ustalenia potrzeby opieki i rehabilitacji element oceniający siłę mięśniową kończyn (górnych i dolnych), mięśni twarzy, mowę i chód.

Mowa oceniana była u badanych w skali punktowej, gdzie ocena prawidłowa to 10 punktów, dobór słów ograniczony lub nieadekwatny - 6 punktów, więcej niż tak/nie, ale nie formułuje zdań- 3 punkty, tylko tak/nie lub mniej- 0 punktów.

Prawidłowy stan mowy zachowało po zachorowaniu na udar mózgu 37,8 % badanych, zaś zaburzenia stwierdzono u 61,2 % badanych. Najczęstszym stanem zaburzeń była sytuacja, gdy chory mówił tylko tak/nie lub mniej-obecny u 23,9 % badanych. Stan kiedy badany mówi więcej. niż tak/nie, ale nie formułuje zdań stwierdzono u 22,1 % badanych.

Najmniejsza grupa zaburzeń mowy, to stan kiedy dobór słów jest ograniczony lub nieadekwatny- stwierdzony u 14,7 % badanych.

Poddając zebrany materiał analizie statystycznej nie stwierdza się zależności pomiędzy stanem mowy u osób z udarem w momencie przyjęcia, a płcią badanych (Chi^2 Pearsona: p=0,359758 i Test U Manna-Whitneya p=0,226874) oraz typem udaru (Chi^2 Pearsona: p=0,433737 i Test Kruskala-Wallisa: p =0,0824).

Zebrane dane pozwoliły ustalić, że 61,2 % badanych wymagało w chwili przyjęcia rehabilitacji mowy.

Chód był oceniany wg punktacji: 12 punktów- gdy chory przechodzi 5m bez pomocy, gdy chodzi z pomocą sprzętu pomocniczego- 9 punktów, kiedy wymaga asekuracji innej osoby- 6 punktów, gdy siedzi bez podparcia- 3 punkty, jeżeli leży lub co najwyżej siedzi w wózku inwalidzkim- 0 punktów.

Badanie własne wykazało, że zaburzenia chodu wystąpiły u 82,2 % badanych. Największa grupa badanych (37,3 %) to osoby, u których stwierdza się stan, że chory leży lub co najwyżej siedzi w wózku inwalidzkim. 19,2 % badanych siedziało bez podparcia. 18,4 % wymagało w czasie chodu asekuracji innej osoby. 7,4 % badanych chodziło z pomocą sprzętu pomocniczego, a jedynie 17,1 % przechodziło 5m bez pomocy.

Nie stwierdzono zależności między możliwością chodu u osób z udarem, a płcią badanych (Chi^2 Pearsona: p=0,105531 i Test U Manna-Whitneya p=0,450080).

Analiza statystyczna wykazała związek między stanem chodu pacjenta, a typem udaru do jakiego doszło u chorych (Chi^2 Pearsona: p=0,025470 i Test Kruskala-Wallisa: p =0,0001).

Do intensywnej rehabilitacji z powodu zaburzeń chodu zakwalifikowano 82,2 % badanych osób chorych na udar mózgu.

W dalszym etapie badania do ustalenia zapotrzebowania na opiekę i rehabilitację wykorzystano Skandynawską Skalę Udarową, a w niej stan siły mięśniowej kończyn.

Stwierdzono, że u 85,1 % badanych wystąpiły zaburzenia siły mięśniowej kończyny górnej (niedowładnej). Najczęstszym zaburzeniem był stan, kiedy chory unosi kończynę zginając ją w stawie łokciowym. Kolejne zaburzenie odnotowane u 29,4 % to sytuacja, gdy chory porusza kończyną, ale nie jest zdolny do pokonania siły ciężkości. Bezwład obecny był u 12,1 % chorych, a stan, gdy badany unosi kończynę z trudnością, stwierdzono u 12,6 % badanych.

Analiza statystyczna potwierdziła zależność, pomiędzy siłą mięśniową kończyny górnej badanych, a płcią chorych na udar (Chi^2 Pearsona: 15,3216, df=4, p=0,004080 i Test U Manna-Whitneya p=0,421759 oraz typem udaru do jakiego doszło (Chi^2 Pearsona: p=0,000363 i Test Kruskala-Wallisa: p =0,0033).

Siła mięśniowa ręki po stronie bez niedowładu oceniana była w kategorii: pełna- 6 punktów, osłabiona-4 punkty, porusza ręką, lecz nie zaciska pięści- 2 punkty oraz bezwład-0 punktów.

Zaburzenia stwierdzono u 313 badanych tj. 81,9 % populacji. Najczęściej stwierdzanym stanem było zaburzenie siły ręki ocenione na 4 punkty, gdy siła mięśniowa jest osłabiona (taki stan obecny był u 40,2 % badanych). Kolejny pod względem liczebności stan siły mięśniowej ręki to ocena 2 punktów, gdy chory poruszał ręką lecz nie zaciskał pięści (taki stan obserwowano u 30,5 % badanych). Bezwład ręki dotyczył 11,3 % chorych, zaś pełną sprawność zachowało 17,1 % osób chorych na udar.

Analiza statystyczna danych wykazała zależność pomiędzy stanem siły mięśniowej ręki, a typem udaru na jaki zachorowali badani (Chi^2 Pearsona: p=0,001635 i Test Kruskala-Wallisa: p =0,0097).

Zaburzenia siły kończyny dolnej (niedowładnej) odnotowano u 83,4 % badanych.

Dominującym stanem oceny, jaką uzyskali badani w tym zakresie był stan oceniony na 2 punkty, gdy badany porusza kończyną, ale nie jest zdolny do pokonania siły ciężkości- taki stan uzyskało 32,6 % badanych. Stan, gdy chory unosi kończynę zginając ją w stawie kolanowym osiągnęło 26 % badanych. 15 % badanych unosiło kończynę z trudnością a bezwład u 10,8 %. Tylko 15 % badanych unosiło kończynę z prawidłową siłą.

Nie stwierdza się zależności między siłą mięśni kończyny dolnej, a płcią badanych (Chi^2 Pearsona: 1,80842, df=4, p=,770941 i Test U Manna-Whitneya p=0,561526).

Stwierdzono zależność między siłą kończyny dolnej (dotyczy kończyny niedowładnej) w chwili przyjęcia, a typem udaru na jaki chorowali badani (Chi^2 Pearsona: p=0,002191 i Test Kruskala-Wallisa: p =0,0003).

Niedowład mięśni twarzy oceniono wg punktacji: brak lub wątpliwy- 2 punkty oraz obecny- 0 punktów.

U badanych osób z udarem w dominującej części tj. 55,1 % badanych stwierdzono brak lub wątpliwy niedowład twarzy w przebiegu udaru mózgu. Pozostała część badanych charakteryzowała się obecnym niedowładem mięśni twarzy (44,1 % badanych), co oznacza, że taka grupa osób będzie wymagała rehabilitacji w tym zakresie.

Analiza statystyczna wykazała, że nie stwierdza się zależności pomiędzy obecnością niedowładu mięśni twarzy obecnych przy przyjęciu do szpitala, a płcią badanych (Chi^2 Pearsona: 0,965604, df=2, p=0,617053 i Test U Manna-Whitneya p= 0,776722).

Nie stwierdzono zależności pomiędzy obecnością niedowładu mięśni twarzy, a typem udaru na jaki zachorowali badani (Chi^2 Pearsona: p=0,590360).

Brak zależności potwierdził także jeszcze inny test (Test Kruskala-Wallisa: p =0,8842).

Do celów oceny zapotrzebowania na rehabilitację wykorzystano także ocenę stanu badanej populacji w skali Bartela.

Wskaźnik Bartel pozwala na ilościową ocenę funkcjonowania pacjenta w zakresie codziennych czynności. Ocenie poddawano moduły poszczególnych funkcji dotyczące samoobsługi oraz mobilności pacjenta. Są to: obszar niezależności w zakresie spożywania posiłków, przemieszczania się z łóżka na krzesło i z powrotem, korzystanie z toalety, codzienna higiena osobista, zdolność do samodzielnej kąpieli, chodzenie po płaskiej powierzchni, po schodach, ubierania się oraz kontrolowanie oddawania moczu i stolca.

Ocena w zakresie spożywania posiłków wykazała, że największa grupa badanych stanowiąca 81,6 % oceniona została na 0 punktów, co oznacza, że nie jest w stanie samodzielnie jeść. Brak samodzielności odnotowano u 80,3 % kobiet i 83,1 % mężczyzn, zaś 17 % kobiet i 14,8 % mężczyzn potrzebowało pomocy w tych czynnościach.

Podobnie jest w obszarze przemieszczania się z łóżka na krzesło i z powrotem, gdyż taka sama populacja badanych nie jest w stanie wykonać tych czynności z powodu niemożności zachowania równowagi przy siadaniu.

W zakresie utrzymania higieny sytuacja wygląda podobnie, gdyż bez pomocy 81,4 % badanych nie poradzi sobie z myciem twarzy, czesaniem czy myciem zębów.

W korzystaniu z toalety 48,6 % badanych jest zupełnie i w pełni zależnych, zaś 46,5 % częściowo potrzebuje pomocy. Mycie i kąpiel ciała to zadanie, w którym aż 80,1 % badanych jest zależnych.

W zakresie poruszania się po powierzchniach płaskich sytuacja powtarza się, gdyż 81,6 % badanych nie porusza się samodzielnie lub jest zależnych na wózku.

Wchodzenie i schodzenie po schodach także jest obciążone znacznym deficytem realizacji wśród chorych, gdyż 78,5 % osób nie jest samodzielnych w tej kwestii.

Nieco większa funkcjonalność wśród badanych panowała w zakresie ubierania i rozbierania się, gdyż 45,9 % badanych zupełnie sobie nie radzi z tymi czynnościami, 32,8 % potrzebuje częściowej pomocy, a 18,4 % jest niezależna w tym zakresie nawet jeśli chodzi o zapinanie guzików, zamka czy wiązanie sznurowadeł.

W zakresie kontrolowania zwieraczy odbytu nad oddawaniem stolca nie panuje 36,8 %, a sporadyczne bezwiedne oddawanie zdarza się u 29,1 %, przy całkowitej kontroli zwieraczy u 28,9 % badanych.

W zakresie kontroli zwieraczy pęcherza moczowego, nie panuje nad oddawaniem moczu lub wymagało założenia cewnika do pęcherza moczowego 47,3 % badanych po udarze. Sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu zdarza się 37,5 % badanych, podczas, gdy całkowitą kontrolę nad funkcją zachowało 14,7 %.

Potrzeba opieki i rehabilitacji w sferach ocenianych w badaniu dotyczy w zależności od obszaru od 95,1 % do 64,9 % badanych.

Przywrócenie funkcji w zakresie korzystania z toalety to zadanie do wykonania u 95,1 % badanych.

84,8 % to grupa wymagająca ,,naprawy" kontroli zwieraczy pęcherza. 81,6 % przywrócenia samodzielności w zakresie spożywania posiłków, poruszania się po powierzchniach płaskich oraz przemieszczania się z łóżka na krzesło i z powrotem. 81,4 % badanych to populacja, której potrzebna jest rehabilitacja ruchowa umożliwiająca mycie twarzy, zębów i czesanie, zaś 80,1 % zdolność do samodzielnej kąpieli. 78,7 % osób chorych na udar wymaga opieki

i rehabilitacji, która pozwoli im na samodzielne ubieranie i rozbieranie się, a 78,5 % wchodzenie i schodzenie po schodach. 64,9 % wymaga działań opiekuńczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych umożliwiających kontrolę zwieraczy odbytu.

Zebranie danych i ich analiza wykazały i potwierdziły, że osoby chore na udar mózgu potrzebują wszechstronnej, ciągłej, wczesnej i kompleksowej rehabilitacji obejmującej różne sfery funkcjonowania organizmu. Wymienione sfery, których rehabilitacja powinna dotyczyć to tylko wybrana część obszaru funkcjonalności człowieka, jaka wskutek choroby została zaburzona.

Odnosząc się do holistycznego ujęcia opieki nad chorym w obszarze funkcjonowania człowieka tych zaburzonych wskutek udaru mózgu sfer jest zdecydowanie więcej. Zadanie stojące przed zespołem terapeutycznym, w którym jest także pielęgniarka staje się, więc poważnym wyzwaniem.

Terapia osób po udarze mózgu to złożony proces, do którego należy rehabilitacja ruchowa, ale także rehabilitacja zaburzeń mowy, funkcji społecznych, czy zawodowych.

Leczenie chorych na udar mózgu opiera się (wg zaleceń [4]) na współpracy wielodyscyplinarnego zespołu w skład, którego wchodzą: lekarz, fizjoterapeuta, logopeda, terapeuta zajęciowy, neuropsycholog, pracownik socjalny oraz pielęgniarka.

Jest to ważne w sytuacji, gdy nie istnieje obecnie żaden kliniczny sposób terapii neuroprotekcyjnej osób chorych na udar mózgu, a terapia wczesna, kompleksowa i ciągła rehabilitacja psychoruchowa jest bardzo ważnym elementem leczenia po udarze mózgu [1,4].

Wnioski

Zebrane i przeanalizowane dane wykazały, że:

1. Niedowłady oraz zaburzenia funkcji nerwów czaszkowych stwierdzono u 82,9 % badanych, zaburzenia siły i napięcia mięśni kończyn górnych u 80,6 %, zaś zaburzenia mowy u 54,3 %.
2. Węglug oceny w skali Rankin 94,2 % badanych wymaga działań w sferze poprawy codziennej funkcjonalności.
3. Skandynawska Skala Udarowa pozwoliła ustalić, że zaburzenia chodu stwierdzono u 82,2 % badanych, u 85,1 % wystąpiły zaburzenia siły mięśniowej kończyny górnej (niedowładnej), zaburzona siła ręki wystąpiła po udarze u 81,9 % populacji, zaburzenia siły kończyny dolnej (niedowładnej) odnotowano u 83,4 % badanych, niedowład mięśni twarzy był obecny u 44,1 % badanych, a zaburzenia mowy stwierdzono u 61,2 % badanych.
4. Badanie dostarczyło danych i informacji na temat zapotrzebowania na rehabilitację poudarową w warunkach hospitalizacji lokalnej populacji. Pozwalają także na możliwość wykorzystania danych do ustalenia zapotrzebowania na opiekę ze strony poszczególnych grup zawodowych wchodzących w skład wielodyscyplinarnego zespołu biorącego udział w terapii chorego na udar mózgu.

Bibliografia

1. DOMKA E., MYJKOWSKA E., KWOŁEK A., 2005. Ocena częstości występowania powikłań u pacjentów rehabilitowanych z powodu udaru mózgu. Neurol. Neurochir. Pol. 2005, nr 39, s. 300-309.
2. CZŁONKOWSKA A., MIROWSKA D., 2001. Chory po przebytym udarze mózgu. Przewodnik Lekarza 2001.
3. MILLER E., 2008. Ocena skuteczności wczesnej rehabilitacji po udarze mózgu. Wiadomości Lekarskie LXI, 2008 , s. 10-12.
4. MILLER E., 2009. Rola pielęgniarki w rehabilitacji i opiece nad chorym po udarze mózgu . Problemy Pielęgniarstwa, 2009, tom 17, zeszyt nr 9, s. 152-156.
5. KLIMASZEWSKA K., KRAJEWSKA-KUŁAK E., JANKOWIAK B., ROLKA H., 2006. Charakterystyka usprawniania chorych na udar mózgu w poszczególnych okresach rehabilitacji. Ann. Med. Siles. 2006, 60, s. 41–46.
6. KWOLEK A., 2003. Rehabilitacja medyczna. t. 2, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003.
7. OPARA J., 2014. Nowoczesna rehabilitacja poudarowa – Co to znaczy? „Repty" GCR w Tarnowskich Górach, ordynator IV. Oddziału Rehabilitacji Schorzeń Neurologicznych AWF w Katowicach, Kierownik Katedry Fizjoterapii Układu Nerwowego i Narządu Ruchu. www.zeszyty.awf.katowice.pl
8. ROSŁAWSKI A., WOŹNIEWSKI M., 2001. Fizjoterapia oddechowa. Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław 2001.
9. ROSIŃCZUK-TANDERYS J., MIERZWA J., KOSMALA M., BERNY W., 2005. Pielęgnacja chorego po udarze mózgu. Ann. Univ. M. Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005, 50, s. 26–34.
10. SACHARCZUK M., 2005. Neurogeneza wieku dorosłego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2005, s. 14–17.
11. ZAHRADNICZEK K. (red.), 1999. Wprowadzenie do pielęgniarstwa. PZWL, Warszawa 1999.

Kontakt:

Małgorzata Cichońska

Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Biznesu

i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

FAKTY A MÝTY O VÝŽIVE OKOLOGICKÉHO PACIENTA

Anna Herinková[1], Katarína Zrubáková[2], Peter Vaněk[1]

[1]Klinika radiačnej a klinickej onkológie, ÚVN SNP Ružomberok-FN
[2]Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Nádorové ochorenie a náročná liečba sú známe hlavne problémami v oblasti výživy. Prejavujú sa najmä poruchou príjmu potravy v dôsledku nechutenstva, nevoľnosti a vracania, čo následne vedie k nechcenému poklesu hmotnosti pacienta. Cielenou diagnostikou, liečbou a edukáciou pacienta a jeho podporných osôb môžeme predísť problémom, ktoré malnutrícia spôsobuje.

Kľúčové slová: Onkologický pacient. Výživa. Malnutrícia. Fakty- mýty o výžive.

Abstract

Tumor affection and disease treatment are known mainly by problems in field of nutrition. They reflect mainly in eating disorder as a result of anorexia, sickness and vomiting, which follow on to unwanted weight loss of the patient. Targeted diagnostics, treatment and patient education and supporting people, can avoid the problem, which causes malnutrition.

Key words: Cancer patient. Nutrition. Malnutrition. Facts and myths.

„Potrava nech je tvojim liekom“ **(Hippokrates)**

Úvod

Výživa a dostatok všetkých dôležitých živín sú mimoriadne dôležité a potrebné pre správne funkcie organizmu. Výživa ovplyvňuje srdcovocievny systém, obličky, dýchací systém, tráviaci trakt, imunitný systém, termoreguláciu, a centrálny nervový systém. Dostatok živín znižuje chorobnosť aj úmrtnosť, zvyšuje účinnosť liečby mnohých závažných a chronických ochorení, pomáha zvládnuť náročnú liečbu, skracuje dĺžku hospitalizácie a zvyšuje kvalitu života pacientov. Bez správnej, dostatočnej výživy neexistuje zdravý organizmus.

Na zabezpečenie energetickej rovnováhy v organizme je potrebné, aby dospelý zdravý človek prijímal približne 8400 kJ (= asi 2000 kcal) energie. Energetické požiadavky jednotlivca však závisia od jeho zdravotného stavu, hmotnosti a životosprávy. Základom

správnej výživy je pravidelná a pestrá strava, vyvážený príjem živín a zodpovedajúci príjem tekutín – u dospelých 2-2,5 l denne. Naopak u akútne alebo chronických chorých je potrebné príjem energie upraviť. Napríklad na výpočet celkového energetického príjmu onkologicky chorých je možné použiť odporúčania Európskej spoločnosti pre parenterálnu a enterálnu výživu ESPEN (ESPEN 2010):

- pre neobéznych chodiacich 30-35 kcal/kg aktuálnej hmotnosti/d a pre ležiacich 20-25 kcal/kg aktuálnej hmotnosti/d. Tieto odhady nie sú presné, pre podvyživených je potrebné zvýšiť kalorickú hodnotu prijímaných potravín a u obéznych pacientov znížiť.

Výživa onkologicky chorých

Onkologické ochorenie je spojené s intenzívnym rastom a rýchlym množením nádorových buniek, v dôsledku toho sa zvyšujú nároky na prísun živín a energie. V súvislosti s ochorením dochádza k zmenám pri trávení, vstrebávaní a využití živín. Závažné ochorenie a náročná liečba (chemoterapia, rádioterapia, operácia) spôsobuje rozmanité tráviace problémy a prispieva k nedostatočnej výžive pacienta- malnutrícii. Nedostatočná výživa onkologických pacientov predstavuje komplexný problém, postihujúci viacero orgánov a orgánových systémov v ľudskom tele.

Malnutrícia u onkologicky chorých

Malnutrícia je porucha výživy, ktorá je spôsobená neadekvátnym alebo nedostatočným príjmom energie alebo iných živín potrebných na správnu funkciu organizmu - ich príjem je teda nižší, ako ich potreba. Je to závažný, život ohrozujúci patologický stav, ktorému je potrebné venovať rovnakú pozornosť ako iným ochoreniam – teda včas ju diagnostikovať a správne liečiť (Európska spoločnosť pre parenterálnu a enterálnu výživu ESPEN).

Etiológia malnutrície

Poruchu výživy u onkologických chorých spôsobuje:

1. **Rast nádoru**- ak nádor postihuje tráviaci systém, môže ľahko narušiť prehĺtanie a príjem stravy. Nádory mimo GITu vyvolávajú často nechutenstvo, poruchy premeny cukrov, tukov a bielkovín, ktoré následne vedú k chudnutiu aj pri zachovanom príjme potravy.
2. **Vedľajšie účinky onkostatickej terapie**- takmer všetky druhy liečby môžu vyvolať pokles príjmu potravy v dôsledku vedľajších účinkov, ako sú nechutenstvo, nevoľnosť, vracanie, hnačky, únava a pod.
3. **Chronické ťažkosti, spôsobené nádorom a komplikáciami nádorového ochorenia**- nízky príjem potravy môže byť spôsobený nedostatočným tĺmením bolesti akéhokoľvek pôvodu, rovnako ako nevoľnosť, úzkosť alebo depresia (Voleková, 2012).

Delenie malnutrície

Známe sú dva typy malnutrície:

- **proteín- energetická malnutrícia (kachexia, marazmus)** - kvantitatívna podvýživa: charakteristický je postupný úbytok tukovej aj netukovej hmoty, pokles váhy a pokles BMI (body mass index). Pri tomto type ostávajú hladiny krvných proteínov v norme. Príčinou je vyvážený, celkový nedostatok potravy, nie len niektorých živín.
- **proteínová malnutrícia (kwashiorkor)** – kvalitatívna podvýživa: charakteristický je pokles krvných bielkovín (napr. albumínu), no pokles hmotnosti nie je príliš významný, skôr ostáva rovnaká alebo narastá, niekedy sa dokonca môže objavovať obezita. Klesá počet bielych krviniek a objavujú sa poruchy bunkovej imunity. Merania, ktoré vychádzajú zo zachovanej tukovej hmoty, môžu byť v norme. Príčinou tohto typu malnutrície je nedostatok bielkovín v strave (Minárik, Mináriková, 2013).

Podľa závažnosti delíme malnutríciu na:

- miernu,
- stredne ťažkú,
- ťažkú (Voleková, 2012).

Symptomatológia malnutrície

V dôsledku narušeného príjmu potravy dochádza k:

- úbytku svalovej hmoty,
- potlačeniu imunitných funkcií,
- oslabeniu hojivých procesov pri obnove poškodených buniek, ktoré sa prejavuje:
  - zníženou svalovou silou, oslabením dýchacích svalov a srdca,
  - častejším výskytom infekcií,
  - vyšším rizikom vzniku preležanín a ich zhoršeným hojením, stratou sebestačnosti chorého.

Okrem uvedených problémom môžu malnutríciu sprevádzať:

- nádorová anorexia (nechutenstvo),
- postupujúca strata telesnej hmotnosti,
- celková telesná slabosť (asténia),
- celkový zlý výkonnostný stav,
- psychická depresia,
- apatia,
- strata spolupráce,
- dezorientácia,
- anémia,
- znížená kvalita života (Klener, Vorlíček, 1998).

Nádorové ochorenia však sprevádzajú aj ďalšie faktory – poruchy stravovania, ktoré zvyšujú riziko a progresiu podvýživy. Medzi ne patria najmä:

- **Pocit skorého nasýtenia** – objavuje sa už po prijatí malého množstva stravy. Kvôli pocitu naplnenia pacient nie je schopný prijímať ďalšiu stravu.
- **Porucha vnímania chuti** – hlavne u pacientov, ktorí sú liečení chemoterapiou, u ktorých cytostatická liečba poškodzuje chuťové zmyslové bunky a tým sa znižuje zmyslové vnímanie chuti.
- **Averzia k niektorým druhom jedla** – hlavne pri jedlách s výraznou chuťou, ktoré boli podávané krátko pred alebo po chemoterapii (Křemen a kol, 2009).

Ako vyplýva z viacerých štúdií, medzi najčastejšie a najzávažnejšie problémy súvisiace s výživou onkologických pacientov patrí **nevoľnosť a vracanie**, ktoré sa objavujú ako dôsledok liečby chemoterapiou alebo rádioterapiou. Intenzita problémov je rôzna v závislosti od druhu cytostatika a fázy liečby. Ožarovanie väčšinou vyvoláva miernejšie, menej silné zvracanie, ako chemoterapia (ESPEN 2010).

Nádorom vyvolaný úbytok telesnej hmotnosti (CIWL – cancer induced weight loss) vzniká ako dôsledok abnormalít vyvolaných nádorom. Má progresívny charakter a postupne vedie ku kachexii – spustnutosti, ochablosti tela. Už pokles hmotnosti o 5 % pritom môže významne znížiť odpoveď na protinádorovú liečbu a dobu prežitia. Až 40 % onkologických pacientov zomiera na podvýživu a pridružené komplikácie (ESPEN, 2010).

Základným prejavom podvýživy je spontánny a nechcený pokles telesnej hmotnosti. Pokles telesnej hmotnosti o 5 % v priebehu mesiaca, prípadne 10 % v priebehu 6 mesiacov je pre pacienta rizikový a znamená rozvoj podvýživy. Aj 100kg vážiaci pacient s nadváhou bude v prípade spontánneho a nechceného poklesu hmotnosti na 95kg za mesiac alebo na 90kg za 6 mesiacov v riziku rozvíjajúcej sa podvýživy (bez ohľadu na aktuálnu hodnotu BMI). V takýchto prípadoch sa zameriavame na klinické vyšetrenia (anamnéza), fyzikálne vyšetrenie (inšpekcia a palpácia, atropometrické merania) a hodnotenie laboratórnych výsledkov (hematologické, biochemické – najmä hodnoty bielkovín a albumínov) (Voleková, 2012).

Liečba malnutrície

V liečbe malnutrície sa využíva:

1. **Prirodzená výživa** - je to adekvátny príjem potravy skladajúci sa z vyváženého množstva základných živín, t.j. voda, cukry, bielkoviny, tuky, vitamíny a minerály, ktorá sa podáva vo forme diét. Je vhodná pre pacientov so stabilizovaným metabolizmom a

funkčným tráviacim traktom, u ktorých je možný perorálny príjem, alebo majú zavedenú nazogastrickú sondu. Diéty ordinuje ošetrujúci lekár.

2. **Enterálna klinická výživa** - je to aplikovanie špeciálne pripravených prípravkov do tráviaceho traktu. Enterálna klinická výživa sa užíva najmä formou pitia špeciálneho nápoja (tzv. sipping) alebo zavedením sondy.
3. **Parenterálna výživa** - je ordinovaná v prípadoch, keď výživa cestou tráviaceho systému nie je možná, je nežiaduca, alebo neefektívna. Podáva sa do centrálnej alebo do periférnej žily, nutričné roztoky sa podávajú do žily postupne („Multi bottle“ systém), alebo zmiešané v jednom vaku („All in one“ systém) (Voleková, 2012).

Všeobecné diétne rady pre onkologického pacienta

U chorých, ktorí v priebehu ochorenia a liečby chudnú je potrebné upraviť stravu tak, aby sme zabránili ďalšej strate hmotnosti. Minimálna potreba bielkovín u zdravých osôb predstavuje 0,8g/kg hmotnosti. U onkologicky chorých je táto potreba vyššia- 1,2- 2,0 g/kg hmotnosti. (ESPEN,2010)

Úpravou stravy je potrebné zaistiť, aby chorí pri malom objeme stravy, prijali kaloricky bohaté súčasti stravy. To znamená, že musia prijať potraviny s vyšším obsahom tuku (smotana, smotanové syry, rastlinné oleje a pod.), koncentrovanými cukrami (med, kandizované ovocie...). Súčasne je potrebné zaistiť aj zvýšený príjem bielkovín.

Rodina predstavuje v liečbe malnutrície a zabezpečovaní vhodnej výživy chorého významnú pomoc a mala by byť zapojená do plánu starostlivosti. Často sú to práve členovia rodiny, ktorí si všimnú nechutenstvo a klesajúci príjem stravy. Práve preto by mali byť prítomní pri poskytovaní informácii a odporúčaní aj podporné osoby chorého.

Medzi všeobecné odporúčania patrí:

- Úspešná liečba tých príznakov, ktoré znižujú príjem potravy, ako sú bolesť, dušnosť, zápcha, nechutenstvo, vracanie...
- Zrušiť všetky diétne opatrenia.
- Zvýšiť pestrosť a obohatiť jedálniček.
- Rešpektovať individuálny a aktuálny stav chorého v priebehu dňa- využiť k príjmu výživy najhodnotnejšej časti stravy v tej časti dňa, keď sa chorý cíti najlepšie.
- Nie je nutné ani vhodné dodržiavať nemenný časový rozvrh jedla. Chorý môže jesť vždy, keď má chuť.
- Rešpektovať priania chorého týkajúce sa obľúbenosti jedál a spôsobu stravovania.
- Venovať zvýšenú starostlivosť ústnej dutine chorého.
- Obmedziť kontakt chorého s príliš intenzívnymi pachmi jedla pri príprave jedla a podávaní.

- Nepodávať chorému obľúbené jedlá v dobe cytostatickej liečby alebo ožarovania, aby sa „nevypestovala“ averzia voči týmto jedlám.
- Jesť v príjemnom prostredí.
- Spolupráca chorého s asistentkou výživy, dietológom, lekárom (Minárik, Mináriková, 2012).

Biologicky hodnotná strava je zaistená pestrosťou stravy. Chorý by mali uprednostniť - mäso, hydinu, ryby, mlieko a mliečne výrobky, cereálne obilniny, vajcia, strukoviny, ovocie a zeleninu (Voleková, 2013).

V prípade malnutrície je často potrebné doplniť stravu nutričnými doplnkami- obsahujú tak cukry, tuky, bielkoviny, vitamíny, minerálne látky a stopové prvky. Sú dostupné väčšinou v tekutej forme a určené k okamžitému použitiu formou popíjania po malých dávkach- **sipping**. K dispozícii sú tiež instantné práškové formy. Perorálne nutričné supplementy prinášajú možnosť výživy chorým, u ktorých sa nedarí pomocou diétnej rady udržať perorálny príjem a telesnú hmotnosť. Medzi ďalšie výhody týchto doplnkov stravy patrí:

- ich ľahká dostupnosť,
- možnosť okamžitého použitia,
- použitie bez prípravy,
- široký výber príchutí a typov prípravkov,
- vysoký obsah energie a bielkovín v malom objeme,
- možnosť použitia pri ochorení DÚ, problémoch s prehĺtaním,
- menšia záťaž tráviaceho traktu oproti bežnej strave,
- väčšina prípravkov neobsahuje laktózu ani lepok (Křemen, 2009).

Energetická hodnota týchto prípravkov sa pohybuje v rozmedzí 1,0-2,4kcal/ml. Pre porovnanie- energetická hodnota mlieka je okolo 0,4kcal/ml a bežného jogurtu 0,7 kcal/ml

Fakty a mýty o výžive onkologicky chorého

Alternatívne dietetické postupy

Závažné nádorové ochorenie a skutočnosť, že štandardná protinádorová liečba nemusí mať dostatočný účinok, má za následok, že pacienti a ich blízki hľadajú alternatívne spôsoby liečby a rôzne špeciálne diéty. Bolo vypracovaných množstvo alternatívnych dietetických postupov. Aj keď ich zástancovia udávajú množstvo jednotlivých prípadov úspešného vyliečenia, nebolo preukázané, že by mohli viesť pravidelne k uzdraveniu alebo zlepšeniu stavu nádorového ochorenia. Medzi najznámejšie patria:

- **makrobiotická strava**- primárne vegetariánska strava, založená na príjme obilnín, strukovín, zeleniny, ovocia a produktov z morských rias. Zo stravy je vylúčené mäso,

s výnimkou malého množstva rybacieho mäsa, živočíšne tuky, mlieko a mliečne výrobky, tropické ovocie, cukor, med a všetky sirupy. **Nevýhody**- veľký objem stravy a nízky energetický obsah plnohodnotných bielkovín, niektorých vitamínov, stopových prvkov a minerálnych látok.

- **Gersonová diéta**- založená na snahe podporiť zníženú obranyschopnosť a uľahčiť odvod toxických produktov nádorových buniek z tela. Základom je vysoký obsah draslíka a nízky obsah sodíka v strave s obmedzením bielkovín a vylúčením tukov. Pôvodne bola súčasťou terapie podávania tekutého extraktu z čerstvej teľacej pečene, neskôr nahradené mrkvovým džúsom. O stravy sú celkom vylúčené- soľ, olej, orechy, kandizované a konzervované, a inak chemicky upravované potraviny. **Nevýhoda-** obmedzenie príjmu bielkovín.
- **Hayová diéta**- vychádza z princípu vhodných a nevhodných kombinácii jedál. Predpokladom je rozdelenie stravy na kyselinotvorné a zásadotvorné, ktoré sa nesmú kombinovať. Kyselinotvorné – živočíšne bielkoviny, obilné zrná, chlieb, cukor. Zásadotvorné- zelenina, šaláty, čerstvé ovocie, mlieko a zemiaky. Zo stravy sú vylúčené – biela múka, cukor a chemicky spracované potraviny.
- **Breussová diéta-** extrémna diéta, ktorá radí pacientom, aby po ukončení liečby 42 dní nejedli a nepili nič iného ako šťavy zo zeleniny a bylinkové čaje. **Nevýhoda-** nízka kalorická a bielkovinová hodnota, čo vedie k chudnutiu chorého a narušeniu jeho celkového a výživového stavu (Šachlová, 2001).

V súvislosti s onkologickým ochorením a liečbou sa medzi pacientmi a ich podpornými osobami „posúvajú“ určité rady a postupy.

Z množstva faktov a mýtov vyberáme:

Podvyživený človek je vychudnutý. Podľa toho sa dá podvýživa odhaliť.

Mýtus: Podvýživa nemusí vždy súvisieť s telesnou hmotnosťou. Napríklad pri proteínovej malnutrícii, pri ktorej chýbajú bielkoviny a môže mať vážne následky, ostáva hmotnosť človeka rovnaká. Niektorí pacienti s podvýživou môžu byť dokonca obézni.

Podvýživa je problémom rozvojových krajín.

Mýtus: Pacienti trpia podvýživou aj v krajinách s rozvinutou ekonomikou a s vypracovaným zdravotným systémom. Vysoké percento hospitalizovaných pacientov, chronicky chorých či starých ľudí trpí podvýživou práve v krajinách Európskej únie, ako aj v USA, či Austrálii.

Pri liečbe rakoviny treba držať diétu, aby sa nádor „vyhladoval“ a nerástol.

Mýtus: Nádor sa nedá „vyhladovať“ tým, že bude pacient držať prísnu diétu a odopierať si prísun dôležitých živín. Žiadny pacient s onkologickým ochorením nemá prospech z

hladovania. Naopak, malnutrícia zhoršuje priebeh a zvládanie ochorenia, znižuje účinnosť liečby, zvyšuje riziko komplikácií, úmrtia...

Pacient na posteli, ktorý sa málo hýbe, nemusí veľa jesť

Mýtus: U ležiacich pacientov v akútnom strese (zápal pankreasu, úraz) alebo s dlhodobou nedostatočnou výživou (starší ľudia) dochádza k odbúravaniu bielkovín. Ubúda svalová hmota z dôvodu malej fyzickej aktivity, pridáva sa katabolizmus z hladovania (rozklad tkaniva za účelom získania energie). Úbytok svalstva nemusí byť vidieť, pretože je často maskovaný opuchmi alebo tukom. Závažnou skutočnosťou je, že neubúda iba kostrové svalstvo, ale i sval srdca a medzirebrové „dýchacie" svaly, zmenšuje sa tiež sliznica čreva. Pacient slabne, znižuje sa mu imunita, je ohrozený zápalom pľúc, smrťou.

Keď pacient nemá chuť k jedlu, nemáme ho nútiť

Mýtus: Pri onkologických ochoreniach a liečbe sa chuť k jedlu stráca. Taktiež u starších ľudí je nižšia chuť k jedlu častým javom. Ak nevenujeme pozornosť výžive v tomto období, môže dôjsť k rozvoju malnutrície.

Diéta je vždy plnohodnotná

Mýtus: Každé zdravotnícke zariadenie má iný diétny systém, podľa svojich potrieb. V nemocniciach vedľa diét plnohodnotných, zaisťujúcich všetky potrebné živiny, sú tiež diéty prísne, diagnostické a pod., ktoré plnohodnotné nemusia byť alebo nemôžu. Medzi takéto diéty patria- čajová, tekutá, kašovitá, pankreatická, redukčná a pod. (Minárik, Mináriková, 2012).

Záver

Na vzniku niektorých nádorových ochorení sa čiastočne podieľa nadmerná výživa. Nevhodné zloženie stravy sa môže zdať byť v rozpore so známou skutočnosťou, že chorý s práve zisteným ochorením je z hľadiska výživy naopak často ohrozený chudnutím a narušením výživového stavu.

U chorých, ktorí strácajú telesnú hmotnosť je väčšinou prvým opatrením včasná úprava diéty- zabezpečenie plnohodnotnej výživy so snahou zabrániť ďalšiemu zhoršovaniu vyživovacieho stavu a oslabenia chorého.

Odborníci na výživu onkologických pacientov upozorňujú na tri základné ciele:

1. Udržanie si zdravej telesnej hmotnosti- hlavne zabrániť nechcenému chudnutiu a tým strate svalovej hmoty, zásob telesných bielkovín, následnému oslabeniu imunity.
2. Dodržanie zásad správnej výživy.
3. Zníženie rizika recidívy pôvodného nádoru a sekundárneho nádoru iného orgánu.

Chudnutie nie je nevyhnutnou súčasťou nádorového ochorenia a do značnej miery mu môžeme skorým zásahom zabrániť vzniknúť alebo aspoň eliminovať jeho vznik. Včasná komunikácia s chorým a jeho príbuznými o riziku vzniku malnutrície vplyvom ochorenia

a liečby, poskytnutie dostatočných informácii o spôsoboch eliminácie nežiaducich účinkov onkostatickej liečby by mala zabezpečiť, aby nedošlo k zhoršeniu kvality života tak chorého ako aj jeho rodiny.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BOZZETTI, F. et al. 2009. *ESPEN guidelines on parenteral nutrition*: Non- surgical oncology. In Clinical Nutrition. [online] 3.2.2014 Dostupné na internete <http://espen.info/documents/0909/ Non-surgical%20oncology.pdf>
2. KLENER, P., VORLÍČEK, J., 1998. *Podpůrna léčba v onkológii*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998. 231 s. ISBN 80-902501-2-2.
3. KŘEMEN a kol. 2009. *Enterální a parenterální výživa*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta., 2009. 139 s. ISBN 978-80-204-2070-1.
4. *Malnutrícia u onkologických pacientov.* In Výživa ako liek. Online [cit.2014-02-07] Dostupné na internete <http://www.vyzivaakoliek.sk/suvisiace-ochorenia/malnutricia-u-onkologickych-pacientov >
5. MINÁRIK, P., MINÁRIKOVÁ, D. 2013. *Rakovina a výživa- fakty a mýty*. 1. vyd. Bratislava: Kontakt. 2013, 224 s. ISBN 978-80-971059-2-1.
6. ŠACHLOVÁ, M., 2004. Nádorová onemocnení a výživa. Brno: MOÚ. 2004 – brožúra.
7. VOLEKOVÁ, M., 2012. *Manuál enterálnej výživy pre ambulantnú prax*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2012. 168 s. ISBN 978-80-89631-04-9.

Kontaktná adresa:

Mgr. Anna Herinková
ÚVN SNP Ružomberok-FN
Klinika radiačnej a klinickej onkológie
Považská 2, 034 01 Ružomberok
e-mail: herinkovaa@gmail.com

VČASNÉ SCHOPNOSTI NOVORODENCA

Eva Lazárová

Katolícka Univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt:

Príspevok popisuje popôrodnú starostlivosť o novorodenca. Poukazuje na odporúčania WHO a Americkej pediatrickej spoločnosti o starostlivosti o matku a dieťa. Zdravé dieťa by sa malo okamžite po pôrode položiť na brucho alebo hrudník matky kontaktom skin to skin. Pre zdravý vývoj novorodenca je dôležitá obzvlášť prvá hodina kedy u neho dochádza k plynulejšej a prirodzenejšej adaptácii na nové prostredie. Novorodenec je podľa Dr. Freybergha predurčený k takémuto zaobchádzaniu svojou fyziológiou a svojim zakódovaným správaním- schopnosťami.

Kľúčové slová: Popôrodná starostlivosť. Schopnosti novorodenca. Skin to skin kontakt.

Abstract:

This paper describes postpartum newborn care. It points out the recommendations of the WHO and the American society of pediatric care for mother and child. Healthy child should be immediately after the birth laid on mother's stomach or chest by a skin to skin contact. For the healthy development of the newborn the first hour is particularly important when the smoother and more natural adaptation to the new environment is done. Newborn, according to Dr. Freybergh, is destined to such treatment by his physiology and his encoded behavioral skills.

Key words: Postpartum care. Newborn abilities. Skin to skin contact.

„Zodpovedné rodičovstvo nie je bezpodmienečne prepožičaný dar Matky prírody alebo jednoducho získaný talent. Veľmi často je nevyhnutné naučiť sa ho."

Peter G. Fedor - Freybergh

Výrok pochádza od profesora pôrodníctva a pedopsychiatrie slovenského pôvodu, ktorý sa stal svetoznámym vďaka výsledkom svojich výskumných prác o prenatálnom vývoji dieťaťa a jeho adaptácii v popôrodnom období. Životné funkcie dieťaťa počas tehotnosti boli dlho zahalené rúškom tajomstva, rovnako ako dramatické zmeny v popôrodnom období,

ktoré mu umožňujú pokračovanie života v zásadne zmenených podmienkach. Až do posledných desaťročí minulého storočia bolo dieťa považované za pasívne a odporúčania o starostlivosti sa týkali najmä pravidelného režimu kŕmenia a dodržiavania prísnych zásad hygieny. Zdokonalené výskumné metódy odhalili závažné poznatky o vývoji vzájomných vzťahov budúcej matky a jej dieťatka na úrovni biologických, ale aj psychologických procesov. Predstavu o pasivite dieťaťa pred jeho narodením vytvárali poznatky o jeho schopnosti „učiť sa“, čo je veľmi dôležité pri jeho adaptácií na zásadne nové podmienky po pôrode. Aj v termíne narodený novorodenec sa rodí s nezrelými funkciami, najmä mozgu, a jeho vyzrievanie prebieha najlepšie v úzkom kontakte s matkou- skin to skin. (Haľamová, 2012).

Pôrod je udalosť nesmierneho biologického významu a preto, pokiaľ matku ani dieťa neohrozujú zdravotné komplikácie, mali by zdravotníci na chvíľu ustúpiť do pozadia a dať čas novorodenej matke a jej dieťaťu. Je to pre nich oboch okamžik pokoja a odpočinku po namáhavej práci, okamih prvého dotyku, pohľadu a spoznávania (Sears, 2009).

Svetová zdravotnícka organizácia hovorí**,** že telesný kontakt s matkou je najlepší prostriedok na udržiavanie telesnej teploty dieťaťa. Tento kontakt sa odporúča aj zo psychologických dôvodov. Podnecuje vzájomné zoznámenie matky a dieťaťa a poskytuje dieťaťu dôležitý pocit bezpečia. Pre zdravotný stav novorodenca je výhodné, keď sa stretáva s baktériami na koži svojej matky, nie s baktériami poskytovateľov starostlivosti. Dieťa by malo byť v tesnej blízkosti svojej matky vo dne i v noci a malo by k nej mať neustále neobmedzený prístup.

Týmto vyhlásením sa riadi aj Americká pediatrická spoločnosť (AAP), ktorá v popôrodnej starostlivosti odporúča:

- Zdravé dieťa by sa malo okamžite po pôrode položiť na brucho alebo hrudník ženy a tento kontakt kože s kožou by mal trvať dovtedy, kým sa dieťa prvý raz prisaje a napije.
- Detská sestra alebo pediater by mali urobiť prvé vyšetrenie dieťaťa na tele matky.
- Váženie, meranie, kúpanie, kvapkanie do očí a injekcie alebo krvné testy by mali počkať až po prvom dojčení**.**
- Dieťa by sa malo adaptovať v čo najbližšom kontakte s matkou, pretože prvá hodina je obzvlášť dôležitá pre jeho ďalší zdravý vývoj.

Podľa týchto odporúčaní stačí dieťa otrieť a všetky ďalšie vyšetrenia už môžu prebiehať v matkinom náručí. Alebo sa môžu odložiť po vzájomnom zoznámení sa. Aj potom by sa dieťa malo vrátiť matke čo najskôr (Haľamová, 2012).

Podľa Dr. Freybergha je novorodenec predurčený k takémuto zaobchádzaniu. Aj dĺžka pupočnej šnúry umožňuje uchopiť dieťa do náručia ihneď po pôrode. Matka si ho

môže dôkladne pozrieť, objímať a ponúknuť prsník. Dieťa, ktorého pohľad najlepšie zaostruje na 15-30 cm (vzdialenosť prsník – tvár matky), tak má ideálnu možnosť zapamätať si tvár matky a jej vôňu. Jej hlas pozná už z maternice, môže dokonca rozoznávať aj hlas svojho otca. Matka a dieťa sa navzájom pozerajú do očí, vysoká hladina oxytocínu, rozširujúca zreničky, im dáva signál o vzájomnej náklonnosti, nastáva vytváranie vzájomnej – primárnej väzby, kde sa toto konkrétne dieťa a táto konkrétna matka pre seba navzájom stávajú nenahraditeľnými (Freybergh, 2013).

Obaja, ak pôrod nebol obzvlášť namáhavý, budú najbližšiu hodinu bdelí, tešiaci a spoznávajúci sa. Novorodenec bude v matkinom náručí pokojnejší, jeho popôrodná adaptácia bude prebiehať s menšou mierou stresu. Mydlilová (2012) uvádza lepšiu stabilitu telesnej teploty a hladiny glukózy v krvi. Matka získava skúsenosť, že vie dieťa utíšiť a nasýtiť, čím sa stáva sebavedomejšia a kompetentnejšia do ďalších dní a ako dokazujú výskumy, môže prežívať materstvo uspokojivejšie, má väčšiu tendenciu k intimite a ochrannému správaniu, ťažšie zveruje dieťa do opatery inej osobe.

Vedci vypozorovali u novorodených detí skutočne úžasné schopnosti. Ak sa dieťa narodí prirodzenou cestou a bez použitia sedatív, môžeme uňho počas prvých deväťdesiatich minút pozorovať schopnosti, ktoré sa po tomto krátkom čase strácajú. Niektoré miznú úplne, iné sa ukážu znovu až vo chvíli, keď na ne vo vývoji nastane ten pravý čas.

Jeden z najdôležitejších reflexov zdravého novorodenca je „chôdza“, ktoré si dieťa koniec koncov nacvičuje v maternici. Tieto „kroky“ dobre vidno, keď sa dieťa chytí za ručičky a uvedie sa ho do vzpriamenej polohy – vtedy začne striedavo dvíhať nohy a „chodiť“. Skutočný význam tohto pohybu je však iný a má svoj zmysel. Keď sa nahé, ale osušené alebo prikryté) dieťa priloží matke po pôrode na nahé telo, začne sa veľmi účinne odrážať nohami a plaziť sa tak po bruchu k bradavke. Tento cielený pohyb zároveň funguje ako masáž maminho brucha a pomáha vypudzovať placentu z maternice (tzv. tretia pôrodná fáza). Novorodenec skúma okolie, hladká rukami matku, snaží sa o prisatie k bradavke- tzv. samoprisatie.

Ak to podmienky umožňujú a donosené zdravé dieťa môže stráviť tých prvých deväťdesiat minút svojho života v kontakte s matkinou pokožkou. Dieťa je za týchto podmienok v stave pokojnej bdelosti a vôbec neplače. Má doširoka otvorené oči a pohybuje sa iba málo alebo pomaly. Naopak, bábätká položené do postieľky vedľa matky preplačú v prvej hodine a pol svojho života asi pol minúty každých päť minút (Haľamová, 2012).

Výnimočná je v tejto chvíli schopnosť novorodenca vydržať v pokojnom stave takmer hodinu a pol, čo je v porovnaní so správaním starších novorodencov neobvykle dlho. V tomto stave je uvoľnené a sústredené a ak má tú možnosť, vyhľadáva pohľad z očí do očí. To je

pre matku a dieťa nezabudnuteľný citový zážitok, ktorý matke pomáha doslova sa do dieťaťa zamilovať, posilniť šancu dieťaťa na dobrý život. Stav pokojnej bdelosti je aj u starších detí nesmierne dôležitý a rodičia by sa ho mali naučiť rozoznávať, pretože dieťa je v tej chvíli sústredené a otvorené novým podnetom a komunikácii. Starší novorodenci však vždy vydržia iba asi 10 % bdelého stavu denne a iba v krátkych časových úsekoch.

Okrem týchto reflexov sa môžu už štyri hodiny po pôrode pozorovať reakcie dieťaťa, ktoré už znamenajú skutočnú komunikáciu. Ak dieťa prežije počas prvých desiatich až pätnástich minút svojho života pohľad z očí do očí so svojou matkou, je ju schopné už za štyri hodiny rozoznať od tvárí iných žien. Všeobecne platí aj to, že už v tejto chvíli dieťatko uprednostňuje obrázok normálnej tváre pred obyčajnou čmáranicou (Klaus, 2000).

Krátko po pôrode už dieťa rozoznáva hlas svojich rodičov. V experimentálnych podmienkach sa zistilo, že hlas matky rozozná od hlasu cudzej ženy v 95 %, hlas otca rozozná v 80 %. Novorodenec má vyvinuté aj schopnosti, ktoré prekračujú hranice rôznych zmyslov. Napríklad cumlík, ktorý cíti v ústach, fixuje očami na obrázku. Dieťa preukazuje schopnosť imitácie (do tej sa však nesmie nútiť, musí sa počkať na správny okamih, pretože do hry tu vyzýva dieťa) – v dieťati sú „prednastavené“ všetky ľudské emócie – dokáže ich napodobňovať, respektíve ich v sebe objavovať pomocou druhých ľudí. Veľmi záleží na tom, akú náladu má matka po pôrode, čo robiť pre to, aby ju mala v rámci možností čo najlepšiu, teda, aká dôležitá je pre matku pred pôrodom a počas neho emočná podpora. Zaujímavý je aj reflex, keď dieťa otvára ústočká po tom, čo mu stisnete dlaň (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Záverom môžeme potvrdiť myšlienky Dr. Heleny Máslovej z Centra psychosomatickej starostlivosti, ktorá sa k tejto téme vyjadrila: „Presunom pôrodu do pôrodníc sa zmenilo prežívanie pôrodu, ale hlavne odovzdávanie materských skúseností. Terajšie odporúčania WHO a AAP o vedení pôrodu sú plne určujúce pre vzťah matky s dieťaťom.“ Je to neverbálny vzťah, vyplývajúci z fyzického kontaktu, ktorého prostredníctvom prebieha úplná, bezpodmienečná láska medzi matkou a dieťaťom, založená na biologickej väzbe. Počas prvej hodiny po pôrode vzniká primárna biologická väzba, keď cez pokožku dochádza k prvému chemickému kontaktnému prenosu informácií. Novorodenec je plne prispôsobený k vzájomnému neprerušovanému kontaktu medzi matkou a ním. Po fyziologickom pôrode má dieťa úplne doširoka otvorené oči a doslova sa vpíja do svojej matky, väčšinou je pokojné, neplače. Samo sa dokáže pohybovať na matke, nájsť si bradavku a iniciovať dojčenie.

V súčasnom rýchlom svete sme zvyknutí, že len čo niečo prežijeme, hurá za ďalšími zážitkami. Ale pri pôrode má všetko svoj čas a nemalo by sa nič uponáhľať: matka a dieťa sa potrebujú v pokoji zoznámiť, dieťa sa musí adaptovať.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. ALLEN, K. E.; MAROTZ, L. R., 2002. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let.* 1. vyd. Portál, Praha, 2002. 187 s. ISBN 80-7367-055-0.
2. FEDOR- FREYBERGH, P., G., 2013. *Prenatálne dieťa- Psychosomatické charakteristiky prenatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa*. Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., Trenčín: 2013. 65 s. ISBN 978-80_88952-74-9
3. HAĽAMOVÁ, V., a kol., 2012. Sprievodca matky v starostlivosti o dieťa. Vyd: Slovenský výbor pre Unicef, Bratislava: 2012. 78 s. ISBN 978-80-88788-11-9
4. KLAUS, M., KLAUS, P., 2000. *Your Amazing Newborn.* Vyd. : Da Capo Press, 2000, 128 s. ISBN 978-0738201887
5. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychológie*. Vyd.: Grada Publishing, Praha, 2006. 368 s*. ISBN* 978-80-247-1284-0
6. ROBERT W. SEARS, 2009. The Golden Hour. Getting the Best Start with Your Newborn, Originally published in the 2009/10 Guide to a Healthy Birth. Dostupné na internete: http://www.choicesinchildbirth.org/files/2009_SEARS_Golden-Hour.pdf

Kontaktná adresa:

Mgr. Eva Lazárová
Katolícka Univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Námestie A. Hlinku 48
034 01, Ružomberok
Slovakia

PROFIL DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ A OBCIĄŻENIE PSYCHOSPOŁECZNE W PRACY PIELĘGNIARKI[3]

Grażyna Dębska[1], Zofia Foryś[1] Klaudia Chorągwicka[2]

[1]Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego-Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

[2] Dom Pomocy Społecznej Raba Wyżna

Streszczenie

Wstęp

Obciążenie w pracy pielęgniarki wymaga szczególnej troski i uwagi, ponieważ jest zjawiskiem na dużą skalę. Obciążenie niesie ze sobą poważne konsekwencje zarówno indywidualne jak i społeczne. Ocena obciążenia psychospołecznego wymaga użycia wiarygodnych standaryzowanych narzędzi.

Celem podjętych badań była analiza obciążeń psychospołecznych u pielęgniarek pracujących w Domach Pomocy Społecznej o różnym profilu.

Materiały i metody

Badaniem objęto 88 pielęgniarek pracujących w Domach Pomocy Społecznej o trzech profilach: przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych dla osób w podeszłym wieku Do badań użyto standaryzowany arkusz oceny jakości warunków pracy pod względem obciążenia psychospołecznego oraz do oceny obciążenia psychicznego wersję polską kwestionariusza Meistera.

Wyniki:

Poziom obciążenia psychicznego i psychospołecznego w badanej grupie pielęgniarek pracujących w Domach Pomocy Społecznej utrzymuje się na wysokim poziomie, odpowiednio 3 i 4. Otrzymane wyniki wskazują na istotną różnicę statystycznie w obciążeniu psychicznym, jakim jest przeciążenie pomiędzy pielęgniarkami z Domów Pomocy Społecznej o profilu dla przewlekle somatycznie chorych a przewlekle psychicznie chorych.

Wnioski:

W celu poprawienia jakości opieki nad chorymi w Domach Pomocy Społecznej, ważne jest uwzględnienie występujących obciążeń dla pielęgniarek. Ważnym elementem jest podjęcie odpowiednich działań na rzecz zminimalizowania skutków psychospołecznych

[3] Praca przygotowana ze środków MNiSW na badania naukowe i prace rozwojowe w ramach działalności statutowej (nr zadania badawczego WZiNM/DS/1/2013-KON). Kierownik zadania: dr n. med Grażyna Dębska

i indywidualnych dla pracowników. Pracodawca powinien podjąć odpowiednie działania na rzecz poprawy jakości pracy i jej środowiska.

Słowa kluczowe: Obciążenie psychospołeczne pracą. Opieka pielęgniarska. Dom Pomocy Społecznej.

Summary

Introduction:

Nurses work load requires special care and attention because it is a phenomenon on a large scale. The load has serious consequences for both individual and social. Load Rating psychosocial needs reliable standardized tools. The aim of this study was to analyze the psychosocial burden of nurses working in nursing homes and to investigate the occurrence of burnout in this group.

Materials and methods:

The study included 88 nurses working in nursing homes of three profiles:chronic somatic diseases, chronically mentally ill, for the elderly

The study was an evaluation sheet quality working conditions in terms of load psychosocial questionnaire by Meister.

Results:

The level of mental and psychosocial in the group of nurses working in nursing homes remains at a high level, 3 and 4 The results indicate a statistically significant difference in mental load, which is the overload between nurses in nursing homes Profile for chronically physically ill and chronically mentally ill. There was no clear level of burnout in nurses in nursing homes with different profiles.

Conclusions:

In order to improve the quality of care in nursing homes, it is important to take into account the traffic loads for nurses. An important element is to take appropriate action to minimize the effects of psychosocial and individual employees. The employer shall take appropriate measures to improve the quality of the work and its environment.

Key word: Psychosocial work overload. Nurses. Social Welfare Home.

Wstęp

Obciążenie psychospołeczne jest ważnym problemem występującym w pracy pielęgniarek będący przyczyną wypalenie zawodowego. Autorzy badań nad wypaleniem zawodowym u pielęgniarek jednoznacznie stwierdzają, że właśnie w tym zawodzie

występuje wiele elementów obciążenia psychospołecznego. Są nimi nie tylko cechy osobowości, uznawane wartości i postawy, ale przede wszystkim struktura, środowisko i organizacja pracy. Specyficznym środowiskiem pracy jest Dom Pomocy Społecznej (DPS), który zapewnia usługi całodobowe osobom wymagającym opieki z powodu swojej niepełnosprawności, choroby, wieku podeszłego, które nie są w stanie same egzystować lub dla których opieka doraźna jest niewystarczająca" [1,2]. Profil Domu Pomocy Społecznej z jednej strony pozwala określić Indywidualny Plan Wsparcia, zależny od problemów społecznych i zdrowotnych mieszkańców. Z drugiej strony profil decyduje o specyfice obciążeń psychospołecznych, będących źródłem stresu dla pracujących pielęgniarek. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „…Obciążenia psychospołeczne odnoszą się do interakcji pomiędzy treścią pracy, organizacją pracy, systemami zarządzania, warunkami środowiska pracy a kompetencjami, potrzebami i indywidualnymi właściwościami pracownika…."[3]. Czynnikiem determinującym satysfakcję z pracy zawodowej pielęgniarki pracującej w Domu Pomocy Społecznej może okazać się nie tylko klimat organizacyjny środowiska pracy, ale i również kategorie pacjentów, które zależą od profilu [4,5].

Cel pracy-analiza obciążeń psychospołecznych u pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej o różnych profilach.

Do osiągnięcia celu badań sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jaki jest poziom obciążenia psychospołecznego u pielęgniarek pracujących w Domu Pomocy Społecznej?
2. Czy profil Domu Pomocy Społecznej ma wpływ na poziom obciążenia psychospołecznego w pracy pielęgniarek?

Materiał, Metoda

Przy zbieraniu materiału empirycznego zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem dwóch narzędzi badawczych:

1. Kwestionariusz Oceny Jakości Warunków Pracy[4] pod względem obciążenia psychospołecznego. Jest to standardowa metoda oceny jakości warunków pracy pod względem obciążenia związanego z wykonywaną pracą stosowana powszechnie na Słowacji [6, 7,8]. Są w nim ocenione warunki pracy w czterostopniowej skali (1 minimalna ocena, 4 maxymalna ocena), na podstawie jedenastu cech samej pracy i środowiska w którym jest wykonywana. Do kryteriów nadmiernego obciążenia

[4] Zastosowana polska wersja Kwestionariusz Oceny Jakości Warunków Pracy nie była walidowana w badaniach polskich. Autorzy wykorzystali wierne tłumaczenie wersji słowackiej umieszczone w Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia Republiki Słowackiej z dnia 16 sierpnia 2007 r [8]

psychicznego związanego z wykonywaną pracą, zalicza się trzeci albo czwarty poziom jakości warunków pracy, określony zgodnie z tą metodą. Wyniki uzyskane z badania obciążenia psychospołecznego analizowano zgodnie z kluczem.

2. Kwestionariusz Meistera, który służy do subiektywnej oceny wpływu aktywności zawodowej na psychikę pracownika. Składa się z 10 pytań, podzielonych na trzy skale cząstkowe: przeciążenie, monotonia i czynnik niespecyficzny (reakcja na stres). W pierwszej skali cząstkowej (przeciążenie) wyróżnia się pośpiech, dużą odpowiedzialność, problemy i konflikty. W drugiej skali monotonia wyróżnia się: niski poziom satysfakcji, nużącą pracę i monotonię. W trzeciej skali (czynnik niespecyficzny) wyróżnia się: nerwowość, przesycenie pracą, zmęczenie i zmniejszenie wydajności w pracy z upływem lat. Odpowiedzi na poszczególne pytania ocenianie były w 5 stopniowej skali, w której to uzyskane wartości mediany porównywane były z wartościami krytycznymi ustalonymi w badaniach Z. Zidkova [9]. Do kryteriów nadmiernego obciążenia psychicznego związanego z wykonywaną pracą zalicza się trzeci stopień przeciążenia, monotonii i obciążenia niespecyficznego, określonego zgodnie z kluczem [7]. W badaniach własnych wykorzystano wersję polską kwestionariusza [10].

Grupę badaną stanowiło 88 pielęgniarek czynnych zawodowo pracujących w Domach Pomocy Społecznej (DPS) o trzech profilach:

- -osób przewlekle somatycznie chorych - 20 pielęgniarek,
- -osób przewlekle psychicznie chorych - 49 pielęgniarek,
- -osób w wieku podeszłym - 19 pielęgniarek.

Analizę statystyczną obliczeń dokonano przy użyciu programu komputerowego Statistica 7.1 firmy Staf-Soft. W pracy za poziom istotności statystycznej przyjęto p poniżej 0,05 [11].

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku badanej grupy (n=88), wynosiła 42 lata (SD 8,6), najmłodsza pielęgniarka miała 25 lat a najstarsza 59. W DPS o profilu dla przewlekle psychicznie chorych pielęgniarki stanowią najmłodszą grupę (n=49), której średnia wieku wynosiła 39,7 (SD=7,3). Najwyższą średnią wieku 46,6 lat (SD 9,4) stanowią pielęgniarki (n=19), w DPS o profilu w podeszłym wieku. Grupy wiekowe badanych pielęgniarek w DPS o trzech profilach wykazują istotne różnice statystycznie (F=5,0, p=0,009), które występują pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w z Domu Pomocy Społecznej o profilu dla przewlekle psychicznie chorych i profilu w podeszłym wieku (Tab.1).

Tabela 1. *Średnia wieku badanej grupy w zależności od profilu Domu Pomocy Społecznej.*

WIEK BADANEJ GRUPY				
Profil Domu Pomocy Społecznej	**N**	**Średnia wieku**	**Odchylenie standardowe**	**Min/Max**
Przewlekle somatycznie chorzy	20	43	9	27 / 57
Przewlekle psychicznie chorzy	49	39,7	7,3	25 / 55
Podeszły wiek	19	46,6	9,4	26 / 59
OGÓŁEM	88	42	8,6	25/ 59

Zdecydowana większość badanych pielęgniarek 56 osób (36 %) legitymuje się wykształceniem średnim, pozostała cześć badanej grupy 32 osoby (64 %) posiada wykształcenie wyższe. Analiza, pokazuje iż największą grupą jaką objęto badaniem była grupa w przedziale stażu pracy do 0-20 lat (51 osób), nieliczną grupę stanowią pielęgniarki w przedziale od 20-25 (17 osób), od 25-30 lat (6 osób) oraz 30-35 lat (10 osób) i 35- 40 lat stażu (4 osoby). Badana grupa pielęgniarek (n=88), posiada staż pracy wynoszący średnio 17,9 lat (SD=10,5). Najmłodsza stażem była pielęgniarka która pracowała sześć miesięcy, a najdłuższy staż pracy to 38 lat. Uzyskane wyniki nie wykazały statystycznie istotnych różnic biorąc pod uwagę profil DPS a staż pracy.

Wyniki badania

Ocena obciążenia psychospołecznego związanego z wykonywaną pracą na podstawie charakteru środowiska pracy, biorąc pod uwagę jakość środowiska pracy.

Analiza wykazała, że w DPS o profilu dla przewlekle somatycznie chorych średnie wartości były najwyższa dla takich zmiennych jak: natężenie pracy i presja czasu, narzucone tempo pracy, odpowiedzialność materialna i organizacyjna (odpowiednio: 2,63, 2,32, 2,72). W DPS o profilu dla przewlekle psychicznie chorych dla większości cech (7 z 11) średnie wartości były wyższe w porównaniu do pozostałych profili. Są to: monotonia, interakcje społeczne, ryzyko związane z zagrożeniem zdrowia i życia własnego lub innych osób, praca zmianowa i nadgodziny, środowisko pracy, dyskomfort fizyczny. Natomiast w DPS o profilu dla podeszłego wieku, żadna z analizowanych cech nie uzyskała średnich wartości wyższych od pozostałych profili [Tabela 2].

Tabela 2. *Cechy pracy pod względem obciążenia psychospołecznego*

RODZAJ OBCIĄŻENIA PSYCHOSPOŁECZNEGO									
PROFIL Domu Pomocy Społecznej	**Przewlekle somatycznie chorzy**			**Przewlekle psychicznie chorzy**			**Podeszły wiek**		
Cecha pracy	Średnia	SD	Mediana	Średnia	SD	Mediana	Średnia	SD	Mediana
Natężenie pracy i presja czasu	2,63	1,12	3	1,89	1,1	1	1,68	0,95	1
Narzucone tempo pracy	2,32	1,16	2	1,87	1	2	1,95	0,91	2
Monotonia	1,68	1	1	2,06	0,94	2	2,05	0,85	2
Czynniki zakłócające koncentrację	2,11	0,9	2	2,43	0,91	2	2,37	0,68	2
Interakcje społeczne	1,83	0,79	2	2,33	0,9	2	2,16	0,6	2
Odpowiedzialność materialna i organizacyjna	2,72	1,07	2,5	2,44	0,84	2	2,32	0,82	2
Ryzyko związane z zagrożeniem zdrowia i życia własnego lub innych osób	0,87	0,94	3	3,02	0,83	3	2,26	0,87	2
Praca zmianowa, nadgodziny, praca nocna	1	1,17	3	2,76	0,99	3	2,32	1	2
Środowisko pracy	0,85	0,81	2	2,56	0,9	3	1,95	0,85	2
Dyskomfort fizyczny	0,95	0,98	2	2,55	0,94	3	2,32	0,95	2
Inne źródła obciążenia	0,93	1,01	1	2,67	0,89	3	2,26	0,93	2

Legenda:
SD- odchylenie standardowe

Analiza uzyskanych danych pokazuje stopień występowania obciążenia psychospołecznego w czterostopniowej skali. Do kryteriów nadmiernego przeciążenia określa się trzeci albo czwarty poziom obciążenia. Otrzymane wyniki wskazują, że najwięcej pielęgniarek 65,8 % (n=58) osiągnęło 3 i 4 stopień obciążenia psychospołecznego, z tego aż trzy czwarte (n=38) pracuje w DPS o profilu dla przewlekle psychicznie chorych. Pielęgniarki 65 % (n=13) pracujące w DPS o profilu dla przewlekle somatycznie chorych osiągnęły 3 i 4 stopień obciążenia. Najmniejszym stopniem obciążenia charakteryzują się pielęgniarki pracujące w DPS o profilu dla podeszłego wieku, drugi stopień osiągnęło 63,2 % (n=12) [Tabela 3].

Tabela 3. *Stopień obciążenia psychospołecznego pielęgniarek w DPS o różnym profilu*

Stopień obciążenia	PROFIL Domu Pomocy Społecznej			RAZEM
	Przewlekle somatycznie chorzy	Przewlekle psychicznie chorzy	Podeszły wiek	
1	2	0	0	**2**
%	10	0	0	**2,3 %**
2	5	11	12	**28**
%	25	22,4	63,2	**31,8 %**
3	6	26	2	**34**
%	30	53,1	10,5	**38,6 %**
4	7	12	5	**24**
%	35	24,5	26,3	**27,2 %**
Razem	20	49	19	**88**

Ocena obciążenia psychicznego związanego z wykonywaną pracą na podstawie charakteru subiektywnej reakcji pracownika na obciążenie

Analiza wartości krytycznych mediany pokazała, że pielęgniarki *nie odczuwają presji czasu podczas pracy* wartość mediany wynosiła 2. W pozostałych ocenach środowiska pracy (we wszystkich pytaniach) wartości mediany przekroczyły wartości krytyczne ustalone w badaniach

Z. Zidkova [9]. Zbliżone wyniki dla każdego profilu DPS (mediana równa 4) uzyskano w twierdzeniach: *praca nie przynosi mi zadowolenia, jest mało interesująca, mało pobudzająca, w pracy trudno mi się skupić, często mam konflikty i problemy od których nie mogę uwolnić się nawet po wyjściu z pracy, wykonuję pracę, której mam tak dość, że po kilku godzinach chciał(a)bym robić coś innego, moja praca jest tak psychicznie wyczerpująca, że po kilku godzinach wyraźnie odczuwam osłabienie i zmęczenie, tak, że nie można jej wykonywać latami z jednakową wydajnością.*

W DPS o profilu w podeszłym wieku, wartość mediany dla twierdzenia *Moja praca mocno obciąża mnie psychicznie z powodu dużej odpowiedzialności połączonej z poważnymi konsekwencjami* wynosiła 4 i jest najwyższa w porównaniu do pozostałych profili (mediana wynosi 2) [Tabela 4].

Tabela 4. *Obciążenie psychiczne w Domach o różnych profilach (wartości mediany)*

(kwestionariusz Meistera)

PROFIL Domu Pomocy Społecznej	**Przewlekle somatycznie chorzy**	**Przewlekle psychicznie chorzy**	**Podeszły wiek**	**wartość krytyczna[1]**
Pytanie	**Mediana**	**Mediana**	**Mediana**	**Mediana**
1. Podczas pracy często odczuwam presję czasu	2	2	2	3
2. Praca nie przynosi mi zadowolenia, właściwie chodzę do niej niechętnie	4+	4+	4+	2
3. Moja praca mocno obciąża mnie psychicznie z powodu dużej odpowiedzialności połączonej z poważnymi konsekwencjami	2+	2+	4+	2
4. Moja praca jest mało interesująca, mało pobudzająca, wręcz otępiająca umysłowo	4+	4+	4+	2
5. W mojej pracy często mam konflikty i problemy od których nie mogę uwolnić się nawet po wyjściu z pracy	4+	4+	4+	1
6. Podczas pracy bardzo trudno jest mi się skupić i utrzymać gotowość do wykonywania zadań, ponieważ przez długi czas nie dzieje się nic nowego ani ważnego	4+	4+	4+	1
7. Moja praca jest tak psychicznie wyczerpująca, że po kilku godzinach odczuwam zdenerwowanie i jestem wyprowadzony z równowagi	4+	3+	4+	2
8. Wykonuję pracę, której mam tak dość, że po kilku godzinach chciał(a)bym robić coś innego	4+	4+	4+	2
9. Moja praca jest tak psychicznie wyczerpująca, że po kilku godzinach wyraźnie odczuwam osłabienie i zmęczenie	4+	4+	4+	3
10. Moja praca jest tak psychicznie wyczerpująca, że nie można jej wykonywać latami z jednakową wydajnością	4+	4+	4+	3

[1] [+]oznaczenie przekroczenia wartości krytycznej mediany-wskazuje na wynik nieprawidłowy

[1]Židková Z,. *Využití dotazníkových k hodnocení psychické zátěže*. *pri praci.* České pracovní lékařství. 2002; 3, p. 128-132

[+]values greater than median critical values correspond to abnormal results

Tabela 5. *Przeciążenie w Domach Pomocy Społecznej o różnym profilu.*

CZYNNIK I (PRZECIĄŻENIE)			
PROFIL Domu Pomocy Społecznej	**N**	**Średnia**	**Odchylenie standardowe**
Przewlekle somatycznie chorzy	20	9,6	2,5
Przewlekle psychicznie chorzy	49	7,3	2,9
Podeszły wiek	19	7,7	1,5
OGÓŁEM	88	7,9	2,7

Analiza danych pokazała, że przeciążenie psychiczne uzyskało najwyższe wartości średnie 9,6 (SD=2,5) u pielęgniarek pracujących w DPS o profilu dla przewlekle somatycznie chorych w porównaniu do pracujących w DPS o profilu w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych (wartość średnia odpowiednio: 7,7 (SD=1,5) i 7,3 (SD=2,9).
Uzyskane wyniki wskazują na istotne różnice statystycznie pomiędzy przeciążeniem psychicznym w DPS o profilach dla osób przewlekle somatycznie chorych w porównaniu do mieszkańców dla przewlekle psychicznie chorych (F=5,404, p=0,006) [Tabela 5].

Tabela 6. *Monotonia w Domach Pomocy Społecznej o różnym profilu.*

CZYNNIK II (MONOTONIA)			
PROFIL Domu Pomocy Społecznej	**N**	**Średnia**	**Odchylenie standardowe**
Przewlekle somatycznie chorzy	20	12,1	2,9
Przewlekle psychicznie chorzy	49	10,1	4
Podeszły wiek	19	12,2	2,1
OGÓŁEM	88	11	3,5

Analiza danych pokazała, że monotonia w DPS o różnym profilu osiągnęła wartości średnie zbliżone. Uzyskane wyniki nie wykazują istotnych statystycznie różnic [Tabela 6].

Tabela 7. *Czynnik nieswoisty w Domach Pomocy Społecznej o różnym profilu*

CZYNNIK III (CZYNNIK NIESWOISTY)			
PROFIL Domu Pomocy Społecznej	**N**	**Średnia**	**Odchylenie standardowe**
Przewlekle somatycznie chorzy	20	15,2	3,7
Przewlekle psychicznie chorzy	49	13,9	3,8
Podeszły wiek	19	14,4	3,4
OGÓŁEM	88	14,3	3,7

Analiza danych pokazała, że wartości średnie czynnika nieswoistego były zbliżone, a uzyskane wyniki nie wykazują statystycznie istotnych różnic [Tabela 7].

Tabela 8. *Stopień obciążenia w Domach Pomocy Społecznej o różnym profilu*

STOPIEŃ OBCIĄŻENIA							
PROFIL Domu Pomocy Społecznej		**Przewlekle somatycznie chorzy**		**Przewlekle psychicznie chorzy**		**Podeszły wiek**	
Czynnik	**Nazwa czynnika**	**Średnia**	**Odchylenie standardowe**	**Średnia**	**Odchylenie standardowe**	**Średnia**	**Odchylenie standardowe**
I	Przeciążenie	9,6	2,5	7,3	2,9	7,7	1,5
II	Monotonia	12,1	2,9	10,1	4	12,2	2,1
III	Czynnik nieswoisty	15,2	3,7	13,9	3,8	14,4	3,4
Suma czynników /Stopień obciążenia		**27,3/ (III)**		**24 /(II)**		**26,8 /(II)**	

Analiza danych pokazała, że w DPS o profilu dla przewlekle somatycznie chorych występuje 3 stopień obciążenia psychicznego, a w DPS o przewlekle psychicznie chorych i w podeszłym wieku występuje drugi stopień obciążenia. Wartości średnie czynników obciążenia nie różniły się istotnie statystycznie [Tabela 8].

Dyskusja

W starzejącym się społeczeństwie polskim, coraz większym problemem jest zapewnienie opieki na odpowiednim poziomie nad osobami starszymi. Jedną z form instytucjonalną opieki są Domy Pomocy Społecznej, przeznaczone dla osób, które kwalifikowane są do danego profilu, ze względu na wiek geriatryczny, niepełnosprawność, chorobę psychiczną, somatyczną, niezaradność życiową bądź brak opieki ze strony najbliższej rodziny i otocznia. Zgodnie z profilem Domu Pomocy Społecznej pielęgniarka tam zatrudniona udziela świadczeń z zakresu pielęgniarskiej opieki, często stykając się z chorobą, starością, śmiercią. Do zadań realizowanych przez pielęgniarkę należy pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z funkcjonowaniem mieszkańca, edukacja zdrowotna, pomoc w codziennych czynnościach, ale i także pomoc w pozyskiwaniu sprzętu ortopedycznego, medycznego i rehabilitacyjnego [12]. Dlatego środowisko pracy Domu Pomocy Społecznej jest dla zatrudnionej tam pielęgniarki źródłem stresu [13].

Innym rodzajem obciążenia w pracy pielęgniarki, spowodowany długotrwałym kontaktem z chorym i jego rodziną, jest wywołanie postawy roszczeniowej i negatywnej w stosunku do pielęgniarki. Obserwuje się narastający brak szacunku ze strony pacjentów, opiekunów, współpracowników, który to stanowi element obciążenia i powoduje narastanie frustracji i rozczarowania w środowisku pracy. Do tych obciążeń często dołącza się przeciążenie obowiązkami w pracy, presja czasu, duża odpowiedzialność, praca zmianowa, brak kryteriów kontroli osiągnięć, brak informacji zwrotnej i wsparcia społecznego oraz niezadowolenie finansowe [14].

Z badań Kadučáková H. i wsp wynika, iż wśród pielęgniarek pracujących w Domach Pomocy Społecznej, głównym czynnikiem mającym negatywny wpływ na pracę jest nadmiar czynności i związany z tym pośpiech i zmęczenie. Przemoc psychiczna ze strony klientów miała ogromny wpływ na obciążenie, której najczęściej dopuszczali się pacjenci i członkowie ich rodzin. [15]

Badania przeprowadzone przez Dębska i wsp [16] wskazują na potwierdzenie, że obciążenie psychospołeczne w domowej opiece długoterminowej odczuwają pielęgniarki na wysokim poziomie (3 i 4 stopień obciążenia psychospołecznego), odpowiednio 14 % i 37 %. Zdaniem badanej grupy pielęgniarek największym obciążeniem w środowisku pracy było: *ryzyko związane z zagrożeniem zdrowia i życia własnego lub innych osób, interakcje społeczne, oraz natężenie i presja czasu.*

Występowanie obciążeń w pracy pielęgniarek w Domach Pomocy Społecznej potwierdziły badania własne z których wynika, że większość badanych osiągnęła stopień obciążenia psychospołecznego wysoki (3 i 4 stopień). *Z tego aż trzy czwarte badanych pracuje w DPS o profilu dla przewlekle somatycznie i psychicznie chorych.* Najmniejszym stopniem obciążenia psychospołecznego (drugim) charakteryzuje się większość pielęgniarek pracujących w DPS o profilu dla podeszłego wieku. Wyniki uzyskanie z wykorzystaniem kwestionariusza Meistera, wskazują na istotne różnice statystycznie pomiędzy przeciążeniem psychicznym w DPS o profilach dla osób przewlekle somatycznie chorych w porównaniu do pracujących pielęgniarek w DPS dla przewlekle psychicznie chorych [Tabela 5]. Ponad to w DPS profilu dla przewlekle somatycznie chorych występuje 3 stopień obciążenia psychicznego u pielęgniarek, a w DPS o przewlekle psychicznie chorych i w podeszłym wieku występuje drugi stopień obciążenia. W opinii badanych pielęgniarek pracujących w DPS o profilu dla przewlekle psychicznie chorych największym obciążeniem było: *ryzyko związane z zagrożeniem zdrowia i życia własnego lub innych osób, praca zmianowa i nocna, nadgodziny.* Natomiast w DPS dla profilu przewlekle somatycznie chorych: *środowisko pracy, dyskomfort psychiczny, inne źródła obciążenia.* Uzyskanie wyniki wskazują, że pielęgniarki pracujące w DPS o profilu dla somatycznie chorych są bardziej

narażone na obciążenie psychospołeczne środowiska pracy. Można przyjąć, że zaangażowanie w pracę z podopiecznym i jego rodziną może się różnić w zależności od profilu Domu Pomocy Społecznej. W domach dla przewlekle somatycznie chorych jest znacznie większe z powodu większej pracy pod względem czynności pielęgnacyjnych, bólu, cierpienia, śmierci. Wydaje się, że pacjenci psychiatryczni są mniej wymagający pod względem opieki i pielęgnacji, można w ich .przypadku postawić na aktywizację, aktywne spędzanie czasu, zabawy, terapie zajęciową. Pielęgniarki pracujące w DPS dla przewlekle psychicznie chorych stanowiły najmłodszą grupę i wykazały się najniższą średnią stażu pracy, co można przyjąć za istotny czynnik zmniejszający poziom obciążenia.

Otrzymane wyniki własne są zbliżone do wyników innych badań przeprowadzonych przez Grugałę [17], Tatras i wsp. [13], Płotkę i wsp. [18,19], oraz Kułakowska [20] w których to wykazano, iż praca pielęgniarki jest obciążona ponieważ wykonywana jest w środowisku nacechowanym stresem i pośpiechem a do najbardziej obciążających i stresujących czynników należą: zagrożenie bezpieczeństwa własnego i innych osób, małe zadowolenie z wyników pracy oraz bardzo niskie wynagrodzenie za wykonywaną pracę. Dębska i wsp. [21] wykazała brak różnic między obciążeniem psychicznym wśród pielęgniarek pracujących w oddziale chemioterapii i oddziałach nieonkologicznych. Obciążenie psychiczne w badanych grupach miało tendencje do przeciążenia głównie w zakresie: presji czasu, odpowiedzialności, zmęczenia, długotrwałego obciążenia.

Podsumowując, praca pielęgniarek w Domu Pomocy Społecznej jest mocno obciążająca ze względu na środowisko pracy. Z uzyskanych wyników można wnioskować, że stopień obciążenia zależy od profilu. Jednakże nie zapominajmy, że badania wskazują na udział w obciążeniu wielu zmiennych charakterystycznych dla środowiska pracy w którym praktycznie każdego dnia pojawia się nieoczekiwana sytuacja, w której pielęgniarka musi działać natychmiast, a braki personalne i relacje interpersonalne w opiece nad osobami starszymi z demencją, umierającymi, przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi, stają bardzo obciążająca pod względem psychicznym i fizycznym.

Mało uwagi poświęca się czynnikom, które wpływają na obciążenie psychospołeczne pracę w Domach Pomocy Społecznej. Nie ma wątpliwości, że w celu poprawienia jakości opieki nad chorymi w Domach Pomocy Społecznej, ważne jest uwzględnienie występujących obciążeń dla pielęgniarek. Ważnym elementem jest podjęcie odpowiednich działań na rzecz zminimalizowania skutków psychospołecznych i indywidualnych dla pracowników. Pracodawca powinien podjąć odpowiednie działania na rzecz poprawy jakości pracy i jej środowiska.

Wnioski

1. Otrzymane wyniki wskazują na różnicę w obciążeniu psychicznym, w zakresie przeciążenia pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w Domach Pomocy Społecznej o profilu dla przewlekle somatycznie chorych a przewlekle psychicznie chorych. Wyższe przeciążenie osiągnęły pielęgniarki z Domów Pomocy Społecznej o profilu dla przewlekle somatycznie chorych.
2. Charakter pracy i jej organizacja ma ogromny wpływ na obciążenie pracownika. Dlatego ważnym elementem jest podjęcie odpowiednich działań na rzecz zminimalizowania skutków psychospołecznych dla pracowników.
3. Pracodawca powinien podjąć odpowiednie działania na rzecz poprawy jakości opieki i jakości pracy w Domach Pomocy Społecznej. W działaniach tych ważne jest uwzględnienie występujących obciążeń dla pielęgniarek, które odgrywają ważną rolę w powstaniu zespołu wypalenia zawodowego.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej. (Dz.U. 2012 nr 0 poz. 964).
2. MACIEJKO W. Instytucje pomocy społecznej. Lexis Nexis, Warszawa 2009.
3. KOWALCZUK K. KRAJEWSKA-KUŁAK E. JANKOWIAK B. KLIMASZEWSKA K.. ROLKA M. KONDZIOR D. KOWALEWSKA B. Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy. Probl. Hig. Epidemiol, 2008, 89,(2); 211-215
4. LIPIŃSKA-GROBELNY A. Kształtowanie marki organizacji przez kulturę organizacyjną firmy. [W:] Zawadzka A.M.[red]. Psychologia zarządzania w organizacji. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010; s. 15-40.
5. CHEŁPA S. Walidacja Kwestionariusz Klimatu Organizacyjnego Kolba. Przegl. Psychol. 1993; 28: 217-235.
6. HLADKYA. MATOUSEK O. Stadartna metodika, na honoteenie urovne pracovnych podmienok z hladiska neuropsychickiej zataze. Priloha c. 2 k Acta hygenica, epidemiologica et micrrobiologica, 1990 ;54.
7. HLADKYA. ZIDKOWA. Metody hodnotenia psychosocialnej pracovnej zatiaze. Skripta. Wyd. Uniwersytetu Karola, Praga, 1999; 7-8.
8. Vyhláška Ministerstva Zdravotníctva Slovenskej Republiky zo 16. Augusta 2007 o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci [Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia Republiki Słowackiej z dnia 16 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółów dot. ochrony

zdrowia przed obciążeniem podczas pracy, obciążeniem psychicznym oraz sensorycznym]. Zbierka zákonov č.542/2007:3896

9. ŽIDKOVÁ Z., MARTINKOVÁ J., PAULOVÁ M., SVAČINKOVÁ M.: Psychická zátěž zaměstnanců v "pomáhajících" profesích ve zdravotnictví. České Pracovní Lékařství 2001; 2 (1): 4-8
10. DĘBSKA G., WILCZEK-RUŻYCZKA E., FORYŚ Z. PASEK M. Ocena własności psychometrycznych polskiej adaptacji kwestionariusza Meistera do oceny obciążenia psychicznego w pracy pielęgniarki. Medycyna Pracy. 2013;64(3)
11. STANISZ A. Przystępny kurs startstyki. StatSoft, Kraków 2006.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 23.12.2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadzczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 225).
13. TATRAS M. DEREWICZ G. BRUDZIŃSKI W. Żródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej. Ann. Acad. Med. Gdańsk., 2009, 39;145-153.
14. SĘK H. BEISERT M. PASIKOWSKI T. ŚCIGAŁA J. Mechanizmy stresu i wypalenia zawodowego modelu poznawczo-kompetencyjnym. Kolokwia psychologiczne. Psychologia poznawcza w Polsce. Instytut psychologii Polska akademia Nauk, Warszawa 1997.
15. KADUČÁKOVÁ H. LEHOTSKÁ M. Czynniki wpływające na pracę pielęgniarki w ośrodkach pomocy społecznej. [W:] Dębska G. Jaśkiewicz J. (red.): Interdyscyplinarne aspekty nauk o zdrowiu. AFM, Kraków 2010; 176-183.
16. DĘBSKA G. CEPUCH G. PASEK M. FILICIAK B., Ocena obciążenia psychospołecznego w pracy pielęgniarek w domowej opiece długoterminowej. W: Ružomberské Zdravotnicke Dni 2012-VII. (red) Lacko A., Lesňáková, Minarik M., Zrubákova K. VERBUM Ružomberok 2012: 333-345 (ISBN 978-80-8084-951-1).
17. GRUGAŁA B. Sytuacje trudne w środowisku pracy pielęgniarek a umiejętność radzenia sobie z nimi. Zdrowie Publiczne 2004, 114; 367-370.
18. PŁOTKA A. PITEK A. Makara-Studzińska M. Stres a zespól wypalenia zawodowego. Pielęgniarstwo 2000. 1998.5: 40-46.
19. PŁOTKA A. GOLEC D. Czernikiewicz A. Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych. [W:] Anneles Univetsitastis Mariae Curie-Skłodowska. Vol. LV. SUPPL. VII. 45. Lublin - Polonia 2000.
20. KUŁAGOWSKA E. KOSIŃSKA M. Obciążenie pracą personelu pielęgniarskiego. [W:] Anneles Univetsitastis Mariae Curie-Skłodowska. VOL. LVIII. SUPPL. XIII, 145. Lublin - Polonia 2003.

21. Obciążenie psychiczne pielęgniarek pracujących w oddziałach onkologicznych w porównaniu z pielęgniarkami z innych oddziałów Grażyna Dębska, Małgorzata Pasek, Ewa Wilczek-Rużyczka, Zofia Foryś (praca wygłoszona na konferencji Rodzina – Zdrowie- Choroba w dniu 10.10.2013 Czeska Republika Żlin).

Kontakt:
Grażyna Dębska
Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych
Krakow

MOŽNOSTI VYUŽITIA VALIDIZAČNÝCH PRVKOV TRANSFORMAČNEJ SYSTEMICKEJ TERAPIE PODĽA VIRGINIE SATIROVEJ V KOMUNIKÁCIÍ S PACIENTMI SO PSYCHIATRICKÝM OCHORENÍM A ICH RODINAMI

Pavol Janoško

Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta
Inštitút Juraja Páleša, Katedra liečebnej pedagogiky, Levoča

Abstrakt

Príspevok skúma jednotlivé aspekty a ciele terapeuticko-výchovnej intervencie, s akcentom na vzťah a podpornú komunikáciu ako kľúčové nástroje pomoci. Špecificky sa autor zameriava na teoretickú analýzu a komparáciu validizačných (hodnotu človeka podporujúcich) prvkov transformačnej systemickej psychoterapie podľa Virginie Satirovej v kontexte komunikácie s pacientmi so psychiatrickým ochorením.

Kľúčové slová: Rodinný systém. Komunikácia. Intervencia. Validizácia.

Abstract

The study examines various aspects and objectives of therapeutic-educational intervention, with an emphasis on the relationship and congruent communication as a key tool of help. Specifically, the author focuses on the theoretical analysis and comparison of validation (supporting the value of a person) elements of transformational systemic psychotherapy of Virginia Satir in the context of communication with patients with psychiatric illness.

Key words: Family system. Communication. Intervention. Validation.

„Medzi životom v rodine a tým, akí ľudia z nej vyrastú, je úzka spojitosť“ (Satirová, 2006, s. 9)

Úvod

Kvalitná komunikácia pozitívne ovplyvňuje vzájomné vzťahy, vytvára atmosféru dôvery a priestor pre pochopenie a vzájomnú podporu. Gabura (2010) upozorňuje na

kauzálnu súvislosť medzi osobnostnými (bio-psycho-sociálnymi) a rodinnými problémami ľudí a poruchovou komunikáciou, t. j. neschopnosťou otvorene a zrozumiteľne vyjadrovať svoje potreby, pocity, názory a konštruktívne pristupovať k riešeniu problémov. V kontexte praxe v zdravotníckych zariadení z toho vyplýva, že odborník (liečebný pedagóg, lekár, psychológ, príp. iný zdravotnícky pracovník) intervenujúci v prospech pacienta, môže pomocou zručnej a efektívnej (kongruentnej, pozn.) komunikácie, orientácie v životnej (osobnej, rodinnej) situácií pacienta s využitím efektívnych komunikačných nástrojov výrazných spôsobom podporiť jeho zdravie a prispieť k lepšiemu zvládaniu (často ťažkých a zlomových) životných situácií.

Intrapsychický a interpesonálny kontext rodiny

Rodina je základným subsystémom ľudského spoločenstva, tzv. prvým „modelom" spolunažívania viacerých osôb v rámci jedného systému. Sobotková (2001, s. 9) ju označuje ako „*primárny kontext ľudskej skúsenosti od kolísky až po hrob*". Inými slovami, to čo si dieťa v priebehu vývinu a dospievania v rodine zažije, čo si vyskúša a čo pochopí, má zásadný vplyv nielen na utváranie jeho osobnosti, ale i na spôsob jeho interakcií so sebou samým, inými a zvládanie životných problémov a výziev počas celého života. Bezpečie, dôvera a otvorenosť v rodine sú bazálnymi predpokladmi udržiavania pevných vzťahov a posilňovania vnútornej integrity členov rodiny. Trapková a Chvála (2004) vytvorili pre rodinu metaforu „**sociálnej delohy**", v ktorej placentu ako orgán sprostredkujúci látkovú výmenu medzi materským organizmom (vonkajším prostredím) a plodom, pripodobňujú k interakčnému prostrediu medzi rodičmi, ktoré je zdrojom „sociálnej výživy" pre dieťa. V tejto súvislosti Satirová (2006) hovorí o tzv. „**výživnej triáde**" – matka, otec, dieťa, ktorá je miestom, kde sa dieťa učí ako komunikovať a tiež si osvojuje vzorce, ako situácie zvládať. Stretáva sa v nej s modelmi, ako reagovať na stres, ako narábať s vlastnými emóciami, ako vnímať jedinečnosť a rovnakosť. Učí sa o dôvere, intimite, riskovaní, o hraniciach, o približovaní a o vzďaľovaní, o procese začleňovania a vyčleňovania, o kongruencii a inkongruencii. Týmito a ďalšími súvislosťami sa v súčasnosti zaoberajú viacerí autori (Bowlby, Brisch, Hašto a pod.) i v rámci teórií primárnej a sekundárnej[5], resp. párových väzieb.

[5] Autori Tress, Krusse, Ott (2008) súhrnne popísali normálne interpersonálne správanie ako väzbovo-vzťažné, primerané, stabilné a flexibilné, jednoznačné a kongruentné. Narušené interpersonálne vzorce prežívame ako porušenie väzieb a vzťažnosti, ako extrémy medzi podriadenosťou celkovou svojvoľnosťou, ako rigiditu, nestabilitu a nakoniec aj komplexnú rozporuplnosť. Z tohto dôvodu uvedení autori uvažujú o psychogénnom ochorení ako o vzťahovom ochorení, ktoré sú podložené teóriou, že „podľa psychodynamicky hlbinno-psychologického poňatia sa jedná o nevedomé reziduá raných detských deficitov a konfliktov, ktoré bránia optimálnemu prispôsobovaniu sa aktuálnym požiadavkám vnútornej a vonkajšej reality."

Rodina ako systém

Rodina sa považuje za organizmus alebo systém sám o sebe. Podľa Wilkeho (1993) je pre systém špecifická celostná súvislosť častí, ktorých vzájomné vzťahy sú kvantitatívne intenzívnejšie a kvalitatívne produktívnejšie, než ich vzťahy k iným prvkom. Banmen (2009, s. 175) poznamenáva, že v **intaktných** (funkčných, pozn.) **rodinných systémoch sú ich členovia schopní jasne vyjadrovať svoje očakávania a podstupovať primerané riziko**. Základom takéhoto stavu rodiny, alebo iného systému, je **zažitá skúsenosť** jej jednotlivých členov.

Pre rodiny ako systémy je charakteristické:

- *vytváranie subsystémov* (pri vyššom stupni prepojenosti by bez vytvárania subsystémov klesala stabilita celého systému),
- *existencia hraníc* (súvisia s vytváraním identity systému a jeho ohraničením voči okoliu/svetu, u jednotlivých členov môžu byť prekračované, čo však neznamená, že neexistujú),
- *využívanie pravidiel* (zabezpečujú funkčnosť systému), s tým súvisí: *schopnosť synergie jednotlivých častí* (spolupôsobenie častí, ktoré sú schopné sami organizovať svoje správanie, čím sa pre celok vytvára určitý poriadok),
- *snaha o autonómiu a homeostázu*, tzv. rovnováhu systému (cieľom je udržať konštantné parametre systému; umožňuje ju schopnosť autoregulácie systému).

Podľa Ritva a Glicka (2002) medzi intrapsychickým systémom, interakčným rodinným systémom a sociokultúrnym systémom existuje kontinuum. Pre pochopenie príčin problémov v rodine je preto dôležité zamerať sa na procesy komunikácie a interakcie medzi jej členmi a pochopiť štruktúru vzťahov a pozícií v rodine. Takéto „mapovanie“ rodinného systému môže okrem iného viesť aj k odhaleniu patologických homeostatických cyklov, v ktorých sa problémy rodiny zacyklujú. Prerámcovanie a transformácia týchto štruktúr napomáha obnoveniu rovnováhy v rodinnom systéme a prispieva k zmierneniu až vymiznutiu sprievodnej symptomatiky u jednotlivých členov rodiny.

Vzťah ako nástroj pomoci

Zmena v správaní človeka je dôsledkom jeho zmysluplnejšej interakcie s prostredím. Odvíja sa od lepšieho spracovania informácií (napr. zmyslových, skúsenostných, sociálnych, vecných), cez pochopenie súvislostí a významov, efektívne konanie ku kooperácií. Mimoriadne dôležité sú reakcie okolia a správanie vzťažných osôb. Bez ich pochopenia, vnímavej blízkosti a zrkadlenia nie je možný rast a zmena. Preto základom každého terapeuticko-výchovného pôsobenia je vzťah. Vzniká a vytvára sa na základe plnohodnotného kontaktu. Odborník v pomáhajúcej profesii prijíma pacienta, dôveruje jeho

vnútornej sile a schopnostiam, pričom mu poskytuje priestor pre rast a slobodné rozhodovanie. To si vyžaduje maximálne nasadenie a autentickosť prežívania a konania v prospech.

Vo vzťahu medzi pomáhajúcim pracovníkom (liečebným pedagógom, psychológom, psychiatrom) a pacientom je potrebné rozlišovať medzi rolou a definíciou človeka, inak hrozí, že jedinečnosť pacienta bude prehliadnutá a tým budú ohraničené aj jeho špecifické zdroje. V „*organickom modely vzťahov*“ podľa V. Satirovej (Banmen, Gerberová, Gomoriová, 2005) je pohľad na vzťah posunutý z pólu dominancie a submisivity k rovnosti: človek je rovný človeku. „...*rodíme sa vnútorne rovnocenní. Otázka sebaúcty teda nie je, či ju máme, ale akým spôsobom ju prejavujeme. Sebaúcta je našou nedeliteľnou súčasťou a snaží sa o svoje rozpoznanie, uznanie a ocenenie*.“ (Satir a kol., 1991, s. 19). Podľa Lum (2009), to ako odborník pacienta vníma, určuje povahu i kvalitu terapeuticko-výchovného prístupu. Táto vzájomná interakcia, ako ďalej popisuje Horňáková (2003, s. 36) „*podporuje identitu a integritu indivídua – t.j. jeho schopnosť orientovať sa, rozumieť sebe a svojmu prostrediu, prežívať zmysluplnosť svojho bytia, byť rezistentný voči záťaži, prijímať adekvátny hodnotový systém a vzťahy*“.

Cieľmi terapeutického pôsobenia v pomáhajúcom vzťahu sú:

- zmeny v prežívaní pacienta: na úrovni pocitov, ale aj kognitívneho nastavenia, sebaobrazu a vnímania sveta,
- podpora pozitívnych zdrojov pacienta, napr. zodpovednosti, schopnosti správne sa rozhodovať atď.,
- zmeny na úrovni zvládania životných situácií, napr. schopnosť zvládať záťažové situácie/stres, schopnosť orientovať sa v zložitých životných situáciách,
- prepájanie intrapsychickým a interpersonálnych procesov,
- podpora schopnosti žiť zmysluplný život, prekážky vnímať ako výzvy a pod.

Desiatky rokov výskumu konzistentne poukazujú na skutočnosť, že faktory súvisiace so vzťahom korelujú z výsledkom terapie viac ako špecializované liečebné techniky (Castenguay a kol., 1996, in Schwartz, Flowers, 2012). Šiffelová (2011) prirovnáva vzťah k „špeciálnemu prostrediu“, ktoré umožňuje klientovi zažiť plnosť seba samého. Podľa Yaloma (2004) je vzťah hlboko ľudským stretnutím medzi dvoma ľuďmi. Terapeut je v tomto procese pozorovateľom klienta, no zároveň on sám vstupuje do jeho života a je týmto stretnutím ovplyvňovaný a menený.

Psychické ochorenie rodiča - dopad na rodinu

Psychické ochorenie jedného z rodičov významne mení charakter aktuálneho prežívania všetkých členov rodiny. Môžeme hovoriť o rôznej intenzite dopadu v rovinách

emócií, percepcií, postojov, potrieb, túžob. Banmen (2009) považuje psychické ochorenie za výsledok chybného manažovania skúseností jedinca. Napr. depresiu uvedený autor vníma ako všadeprítomný vzorec depresívneho poznania a správania, prejavujúcom sa v rôznych súvislostiach. Hovorí o kvalitatívnom charaktere depresie. Nebudeme tu uvádzať jej všetky znaky, ale spomenieme niektoré kľúčové, súvisiace práve s komunikáciou. Sú nimi negatívne myslenie, neschopnosť vidieť alternatívy, nekomunikatívnosť a stiahnutosť. V procese komunikácie u takéhoto jedinca a rodiny teda dochádza k zásadným zmenám. Typickým prejavom sú komunikačné inkongruentné stratégie a narušená až absentujúca komunikácia (Sobotková, 2001). U rodinných príslušníkov sú v popredí nasledovné štádia zvládania: zmätenosť, obviňovanie seba, postupná demoralizácia, hnev, popudlivosť a túžba uniknúť (Hautzinger, 2000). Ako uvádza Banmen (2009), ostatní členovia rodiny vnímajú rodiča so psychickým ochorením ako príliš kritického, vyhľadávajúceho chyby, nepredvídateľného, nedotklivého, so stratou záujmu, vzdialeného, toho, kto nahradil my za ja, popierajúceho atď.

Validizácia hodnoty

Uvedomenie si svojej hodnoty je zdrojom nášho rastu. Ak máme pocit, že sme schopní a silní, nepotrebuje sa v náročnej situácii hneď brániť. Cítime sa bezpečne a môžeme reagovať slobodným spôsobom. V terapii je nevyhnutné rozlišovať medzi hodnotou pacienta a jeho správaním, pretože ako uvádza Satirová (2006) správanie nevystihuje celkovú hodnotu človeka. Znamená to teda, že ak dokážeme pozitívne orientovaným kontaktom podporiť túto hodnotu, môžeme tak výrazne ovplyvniť aj zmenu pacientovho správania. Aj medzi odborníkmi je nezriedkavou skutočnosťou, že sa uchyľujú skôr k poučovaniu a často aj kritizovaniu pacientov namiesto toho, aby podporili ich vlastné zdroje a schopnosť vysporiadať sa s danou situáciou.

Satirová (2006) považovala za dôležitý prvok terapie podporu sebaúcty. Pocit bezpečia vytvárala tým, že pomáhala pacientom prežívať ich hodnotu, aby mohli lepšie prijímať seba a druhých ľudí.

K validizačným prvkom transformačnej systemickej terapie patria:

- *rozširovanie nádeje*: ak pacient vie, že existuje možnosť zlepšenia danej situácie, môže ho to povzbudiť k úsiliu pre zmenu správania a mobilizovať vnútorné i vonkajšie zdroje,
- *oceňovanie*: vyjadrenie ocenenia za prejavené úsilie, odvahu, resp. zvládnutie smútku, alebo bolesti vedie k podpore sebaúcty pacienta,
- *normalizovanie*: pacient nemusí prežívať pocity odsúdenia, pretože „robiť chyby je ľudské“,

- *individualizácia:* vyzdvihnutím jedinečnosti každého pacienta podporujeme jeho integritu a dôveru vo vlastné zdroje a možnosti,
- *reflektovanie:* reflektovanie vnútorného prežívania umožňuje pacientovi zažiť, že je vypočutý a pochopený,
- *overovanie:* objasnenie pacientových pocitov a významov napomáha lepšiemu porozumeniu, ale aby im aj sami dokázali porozumieť – v páre, medzi rodičmi a deťmi a v iných dyádach,
- *potvrdenie zdrojov*: podpora kontaktu s vlastnými schopnosťami, vedúcimi k pozitívnej zmene správania,
- *prerámcovanie:* ide o zmenu, obrat niečoho, o čom sa uvažovalo negatívne do niečoho pozitívneho, bola zručnosť, ktorú Satirová využívala, aby pomáhala ľuďom cítiť svoju hodnotu – cítiť sa uznaný.

Záver

Prístup ku klientovi v liečebnej pedagogike je založený na úcte ku klientovi a nazeraní na neho „*ako na spolutvorcu, partnera, nositeľa vzťahu, hodnôt a budúcich možností*" (Horňáková, 2007, s. 7). Je kompetentnou osobou, schopnou žiť svoj život a riešiť svoje problémy; inými slovami má „*potenciál k rastu a k majstrovskému zvládaniu vlastného života*" (Innes, 2009, s. 69). Sú však momenty, kedy sa klient stáva závislý od pomoci iných odborníkov. Využitie uvedených prvkov podpornej komunikácie ako súčasti terapie im napomáha k zvýšeniu dôvery a istoty, spája ich s vnútornými zdrojmi a silou čeliť náročným životným situáciám, ktorým sú denne vystavení.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BANMEN, J. (ed.). 2009. *Transformační systemická terapie*. Ostrava: IVS ČR. 335 s. ISBN 978-80-254-4976-9.
2. BOWLBY, J. 2010. *Väzba*. Praha: Portál. 360 s. ISBN 978-80-7367-670-4.
3. GABURA, J. 2010. *Komunikácia pre pomáhajúce profesie*. Bratislava : Univerzita Komenského, ISBN 978-80-223-2752-7.
4. HAUTZINGER, M. 2000. *Depresia. Príznaky a pokroky v terapii*. Trenčín: Vydavateľstvo F. 86 s. ISBN 80-8895-205-0.
5. HORŇÁKOVÁ, M. (ed.) 2010. *Včasná intervencia orientovaná na rodinu*. Bratislava: Univerzita Komenského. 260 s. 978-80-223-2915-6.
6. KOPŘIVA, K. 2011. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-9224.

7. KÜHNER, C, WEBER, J. 2003. *Predchádzanie depresiám*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 204 s. ISBN 80-8895-209-3.
8. SATIROVÁ, V. 2006. *Kniha o rodine.* Praha: Práh, vyd. 2. ISBN 80-7252-150-0.
9. SOBOTKOVÁ, I. 2001. *Psychologie rodiny.* Praha: Portál, 176 s. ISBN 80-7178-559-8.
10. ŠPÁNIKOVÁ, J. 2010. Rodina v procese zmien. In HORŇÁKOVÁ, M. (ed.) 2010. *Včasná intervencia orientovaná na rodinu*. Bratislava: Univerzita Komenského. 260 s. 978-80-223-2915-6.
11. TRAPKOVÁ, L. – CHVÁLA, V. 2004. Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha : Portál, ISBN 80-717-88-89-9.
12. TRESS W., KRUSSE J., OTT J. 2008. Základní psychosomatická péče. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-309-3.

Kontaktná adresa:
Mgr. Pavol Janoško, PhD.
Pavlovova 8, 058 01 Poprad
E-mail: pavol.janosko@ku.sk

DEFICYT SAMOOPIEKI Z OCENĄ ZAPOTRZEBOWANIA NA WSPARCIE W CHOROBIE ZWYRODNIENIOWEJ STAWÓW KOLANOWYCH

Barbara Gugała[1], Zdzisława Chmiel[1], Lucyna Boratyn-Dubiel [1], Maciej Uryga[2]

[1] Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
[2] Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rodziny w Rudnej Małej

Wstęp: Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych w znaczący sposób utrudnia codzienne funkcjonowanie chorych. Celem niesienia wsparcia jest poprawa funkcjonowania w życiu codziennym poprzez wzrost wydolności ruchowej, zminimalizowanie dyskomfortu związanego z bólem, lękiem.

Cel: Identyfikacja i ocena głównych problemów funkcjonalnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego oraz ocena zapotrzebowania na wsparcie.

Materiał i metoda: Badaniami objęto grupę 87 pacjentów o średniej wieku 66,02 lat przy rozpiętości od 38 do 82 lat. W badaniu uczestniczyli pacjenci, ze zdiagnozowaną gonartrozą, przyjmowani do szpitala w przeddzień planowanej alloplastyki stawu kolanowego. Narzędziem były standaryzowane kwestionariusze ankiety WOMAC i Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego oraz autorski kwestionariusz ankiety. Wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki: Na poziom ograniczenia funkcjonalnego w istotny sposób wpływa wiek, wartość BMI, aktywność zawodowa, oraz rodzaj wykonywanej pracy. Pacjenci są częściowo przygotowani do radzenia sobie z problemami funkcjonalnymi, około 87 % przypadków zgłasza problemy w wykonywaniu czynności dnia codziennego zaś 75,85 % przypadków uznaje, że są uzależnieni od pomocy innych przy wykonywaniu niektórych czynności. U większości istnieje umiarkowane i duże zapotrzebowanie na wsparcie.

Wnioski: Wzrost ograniczeń funkcjonalnych zależny jest od wieku, wartości BMI, rodzaju wykonywanej pracy oraz aktywności zawodowej. Istnieje duże zapotrzebowanie na wsparcie.

Słowa kluczowe: Deficyt samoopieki. Zapotrzebowanie na wsparcie. Gonartroza.

Summary

Introduction: Gonarthrosis considerably makes everyday functioning of a sick person difficult. The purpose of bringing support to improve the functioning in everyday life through an increase in motor efficiency, minimize discomfort associated with pain, fear.

Aim: The identification and the assessment of the main functional problems of a patient suffering from gonarthrosis and the estimation of the demand for support.
Tools and a method: A group of 87 patients of an average age 66.02, aged between 38 and 82, took part in a research. The patients were diagnosed with gonarthrosis and admitted to the hospital for knee arthroplasty one day before the planned surgery. The standard WOMAC questionnaire, Berlin Social Support Scales and author's questionnaire were the tools used in the research. The results underwent the statistical analysis.
Results: The level of functional limitations depends on age, MBI value, the employment rate and a kind of job a patient does. Patients are prepared to deal with functional problems to a certain extent, about 87 % of them report problems with everyday tasks and 75.85 % declare that they depend on others in some tasks. The majority of them show moderate or high demand for support as well as the willingness of looking for support and taking part in educational programmes actively.
Conclusion: The increase of functional limitations depends on the age, BMI value, a kind of job a patient does and an employment rate. There is a high demand for support.

Key word: Self-care deficit. Demand for support. Gonorthrosis.

Wprowadzenie:

Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS) jest najczęstszą chorobą układu ruchu, w której przebiegu dochodzi do upośledzenia funkcji biologicznych organizmu, niesprawności fizycznej, kalectwa, a także zmian w funkcjonowaniu psychicznym pacjenta i społecznym (izolacja społeczna oraz ograniczenia w zakresie pełnionych dotąd funkcji). Choroba ta rzadko ma postać uogólnioną, wielostawową, a dolegliwości bólowe dotyczą zwykle jednego lub kilku stawów [Szczepański 2006,s. 1723–1730]. Dane z piśmiennictwa potwierdzają, że ból jest dominującym objawem choroby zwyrodnieniowej stawów [Grime i wsp. 2010, s. 597-603]. W wyniku zmian zwyrodnieniowych dochodzi do ograniczenia sprawności fizycznej, prowadzącej do pojawienia się specyficznych problemów w życiu codziennym chorego, w tym ograniczenia zdolności do dalszego funkcjonowania w roli aktywnego społecznie człowieka. W miarę postępu choroby, dochodzi do nieodwracalnych zmian degeneracyjnych, które upośledzają funkcjonowanie chorego w jego środowisku, a tym samym sprawiają, że czuje się on zależny od innych, a nawet nieużyteczny [Stanisławska-Biernat 2008,s. 50-53].Otrzymane wsparcie społeczne zwiększa samoocenę oraz poczucie własnej wartości, co jest ważnym czynnikiem do przezwyciężania trudności. Doświadczenie bliskości z innymi ludźmi, poczucie zrozumienia, akceptacji, wzmacnia odporność psychiczną, sprzyja wzrostowi samooceny. Standardy leczenia opracowane przez Polskie Towarzystwo

Reumatologiczne wskazują na duże znaczenie samoopieki, właściwego stylu życia i rehabilitacji w ChZS [Szczepański 2006,s. 1723–1730]. Pacjent, który potrafi samodzielnie kierować własnym życiem, akceptujący chorobę, staje się niezależny, adaptuje się do zmieniających się warunków i uczy się żyć oraz funkcjonować, pomimo istniejących ograniczeń w środowisku domowym, zawodowym i społecznym [Sierakowska i wsp. 2010 s. 232-238, Sierakowska i wsp. 2008 s.199-204].

Cel: Identyfikacja i ocena głównych problemów funkcjonowania pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego oraz ocena zapotrzebowania na wsparcie.

Materiał i metoda:

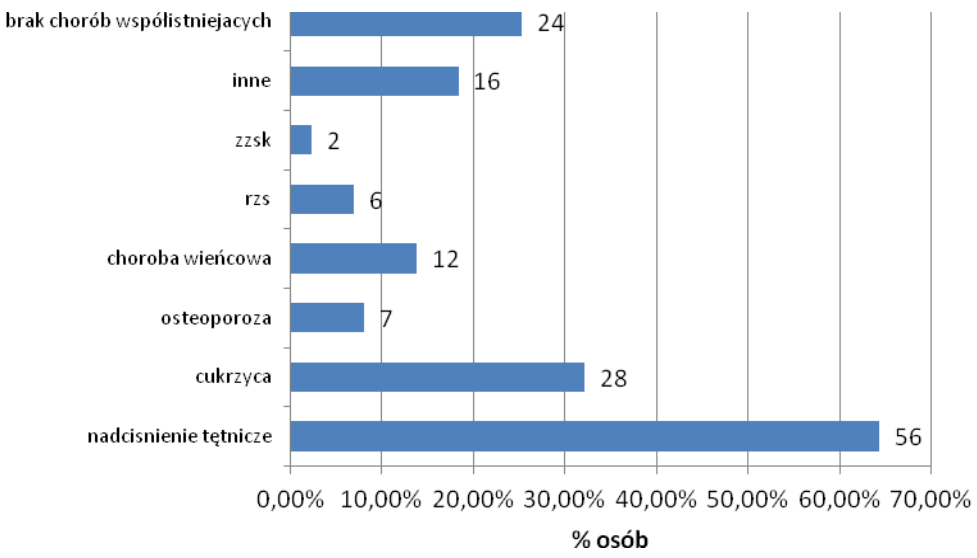
Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do marca 2013 roku na grupie 87 pacjentów rzeszowskich szpitali, hospitalizowanych na oddziale ortopedii z powodu choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego. Pacjenci byli przyjmowani do szpitala w przeddzień planowanej alloplastyki stawu kolanowego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z kompilacji standaryzowanych narzędzi tj. (skali WOMAC A,B,C, oraz Berlińskiej Skali Wsparcia Społecznego BSSS), oraz pytań autorskich. Skala WOMAC A,B,C (Western Ontario and Mc Master Universities Osteoarthitis Index) służyła do oceny funkcjonalnej pacjenta w chorobie zwyrodnieniowej, określając problemy pacjenta z wyznaczeniem deficytu samoopieki zaś Berlińska Skala Wsparcia Społecznego (BSSS) do określenia zapotrzebowania i poszukiwania wsparcia w chorobie. Pytania autorskie dotyczyły zmiennych socjometrycznych takich jak: wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, choroby współistniejące, rodzaj pracy i aktywności zawodowej. W przyjętej formie oceny skali WOMAC, podskala A określała obecność bólu w stawie, gdzie każdą sytuację w której mógł wystąpić ból pacjent oceniał w zakresie od 0-4 punktów, przy całościowej ocenie od 0 do 20 punktów. Podskala B badająca sztywność w stawie zawierała się w punktacji od 0-8 pkt. zaś podskala C oceniająca stopień wydolności funkcjonalnej, zawierała się w punktacji od 0-68 punktów. Wyższa liczba punktów stanowiła o gorszym stanie funkcjonalnym i większych ograniczeniach pacjenta. W ocenie zapotrzebowania na wsparcie, respondent mógł uzyskać od 0-16 punktów. Im wyższa liczba punktów w, tym większe zapotrzebowanie na wsparcie.

Respondenci wypełniali formularze ankiety samodzielnie bez udziału ankietera, ich udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Warunkiem zakwalifikowania ankiety do analizy, było jej pełne , poprawne wypełnienie. Rozdano 104 ankiet, zwrotność wynosiła 100 % z czego do analizy nie zakwalifikowano 17 ze względu na błędne ich wypełnienie. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Do weryfikacji hipotezy zerowej wykorzystano test zgodności chi-kwadrat na 5 % deklarowanym poziomie istotności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 9.1 (StatSoft, Polska).

Wyniki:

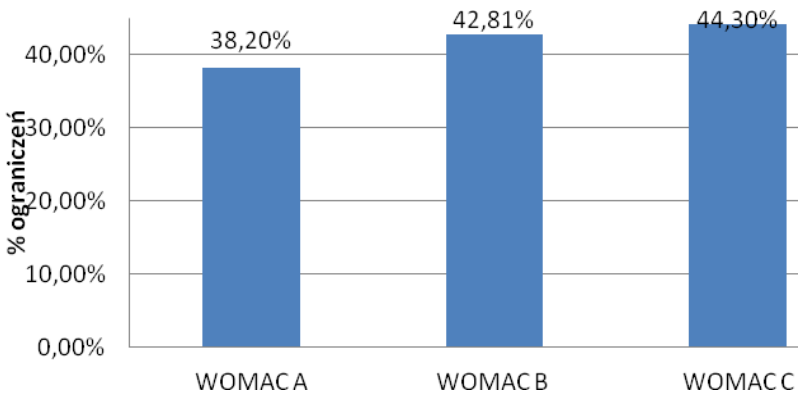
Badana grupa liczyła 87 respondentów o średniej wieku 66,02 lat przy rozpiętości od 38 do 82 lat. Wieś, jako miejsce zamieszkania wskazało 69,0 %, miasto 31,0 % badanych. W podziale na przedziały wiekowe najwięcej osób było w wieku 61-70 lat (52,9 %) najmniej 38 do 50 lat (8,0 %). Średnia grupa wiekowa w przedziale 51 – 60 lat stanowiła 10,3 % badanej populacji, zaś najstarsza w przedziale 71-82 liczyła 28,8 %. W podziale na wykształcenie, 23,0 % miało wykształcenie wyższe, 34,5 % średnie, 27,6 % zawodowe zaś 14,9 podstawowe. Aktywnych zawodowo było 24,2 % badanych, na emeryturze 63,2 %, na rencie 10,3%, bezrobotnymi deklarowało się 2,3 % pacjentów. W podziale na rodzaj wykonywanej pracy, ciężką fizycznie wykonywało 26,4 %, umiarkowanie ciężką 14,9 %, pracę umysłową z lekką aktywnością fizyczną 33,3 % zaś siedzący tryb pracy deklarowało 25,4 % badanych. W ocenie masy ciała, średnia wskaźnika BMI wynosi 28,9. Spośród badanych najwięcej było osób otyłych (36,9 %), nikt z badanych nie miał niedowagi, prawidłową masę ciała deklarowało 28,7 % respondentów, nadwagę 34,5 % .

Choroby współistniejące, respondenci najczęściej podawali nadciśnienie tętnicze (64,4 %) , cukrzyce (32,2 %), osteoporoze (8 %). Dokładne dane prezentuje ryc. 1.



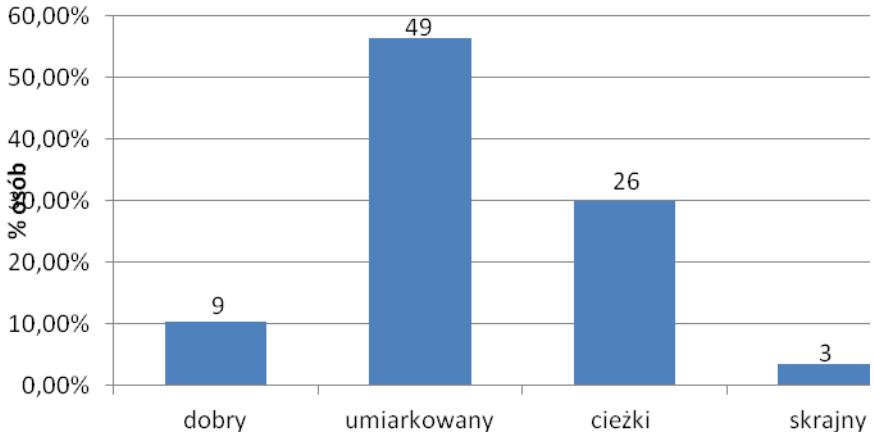
Ryc. 1.*Występowanie wśród respondentów chorób współistniejących.*

W ocenie funkcjonalnej pacjenta w chorobie zwyrodnieniowej, przy pomocy skali WOMAC A,B,C, określano problemy pacjenta z wyznaczeniem deficytu samoopieki. Dane z analizy prezentuje ryc. 2.



Ryc. 2. *Ocena ograniczeń funkcjonalnych mierzonych skalą WOMAC*

Łączna średnia trzech podskal i ogólna ocena deficytu samoopieki wynosiła 41,2 punktów przypadających na pacjenta, co stanowiło 42,9 % ogólnego ograniczenia funkcjonalnego według skali WOMAC. Oceniając ograniczenia funkcjonalne w podskalach A,B,C kierowano się sumą uzyskanych punktów dzieląc dane stany na: dobry, umiarkowany, ciężki i skrajny. Dobry stan funkcjonalny mieli pacjenci, którzy uzyskali w ocenie do 23 punktów, umiarkowany pomiędzy 24 a 47 punktów, ciężki od 48 do 71, skrajny od 72 do 96 punktów. Dane prezentuje ryc. 3.



Ryc. 3. *Ocena stanu funkcjonalnego według skali WOMAC*

Jako czynnik mający wpływ na deficyt samoopieki oceniano zależność masy ciała i stopnia dysfunkcji skali WOMAC A,B,C. Osoby z prawidłową masą ciała w stosunku do osób z otyłością byli w lepszym stanie funkcjonalnym.Wyniki przedstawia tabela I.

Tabela I. *Wskaźnik BMI, a odczuwanie bólu, sztywności, oraz problemów w wykonywaniu czynności dnia codziennego.*

BMI		**WOMAC A**	**WOMAC B**	**WOMAC C**
Prawidłowa waga	**Średnia**	5,44	3,52	24,40
	N	25	25	25
	SD	4,36	0,96	8,25
Nadwaga	**Średnia**	6,80	2,47	26,80
	N	30	30	30
	SD	3,12	1,50	11,23
Otyłość	**Średnia**	10,16	4,25	37,75
	N	32	32	32
	SD	5,37	1,68	14,41
Ogółem	**Średnia**	7,64	3,43	30,14
	N	87	87	87
	SD	4,80	1,62	13,09
p		**0,0003**	**0,0000**	**0,0001**

Rodzaj wykonywanej pracy istotnie wpływa na ograniczenie funkcjonalne pacjentów z chorobą zwyrodnieniową. Respondenci pracujący ciężko fizycznie wykazywali większe ograniczenia funkcjonalne niż osoby pracujące umysłowo z dominującym siedzącym trybem pracy (p= 0,030) . Dokładne dane prezentuje tabela II.

Tabela II. *Stan funkcjonalny, a rodzaj wykonywanej pracy przez respondentów.*

Rodzaj pracy		**WOMAC**	**WOMAC A**	**WOMAC B**	**WOMAC C**
ciężka fizycznie	Średnia	46,26	9,65	3,43	33,17
	N	23	23	23	23
	SD	17,488	3,845	1,727	12,579
umiarkowanie ciężka	Średnia	28,08	5,00	2,62	20,46
	N	13	13	13	13
	SD	12,711	1,683	1,609	10,936
umysłowa z niewielką	Średnia	43,48	7,90	3,72	31,86
	N	29	29	29	29
	SD	22,460	6,253	1,869	15,352
praca siedząca	Średnia	40,68	6,77	3,50	30,41
	N	22	22	22	22
	SD	13,029	3,915	,964	9,017
Poziom istotności p		**0,030**	**0,029**	0,233	**0,028**

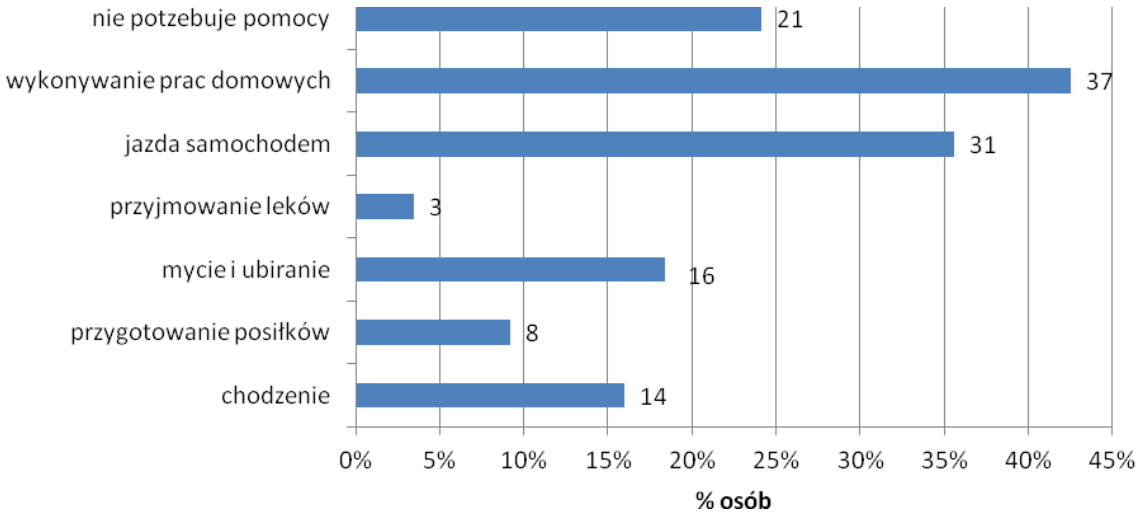
W ocenie punktowej skali WOMAC respondenci będący na emeryturze (43,56 pkt. średnio), bądź na rencie (54,67 pkt.) w porównaniu z osobami aktywnymi zawodowo (średnio 27,38) uzyskali znacząco więcej punktów (p= 0,000) . Wynik taki wskazuje na ich gorszy stan funkcjonalny tych osób , co ma przełożenie na większy deficyt samoopieki. Dokładne dane prezentuje tabela III.

Tabela III *Stan funkcjonalny, a aktywność zawodowa pacjentów.*

Aktywność zawodowa		**WOMAC**	**WOMAC A**	**WOMAC B**	**WOMAC**
aktywną zawodowo	Średnia	27,38	5,48	2,48	19,43
	N	21	21	21	21
	SD	12,967	2,421	1,601	9,745
na emeryturze	Średnia	43,56	7,56	3,53	32,47
	N	55	55	55	55
	SD	18,158	5,167	1,538	12,371
na rencie	Średnia	54,67	12,22	4,67	37,78
	N	9	9	9	9
	SD	13,426	3,420	1,000	10,952
bezrobotną	Średnia	61,00	12,00	5,00	44,00
	N	2	2	2	2
	SD	0,000	0,000	0,000	0,000
Poziom istotności p		**0,000**	**0,002**	**0,001**	**0,000**

W ocenie zapotrzebowania na wsparcie przy pomocy skali BSSS, respondenci w większości zgłaszali je w stopniu umiarkowanym (59 %), dużym w 18 %. Wsparcia nie potrzebowało 23 % badanych.

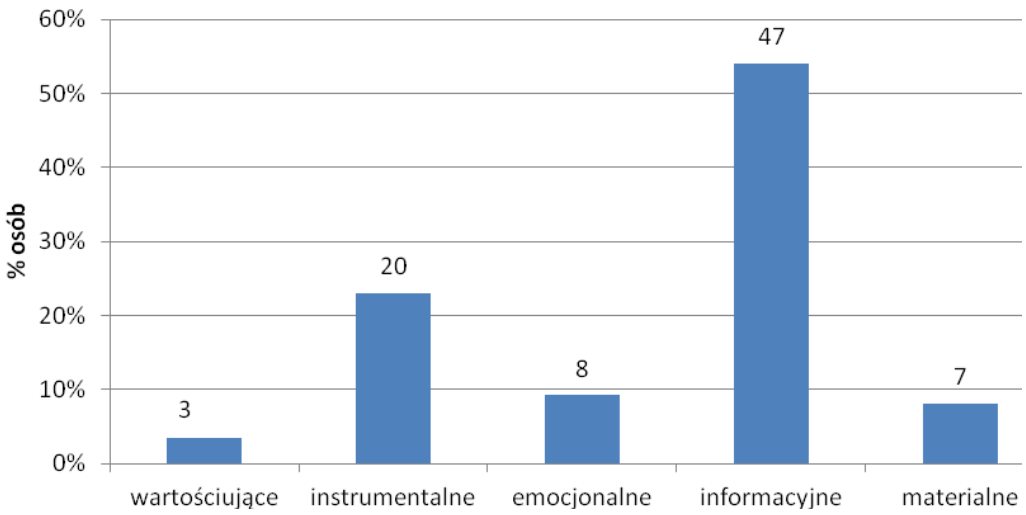
Spośród form wsparcia, największe zapotrzebowanie zgłaszano w zakresie wykonywania prac domowych . Dokładne dane prezentuje ryc.4.



*wynik nie stanowi 100 % , respondent mógł wybrać więcej niż jedna odpowiedź.

Ryc. 4. *Zapotrzebowania na pomoc od innych*

W podziale na rodzaj wsparcia, respondenci największe zapotrzebowanie przejawiali w kierunku wsparcia informacyjnego (54,0 %). Wyniki obrazuje Ryc. 5.



Ryc. 5. *Zapotrzebowanie pacjenta na określony rodzaj wsparcia*

W ocenie zależności wydolności funkcjonalnej ocenianej skalą WOMAC i zapotrzebowania na wsparcie, osoby z dobrym stopniem wydolności funkcjonalnej najczęściej przejawiali umiarkowany stopień zapotrzebowania na wsparcie, osoby z skrajnym stopniem w 100 % zgłaszali duże zapotrzebowanie (p= 0,000). Szczegółowy rozkład wyników przedstawia Tabela IV.

Tabela IV. *Stan funkcjonalny pacjentów a zapotrzebowanie na wsparcie*

Zapotrzebowanie na wsparcie	**WOMAC - stan funkcjonalny**					**Ogółem**
	dobry		**umiarkowany**	**Ciężki**	**Skrajny**	
brak zapotrzebowania na wsparcie	N	0	19	1	0	20
	%	0,0 %	38,8 %	3,8 %	0,0 %	23,0 %
umiarkowane zapotrzebowanie na wsparcie	N	7	25	19	0	51
	%	77,8 %	51,0 %	73,1%	0,0 %	58,6 %
duże zapotrzebowanie na wsparcie	N	2	5	6	3	16
	%	22,2 %	10,2 %	23,1%	100,0 %	18,4 %
Ogółem	N	9	49	26	3	87
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
P		**0,000**				

W ocenie zależności zapotrzebowania na rodzaj udzielanego wsparcia i wykształcenia badanych, zauważono, że osoby z wyższym wykształceniem najczęściej zgłaszali zapotrzebowanie na wsparcie instrumentalne, zaś pozostałe grupy na wsparcie informacyjne (p= 0,000). Rozkład wyników przedstawia Tabela V.

Tabela V. *Najbardziej potrzebny rodzaj wsparcia w chorobie zwyrodnieniowej stawów a wykształcenie ankietowanych*

	Wykształcenie							
	podstawowe		**zawodowe**		**średnie**		**wyższe**	
Rodzaje wsparcia	N	%	N	%	N	%	N	%
wartościujące	1	7,7 %	2	8,3 %	0	0,0 %	0	0,0 %
emocjonalne	3	23,1 %	1	4,2 %	3	10,0 %	1	5,0 %
instrumentalne	1	7,7 %	1	4,2 %	6	20,0 %	12	60,0 %
informacyjne	5	38,5 %	20	83,3 %	17	56,7 %	5	25,0 %
duchowe	0	0,0 %	0	0,0 %	2	6,7 %	0	0,0 %
materialne	3	23,1 %	0	0,0 %	2	6,7 %	2	10,0 %
p								**0.000**

W ocenie zależności wydolności funkcjonalnej ocenianej skalą WOMAC i zapotrzebowania na rodzaj udzielanego wsparcia zauważono, że osoby wykazujące się lepszym stanem funkcjonalnym znacznie częściej potrzebowały wsparcia wartościującego, instrumentalnego i informacyjnego zaś osoby z mniejszą wydolnością funkcjonalną zgłaszały zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne, duchowe i materialne (p=0,007).

Wnioski :

1. Wiek, wartość BMI oraz rodzaj wykonywanej pracy wpływają na poziom ograniczenia funkcjonalnego. Ograniczenie funkcjonalne powiększa się wraz z upływem wieku, wzrostem wartości BMI, oraz obciążeniowym fizycznym charakterem pracy.
2. U większości pacjentów wydolność samoopieki jest bardzo mała. Zapotrzebowanie na wsparcie rośnie wraz z wiekiem i stopniem wydolności funkcjonalnej.
3. Wykształcenie oraz wydolność funkcjonalna różnicuje stopień zapotrzebowania na rodzaj udzielanego wsparcia. Największe zapotrzebowanie występuje w zakresie wsparcia instrumentalnego i informacyjnego.

Piśmiennictwo:

1. GRIME J, RICHARDSON JC, Ong BN. 2010; Perceptions of joint pain and feeling well in older people who reported being healthy: a qualitative study. Br J Gen Pract 2010; *ISSN***.** 0960-1643. 60: 597-603.
2. SIERAKOWSKA M., DOROSZKIEWICZ H., NYKLEWICZ W., i in.: 2010 ; Zalecenia Europejskiej Ligi Przeciwreumatycznej- implikacje dla opieki pielęgniarskiej. Problemy Pielęgniarstwa 2010; *ISSN***:** 1233-9989 , 18 (2): 232-238
3. SIERAKOWSKA M., LEWKO J., KRAJEWSKA K.: 2008; Jak żyć z przewlekłą chorobą reumatyczną — rola pielęgniarki w edukacji pacjentów. Prob. Pielęg. 2008; ***ISSN*:** 1233-9989 , 16 (1-2): 199-204.
4. STANISŁAWSKA-BIERNAT E. Społeczne i ekonomiczne aspekty choroby zwyrodnieniowej stawów. Pol Arch Med Wewn 2008; *ISSN***:** 0032-3772 , 118: 50-53
5. SZCZEPAŃSKI L. Choroba zwyrodnieniowa stawów. W: Szczeklik A. (red.). Choroby wewnętrzne. Tom II. Medycyna Praktyczna, Kraków 2006; *ISBN***:** 83-7430-069-8, 1723–1730.

Adres do korespondencji:

Barbara Gugała

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Rzeszowski

Al. Kopisto 2a 35 – 310 Rzeszów

e-mail: barbara.gugala@wp.pl

POROVNANIE ZDRAVOTNÉHO STAVU U SENIOROV ŽIJÚCICH V DOMÁCOM PROSTREDÍ A V INŠTITÚCIÁCH

Alena Valancová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Príspevok sa venuje seniorom v oblasti zdravia. Cieľom bolo porovnať zdravotný stav medzi seniormi žijúcimi v domácom prostredí a v inštitúciách. Ako metódu pre zber empirických dát sme zvolili dva validné a reliabilné dotazníky. Minimálny súbor údajov pre domácu starostlivosť- *MDS- HC- Minimum Data Set for Home Care* a hodnotiaci nástroj pre osoby v dlhodobej starostlivosti - *InterRAI LTCF- Resident Assessment Instrument for Long Term Care Facility.* Podľa odpovedí sme zistili, že seniori v inštitúciách preukazujú horší zdravotný stav ako seniori v domácom prostredí, no vzhľadom na počet prítomných ochorení sú na tom lepšie.

Kľúčové slová: Zdravie. Senior. Domáce prostredie. Inštitúcie.

Abstract

This paper considers the seniors in health. The aim was to compare the health status among seniors living at home and in institutions. As a method for the collection of empirical data, we chose two questionnaires validity and reliability. MDS-HC-Minimum Data Set for Home Care and InterRail LTCF-Resident Assessment Instrument for Long Term Care Facility. According to the responses, we found that seniors in institutions demonstrate poorer health than seniors at home, but given the number of members present diagnoses are better.

Key words: Health. Senior. Home environment. Institutions.

Úvod:

Zdravie je telesné, duševné a sociálne blaho. Je to opak choroby, nielen jej neprítomnosť alebo poruchy funkcie. Zdravie je forma existencie organizmu, ktorá sa buď vylučuje s chorobou, alebo prechádza do choroby. Svetová zdravotnícka organizácia definuje zdravie ako „stav kompletnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nielen ako stav neprítomnosti choroby a slabosti" Starnutie prináša so sebou nutnosť prijímať kompromisy medzi prianím a skutočnou realitou svojho zdravia. I veľmi chorý starý človek môže mať subjektívne pocity vysokej životnej kvality, naopak relatívne zdravý, ale subjektívne

nespokojný starý človek môže mať pocit nízkej životnej kvality. *„Napriek tomu, že každý človek prežíva svoj život originálnym spôsobom, dá sa zhodnúť na významných okamžikoch, ktoré prichádzajú s vyšším vekom. Zmeny sa odohrávajú v rovine telesnej, psychickej a sociálnej"* (Venglářová, 2007, s.11). Biologické (telesné) starnutie je dôsledkom biologických zmien štruktúry, vzhľadu a fungovania celého organizmu. Psychické starnutie prejavuje sa zmenou osobnostných rysov, znížením poznávacích schopností, spomalením psychomotorického tempa, zhoršením pamäti, nižšou koncentráciou pozornosti, ale aj zvýšenou vytrvalosťou, stálosťou v názoroch, múdrosťou, rozvahou a toleranciou. Sociálne starnutie prebieha ako adaptácia na odchod do dôchodku, na zmenu sociálneho postavenia, zmenu životného programu a akceptácia sociálnych dôsledkov vyplývajúcich z porúch zdravia (Draganová, 2006, s.121, 122). Bola dokázaná súvislosť medzi vysokým stupňom životnej spokojnosti s pozitívnou životnou bilanciou a intelektuálnou výkonnosťou. Spokojnosť býva združená s pozitívnym životným očakávaním, s vyššou pohotovosťou k sociálnym kontaktom a šírkou záujmov. Realizácia týchto aktivít súvisí samozrejme s aktuálnym zdravotným stavom. Podľa Draganovej (2006), porucha zdravia, resp. staroba narúša schopnosť človeka napĺňať v žiaducom rozsahu požiadavky spoločnosti i svoje vlastné potreby, ktoré sa týkajú pracovných aktivít, spoločenských stykov alebo sebestačnosti v bežných denných činnostiach a potrebách. Finančné problémy a chudoba ovplyvňujú nielen kvalitu života, ale i zdravotný stav a prinášajú mnohé obmedzenia fyzických, psychických a sociálnych aktivít (Hegyi, Krajčík, 2004, s. 19, 20). Domáce prostredie je ideálnym prostredím pre udržanie telesnej a duševnej aktivity seniora a zaisťuje mu trvanie podmienok pre život, na ktoré bol zvyknutý z mladších rokov (Škrabáková, 2009, s. 1 - 12). So stúpajúcim vekom senior trpí väčším počtom ochorení, v takom prípade často krát rodina nezvláda starostlivosť o neho. Takáto starostlivosť je pre členov rodiny veľmi náročná, tak psychicky ako aj fyzicky. Pokiaľ je starostlivosť ošetrovateľsky náročná, rodiny si môžu zabezpečiť opatrovateľskú službu, alebo môžu dať svojho príbuzného do ústavného zariadenia, inštitúcií pre seniorov.

Cieľ práce :

Porovnať zdravotný stav medzi seniormi žijúcimi v domácom prostredí a v inštitúciách.

Súbor:

Výber respondentov bol systematický, zámerný. Vzorku výskumu tvorili seniori starší ako 65 rokov žijúci v domácom prostredí v okrese Martin a v okrese Ružomberok (n = 100) a seniori starší ako 65 rokov žijúci v inštitúciách - domov dôchodcov ELIM vo Zvolene, domov dôchodcov Dom Dobrého pastiera v Sučanoch (n = 100).

Tabuľka 1 *Zloženie súborov podľa veku a pohlavia*

Súbor	Vek (r)	Muži		Ženy		Spolu	
		n	%	n	%	n	%
Seniori v domácom prostredí	65 – 74	22	22,0	40	40,0	62	62,0
	75+	13	13,0	25	25,0	38	38,0
	Spolu	**35**	35,0	**65**	65,0	100	100,0
Seniori v inštitúciách	65 – 74	8	8,0	26	26,0	34	34,0
	75+	11	11,0	55	55,0	66	66,0
	Spolu	**19**	19,0	**81**	81,0	100	100,0

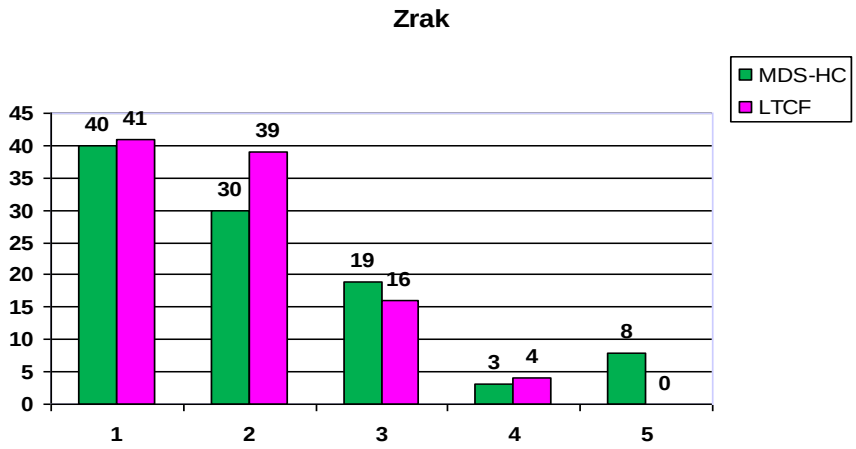
n - absolútnu početnosť, % - relatívnu početnosť

Metodika :

Na posúdenie seniorov v domácom prostredí sme použili hodnotiaci nástroj pre osoby v domácom prostredí **Minimálny súbor údajov pre domácu starostlivosť** - **Minimum Data Set for Home Care (MDS-HC)** (Landi, F et al. 2003, s. 1184-1190) Nástroj obsahuje 350 údajov, prvkov vrátane socio-demografických premenných, klinické položky o fyzickom i kognitívnom stave, depresii, sociálnych interakciách, zdravotnom stave, stave výživy, zhodnotení prostredia, užívaní liekov. Hodnotiaci nástroj pre osoby v dlhodobej starostlivosti **-Resident Assessment Instrument for Long Term Care Facility (InterRAI LTCF).** Umožňuje poskytovateľom zdravotnej starostlivosti zhodnotiť kľúčové oblasti funkčného, duševného a fyzického zdravia pacienta, sociálne zázemie a využívanie služieb (Morris, 2009, s. 119).

Výsledky a interpretácia :

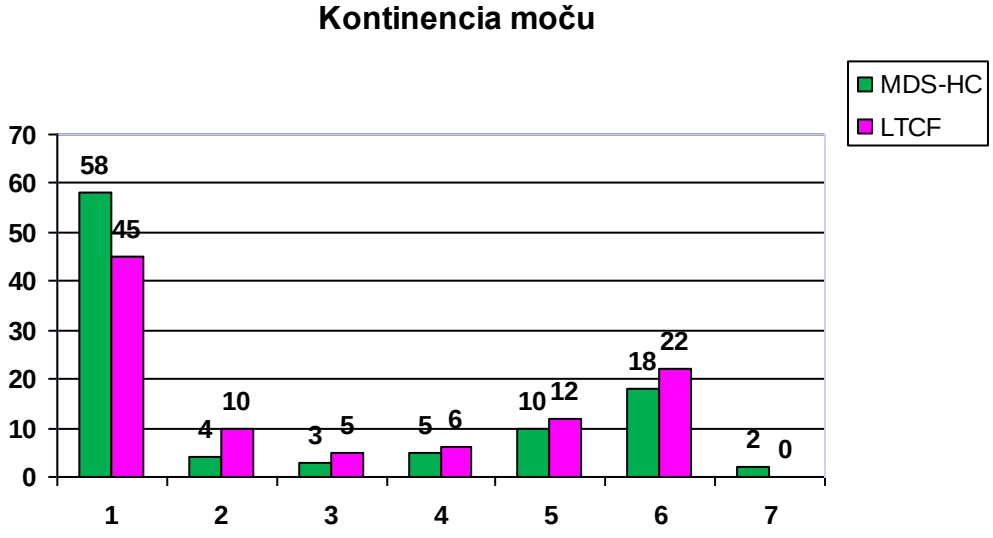
Výsledky porovnávame u seniorov v domácom prostredí (MDS-HC) so seniormi v inštitúciách (LTCF). V grafe 1 uvádzame poruchu zraku. Porucha zraku veľa krát ovplyvňuje seba obslužné činnosti. Seniori v obidvoch skupinách majú minimálne poruchy videnia. Rovnocennosť v počte 40- 41 sme zaznamenali pri primeranom videní. V domácom prostredí v 8 prípadoch sme zaznamenali slepotu. Predpovedali by sme že nevidiaci seniori budú skôr žijúci v zariadeniach, čo sa v našej vzorke nepotvrdilo.



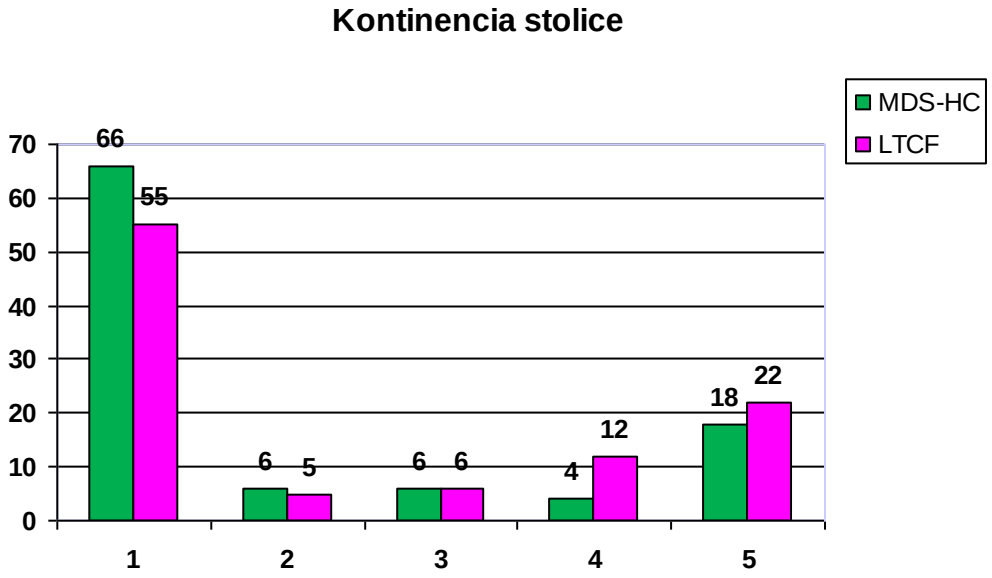
***Graf 1** Schopnosť vidieť*

Seniori v inštitúciách v 65 prípadoch počujú bez problémov pri bežnej komunikácií, pri počúvaní televízora. V 9 prípadoch majú strednú poruchu a v 6 ťažkú poruchu. U seniorov v domácom prostredí sme zaznamenali v menšom počte - 58 seniorov bezproblémový sluch. Stredná porucha je u 18 seniorov a ťažká v 4 prípadoch.

Inkontinencia moču u seniorov patrí medzi závažné problémy, ktoré majú dopad na psychický stav a sociálne vzťahy. V grafe 2 uvádzame problémy s močením. V domácom prostredí viac ako polovica 58 seniorov nemajú problémy s močením. 18 prípadoch sú celkom inkontinentní. V inštitúciách 45 seniorov nemá problémy s močením, inkontinentných je 22.

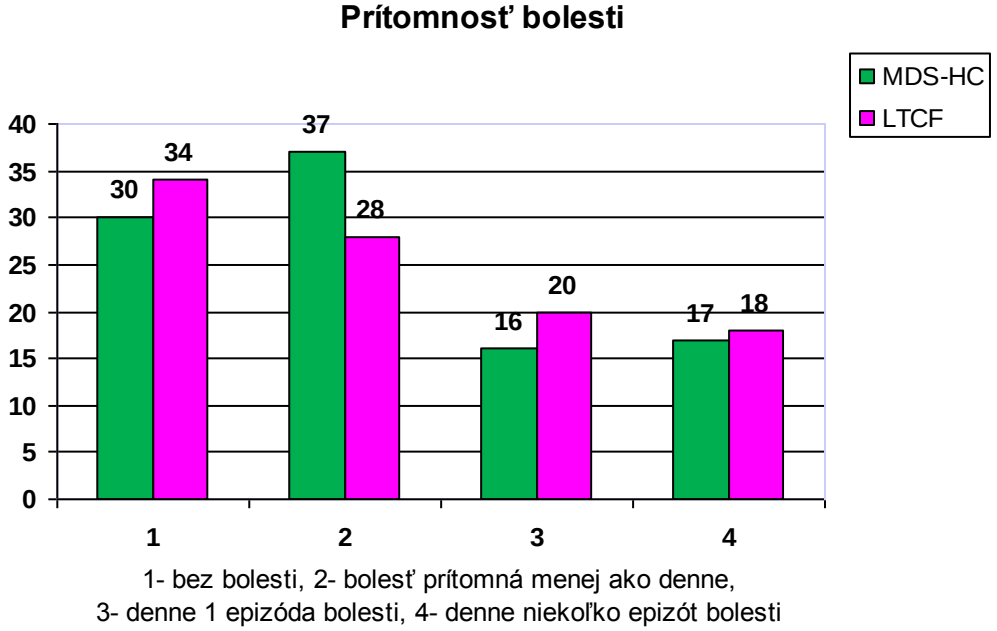


***Graf 2** Kontinencia moču*



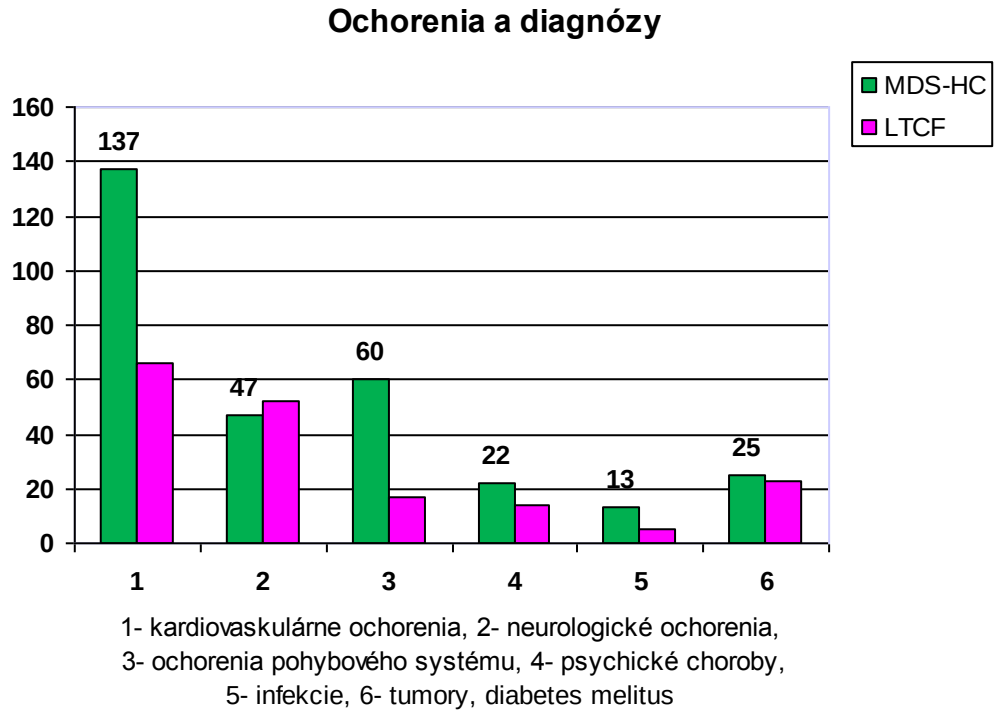
Graf 3 *Kontinencia stolice*

Inkontinencia stolice patrí medzi vážne problémy, často krát sa stretávame u ležiacich pacientov. 66 seniorov v domácom prostredí nemá problémy s udržiavaním stolice, v 18 prípadoch je zaznamenaná inkontinencia. Seniori v inštitúciách v 55 prípadoch uvádzajú kontinenciu, v 12 prípadoch sú často inkontinentní a až v 22 prípadoch celkom inkontinentných.



Graf 4 *Prítomnosť bolesti*

Ako najčastejší prejav ochorení sme zaznamenali prítomnosť bolesti. V grafe 4 uvádzame epizódy bolesti počas dňa. V 37 prípadoch seniori v domácom prostredí uvádzajú bolesť prítomnú menej ako denne, v 16 prípadoch denne a v 17 prípadoch niekoľkokrát za deň. V 28 prípadoch seniori v zariadeniach uvádzajú bolesť prítomnú menej ako denne, v 20 prípadoch denne a v 18 prípadoch niekoľkokrát za deň. Seniori v domácom prostredí majú spolu 304 diagnóz, čo predstavuje na jedného 3 diagnózy. Seniori v inštitúciách majú spolu 177 diagnóz., čo predstavuje v priemere 2 diagnózy na jedného. V domácom prostredí najväčšie zastúpenie mali kardiovaskulárne ochorenia, ochorenia pohybového aparátu. U seniorov v inštitúciách mali najväčšie zastúpenie ochorenia kardiovaskulárne, neurologické, tumory a diabetes melitus.



Graf 5 *Prítomnosť ochorení*

Záver :

Pri porovnaní zdravotného stavu u seniorov v domácom prostredí a v inštitúciách sme zistili., Seniori z domáceho prostredia majú menej problémov v oblasti poškodenia sluchu, kontinencie moču a stolice. U seniorov z inštitúcií sme zaznamenali menšie poruchy zraku, menej prítomných diagnóz ako u seniorov z domáceho prostredia. U obidvoch skupín seniorov v oblasti bolesti sme nezaznamenali rozdiel.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. DRAGANOVÁ, H. a kol. 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta, 2006. 120 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
2. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2004. *Geriatria pre praktického lekára*. Bratislava: Herba, 2004. 298 s. ISBN 80-89171-06-0.
3. LANDI, F et al., 2003. Minimum Data Set for Home Care. In *A Valid Instrument to Assess Frail Older People Living in the Community. Med Care.* 2003, vol. 38, no. 12, p. 1184-1190.
4. MORRIS, J., N. a kol. 2009*. InterRAI manuál pro hodnocení klienta v zarízení dlouhodobé péče*(LTCF). Formulári a návod k používání interRAI LTCF, verze 09. In InterRAI, 2009. 119 s.
5. ŠKRABÁKOVÁ, M. 2009. Na prahu modernizácie sociálnych služieb. In *Humanita.* ISSN 1336-2208, 2009, č.5, s. 1-12.
6. VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

Kontaktná adresa:

Mgr. Alena Valancová
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: aknelka1370@gmail.com

ZAPOTRZEBOWANIE NA EDUKACJĘ WŚRÓD PACJENTÓW Z MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW HOSPITALIZOWANYCH W RZESZOWSKICH SZPITALACH

Lucyna Boratyn-Dubiel, Barbara Gugała, Zdzisława Chmiel

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

Streszczenie

Wprowadzenie. Edukacja zdrowotna to proces ciągły, stanowiący integralną część leczenia, którego podmiotem jest chory. Celem edukacji jest przede wszystkim nabywanie przez pacjentów wiedzy i umiejętności, które pozwolą im na utrzymanie jak najwyższej jakości życia mimo ograniczeń, jakie niesie ze sobą choroba.

Cel pracy. Celem pracy jest ocena wiedzy zdrowotnej pacjentów z migotaniem przedsionków
oraz ich zapotrzebowania na edukację.

Materiał i metody. Badaniami objęto 150 pacjentów z migotaniem przedsionków hospitalizowanych w rzeszowskich szpitalach. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, w którym zastosowano pytania zamknięte jedno i wielokrotnego wyboru. Wyniki badań poddano analizie statystycznej przy wykorzystaniu pakietu statystycznego Statistica 8.0.

Wyniki. Wykazano, że aż 60 % badanych miało niedostateczny poziom wiedzy zdrowotnej, tylko 6 % wykazywało bardzo dobrą wiedzą w tym zakresie. Wyższą wiedzę zdrowotną posiadały osoby młodsze ($p<0,001$), oraz lepiej wykształcone ($p<0,001$). Badani najczęściej oczekiwali wiedzy na temat przeprowadzanych badań i zabiegów (87,3 %) oraz samoopieki (70 %). Większe zapotrzebowanie na wiedzę wykazywali młodsi ankietowani ($p<0,001$), oraz z wyższym i średnim wykształceniem ($p<0,01$). Wraz ze wzrostem świadomości zdrowotnej pacjentów z migotaniem przedsionków wzrosło ich zapotrzebowanie na informacje($p<0,001$).

Wnioski: Ankietowani wykazują niski poziom wiedzy zdrowotnej. Wśród pacjentów z migotaniem przedsionków istnieje duże zapotrzebowanie na wiedzę. Według badanych edukację zdrowotną powinny prowadzić pielęgniarki.

Słowa kluczowe: Migotanie przedsionków. Edukacja zdrowotna. Pacjent.

Summary

Introduction. Health education is a continuous process that is an integral part of the treatment, the subject of which is the ill person. The purpose of this education is, mainly,

acquiring knowledge and abilities which will allow the patients to maintain the highest possible quality of life despite the limitations caused by disease.

The aim. The purpose of this paper is to evaluate the health related knowledge and the need for education of patients with atrial fibrillation.

Methods and materials. The research was conducted on 150 patients with atrial fibrillation hospitalized in facilities in Rzeszów. A diagnostic survey method was used for this research. The research tool was an authorial survey questionnaire consisting of closed questions with both multiple and single answers. The results were statistically analyzed with the use of Statistica 8.0 packet.

The result. It was demonstrated that 60 % of the people examined had an adequate level of health knowledge while only 6 % showed a very good knowledge in this area. Younger people ($p<0,001$) and those with better education presented higher level of health knowledge. The subjects expected information mostly about conducted tests, procedures (87,3 %) and self-care (70 %). Younger questioned ($p<0,001$) and those with higher or secondary education ($p<0,01$) presented higher demand for knowledge. The need for giving information by the nurses ($p<0,001$) increased along with the growth of health awareness among patients with atrial fibrillation.

Conclusions. The respondents presented a low level of health education. There is a high demand for education among patients with atrial fibrillation. According to the respondents, health education should be conducted by nurses.

Key Words: Atrial fibrillation. Health education. Patient.

Wprowadzenie

Edukacja zdrowotna pacjenta jako jedno z kluczowych zadań pielęgniarki jest procesem zamierzonego wpływu na osobowość chorego i jego bliskich, na postawy oraz przekonania dotyczące zdrowia. Jest procesem kształtowania poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i najbliższych oraz postaw w prozdrowotnym kierunku, zgodnym ze społecznie akceptowalnymi celami promocji zdrowia. Jest także procesem przygotowania podopiecznego do roli pacjenta instytucji ochrony zdrowia, współpracy w procesie pielęgnowania, leczenia i rehabilitacji, a także do świadczenia opieki nieprofesjonalnej oraz przygotowania do samoopieki i samopielęgnacji. Zakres zadań edukacji pacjenta obejmuje zarówno treści edukacji zdrowotnej oraz działania na rzecz kształtowania umiejętności życia z chorobą czy niepełnosprawnością i bycia pacjentem różnych instytucji opieki zdrowotnej.

Priorytetowym zadaniem edukacji przewlekle chorych jest umożliwienie im funkcjonowania zbliżonego do poziomu ludzi zdrowych oraz profilaktyka powikłań. Głównym

celem tej edukacji jest udzielenie pacjentom pomocy, w zrozumieniu choroby i uczenia sposobu życia z nią. Wpływa to na obniżenie lęku chorego, pozyskanie go do współpracy oraz pełniejszej akceptacji metod leczenia i następstw choroby. Posiadanie wiedzy, umiejętności oraz motywacji pozwala pacjentowi na współuczestniczenie w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Jedną z częstych chorób przewlekłych układu krążenia jest migotanie przedsionków. Schorzenie to nazywane jest epidemią XXI wieku ze względu na stale rosnącą liczbą zachorowań. Migotanie przedsionków w znacznym stopniu wpływa na obniżenie jakości życia pacjentów. Wiąże się z częstymi hospitalizacjami, może też skutkować różnymi powikłaniami zagrażającymi życiu. Edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarki, wśród tych pacjentów ma przygotować ich do życia z chorobą, do samokontroli i samopielęgnacji, a także wskazać potrzebę zmiany zachowań na prozdrowotne. Zastosowanie edukacji terapeutycznej motywuje pacjenta do podjęcia trudów związanych z leczeniem, przeciwdziała powstawaniu lęku, depresji, znużenia i zagubienia, eliminuje stres i niepewność przed przyszłością. Dzięki niej chorzy stają się bardziej samodzielni i niezależni w czynnościach życia codziennego, a także odpowiedzialni za przebieg swojej choroby. Celem niniejszej pracy była ocena wiedzy zdrowotnej pacjentów z migotaniem przedsionków oraz ich zapotrzebowania na edukację.

Materiał i metody

Badaniami objęto 150 pacjentów z migotaniem przedsionków hospitalizowanych w dwóch rzeszowskich szpitalach (Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii WSS im. F. Chopina oraz Oddział Kardiologii Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jadwigi). Przeprowadzono je na przełomie 2012 i 2013 roku, po uprzednim uzyskaniu zgody kierowników tych placówek. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, w którym zastosowano pytania zamknięte jedno i wielokrotnego wyboru. Warunkiem zakwalifikowania pacjenta do badań była dobrowolna zgoda na udział w nich oraz zdiagnozowane migotanie przedsionków. Ankietowanych podzielono ze względu na typ migotania przedsionków: osoby z pierwszym epizodem, napadowym, przetrwałym oraz utrwalonym. Uzyskane wyniki opracowano jakościowo i ilościowo oraz poddano analizie statystycznej przy wykorzystaniu pakietu statystycznego Statistica 8.0. Przyjęto następujące reguły statystyczne: $p>0,05$ – brak istotności statystycznej, $p<0,05$ – istotna zależność statystyczna (*), $p<0,01$ – wysoce istotna zależność statystyczna (**), $p<0,001$ – bardzo wysoka istotność statystyczna (***).

Wyniki

W grupie 150 przebadanych pacjentów, mężczyźni stanowili 50,6 % zaś kobiety 49,3 % osób. Nie stwierdzono, by płeć różnicowała w istotny sposób typ migotania przedsionków u badanych (p>0,05). Ponad połowa (57,3 %) ankietowanych mieszkała w mieście, zaś 42,6 % na wsi. Najwięcej osób legitymowało się wykształceniem średnim 42,6 %, następnie zawodowym 32,6 %, podstawowym 14 %, najmniej badanych (10,6 %) posiadało wykształcenie wyższe. Najwięcej respondentów było w przedziale wiekowym 61-70 lat (38,6 %) oraz 71-80 lat (26 %). Pozostali pacjenci byli w wieku 30-40 lat (4,6 %), 41 do 50 lat (17,3 %), oraz od 51 do 60 lat -13,3 % respondentów.

Poziom prezentowanej przez respondentów wiedzy zdrowotnej był zróżnicowany. Stwierdzono, że osoby, u których zdiagnozowano pierwszy epizod migotania przedsionków oraz osoby z migotaniem napadowym statystycznie częściej uważały za główne czynniki wywołujące choroby układu krążenia zaburzenia elektrolitowe oraz styl życia. Osoby z przetrwałym i utrwalonym migotaniem przedsionków częściej twierdziły, że głównym czynnikiem wywołującym choroby układu krążenia są uwarunkowane genetycznie (p<0,0345*).

Zdaniem 70,6 % pacjentów do czynników sprzyjających wystąpieniu napadu migotania przedsionków należał stres, nadużycie alkoholu, znaczny wysiłek fizyczny. Według 27,3 % respondentów czynnikami tymi były długotrwałe przebywanie na świeżym powietrzu, znaczny wysiłek fizyczny. Na obfity posiłek oraz spokojny tryb życia i alkohol, jako czynniki sprzyjające wystąpieniu napadu migotania przedsionków wskazywało 2 % osób.

Aż 68 % ankietowanych uważało, że leki p/zakrzepowe stosuje się w celu zapobiegania nawrotom migotania przedsionków. Zdaniem 26 % osób przyjmowanie tych leków zapobiegało udarowi mózgu, natomiast 6 % badanych uznało, że stabilizują one ciśnienie tętnicze. Według 43,3 % ankietowanych przyjmujących doustnie antykoagulanty, prawidłowe granice INR powinny się mieścić w przedziale 2 – 3. Zdaniem 30 % osób prawidłowa wartość INR powinna znaleźć się w przedziale 1,5 – 2, natomiast wartości INR z przedziału 2,5 – 4, jako prawidłowe uznało 26,6 % ankietowanych. Zdecydowana większość ankietowanych (81,3 %) nie wiedziało, czy rodzaj spożywanego pokarmu wypływa na działanie doustnych antykoagulantów. Według 10 % z nich nie miał on wpływu, natomiast 8,6 % badanych stwierdziło, że warzywa zielone upośledzają działanie tych leków.

Na podstawie uzyskanych w badaniu ankietowym powyższych informacji oceniono wiedzę zdrowotną pacjentów. Stwierdzono, że niedostateczny poziom wiedzy prezentowało aż 60 % pacjentów hospitalizowanych z migotaniem przedsionków. Dostateczną wiedzę miało 22 % ankietowanych, zaś dobrą wiedzą dysponowało tylko12 % osób. Zaledwie 6 % pacjentów posiadało bardzo dobrą wiedzę zdrowotną. Poziom wiedzy zdrowotnej zmieniał się odwrotnie proporcjonalnie do wieku ankietowanych. Osoby starsze miały istotnie mniejszą wiedzę, zaś u osób młodszych wykazano wyższy poziom wiedzy zdrowotnej (tab.1).

Tabela 1. *Poziom wiedzy zdrowotnej w zależności od wieku ankietowanych*

Wiek	**Poziom wiedzy**							
	niedostateczny		**dostateczny**		**dobry**		**bardzo dobry**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
30-40 lat	1	1,11	3	9,09	1	5,56	2	22,22
41-50 lat	3	3,33	9	27,27	8	44,44	6	66,67
51-60 lat	6	6,67	8	24,24	5	27,78	1	11,11
61-70 lat	47	52,22	8	24,24	3	16,67	0	0,00
71-80 lat	33	36,67	5	15,15	1	5,56	0	0,00
Razem	90	100,00	33	100,00	18	100,00	9	100,00
Poziom istotności p	< 0,001***							

Wykazano wpływ wykształcenia na poziom wiedzy zdrowotnej. Osoby posiadające wykształcenie wyższe i średnie miały istotnie wyższy poziom wiedzy niż osoby legitymujące się wykształceniem zawodowym i podstawowym (tab.2).

Tabela 2. *Poziom wiedzy zdrowotnej w zależności od wykształcenia ankietowanych*

Wykształcenie	**Poziom wiedzy**							
	niedostateczny		**dostateczny**		**dobry**		**bardzo dobry**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
podstawowe	20	22,22	0	0,00	1	5,56	0	0,00
zawodowe	34	37,78	14	42,42	1	5,56	0	0,00
średnie	36	40,00	13	39,39	9	50,00	6	66,67
wyższe	0	0,00	6	18,18	7	38,89	3	33,33
Razem	90	100,00	33	100,00	18	100,00	9	100,00
Poziom istotności p	< 0,001***							

Oczekiwania pacjentów w stosunku do pielęgniarek w zakresie przekazywania wiedzy zdrowotnej były zróżnicowane. Badani najczęściej chcieli uzyskać informacje na temat przeprowadzanych badań i zabiegów (87,3 %), przygotowania do samoopieki (70 %), oraz na temat organizacji oddziału (43,3 %). Wiedzę o tematyce ogólno zdrowotnej chciałoby uzyskać 38,6 % respondentów, zaś na temat profilaktyki chorób – 33,3 % ankietowanych. Osoby w wieku do 60 r.ż. istotnie częściej chcieli uzyskać wiedzę o tematyce ogólno zdrowotnej oraz profilaktyce chorób, zaś pacjenci po 60 r.ż z zakresu przygotowania do samoopieki.

Wraz ze wzrostem wykształcenia ankietowanych wzrastało zapotrzebowanie na wiedzę o tematyce ogólno zdrowotnej oraz na temat profilaktyki chorób, malało natomiast zapotrzebowanie na informacje z zakresu przygotowania do samoopieki (tab.3).

Tabela 3. *Rodzaj informacji oczekiwanych od pielęgniarek w zależności od wykształcenia pacjentów*

Rodzaj oczekiwanych informacji/ tematyka		Wykształcenie								Poziom istotności p
		podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
ogólno-zdrowotna	nie	20	95,24	35	71,43	33	51,56	4	25,00	< 0,001***
	tak	1	4,76	14	28,57	31	48,44	12	75,00	
profilaktyka chorób	nie	19	90,48	38	77,55	37	57,81	6	37,50	0,0010**
	tak	2	9,52	11	22,45	27	42,19	10	62,50	
organizacja opieki zdrowotnej	nie	19	90,48	42	85,71	58	90,63	16	100,0	0,4217
	tak	2	9,52	7	14,29	6	9,38	0	0,00	
organizacja oddziału	nie	13	61,90	25	51,02	37	57,81	10	62,50	0,7706
	tak	8	38,10	24	48,98	27	42,19	6	37,50	
przeprowadzane badania i zabiegi	nie	1	4,76	8	16,33	8	12,50	2	12,50	0,6190
	tak	20	95,24	41	83,67	56	87,50	14	87,50	
samoopieka	nie	2	9,52	11	22,45	26	40,63	6	37,50	0,0245*
	tak	19	90,48	38	77,55	38	59,38	10	62,50	
brak	nie	21	100,00	49	100,0	63	98,44	16	100,0	0,7166
	tak	0	0,00	0	0,00	1	1,56	0	0,00	
Razem		21	100	49	100	64	100	16	100	

Ponad połowa ankietowanych (52,6 %) wykazywała zapotrzebowanie na informacje dotyczące aktywności fizycznej, zawodowej i społecznej, 47,3 % badanych na temat diety zaś 40 % respondentów oczekiwało informacji o sposobach radzenia sobie ze stresem. Aż 68 % badanych chciało dowiedzieć się jakie objawy powinny być powodem kontaktu z lekarzem, blisko połowa zaś chciała uzyskać informacje dotyczące kontroli wskaźnika INR (44,6 %). Zdecydowana większość (97,3 %) pacjentów wykazała zapotrzebowanie na edukację zdrowotną, zaś tylko 3 % badanych stwierdziło, że edukacja nie jest im potrzebna. Pacjenci w większości (66 %) uznali, że wiedza przekazywana przez pielęgniarki zaspokaja ich zapotrzebowanie na nią w sposób wysoki i bardzo wysoki (14 %). Najbardziej korzystną formą prowadzenia edukacji dla 96,6 % ankietowanych była indywidualna rozmowa, na broszury informacyjne wskazało 40,6 % osób, zaś rozmowę grupową wybrało 1,3 % ankietowanych.

Dyskusja

Edukacja zdrowotna wiąże się z wywieraniem wpływu na postawy oraz motywację pacjenta. W procesie tym podejmowane są czynności, mające wywołać zmianę w zachowaniu osób. Wysoki poziom wiedzy o zdrowiu i chorobie służy autonomii i samodzielności pacjenta, w granicach jego indywidualnych możliwości. Podstawą do upodmiotowienia pacjenta i traktowania jako partnera, w procesach leczenia i pielęgnacji jest posiadanie przez niego wiedzy o zdrowiu, chorobie, zależnościach występujących między zachowaniami zdrowotnymi a jednostką chorobową. Szeroko pojęta świadomość zdrowotna chorych, pomaga w procesie adaptacji, leczenia i pielęgnacji jest także warunkiem efektywnej współpracy pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Pozwala choremu zrozumieć potrzebę i celowość proponowanych działań.

W badaniach własnych wykazano, że aż 60 % ankietowanych miało niedostateczną wiedzę zdrowotną, natomiast tylko 6 % badanych wykazywało wysoki poziom wiedzy. Badania innych autorów przeprowadzone wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii SPZOZ Kraśnik, wskazują także na niski poziom wiedzy zdrowotnej u większości pacjentów (Girzelska et.al., 2010, s.420-428). Pomimo tego, że migotanie przedsionków jest dość często występującym schorzeniem przewlekłym, problem oceny poziomu wiedzy i edukacji zdrowotnej wśród tych chorych nie jest jeszcze w piśmiennictwie naukowym zbyt szeroko poruszany i doceniany.

Kolejnym problemem występującym u pacjentów z migotaniem przedsionków był niski poziom wiedzy na temat zasad obowiązujących przy przyjmowaniu leków p/zakrzepowych, celowości ich stosowania oraz wartości prawidłowych wskaźnika protrombinowego (INR). Zdecydowana większość ankietowanych (81,3 %) nie wiedziała, czy rodzaj spożywanego pokarmu wypływa na działanie doustnych antykoagulantów. Tylko 26 % uznało, że celem stosowania leków przeciwzakrzepowych jest zapobieganie udarowi mózgu, a tylko 26,6 % badanych potrafiło wskazać prawidłowe wartości (INR).

Podobne wyniki uzyskali inni badacze, (Rewiuk et.al.,2007.,s. 44-47) którzy sprawdzali poziom wiedzy dotyczącej profilaktyki przeciwzakrzepowej u pacjentów z migotaniem przedsionków. Autorzy w swoich badaniach wykazali, iż chorzy mają niski poziom wiedzy w tym zakresie. Stanowi to czynnik ryzyka nieprawidłowej kontroli INR oraz niebezpieczeństwo powikłań. Aby pacjent mógł świadomie i aktywnie uczestniczyć w procesie terapii musi posiadać chociażby minimalny zakres wiedzy zdrowotnej. Powinien być świadomy celów, korzyści, niebezpieczeństw leczenia, a także poznać alternatywne możliwości postępowania. Badania przeprowadzone wśród 140 pacjentów Samodzielnego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Białymstoku, wykazały także niską wiedzę

pacjentów na temat zalecanego przedziału wartości terapeutycznych INR oraz czynników wpływających na jego zmianę (Sawicka- Powierza et.al., 2007., s. 36-40).

W analizie badań własnych skorelowano stan wiedzy zdrowotnej respondentów z wiekiem i wykształceniem. Stwierdzono, że poziom wiedzy, zmieniał się odwrotnie proporcjonalnie do wieku ankietowanych. Osoby starsze, miały znacznie mniejszą świadomość zdrowotną w stosunku do młodszych pacjentów. Powyższe wyniki wskazują, iż młodsze pokolenie przywiązuje większą wagę do uwarunkowań zdrowia i choroby, oraz własnego wpływu na tę sytuację. Podobnie zależności zaobserwowali inni badacze, którzy wykazali iż osoby powyżej 60 r.ż. miały niższą wiedzę na temat profilaktyki przeciwzakrzepowej niż osoby młodsze (Rewiuk et.al., 2007.,s. 44-47).

Człowiek podnosząc swoje wykształcenie, poszerza jednocześnie horyzonty myślowe i ogólne postrzeganie siebie i otoczenia oraz występujących w nim zależności. Osoby te zdają sobie sprawę, że ich zaangażowanie, wiedza zdrowotna i motywacje, pozwalają na zachowanie autonomii oraz współuczestnictwa w procesie diagnostyczno- leczniczym a także przygotowaniu do samoopieki (Girzelska et.al., 2010, s. 420-428). W badaniach własnych korelacja wiedzy zdrowotnej ankietowanych z ich wykształceniem. wykazała, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rośnie ich świadomość zdrowotna. Dla porównania wykorzystano badania innych autorów dotyczące skuteczności edukacji zdrowotnej wśród osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. Wykazano zależność pomiędzy wiedzą zdrowotną a wykształceniem ankietowanych. Zdecydowanie najmniejszą wiedzę miały osoby z wykształceniem podstawowym, a największą z wykształceniem średnim i wyższym (Kubica et.al. 2005., s. 61-68).

Obecnie pacjent coraz częściej w sposób aktywny sięga po informacje na temat swojej sytuacji zdrowotnej. Podczas hospitalizacji domaga się od personelu medycznego zrozumiałych i precyzyjnych wyjaśnień na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych. Oczekiwania i potrzeby pacjentów w zakresie edukacji są jednak zróżnicowane. Badania własne wykazały, że większość ankietowanych (87,3 %) oczekiwała informacji na temat przeprowadzanych badań i zabiegów. Bardzo istotne dla badanych były informacje dotyczące przygotowania do samoopieki, oczekiwało ich ponad 2/3 ankietowanych. Blisko połowa osób oczekiwała informacji na temat organizacji oddziału, tematyką ogólno zdrowotną zainteresowanych było 38 % badanych. Tematem profilaktyki chorób interesowało się 33 % spośród ankietowanych, tylko co 10 osoba była zainteresowana informacjami dotyczącymi organizacji opieki zdrowotnej. Przeprowadzono także korelację rodzaju informacji oczekiwanych przez ankietowanych od pielęgniarek z wykształceniem pacjentów. Stwierdzono, ze wraz ze wzrostem wykształcenia badanych rośnie zainteresowanie informacjami o tematyce ogólno zdrowotnej i profilaktyce chorób.

Jednym z kluczowych zadań zawodowych pielęgniarki jest z przygotowaniem podopiecznego do samoopieki w warunkach domowych. Badania własne wykazały bardzo duże (70 %) zainteresowanie wśród pacjentów tą tematyką. Jest to bardzo istotne, gdyż odpowiednio wysoki poziom wiedzy zdrowotnej stanowi z pacjenta „eksperta" w swojej chorobie i jest on w stanie sprawować samokontrolę nad swoim organizmem. Tak przygotowana jednostka ma umiejętność pełniejszego życia i radzenia sobie w trudnych sytuacjach związanych z chorobą.

Badania własne wykazały istotną zależności pomiędzy wiedzą zdrowotną ankietowanych określoną obiektywnie i stopniem zapotrzebowania na edukację zdrowotną, określonym subiektywnie przez pacjentów z migotaniem przedsionków. Wszystkie osoby z bardzo dobrą świadomością zdrowotną widziały potrzebę edukacji. Wraz ze wzrostem wiedzy zdrowotnej, wzrastała liczba osób, które widziały potrzebę prowadzenia edukacji przez pielęgniarki. Pacjenci z wyższą świadomością zdrowotną zdawali sobie sprawę z tego, że aby w pełni uczestniczyć w procesach leczenia i pielęgnacji, przygotować się do samodzielnego wpływania na te procesy, potrzebują ciągłej edukacji. Dzięki temu mogą się stać partnerami w procesie leczenia i pielęgnacji oraz samodzielnie decydować o dalszym postępowaniu. W badaniach prowadzonych wśród 120 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum w Bydgoszczy dotyczących skuteczności edukacji zdrowotnej za pomocą broszur wykazano, że edukacja ta okazała się najbardziej skuteczna wśród pacjentów z wyższą wiedzą zdrowotną. Osoby te pomimo iż posiadały wiedzę na zadawalającym poziomie, nadal sięgały po informacje dotyczące zdrowia i choroby oraz skutecznie z nich korzystały (Kubica et.al. 2005., s. 61-68).

Rola pielęgniarki w edukacji zdrowotnej w opinii pacjentów jest znacząca. Prowadzona na wysokim poziomie, kierowana bezpośrednio do chorych, powoduje wzrost ich satysfakcji, której konsekwencją jest wzrost jakości usług medycznych. Proces edukacji nie tylko zwiększa poczucie bezpieczeństwa pacjenta, ale wpływa także na dalszy przebieg choroby. W badaniach własnych wykazano wysoką satysfakcję respondentów z edukacji prowadzonej przez pielęgniarki. Większość ankietowanych uznała, że edukacja ta zaspokaja ich zapotrzebowanie na wiedzę w sposób wysoki (66 %) i bardzo wysoki (14 %). Wśród ankietowanych nie było osób niezadowolonych z informacji udzielanych przez pielęgniarki. Podobne wyniki uzyskano w badaniach które przeprowadzono wśród 205 pacjentów hospitalizowanych z chorobami przewlekłymi: cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, astma oskrzelowa i dyskopatia. Wykazano, że informacje przekazywane przez pielęgniarki zostały uznane jako bardzo przydatne do dalszego życia przez 82 % ankietowanych, aż 97 % wyraziło zadowolenie z uczestnictwa w programie edukacji zdrowotnej (Ślusarska et.al., 2002., s. 298-303). Badania przeprowadzone wśród pacjentów hospitalizowanych w

oddziale chirurgii, wykazały zadowolenie pacjentów z prowadzonej prze pielęgniarki edukacji. Ponad 80 % badanych stwierdziło, że informacje udzielane przez personel pielęgniarski były wystarczające (Girzelska et.al., 2010, s. 420-428).

Najbardziej oczekiwaną formą edukacji dla 96,6 % pacjentów w badaniach własnych była rozmowa indywidualna, broszury informacyjne i instruktaż wskazało po około 40 % ankietowanych, zaś najmniej korzystną formą edukacji wg respondentów była rozmowa grupowa (1,3 %). Podobnie w badaniach innych autorów najczęściej wskazywaną metodą korzystną w prowadzeniu edukacji zdrowotnej była rozmowa indywidualna. Wskazało ją 85 % respondentów (Ślusarska et.al., 2002., s. 298-303).

Z punktu widzenia pacjenta edukacja jest pożądana i korzystna. Działania edukacyjne zwiększają jego poczucie bezpieczeństwa, dając możliwość samodzielnego kierowania własnym życiem. Edukacja zdrowotna ma więc ogromne znaczenie zarówno dla chorych ponieważ dostarczona wiedza wpływa na poprawę jakości ich życia jak i dla lekarzy gdyż pacjent staje się partnerem w terapii co daje większą skuteczność leczenia. Dlatego też działalność edukacyjna wśród pacjentów z migotanie przedsionków powinna się sukcesywnie rozwijać a pielęgniarka powinna pełnić w tym procesie kluczową rolę.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Pacjenci hospitalizowani z powodu migotania przedsionków wykazują niski poziom wiedzy zdrowotnej. Prezentowany stan świadomości zdrowotnej, zależny jest od wieku, i wykształcenia.
2. Oczekiwanie wsparcia edukacyjnego zależne jest od wieku, wykształcenia, poziomu prezentowanej wiedzy oraz czasu trwania choroby. Osoby młodsze oraz ze średnim i wyższym wykształceniem wykazują większe zapotrzebowanie i oczekiwania względem informacji udzielanych przez pielęgniarki.
3. Zapotrzebowanie na wiedzę z zakresu samoopieki jest duże. Zakres tematyczny jest zróżnicowany, zależny od wieku, wykształcenia, poziomu prezentowanej wiedzy oraz czasu trwania choroby. Największe zainteresowanie dotyczy diety, nauki kontroli ciśnienia i tętna, rozpoznawania objawów wskazujących na potrzebę kontaktu z lekarzem oraz radzenia sobie ze stresem. Istnieje duże zapotrzebowanie wskazania źródeł uzupełniania wiedzy.
4. Poziom edukacji prowadzonej przez pielęgniarki oraz stopień zaspakajania oczekiwań respondentów oceniany jest przez pacjentów jako wysoki i bardzo wysoki.

Piśmiennictwo

1. FILIPIAK K., TOLARSKA D. Funkcja edukacyjna pielęgniarki wobec osób chorych na cukrzycę zorientowana na późne powikłania. Pielęg XXI wieku 2008,4 (25), 51-54.
2. GIRZELSKA J., KOŚCIÓŁEK A., MIANOWANA V., CUBER T., WĄSIK A. : Funkcja edukacyjna pielęgniarki wobec pacjentów przebywających na oddziale chirurgicznym. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18(4): 420-428.
3. KIECZKA K.: Opieka profesjonalna i zakres kompetencji pielęgniarek w Polsce w świetle prawa. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2010; 1/2 :30-31
4. KOSICKA B.: Działania edukacyjne pielęgniarki wobec pacjentów z cukrzycą. Pielęgniarstwo XXI wieku 2007; 2(19): 23-26.
5. KOSICKA B., WROŃSKA I. Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę. Prob Pielęg 2007; 2–3: 187–191.
6. KOŚCIŃSKA E.: Edukacja zdrowotna seniorów i osób przewlekle chorych. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2010.
7. KUBICA A., KOZIŃSKI M., SUKIENNIK A.: Skuteczna edukacja zdrowotna-utopia czy niewykorzystane możliwości kardiologii. Cardiovascular Forum 2007;12(1-2): 13-17.
8. KUBICA A., PUFAL J., MOCZULSKA B., KOZIŃSKI M. i wsp. : Skuteczność edukacji zdrowotnej u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. Psychiatria w praktyce Ogólnolekarskiej 2005; 2(5): 61-68.
9. MIANOWANA V., WĄSIK A., FIDECKI W., WYSOKIŃSKI M., DOMŻAŁ-DRZEWICKA R.: Edukacja zdrowotna pacjentów hospitalizowanych. Pielęgniarstwo XXI wieku 2007;1(18): 21- 24.
10. MRÓZ A. Zaburzenia rytmu serca. w: Kaszuba D., Nowicka A.(red).: Pielęgniarstwo kardiologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; str. 204-224
11. PABIŚ M., ŚLUSARSKA B., JAROSZ J. i wsp.: Kompetencje pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej w polskim systemie opieki medycznej. Pielęgniarstwo XXI wieku 2010; 3-4(32-33): 75-84.
12. POSŁUSZNA M. Edukacja pacjentów w prewencji schorzeń układu sercowo-naczyniowego. w: Kaszuba D, Nowicka A. (red).Pielęgniarstwo kardiologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; str. 46-62.
13. REWIUK K., BEDNARZ S., FARYAN P., GRODZKI T.: Poziom wiedzy dotyczącej profilaktyki przeciwzakrzepowej wśród pacjentów z migotaniem przedsionków. Cardiology Journal 2007; 14: 44-49.
14. SAWICKA –POWIERZA ., OŁTARZEWSKA A., CHLABICZ S.: Wiedza o zasadach bezpiecznego stosowania doustnych antykoagulantów u chorych leczonych przewlekle acenocumarolem. Pol. Merk. Lek. 2007; 22,127: 36-40.

15. ŚLUSARSKA B., LORENCOWICZ R., WACHOWICZ M., WIERZBICKA A.: Zapotrzebowanie na edukację zdrowotną na przykładzie wybranych grup pacjentów. Annales Universitas Mariae Curie- Skłodowska VOL.LV,SUPPL.VII,59, 2002:298-303.

Adres do korespondencji:
Dr n. o zdrowiu Lucyna Boratyn– Dubiel
Wydział Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
ul Al. mjr. W. Kopisto 2 a, 35-310 Rzeszów
e-mail: l.dubiel@poczta.onet.pl

VÝZNAM ŽIVOTOSPRÁVY PACIENTA S ALKOHOLOVOU CHOROBOU PEČENE

Jana Jakobejová

Trnavská univerzita v Trnave

Abstrakt

Práca prezentuje význam životosprávy pacienta s alkoholovou chorobou pečene. Objektom skúmania v našom prieskume boli pacienti hospitalizovaní na internom oddelení v nemocnici s poliklinikou v rožňave. Zistili sme prostredníctvom dotazníka príčiny nedodržiavania životosprávy vo vzťahu k svojmu ochoreniu. Poukázali sme na význam edukačného pôsobenia sestry na pacienta s týmto ochorením ako aj jeho rodinných príslušníkov vo vzťahu k zlepšeniu kvality ich života a jeho perspektívy.

Kľúčové slová: Alkoholová choroba pečene. Edukácia. Edukačná činnosť. Správna životospráva. Prevencia.

Abstract

The work presents the importance of healthy way of life of the patient with Alcoholic liver disease. Issue in our survey, patients were hospitalized at the internal departments at the Hospital in Rožňava. We have found the causes of non-compliance with lifestyle through a questionnaire in relation to their disease. We have pointed out the importance of learning of the sisters on a patient with this condition as well as his family members in relation to the improvement of their quality of life and his perspective

Key words: Alcoholicliverdisease. Education. Educationalactivity. Rightregimen. Therapy. Prevention.

Background: Prieskum bol vykonaný s cieľom zhodnotiť dodržiavanie životosprávy pacienta s Alkoholickou chorobou pečene a realizáciu edukačnej činnosti sestier.

Methods: Prieskum prebiehal v Nemocnici s poliklinikou v Rožňave u pacientov s diagnózou Alkoholová choroba pečene. Dáta sme získali prostredníctvom dotazníka vlastnej konštrukcie: Dotazník I – pre pacienta, dotazník II - pre sestry.

Results: Zistili sme, že pacienti negujú sebavnímanie v pozícii alkoholika, nedodržiavajú správny životný štýl. Počas prieskumu sme zistili, že sestry poznajú zásady správnej

životosprávy, edukujú pacienta s Alkoholovou chorobou pečene a záujem o podporu zdravia prejavujú partneri pacientov a ich deti.

Conclusion: Ochorenie Alkoholová choroba pečene zaznamenalo v posledných desaťročiach výrazný vzostup. Príčinou vzostupu je veľká spotreba alkoholu. Z údajov Štatistického úradu Slovenskej republiky z roku 2012 vyplýva, že spotreba alkoholu na Slovensku z roku 2010 na rok 2011 stúpla z 13,2 l na 13,3 l na osobu (Štatistický úrad Slovenskej republiky). Napriek zlej finančnej situácii ľudí v našom štáte, konzumácia alkoholu je stále vysoká, čo je aj príčinou vzniku Alkoholovej choroby pečene. Je dôležité učiť ľudí, aby sa zamerali na prevenciu, zmenili svoj životný štýl, uprednostnili fyzickú aktivitu, šport, dodržiavali správnu životosprávu, neprejedali sa a alkoholické nápoje konzumovali len príležitostne. Edukačné pôsobenie sestry na pacienta s Alkoholovou chorobou pečene, ako aj jeho rodinných príslušníkov predstavuje nenahraditeľný spôsob zlepšenia kvality života a jeho perspektívy.

Introduction

Ochorenia pečene patria dnes k chorobám častým a tiež spoločensky závažným. Alkoholová choroba pečene je poškodenie pečene alkoholom a môže prebiehať ako steatóza pečene, hepatitída, fibróza alebo až cirhóza pečene. Príčinou tohto ochorenia je nadmerná konzumácia nápojov obsahujúcich alkohol a s tým spojené nedodržiavanie správnej životosprávy, zdravého životného štýlu. Vplývajú naňho aj rôzne rizikové faktory. Na ťažký priebeh predisponuje vek, ženské pohlavie, kombinácia s inými chorobami, ako aj liekové poškodenie, narkotiká a genetické choroby (Hrušovský, 2007).

Alkohol je z viacerých hľadísk stále drogou číslo jeden. Je to ľahko dostupná droga a zo štatistických údajov je známe, že veková hranica prvého požitia alkoholu sa znižuje. Životný štýl a životospráva sa následkom alkoholu stávajú nezdravé, jedálniček menej pestrý a často sa zabúda, že o zdravie sa treba starať (Kolibáš, Novotný, 2007).

Cieľom našej práce je poukázať na význam dodržiavania životosprávy, predchádzaniu zdravotných rizík pri požívaní alkoholu prostredníctvom edukácie pacienta. Takiež poukázujeme na význam informovanosti pacientov s týmto ochorením v prospech liečby a zmeny životného štýlu.

Methods:

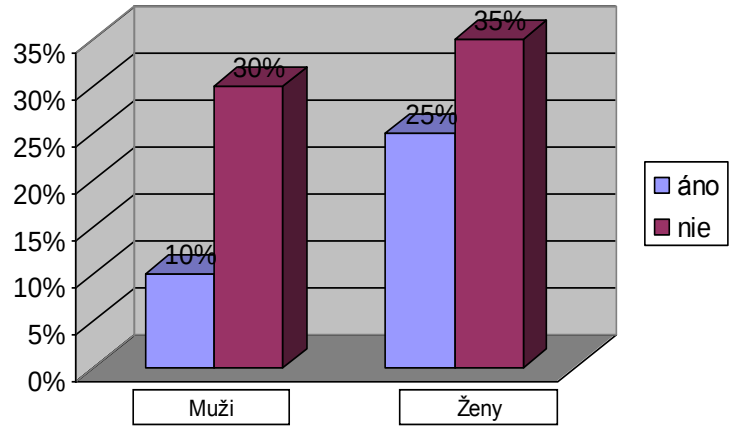
Štúdia prebiehala v roku 2013. Zber dát sme realizovali na internom oddelení Nemocnice s poliklinikou v Rožňave, prostrednítvom použitia dvoch dotazníkov. Dotazník číslo 1 bol určený pacientom a na položky z dotazníka 2 odpovedali sestry. Dotazníky sme distribuovali osobne. Výskumnú vzorku tvorilo 40 respondentov/pacientov interného oddelenia v NsP Rožňava s ochorením Alkoholová choroba pečene a 30 respondentov/sestier z interného oddelenia v NsP Rožňava.

1. Dotazník pre pacientov, hospitalizovaných na internom oddelení v Nemocnici s poliklinikou v Rožňave s diagnózou Alkoholová choroba pečene bol vlastnej konštrukcie. Dotazník tvorilo 22 položiek, ktoré boli zamerané na zisťovanie vedomostí o zásadách správnej životosprávy, vedomostí o dôsledkoch nedodržiavania životosprávy a podpory rodiny pacienta pri dodržiavaní životosprávy. Výskumnú vzorku tvorilo 40 respondentov. Z celkového počtu 40 bolo 16 mužov a 24 žien. Bolo rozdaných 50 dotazníkov pre pacientov (100 %) a návratnosť bola 40 dotazníkov (80 %).

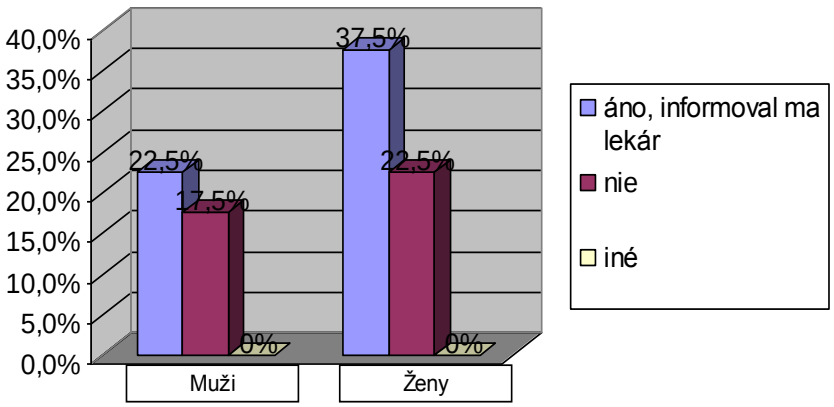
2. Dotazník pre sestry – bol zameraný na zisťovanie realizácie edukačnej činnosti sestier a na ich vedomosti o zásadách správnej životosprávy u pacientov s Alkoholovou chorobou pečene. Dotazník tvorilo 6 položiek, bol vlastnej konštrukcie. Z celkového počtu 30 respondentov bolo 9 mužov a 21 žien. Bolo rozdaných 30 dotazníkov (100 %) a návratnosť bola 30 (100 %).

Results

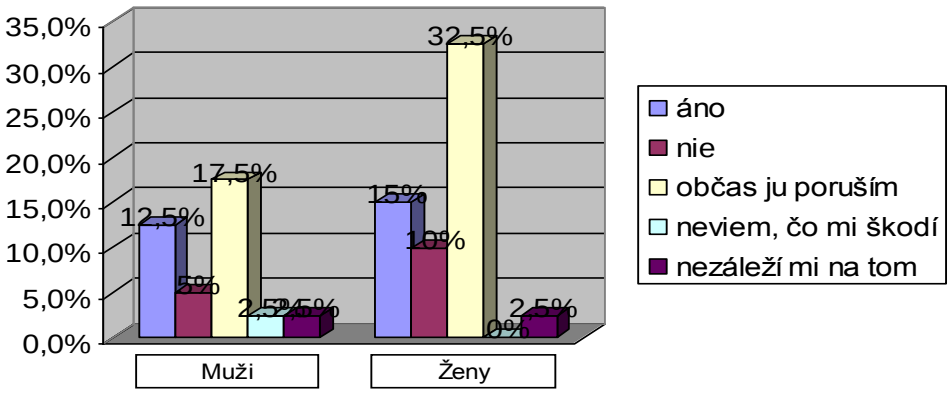
Grafické spracovanie výsledkov dotazníka pre pacientov s Alkoholovou chorobou pečene



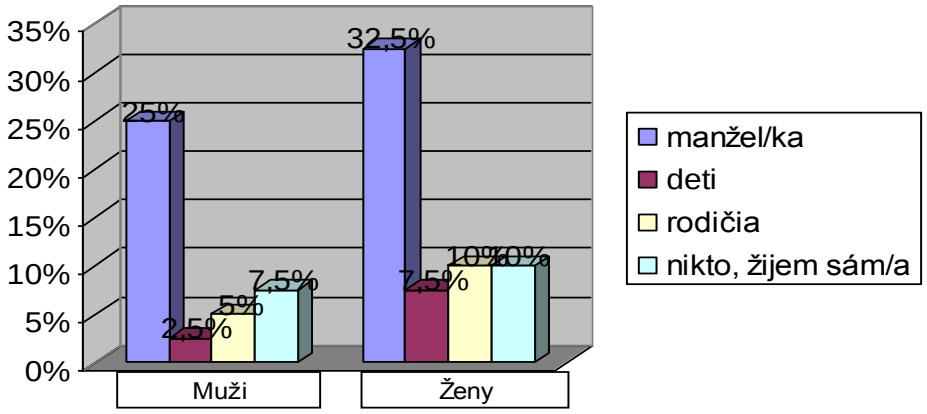
***Graf 1** Znalosť zásad správnej životosprávy*



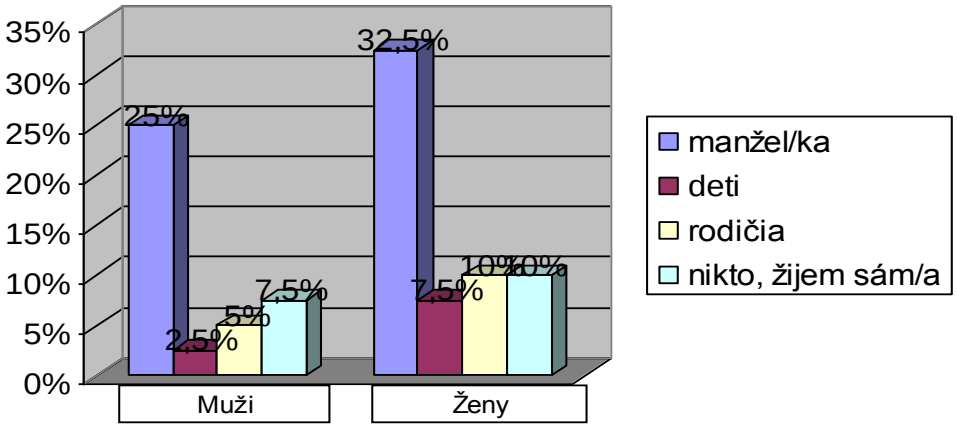
***Graf 2** Vedomosti o dôsledkoch nedodržiavania životosprávy*



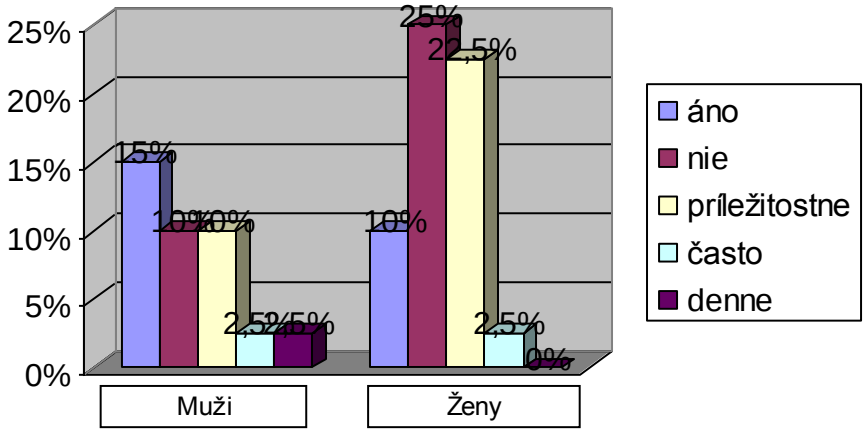
Graf 3 *Dodržiavanie správnej životosprávy k svojmu ochoreniu*



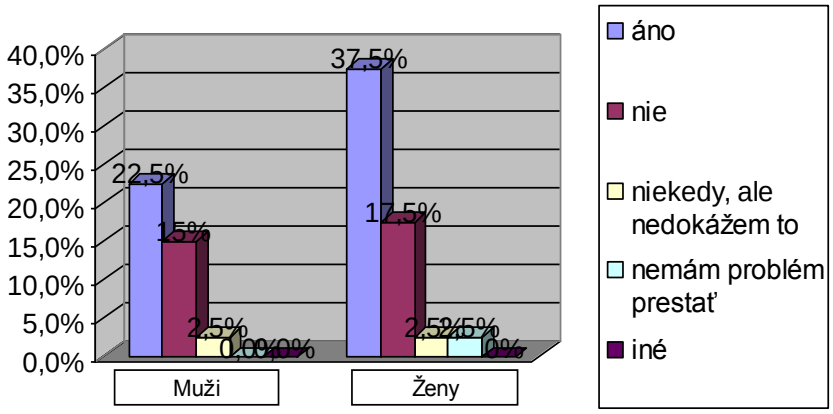
Graf 4 *Záujem podporných osôb o zdravie respondenta*



Graf 5 *Pomoc s dodržiavaním životosprávy*

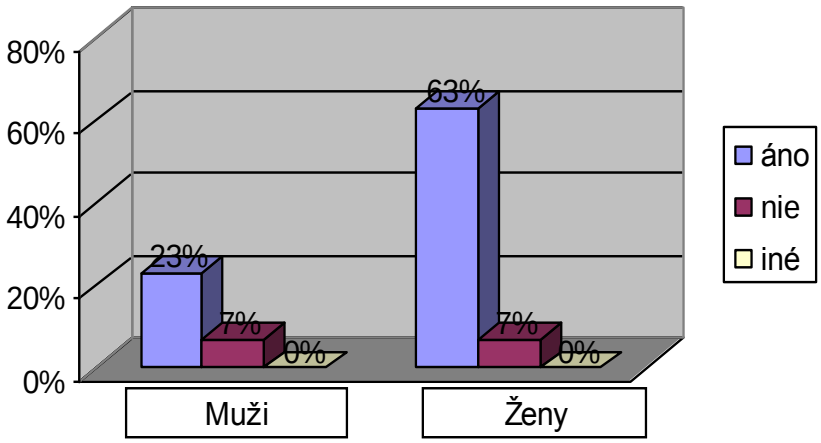


Graf 6 *Konzumácia alkoholu*

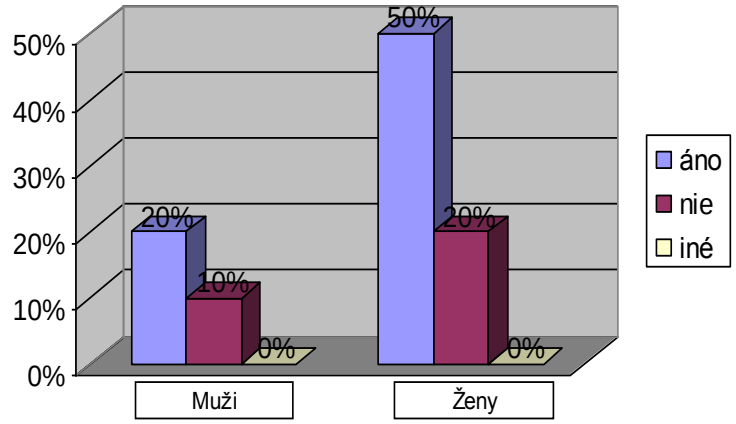


Graf 7 *Pokus respondentov o abstinenciu alkoholu*

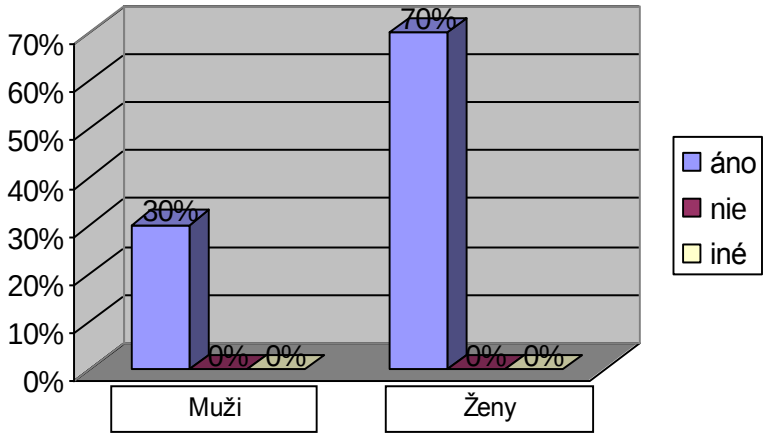
Grafické spracovanie dotazníka pre sestry realizujúce edukačnú činnosť v prospech pacienta s Alkoholovou chorobou pečene.



Graf 8 *Edukácia pacientov s ochorením Alkoholová choroba pečene*



Graf 9 *Spoluúčasť podporných osôb do edukačného procesu*



Graf 10 *Vedomosti sestier o zásadách správnej životosprávy vo vzťahu ochoreniu Alkoholová choroba pečene*

Discussion

Dobrý zdravotný stav je podmienkou šťastia, životných úspechov a radosti zo života. Aj napriek tomu veľa ľudí zanedbáva svoje zdravie, vedome sa vystavuje rizikám súčasnej modernej doby, ako je nezdravý životný štýl, prejedanie sa, pitie alkoholických nápojov, nedostatok fyzickej aktivity, odpočinku a spánku, čo sa potvrdilo aj v našom prieskume, v ktorom 26 respondentov (65 %) nepozná zásady správnej životosprávy vo vzťahu k svojmu ochoreniu (graf 1), čo je príčinou nedodržiavania zásad správnej životosprávy až u 24 opýtaných respondentov (60 %) (graf 2). To má za následok vznik samotných civilizačných ochorení. Jednou z nich je aj Alkoholová choroba pečene. Významný vplyv na dodržiavanie životosprávy u pacienta s Alkoholovou chorobou pečene má podpora rodiny, čo sa nám potvrdilo v prieskume zisťujúcom záujem podporných osôb o zdravie respondenta (graf 4)

V prieskumu sme predpokladali vzájomnú starostlivosť partnerov, príbuzných prejavujúcich pomoc s dodržiavaním životosprávy (graf 5).

Aj osamelosť je problémom modernej doby. Na základe tejto skutočnosti sme zistili, že 7 respondentov žijúcich osamelo (17,5 %) (graf 5) bez podpory príbuzných v partnerskom vzťahu nedodržiavajú životosprávu vo vzťahu k svojmu ochoreniu v porovnaní s respondentmi žijúcimi v partnerskom vzťahu, kde správnu životosprávu dodržiava až 23 respondentov (57,5 %).

Stále a pravidelné pitie počas určitého obdobia vedie k vzniku závislosti. Telesná závislosť nie je jedinou príčinou alkoholizmu.

Za mierne pitie považujeme 500 ml piva, 200 ml vína alebo 0,50 ml destilátu alebo menej denne. Za rizikové pitie sa považuje 7 násobok vyššie uvedeného množstva.

Alkoholické nápoje sa vyznačujú rôzne vysokým obsahom etanolu. Ich pitie spôsobuje v menších dávkach uvoľnenie a euforické stavy, vo väčších dávkach útlm až otravu.

Sústavným pitím alkoholu sa môže vyvinúť alkoholizmus a s tým spojená závislosť. Výsledky prieskumu potvrdili, že pacienti s Alkoholovou chorobou pečene negujú sebavnímanie v pozícii alkoholika (graf 6). Na otázku závislosti odpovedali, že nie sú závislí na alkohole, no napriek tomu udávajú, že sa už niekedy pokúšali prestať piť alkohol (graf 7).

Správnym spôsobom života rozumieme spôsob rodinného, spoločenského života, výživy, práce a oddychu. Aj napriek tomu veľa ľudí zanedbáva zdravie, vedome sa vystavuje rizikám, čo sa potvrdilo aj v našom prieskume, keďže len 11 respondentov (27,5 %) dodržiava správnu životosprávu vo vzťahu k svojmu ochoreniu (graf 2), aj keď dôsledky nedodržiavania životosprávy k svojmu ochoreniu pozná až 24 respondentov (61 %) (graf 3). Dôsledkami nedodržiavania životosprávy, t. j. konzumáciou alkoholu, mastných jedál, málo výživnej stravy, zlou technologickou prípravou jedál môže ochorenie prejsť až do cirhózy pečene. Keďže zásady správnej životosprávy nepozná 35 respondentov (65 %) nie je prekvapujúce, že 24 respondentov (60 %) nedodržiava zásady správnej životosprávy. Na základe týchto zistení za významný prostriedok zlepšenia kvality života pacienta považujeme edukačnú činnosť sestry, realizovanú počas hospitalizácie pacienta v nemocničnom zariadení. Edukácia má v ošetrovateľstve nezastupiteľné miesto a je dôležitým aspektom ošetrovateľskej praxe.

Je ľudským právom a ako potreba patrí medzi vyššie potreby, ktoré prichádzajú do úvahy po uspokojení základných potrieb a dávajú životu človeka špecifický duchovný ľudský trend (Vojteková, 2007).

V prieskume posudzujúcom edukačnú činnosť sestier u pacientov s Alkoholovou chorobou pečene sme zistili, že sestry poznajú zásady správnej životosprávy pacienta vo

vzťahu k Alkoholovej chorobe pečene (graf 10). Edukáciu realizuje až 26 sestier (86 %) (graf 8) a 21 rodinných príslušníkov (70 %) prejavili záujem o edukáciu a majú záujem poznať zásady správnej životosprávy svojho príbuzného trpiaceho Alkoholovou chorobou pečene (graf 9).

Conclusion

Každý človek si praje byť v živote šťastný, úspešný, ale predovšetkým zdravý. Aj napriek tomu veľa ľudí zanedbáva svoje zdravie, vedome sa vystavuje rizikám súčasnej modernej Doby, ako je nezdravý životný štýl, holdovanie alkoholu, nedostatok fyzickej aktivity, odpočinku a spánku. To má za následok vznik mnohých civilizačných ochorení.

I napriek zlej finančnej situácii ľudí v našom štáte konzumácia alkoholu je stále vysoká, čo je aj príčinou vzniku alkoholovej choroby pečene.

Je dôležité učiť ľudí, aby sa zamerali na prevenciu, zmenili svoj životný štýl, uprednostnili fyzickú aktivitu, šport, dodržiavali správnu životosprávu, neprejedali sa a alkoholické nápoje konzumovali len príležitostne.

Podľa švajčiarskej štúdie sa pomocou dotazníka MAST (The Michigan AlcoholismScreening Test) na interných oddeleniach detekovala u 22 % pacientov alkoholická problematika. V dotazníku MAST už skóre 5 a viac bodov signalizuje alkoholovú závislosť.

V závislosti od detekčného inštrumentu sa uvádza, že štvrtina až tretina pacientov v primárnej praxi praktických lekárov, ako aj pacientov interných oddelení, má ochorenie, ktoré je vlastne len manifestáciou somatickej komplikácie alkoholizmu (Kolibáš, Novotný, 2007).

Každý človek má svoj osud a nie je ťažké dostať sa na šikmú plochu. Je na každom z nás, do akej miery sme ochotní sebe a iným zabezpečiť kvalitu zdravia, pocit pohody a spokojnosti.

References

1. HRUŠOVSKÝ, Š. Praktická hepatológia. 2007. Bratislava: Vydavateľstvo zdravotníckej literatúry HERBA, s. 96 ISBN 80-89171-46-x
2. KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V. Alkohol - drogy – závislosť. 2007. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 250. ISBN 978-80-223-2315-4
3. Štatistický úrad Slovenskej republiky:[vid 2014-02-28]. Dostupné z: http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=24731
4. PICHLOVA, Ľ., Sestra v úlohe pedagóga. 2002. In: Sestra č. *2,* s.16

5. FARKAŠOVÁ, D., a kol. Ošetrovateľstvo – teória. 2005. Martin: Vydavateľstvo Osveta. s. 216. ISBN 80-8063-182-4
6. VOJTEKOVA, J., Edukácia v ošetrovateľstve. In: Revue ošetrovateľstva sociálnej práce a laboratórnych metodík. roč. 13.č.1. s.16-18, ISSN 1335-5090

Kontaktná adresa:
Phdr. Jana Jakobejová
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Univerzitné námestie 1
Trnava 917 01

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW W PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI SERCA

Monika Wiater, Dorota Maciąg, Małgorzata Cichońska

Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim
Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Ostrowiec Św.

Wprowadzenie

W ostatnich dekadach znacznie wzrosło zainteresowanie jakością życia chorych z chorobami serca. Dzięki temu możemy poznać ocenę jakości życia pacjentów aż w kilku wskaźnikach jakości życia tj.: funkcjonowania fizycznego, ograniczeń w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego, dolegliwości bólowych, ogólnego poczucia zdrowia, witalności, funkcjonowania społecznego, ograniczeń w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych i poczucia własnego zdrowia psychicznego.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wpływu przewlekłej niewydolności krążenia na jakość życia chorych dotkniętych tą jednostką chorobową.

Materiał i metody badawcze

Badania zostały przeprowadzone na oddziale kardiologii w SSDŚ w Sandomierzu w okresie od 01.08- 31.08. 2013 roku oraz od 01.12- 31.12. 2013 roku. W badaniu wzięło udział 99 chorych, przedziale wiekowym 41-90 rok życia. Do analizy jakości życia pacjentów w przewlekłej niewydolności krążenia zastosowano polską wersję kwestionariusz SF-36.

Wnioski z badań

Przeprowadzone badania pozwoliły mi stwierdzić, iż jakość życia chorych w okresie zaostrzenia się choroby ulega znacznemu pogorszeniu, natomiast po okresie systematycznego leczenia i stosowania się do zaleceń lekarskich jakość życia chorych poprawia się zarówno pod względem fizycznym, jak i emocjonalnym. Badania dowiodły, że u osób o niskiej aktywności fizycznej, obciążonych innymi chorobami współistniejącymi, z obciążeniami genetycznymi częściej rozwijała się przewlekła niewydolność krążenia. Z analizy danych wynika, iż rozwój chorób serca ma ścisły związek z wiekiem.

Słowa kluczowe: Przewlekła niewydolność serca. Jakość życia.

Abstract

Introduction

In recent decades much interest has increased the quality of life of patients with heart disease. Thanks to this we can get an assessment of the quality of life for patients in several indicators of the quality of life: physical functioning, role limitations due to physical health,

exercise, pain, general feeling of health, vitality, social functioning, restrictions on the exercise of roles resulting from emotional problems and a sense of their own mental health.

Obiective of the work

The aim of the work is the assessment of the impact of chronic circulatory insufficiency on quality of life of patients affected by this disease entity.

Material and research methods

Studies have been conducted on Cardiology ward in SSDŚ in Sandomierz between 01.08- August 31. 2013 and from 01.12– hashing- Dec.. 2013. The study involved 99 patients, age 41-90 years old. For the analysis of the quality of life of patients with chronic circulatory insufficiency is a Polish version of the questionnaire SF-36.

Conclusions of the examination

Studies allowed me to conclude that the quality of life of patients during the period of exacerbation of the disease is significantly deteriorated, and after a period of systematic treatment and to comply with the recommendations of the medical check-ups the quality of life of patients is improved in terms of both physical and emotional. Studies have proven that people with low levels of physical activity, weight- bearing other diseases underlying, with genetic loads more often developed chronic circulatory insufficiency. From the analysis of the data shows that the development of heart disease has a close relationship with age.

Key words: Chronic cardiac failure. Quality of life.

Wprowadzenie

W ostatnim czasie jakość życia pojawiła się jako punkt końcowy rożnych badaniach klinicznych. W praktyce klinicznej zdarza się, że nie zawsze redukcja groźnych zdarzeń, np. występowania zawału serca, groźnych zaburzeń rytmu serca czy objawów niewydolności serca, jest jednoznaczna z jakością życia pacjentów. Lekarz skupia się przede wszystkim na doborze takiego leczenia, które wydłuży życie chorego, zmniejszy szansę na wystąpienie groźnych powikłań, np. zawału serca, udaru mózgu itd. Na coraz większą uwagę zasługuję fakt czy leczenie poprawi codzienne funkcjonowanie chorego: czy zmniejszy dolegliwości, czy pozwoli na pracę zawodową, umożliwi aktywny udział w życiu rodzinnym i społecznym [12].

Biorąc pod uwagę koszty ponoszone przez chorego, jego rodzinę i społeczeństwo można stwierdzić, że każda choroba przewlekła generuje rosnące wydatki co ma wymierne znaczenia na ogólną jakość życia leczonych pacjentów [6]. Powinno się dążyć do tego, by pacjent z chorobą przewlekłą miał szansę na w miarę normalne funkcjonowanie.

Większość poważnych chorób kardiologicznych to choroby przewlekłe: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, migotanie przedsionków, wady serca. Najpoważniejszą

przewlekłą chorobą układu krążenia jest niewydolność serca. U jej podłoża może być zarówno choroba wieńcowa, przebyty zawał serca, jak i nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, wady serca, kardiomiopatie, zapalenia mięśnia serca. Częstość występowania zwiększa się z wiekiem, niezależnie od płci. Niewydolność serca rozpoznaje się u 2 proc. dorosłych, a powyżej 65. roku życia– u 6–10 proc. populacji. Natomiast 5 proc. przyjęć do szpitali stanowią pacjenci właśnie z tą chorobą. Biorąc pod uwagę starzenie się społeczeństw, niewydolność serca będzie rozpoznawana coraz częściej [4].

Badania epidemiologiczne na temat niewydolności serca rozpoczęły się w 1948r. we Framingham (Framingham Heart Study). Opublikowane w 1991 r. przez Kannela wyniki tych badań wskazywały, że zastoinowa niewydolność serca występuje u 0,5 % dorosłej populacji w wieku 35–64 lat i zwiększa się do 1 % w populacji powyżej 64 r.ż., osiągając w przedziale wieku 80 lat i więcej odsetek 10 %. Niewydolność serca powoduje dużą śmiertelność, ponad 50 % mężczyzn i 50 % kobiet umiera w ciągu 5 lat, a 80 % mężczyzn i 66 % kobiet w ciągu 10 lat trwania choroby [5].

W populacji Polaków ocenia się, że na niewydolność serca choruje około 400 000 osób, a w ciągu każdego roku rejestruje się 50 000 nowych zachorowań [12].

Kluczowym spostrzeżeniem wynikającym z analizy badań epidemiologicznych jest fakt, że przewlekła niewydolność serca jest chorobą ludzi w wieku podeszłym. Opisywane w naukowych publikacjach fakty dotyczące omawianej choroby ukazują skalę problemu przedstawiając przewlekłą niewydolność serca jako chorobę o niekorzystnym rokowaniu, często gorszym niż w chorobie nowotworowej. Czas średniego przeżycia 5- letnie od chwili rozpoznania wynosi około 30-40 %, a chorzy w skrajnym stadium choroby (klasa NYHA IV) mają jedynie 50 % szans na przeżycie jednego roku [16].

Znaczącym, niebagatelnym problemem tych chorych jest niska jakość życia, co wynika ze znacznego ograniczenia zdolności do codziennej aktywności oraz z częstych zaostrzeń choroby, zazwyczaj wymagających hospitalizacji. Chorzy po pierwszej hospitalizacji stanowiący 25 %, w czasie której rozpoznawana jest przewlekła niewydolność serca, w ciągu następnych 6 miesięcy wymagają ponownie hospitalizacji z powodu zaostrzenia objawów chorobowych.

Niewydolność krążenia oznacza sytuację, w której układ krążenia nie wypełnia należycie, ze znanych lub mniej znanych przyczyn, swoich czynności fizjologicznych [6]. Jest ona stanem, w którym objętość minutowa serca, czyli objętość krwi przepompowywanej przez lewą komorę serca do krążenia dużego w ciągu 1 minuty, jest niewystarczająca dla zapewnienia prawidłowego dowozu krwi do tkanek obwodowych [9]. Niewydolność krążenia jest zazwyczaj poprzedzona okresem próby kompensacji istniejących zaburzeń

zwiększeniem częstości rytmu pracy skurczowo - rozkurczowej serca oraz mięśnia sercowego a następnie poszerzeniem pojemności jam serca.

Z punktu widzenia przyczynowego możemy niewydolność krążenia podzielić na: sercowopochodną i obwodową. Z punktu widzenia klinicznego tzn. czasu i szybkości jej rozwoju możemy wyróżnić: ostrą niewydolność krążenia i przewlekłą niewydolność krążenia

Jest to bardzo poważna choroba powstająca głównie wskutek zaniedbań ze strony pacjenta. Schorzenie to polega na powolnym, ale systematycznym wzrastaniu skutków upośledzenia któregoś z narządów układu krążenia. Jest to bardzo niebezpieczne, gdyż może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych a nawet śmierci.

W zależności czy przyczyną niewydolności serca jest prawa komora, czy lewa komora wyróżniamy: niewydolność krążenia lewokomorową i niewydolność krążenia prawokomorową.

Niewydolność lewej komory objawia się przede wszystkim dusznością, szybszym męczeniem się, kaszlem. Objawy niewydolności prawokomorowej są często wspólne z objawami zaawansowanej postaci niewydolności lewokomorowej. Są to m.in.: obrzęki kończyn, płyn zbierający się w jamie brzusznej, czasem w worku osierdziowym lub w jamie opłucnowej, nieregularny rytm serca, poszerzone żyły szyjne, powiększona wątroba.

Leczenie przewlekłej niewydolności serca jest mozolne i trudne. Mimo wprowadzenia nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych, leczenia inwazyjnego zawałów serca, wciąż obserwuje się rosnącą liczbę zachorowań na przewlekłą niewydolność serca, nadal zwiększa się częstość hospitalizacji i liczba zgonów z powodu tej choroby [1].

Nowoczesna medycyna jest tylko cząstką sukcesu w osiągnięciu tych celów. Do pełnego sukcesu, jeśli o takim możemy powiedzieć w tej chorobie, potrzebna jest jeszcze samodyscyplina pacjenta. Ludzie chorujący na przewlekłą chorobę serca muszą zmienić tryb życia i poddać się wielu wyrzeczeniom. Pacjenci muszą przejść na zdrowy styl życia. Jednak dość często bagatelizują oni zalecenia, uważając poprawę stanu zdrowia za całkowite wyleczenie, co w rezultacie prowadzi do ponownej hospitalizacji i zmiany w leczeniu choroby.

Leczenie przewlekłej niewydolności krążenia w początkowej fazie skupia się na regularności i poprawności w zażywaniu leków doustnych, a leczenie odbywa się w domu pod ścisłą opieką lekarza kardiologa [11]. Natomiast w zaawansowanym stadium przewlekłej niewydolności krążenia leczenie odbywa się w szpitalu, a odstępy między kolejnymi pobytami w szpitalu skracają się [13].

U chorych z niewydolnością serca szczególną rolę odgrywa rehabilitacja, która charakteryzuje się indywidualnym podejściem do każdego pacjenta. Przynosi tym lepsze efekty, z im większym zaangażowaniem do niej się podchodzi pacjent. Ważne jest, aby cała

rodzina była świadoma, jakie korzyści przynosi regularny trening fizyczny. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna ma bezpośredni związek z samopoczuciem psychicznym. W wielu przypadkach chorzy poddawani rehabilitacji kardiologicznej sumienniej przyjmowali leki, dzięki czemu ich współpraca z lekarzem i efekty leczenia były lepsze [15].

Opiekę pielęgniarską nad chorym w przewlekłej niewydolności krążenia i innych chorobach określają standardy pielęgnowania. Są to wzory i normy realizacji poszczególnych zadań i funkcji pielęgniarki wobec pacjenta uznawane przez środowisko pielęgniarskie [2]. Normy te są adekwatne do zajmowanego przez pielęgniarkę stanowiska, do miejsca pracy, przyjętych metod i teorii pielęgnowania, koncepcji zdrowia, weryfikacji uzyskanych złożonych i optymalnych efektów [2].

Pielęgnowanie chorych w przewlekłej niewydolności serca oraz rola pielęgniarki w tej opiece wymaga podejścia indywidualnego, zależnego od współistniejących chorób oraz od stopnia zaawansowania choroby. W opiece pielęgniarskiej uwzględnić należy również codzienną aktywność pacjentów. Opiekę pielęgniarską w tejże chorobie można podzielić na opiekę nad chorym w szpitalu, w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia oraz po opanowaniu tych zagrożeń, a także na opiekę edukacyjną przygotowującą chorego do samo opieki w domu. Pielęgnacja chorego w sytuacjach zagrożenia życia polega na ścisłej współpracy z zespołem lekarskim, mająca na celu ustabilizowanie funkcji życiowych organizmu [8].

Konieczne jest monitorowanie parametrów życiowych: ciśnienia krwi, tętna, częstości i jakości oddechów, temperatury ciała, saturacji krwi, diurezy. Wnikliwa obserwacja pielęgniarska, podejmowanie szybkich i fachowych działań, stawianie trafnej diagnozy pielęgniarskiej przyczynia się do szybszego powrotu do zdrowia chorego, do zmniejszenia czasu jego pobytu w szpitalu oraz do mniejszej dekompensacji układu krążenia [3].

Po opanowaniu sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, dalsza pielęgnacja chorego w szpitalu polega na pracy z chorym w ściśle określony sposób, zawarty w indywidualnym planie opieki pielęgniarskiej, zawartym w procesie pielęgnowania. Systematyczność, ciągłość i zespołowość tych zaplanowanych działań ma na celu utrzymanie lub zmianę dotychczasowego stanu oraz pozwala na ocenę uzyskanych wyników [2].

Dalszy etap pracy pielęgniarki z chorym obejmuje opiekę edukacyjną, która ma przygotować chorego do samo opieki w domu .Edukacja, czyli proces kształcenia, jest ważnym elementem leczenia [7].

Tylko ciągłe powtarzanie informacji o chorobie oraz praktyczne ćwiczenia w obrębie rozwiązywania pewnych problemów, czyli reedukacja umożliwiają utrzymanie prawidłowych zdrowotnych postaw [3].

Jakość życia pacjentów zależy w dużej mierze od nich samych, od tego, czy umieją oni właściwie postępować ze swoją chorobą na co dzień. Przygotowanie chorych do aktywnego udziału w procesie opieki jest ważnym aspektem postępowania pielęgniarskiego nad chorymi z przewlekłą niewydolnością krążenia. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne podkreśla w swych wytycznych wagę edukacji chorych z niewydolnością serca. Znaczącą, a może nawet kluczową rolę w tej edukacji odgrywa wykwalifikowany personel pielęgniarski [14].

Cel pracy

Ocena wpływu przewlekłej niewydolności krążenia na jakość życia pacjentów dotkniętych tą chorobą.

Materiał i metody

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym był kwestionariusz składający się dwóch części. Pierwsza część to 10 pytań własnej konstrukcji dotyczyła charakterystyki grupy badawczej, druga część dotycząca jakości życia SF-36, składała się z 11 standaryzowanych pytań. Ankietowanymi były osoby w różnym wieku, zarówno kobiety jak i mężczyźni z rozpoznaną przewlekłą niewydolnością krążenia.

Badanie przeprowadzono w okresie od pierwszego sierpnia do trzydziestego pierwszego sierpnia, badania w tej samej grupie osób przeprowadzono ponownie od pierwszego grudnia do trzydziestego pierwszego grudnia 2013 roku w Specjalistycznym Szpitalu Ducha Świętego w Sandomierzu, w Oddziale Kardiologii. Objęto nimi 99 pacjentów, którzy byli hospitalizowani w tym szpitalu z powodu nawrotu i zaostrzenia objawów przewlekłej niewydolności układu krążenia.

Wyniki

Badaniem objęto 99 osób, z czego 56 % stanowili mężczyźni, natomiast 44 % kobiety. Wiek grupy był zróżnicowany, od 41 roku do 90 roku życia. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby pomiędzy 61-70 rokiem życia – 34 % badanych. Niewiele mniej, bo prawie 33 % stanowili chorzy między 51-60 rokiem życia, 7 % badanych to pacjenci w wieku 41-50, powyżej 71 roku życia to 26 % badanych. Wśród badanych, prawie 66 % stanowiły osoby pozostające w związkach małżeńskich, 19 % to wdowy i wdowcy. Pozostałe 15 % to osoby samotne. Ponad połowa badanych - 60 % to osoby zamieszkujące na wsi, pozostałe 40 % stanowili mieszkańcy miasta. Najliczniejszą grupę badanych, stanowiły osoby z wykształceniem średnim – 50 %, 30 % to badani z wykształceniem zawodowym oraz po 10 % osoby wykształceniem wyższym i podstawowym. Warunki bytowe jako dobre określiło 50 % badanych, dość dobre 24 %, bardzo dobre – 17 % natomiast złe warunki podało 9 % respondentów. Emeryci i renciści stanowili 79 % badanych, kolejną grupę stanowią osoby pracujące – 19 %, 2 % badanych to osoby bezrobotne.

Niewydolność krążenia jest chorobą o wieloczynnikowym podłożu. Najczęściej występującym czynnikiem ryzyka było nadciśnienie tętnicze - 45,5 %, następnie palenie tytoniu- 40,5 %. Kolejne czynniki ryzyka to obciążenie genetyczne – 30 %, otyłość – 29 %, cukrzyca – 13 % oraz 13 % - hiperlipidemia.

Dobrze dobrana i regularna aktywność fizyczna powoduje lepsze dotlenienie organizmu, a zatem wpływa na poprawę wydolności układu krążenia i zmniejsza ryzyko zachorowania na choroby serca. Stwierdzono, iż 72 % ankietowanych uprawiało umiarkowaną aktywność fizyczną tj. praca w domu i na działce, 23 % badanych prowadziło bierny styl życia, jedynie 5 % respondentów uprawiało czynnie sport.

Korzystanie z porad lekarskich, daje możliwość modyfikowania leczenia farmakologicznego i pomaga uchronić się przed częstą hospitalizacją. Z przeprowadzonych badań wynika, że prawie 66 % ankietowanych rzadko korzystało z porad lekarskich, tylko 21 % korzystało z nich bardzo często, a 13 % w ogóle..

Samopoczucie badanych ma ścisły związek z ich wydolnością samoobsługową i może wpływać na stan psychiczny chorych. Z badań wynika, że 25 % badanych w 3 dobie hospitalizacji ocenia stan swojego zdrowia jako dobry, 5 % podaje, że jest bardzo dobry, 32 % zadawalający, 4 % doskonały, aż 33 % badanych nie jest zadowolonych ze swojego stanu zdrowia. Po upływie ok.4 miesięcy od hospitalizacji ta sama grupa badanych ocenia swój stan zdrowia jako dobry – 48 %, 30 % jako bardzo dobry, 11 %- zadawalający, 7 % - doskonały i tylko 5 % jako niezadawalajacy.

Powyższe badania dowiodły, iż stan fizyczny ma ścisły związek z oceną swojego zdrowia przez badanych. W pierwszych dobach hospitalizacji, kiedy zagrożenie życia jest ogromne większość badanych źle oceniała swój stan zdrowia. Po okresie systematycznego leczenia stan fizyczny uległ poprawie, co przekłada się na ocenę stanu zdrowia przez badanych. Przewlekła niewydolność serca to choroba rozwijająca się przez wiele lat. Jej agresywność w rozwoju zależna jest od wielu składowych i jest ich wypadkową.

Opinia dotyczącą stanu zdrowia badanych w odniesieniu do ich samopoczucia sprzed roku pozwoliła stwierdzić, iż w 3 dobie w grupie badanych .40 % uznało, że czuje się trochę gorzej niż rok temu, 21 % dużo gorzej niż rok temu, 15 % uważa, że stan zdrowia jest podobny jak rok temu, 12 % czuje się trochę lepiej niż rok temu, a 13 % czuje się dużo lepiej niż rok temu. Po ponownym przebadaniu tej samej grupy respondentów, po upływie 4 miesięcy ci sami badani podają, iż czują się dużo lepiej niż rok temu – 52 %, trochę lepiej niż rok temu- 28 %, podobnie jak rok temu – 12 %, trochę gorzej i dużo gorzej niż rok temu - po 4 % badanych.

Ankietowani odpowiadali na pytanie, czy aktualnie stan ich zdrowia ogranicza ich w zakresie samoopieki. Z analizy badań wynika, że w 3 dobie czynności wymagające energii

są bardzo ograniczone u 57 % badanych, 30 % osób ma również problem z wykonywaniem czynności o umiarkowanej trudności, 24 % - ograniczone schylanie i przyklękiwanie, 17 % nie może pokonać jednego piętra, 10 % - nie pokona kilku pięter,16 % ma problem z pokonaniem dystansu 100 m, 9 % nie jest w stanie spacerować do ok. 500 m, 12 % ma ograniczoną możliwość kąpieli lub ubierania. Po 4 miesiącach w grupie tych samych badanych obserwujemy widoczne polepszenie stanu zdrowia. Czynności wymagające energii sprawiają problem już tylko 26 % badanych, czynności o umiarkowanej trudności są problemem dla jedynie 6 % respondentów, ze schylaniem i przyklękiwaniem ma problem 8 % badanych, 6 % nie może pokonać jednego piętra, kilku pięter 28 %, tylko 5 % ma problem ze 100 m spacerem, a 9 % z 500m spacerem, 17 % ma problem ze spacerem ok. 1 km i 1 % ma trudności z kąpielą i ubieraniem.

Niewydolność serca w okresach zaostrzeń pogarsza samopoczucie, ogranicza czynności życia codziennego. Badani w 3 dobie hospitalizacji podają, iż czas w który mogą wykonać jakąś pracę skrócił u 91 %, gorsze samopoczucie ma 81 %, ograniczenie wszystkich wykonywanych czynności podaje – 80 % badanych, a trudności w wykonywaniu dotychczasowych czynności podaje 72 %. Po upływie 4 miesięcy 31 % podaje skrócenie czasu pracy, 18 % gorsze samopoczucie, 19 % ograniczenie wysiłku fizycznego oraz 4 % wskazuje na problem w wykonywaniu dotychczasowych czynności.

Stan emocjonalny ma ścisły związek ze stanem fizycznym organizmu. Zły stan emocjonalny wpływa na trudności w wykonywaniu codziennych czynności. Na pytanie dotyczące wpływu stanu emocjonalnego na wykonywane czynności, zadane w 3 dobie hospitalizacji badani odpowiedzieli, iż ich stan emocjonalny znacznie wpłynął na wykonywane czynności. Zmniejszoną ilość pracy podaje- 56 % badanych, tę samą pracę, ale z gorszymi osiągnięciami wykonywało 61 % ankietowanych, te same zajęcia, ale zmniejszą dokładnością wykonywało ok. 55 % badanych. Po okresie ok. 4 miesięcy tylko 27 % badanych wskazuje ma mniejszą zdolność wykonywania dotychczasowej pracy, 19 % osiąga mniejsze rezultaty a 14 % wykonuje tę samą pracę, z mniejszą dokładnością.

Ból jest odczuciem subiektywnym i indywidualnym dla każdego, ma jednak ścisły związek z rozwojem i zaostrzeniami niewydolności krążenia. Badani odpowiadali na pytanie o częstość odczuwanego bólu w ostatnim miesiącu. Z analizy wyników z 3 doby wynika, że 43 % ankietowanych bardzo często odczuwało ból, 10 % rzadko, a – 18 %, bardzo rzadko – 14 %, wyjątkowo – 11 %, nigdy zaledwie 4 % badanych nie odczuwało bólu. Po 4 miesiącach 37 % badanych odczuwało ból wyjątkowo, 30 % - bardzo rzadko, 8 % - rzadko, 13 % - nigdy, tylko 9 % badanych odczuwało często ból w ostatnim miesiącu, a 3 %- bardzo często. Przeprowadzone badania dowiodły, iż tuż przed hospitalizacją pacjenci znacznie

częściej odczuwali ból, po okresie rekonwalescencji. Odczuwanie dolegliwości bólowych pogarsza więc sprawność fizyczną, utrudnia wykonywanie codziennych czynności.

Złe samopoczucie, napięcie emocjonalne, zdenerwowanie przyspiesza rozwój chorób serca. Badanych zapytano o ich samopoczucie w ciągu ostatniego miesiąca. Z analizy materiału z 3 doby wynika, iż 37 % ma złe samopoczucie, czują się załamani i smutni, 15 % czuje się zdenerwowana, a kolejne 15 % nic nie warta, zmarnowana 10 % badanych, pozytywne nastroje odczuwa jedynie niewielki odsetek badanych. Po upływie 4 miesięcy od hospitalizacji ci sami badani podają poprawę samopoczucia, pełen animusz odczuwa – 24 % badanych, pełnych energii jest 22 % respondentów, szczęście odczuwa 16% ankietowanych, wyciszenie i spokój - 18 %. Niewielki odsetek badanych wskazuje na zdenerwowanie i negatywne nastawienie do życia. Przedstawione badania wykazały zależność wpływu samopoczucia na przyśpieszenie rozwoju chorób serca.

Pogorszenie stanu fizycznego i emocjonalnego badanych ogranicza życie towarzyskie chorych. W 3 dobie pobytu w szpitalu pacjenci twierdzili, iż ich stan emocjonalny i fizyczny znacznie ogranicza ich spotkania z przyjaciółmi i rodziną – 38 %, mało czasu na spotkania z bliskimi ma 23 % badanych, na duże ograniczenia wskazuje 14 % ankietowanych, natomiast 22 % nie ma ograniczeń towarzyskich wynikających z choroby. Po okresie systematycznego przyjmowania leków i stosowania się do zaleceń (ok. 4 miesiące), ci sami badani podają, iż ich stan emocjonalny i fizyczny nie zakłóca im kontaktów towarzyskich - tak podaje 68 % badanych.

Niewydolność serca w okresach zaostrzeń wpływa negatywnie na ocenę stanu zdrowia przez badanych. Z analizy wynika, iż pacjenci w 3 dobie hospitalizacji uważają, że stan ich zdrowia uległ pogorszeniu - tak podaje 47 % ankietowanych, 28 % uważa, iż ich stan zdrowia jest lepszy od znajomych im osób, a 22 %, że są zdrowsi od innych, tylko niewiele ponad 3 % uważa swój stan zdrowia za doskonały. Po okresie 4 miesięcznej kuracji ta sama grupa badawcza uważa iż ich stan zdrowia jest lepszy od innych – 41 % badanych, za zdrowszych od innych uważa się 28 %, doskonały stan zdrowia podaje – 27 %, a zaledwie 4 % respondentów prognozuje pogorszenie swojego stanu zdrowia. Powyższe badania dowiodły, iż na samoocenę zdrowia badanych duży wpływ ma ogólny ich stan zdrowia. Osoby, które były w trakcie hospitalizacji źle prognozowały dalszy przebieg choroby i leczenia, ale po okresie rehabilitacji ich samoocena uległa wyraźnej poprawie.

Choroby serca są uwarunkowane przez różne czynniki, tzw. czynniki ryzyka powstawania chorób układu krążenia. Osoby obciążone tymi czynnikami różnie oceniają swój stan zdrowia. Analizując wyniki pod kątem zależności wpływu czynników ryzyka na stan zdrowia ankietowanych stwierdzono, iż dobry stan zdrowia podają osoby z współistniejącym jednym czynnikiem ryzyka tj. palacze – 60 %, z obciążeniami genetycznymi- 67 %,

z otyłością– 59 %. Wśród osób z hiperlipidemią bardzo dobry stan zdrowia podaje 31 %, dobry 23 % badanych, tyle samo badanych określa swój stan zdrowia jako niezadowalający (23 %). Osoby z nadciśnieniem tętniczym uważają swój stan zdrowia jako dobry i zadawalający i waha się on w granicach 33 %, bardzo dobry - 15,5 % badanych, doskonały i niezadowalający– po 9 % ankietowanych. Osoby z cukrzycą określają swój stan zdrowia jako dobry lub zadawalający (po 38%), bardzo dobrze w tej grupie badanych czuje się 31 % ankietowanych, doskonale 8 % badanych.

Poprawa aktywności fizycznej przekłada się na poprawę stanu zdrowia osób chorujących na choroby układu krążenia. Z analizy wyników wysunięto następujący wniosek, iż najlepsze samopoczucie mają osoby uprawiające sport, utrzymuje się ono na poziomie doskonałym – 60 % i bardzo dobrym- 40 % ankietowanych deklarowało taką zależność, na poziomie dobrym utrzymuje się zdrowie osób stosujących umiarkowany wysiłek fizyczny tj. 58 % ankietowanych, 20 % ankietowanych, sporadycznie wychodzących z domu określiło swój stan zdrowia jako dobry, 40 % - zadawalający, a kolejne 40 % nie jest zadowolonych ze swojego obecnego stanu zdrowia. Osoby nie wykazujące aktywności fizycznej bardziej niż w innych grupach deklarowały niezadowolenie ze swojego stanu zdrowia – 33 % respondentów, 33 % określiła swój stan zdrowia jako zadawalający i tyleż samo jako dobry.

Na rozwój niewydolności serca wpływają warunki bytowe badanych. Osoby o wyższym statusie materialnym mają większe możliwości wypoczynku, przestrzegania odpowiedniej diety, przez co ich samopoczucie jest znacznie lepsze od pozostałych, żyjących w gorszych warunkach bytowych. Z analizy badań wynika, iż warunki bytowe w dużej mierze wpływająca ocenę stanu zdrowia przez badanych. Osoby mające dobre warunki bytowe podawały, że ich stan zdrowia jest na poziomie dobrym – 45 %, bardzo dobrym – 14 %, zadawalającym- 7 %.

Wraz z wiekiem postępuje rozwój się przewlekłej niewydolności serca, co pogarsza stan zdrowia pacjentów. Ocena zależności samopoczucia od wieku jest zróżnicowana. W przedziale wiekowym od 41-50 roku życia najwięcej osób, bo 30 % ocenia swój stan zdrowia na bardzo dobry, jako dobry ocenia – 30 %, 30 % na doskonały, a 10 % zadawalający. Osoby w przedziale wiekowym 51-60 lat oceniają stan swojego zdrowia na bardzo dobry – 53 %, jako dobry – 28 %, doskonały – 10 %, zadawalający – 9 % respondentów. Osoby w wieku 61-70 lat podają, iż ich stan zdrowia jest dobry - ok.58 % badanych, doskonały- ok.3 %, bardzo dobry- 29 % i niezadowalający ok.3 % ankietowanych. Z wiekiem wzrasta poziom gorszego samopoczucia, co potwierdzają badania. W grupie osób powyżej 71 roku życia odsetek osób twierdzących, iż ich stan zdrowia jest niezadowalający wzrósł do 16 % badanych, zadawalający stan zdrowia podaje 20 % respondentów, dobry

stan zdrowia wacha się 65 % badanych, nikt nie podaje bardzo dobrego i doskonałego stanu zdrowia.

Wnioski

Przeprowadzona analiza badań pozwoliła mi wyciągnąć następujące wnioski:

1. Rozwój przewlekłej niewydolności krążenia ma ścisły związek z wiekiem, chorzy to emeryci i renciści, natomiast płeć nie odgrywa kluczowej roli w rozwoju choroby
2. Osoby żyjące w dobrych i bardzo dobrych warunkach bytowych mają większy poziom wiedzy na temat czynników szkodliwych wpływających na rozwój choroby.
3. Intensywniejszy postęp choroby obserwuje się u osób sporadycznie korzystających z porad lekarskich.
4. Z badań wynika, iż palenie tytoniu, otyłość oraz obciążenia genetyczne zwiększają ryzyko chorób serca, a niska aktywność fizyczna sprzyja rozwojowi i pogłębianiu się przewlekłej niewydolności serca.
5. Z badań wynika, iż po okresie hospitalizacji oraz systematycznego stosowania leków stan emocjonalny i zdrowie fizyczne nie zakłóca pacjentom kontaktów towarzyskich, spotkań w gronie przyjaciół i rodziny.

Bibliografia

1. BOBBIE E.: *Badania społeczne w praktyce,* Warszawa PWN 2007, s. 30-33.
2. BOGUSZ J.: *Encyklopedia dla pielęgniarek*, Wyd. PZWL, Warszawa 2008, s. 88-95.
3. CHAROŃSKA E., JANUS B.: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna,* Wyd. Pielęgniarstwo 2008, s. 45-48
4. DUBIEL J. S., KOREWICKI J., GRODZIŃSKI T.: *Niewydolność serca*, Wyd. VM Group 2012, s. 96-97.
5. KONEKL. B., BALANGER A. J.: *Epidemiologia układu krążenia,* Wyd. VM Media Group 2008r, s. 75-77.
6. KOSIOR D. A., GACIĄG Z. (red.): *Aktualne zalecenia postępowania w chorobach układu. sercowo-naczyniowego,* Wyd. Via Medica 2013, s. 267-271.
7. KOWALSKI R. E.: *Zapobieganie chorobom serca,* Wyd. Mada 2011, s. 78-80.
8. KÓZKA M.: *Stany zagrożenia życia,* Wybrane standardy opieki i procedury, Wyd. Kraków 2011, s. 20-21.
9. MALARCZYK J.: *Choroba niedokrwienna serca, I zeszyt edukacyjny,* Wyd. Polpharma 2007, s. 27-29.
10. MOĆKO K., NIESPODZIEWANY L.: *Postępy w kardiologii 2009/2010*, Wyd. Medycyna Praktyczna Kraków 2010, s. 98-99.

11. PIEKARCZYK J. (red.): *Układ krążenia- serce,* Wyd. AKME Group Toruń 2012, s. 6.
12. RYWIK S., BRODA G., JASIŃSKI B.: *Niewydolność serca– umieralność i chorobowość szpitalna ludności Polski*, Wyd. Kardiol. Pol. 2009, s. 13-34
13. ŚWIĄTECKA G.: *Kardiologia starszego wieku*, Wyd. Via Medica Gdańsk 2007, s. 7.
14. WIZNER B., FEDYK-LUKASIK M., GRODZIŃSKI T.: *Edukacja i jakość życia pacjentów z niewydolnością serca,* Wyd. Via Medica, Gdańsk 2008, s. 162-170.
15. WŁODARCZYK M.: *Poradnik zdrowia- serce*, Wyd. Warszawa 2008, s. 20-21.
16. VOLMER H.: *Jak uchronić się przed miażdżycą i chorobami serca*, Wyd. Astrum 2005, s. 79-80.

Kontakt:
Wiater Monika
Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim
Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu
ul. Akademicka 12
27-400 Ostrowiec Św.

STARÝ ČLOVEK AKO SÚČASŤ CITOVO ZDRAVEJ RODINY

Daniela Schildová

FZaSP TU Trnava

Abstrakt

Rodina zohráva nezastupiteľnú úlohu v živote každého jedinca. Slúži ako významný zdroj informácií a je priamym účastníkom starostlivosti. Citovo zdravá rodina je daná určitými charakteristikami. Plní viaceré funkcie. Rodina ako zdroj stability významne podporuje spoločenské blaho a zodpovednosť. Prvoradou otázkou v živote rodiny so starými ľuďmi sa stáva problematika riešenia sebestačnosti. Je morálnou povinnosťou mladších a zdravších členov rodiny pomáhať a starať sa o starých ľudí. Táto povinnosť sa netýka iba obdobia zdravia, naopak prehlbuje sa počas choroby.

Predmetom práce bolo zistiť, aké postavenie má starý človek v rodine, ako je hodnotená rodina z pohľadu starého človeka a do akej miery sa môže starý človek spoľahnúť na svoju rodinu v období choroby.

Kľúčové slová: Starý človek. Rodina. Choroba. Starostlivosť.

Abstract

The family plays a pivotal role in the life of every individual. It serves as an important source of information and is a direct participant care. Emotionally healthy family is given certain characteristics. Performs several functions. Family as a source of stability significantly promotes social well-being and responsibility. The primary on the issues of family life of older people is becoming a problem solving self-sufficiency. Is a moral obligation younger and healthier family members to help and care for the elderly. This obligation applies not only to periods of health, conversely, is a widening during illness.

The object of this work was to find out what is the status of a old man in the family, how is evaluated family from the perspective of an old man and how much can the old man rely on his family during the illness.

Key words: Old man. Family. Illness. Care.

Úvod

Rodina je definovaná ako spojenie ľudí na citovom základe, žijúcich geograficky blízko seba. Aj keď vplyvom vývoja zaniká jej dezintegrácia. Jednou z dôležitých funkcií rodiny je poskytovanie starostlivosti, ochrany a citovej podpory pri riešení problémov v chorobe či starobe. Každý si uvedomuje význam rodiny ako základnej spoločenskej bunky a potrebu rešpektovania práva každého človeka narodiť sa, žiť, vyrastať a realizovať sa v rodine. Rodina je mikrosvet každodenne preukazovanej lásky, ktorá si vyžaduje obetu a odpustenie (Kováč, 2007, s. 432-433).

Rodina znamená plnenie podpornej, edukačnej, preventívnej, monitorovacej a motivačnej funkcie. Odzrkadľujú sa v nej základné charakteristiky citovo zdravej rodiny ako atmosféra priateľstva, spolupráca, spoluzodpovednosť, porozumenie, pocit ochrany a bezpečia. Takáto rodina má svoju štruktúru, návyky, rituály. Rodina je to, čo dá špecifické rysy každému jedincovi (Bártlová, Matulay, 2009, s. 117-118).

V dnešnej dobe majú mladí tendenciu osamostatniť sa, často prichádza k strate kontaktu s rodinou. Žiť vo veľkej viacgeneračnej rodine považujú za prežitok a tak dochádza k javu osamelosti starých ľudí v prežívaní staroby (Dvořáčková, 2009, s. 58). Treba však vyzdvihnúť prínos starých ľudí v rodine v každom smere. Často krát sú práve oni tým pilierom, o ktorý sa môžu mladší členovia rodiny oprieť a sú to práve oni, ktorí dokážu vzpružiť celú rodinu.

Cieľ práce

Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť

- či má starý človek postavenie v rodine aj napriek svojmu veku,
- či starý človek žije v citovo zdravej rodine,
- či sa starý človek môže spoľahnúť na svoju rodinu v období choroby.

Súbor, metodika

Prieskumnú vzorku tvorilo 60 respondentov- starých ľudí. Žien bolo 38 a mužov 22. Priemerný vek respondentov bol 71,5 roka, z toho muži mali priemer 71 rokov a ženy 72 rokov. Základné vzdelanie ukončilo 16 žien a 8 mužov. Stredoškolské vzdelanie dosiahlo 22 žien a 14 mužov.

Podmienkou pre zaradenie respondentov do prieskumu bola veková hranica nad 65 rokov, Použili sme neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. V úvodnej časti sme získali demografické údaje o respondentoch. Zisťovacie a filtračné otázky boli zamerané na život starých ľudí v rodine, aké je ich postavenie v nej, čo očakáva starý človek od svojej rodiny, ako je o neho postarané v období choroby. Zo zozbieraných dotazníkov, ktorých

návratnosť bola 100 %, sme nemuseli selektovať, pretože boli vyplňované za našej prítomnosti a asistencie.

Výsledky a interpretácie

V našom prieskume sme zistili, že starí ľudia majú dostatočné súkromie v spoločnej domácnosti. Svoju izbu má 56 žien a 22 mužov. Dve ženy majú svoj kútik v kuchyni. Na domácnosť finančne prispieva 32 žien a 16 mužov. Neprispievajú 3 ženy a 3 muži. Predpokladali sme, že starý človek má adekvátne postavenie v rodine. Na potvrdenie nášho predpokladu sme položili otázky, ktorých výsledky sú uvedené v tabuľkách.

Tabuľka 1 *Prijatie názoru starého človeka*

Starí ľudia	Muži		ženy		Spolu	
Prijímajú názory	n	%	n	%	N	%
Určite áno	4	7 %	12	19 %	16	26 %
Skôr áno ako nie	10	16 %	8	14 %	18	30 %
Neviem sa vyjadriť	4	7 %	14	23 %	18	30 %
Skôr nie ako áno	4	7 %	4	7 %	8	14 %
Určite nie	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Σ / %	22	37 %	38	63 %	60	100 %

Tabuľka 2 *Zapájanie starého človeka do diania v rodine*

Starí ľudia	Muži		Ženy		Spolu	
Sú zapájaní do diania	n	%	n	%	N	%
Určite áno	4	7 %	22	36 %	26	43 %
Skôr áno ako nie	10	16 %	8	14 %	18	30 %
Neviem sa vyjadriť	4	7 %	6	10 %	10	17 %
Skôr nie ako áno	4	7 %	2	3 %	6	10 %
Určite nie	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Σ / %	22	37 %	38	63 %	60	100 %

Tabuľka 3 *Ocenenie celoživotných skúseností starého človeka rodinou*

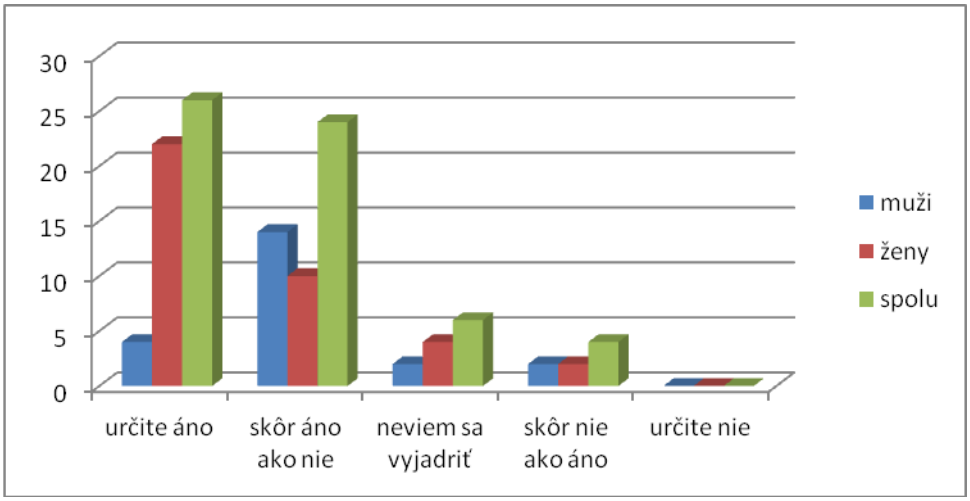
Starí ľudia	Muži		Ženy		Spolu	
Oceňujú skúsenosti	n	%	n	%	N	%
Určite áno	4	7 %	18	30 %	22	37%
Skôr áno ako nie	10	17 %	10	17 %	20	34 %
Neviem sa vyjadriť	6	10 %	4	7 %	10	17 %
Skôr nie ako áno	2	2 %	6	10 %	8	12 %
Určite nie	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Σ / %	22	36 %	38	64 %	60	100 %

Z uvedených tabuliek vyplýva, že rodina prijíma názory starých ľudí v 56 %. Skôr nie ako áno vyjadrilo 14 % respondentov. Žiaden respondent si nevybral možnosť nie. Možnosť neviem sa vyjadriť, ktorú uviedlo 30 % respondentov, môžeme posudzovať aj negatívne, pretože mnohí starí ľudia sa hanbia priznať, že ich vlastné deti sa nepýtajú na ich názor a volia neutrálnu možnosť odpovede (tabuľka 1).

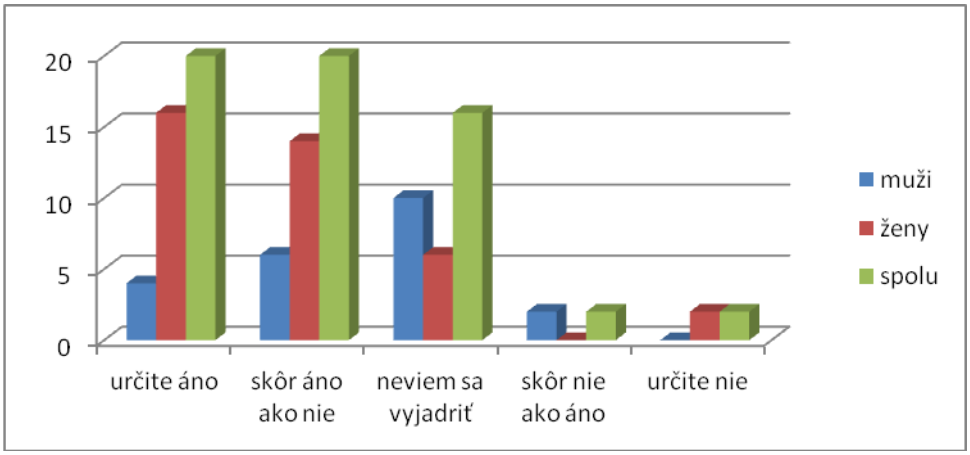
Do diania v rodine sú zapájaní respondenti vo veľkej miere – až v 73 % odpovedalo kladne. Závisí to od ich zdravotného stavu, pretože v prípade choroby chce rodina eliminovať vplyv negatívnych správ na starých ľudí (tabuľka 2).

Drvivá väčšina starých ľudí sa zhodla v tom, že ich celoživotné skúsenosti sú oceňované všetkými členmi rodiny (71 %). Aj keď podľa ich názoru by neuškodilo ešte viac ocenenia (tabuľka 3).

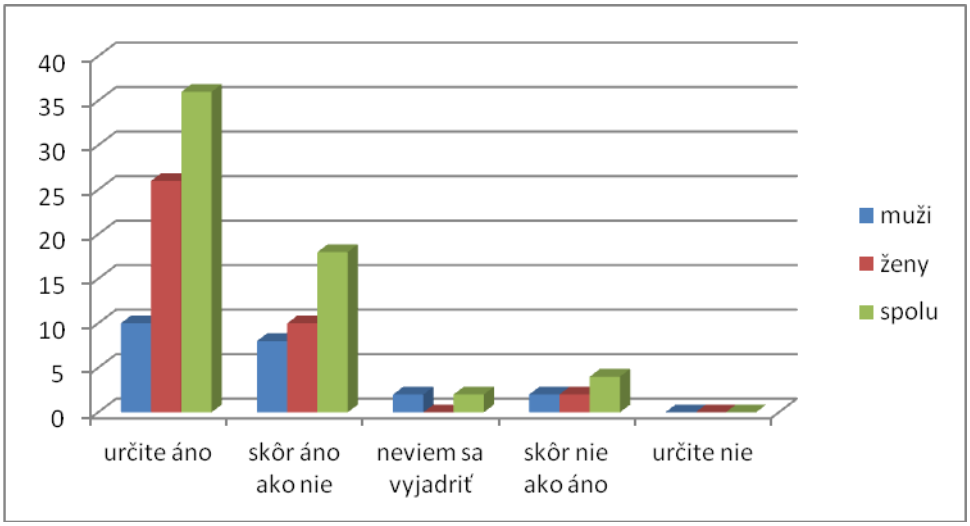
Cieľom práce bolo zistiť i to, či starý človek žije v citovo zdravej rodine. Citovo zdravá rodina plní emocionálnu a psychohygienickú funkciu, je založená na emočných vzťahoch v rodine, ktoré ak sú harmonické a stabilné, poskytujú pre jej členov ideálny priestor pre dobré psychické a fyzické zdravie všetkých jej členov (Levická, 2004). Respondentov sme sa pýtali na prežívanie pokojnej staroby v kruhu rodiny, rešpektovanie osobnosti starého človeka, jeho účasť na rodinných stretnutiach, spoločné slávenie sviatkov, jubileí. Ale i možnosť starého človeka vyrozprávať sa, vyžalovať, prejaviť bolesť, radosť. Výsledky zistení sú prezentované v nasledujúcich grafoch.



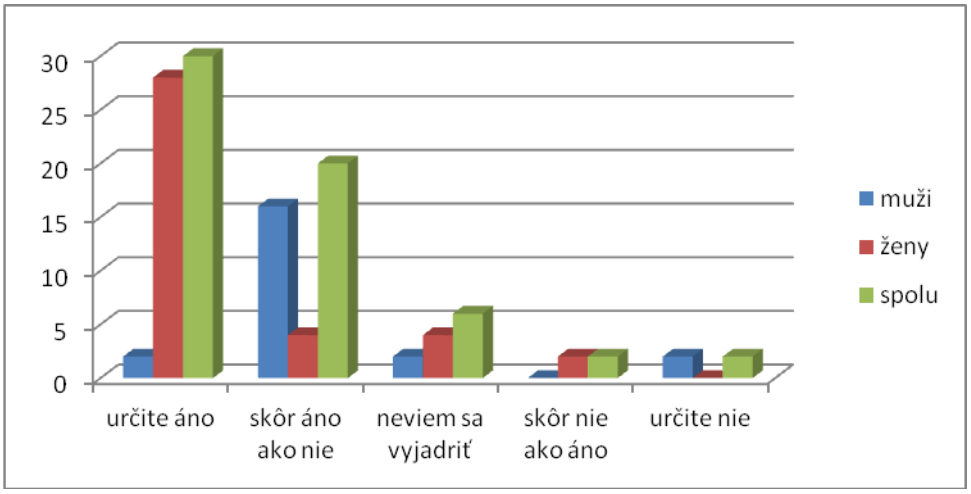
Graf 1 *Prežívanie pokojnej staroby*



Graf 2 *Rešpektovanie osobnosti starého človeka rodinou*



Graf 3 *Účasť starého človeka na rodinných stretnutiach, spoločné trávenie sviatkov a jubileí*



Graf 4 *Možnosť starého človeka vyrozprávať sa, vyžalovať, prejaviť bolesť, radosť*

Analýzou grafov sme dospeli k názoru, že starí ľudia žijú v citovo zdravej rodine, pretože až 83 % (určite áno= 26, skôr áno ako nie= 24 zo 60 opýtaných) zdieľa názor, že prežívajú pokojnú starobu v kruhu rodiny (graf č.1). Z odpovedí zobrazených v grafe č.2 vyplýva, že 68 % (40 opýtaných- rovnaký počet žien a mužov) je spokojná s rešpektovaním svojej osobnosti členmi rodiny, pretože si vybrali prvé dve možnosti. Nevedelo sa vyjadriť 26 % (10 mužov a 6 žien). Nepotvrdilo sa nám , že *„pomery v rodinách môžu byť pre seniora i dôvodom k „dobrovoľnému“ odchodu do ústavného zariadenia s trvalým pobytom.“*(Jeřábek, 2005, s. 68)

Kladne pôsobí zistenie, že až 90 % starých ľudí spoločne trávi rodinné stretnutie či oslavy(určite áno= 10 mužov a 26 žien, skôr áno ako nie= 8 mužov a 10 žien). Možnosť určite nie si nevybral žiaden respondent (graf č.3). Už v menšej miere sa zúčastňujú výletov a dovoleniek mimo bydliska. V poslednom grafe č.4 vidíme, že mladší členovia rodiny sú pripravení vypočuť si starého človeka a dajú mu priestor na prejav radosti ale i žiaľu či bolesti v 84 % (35 respondentov), čo je potešujúce. Aj Payneová (2007, s.351) píše, že ústredným prvkom v živote je schopnosť rodiny a jej chorého člena otvorene spolu hovoriť o pocitoch a určite tu nejde iba o chorého člena rodiny.

Položili sme si dve otázky, ktorými sme zisťovali či sa starý človek môže spoľahnúť na svoju rodinu v období choroby. Príbuzní určite áno budú sprevádzať na vyšetrenia 43 % respondentov(4 mužov a 22 žien). Skôr áno ako nie zvolilo 30 % starých ľudí (10 mužov a 8 žien). Nevedeli sa vyjadriť 1 muž a 1 žena (7 %). Stretli sme sa aj s negatívnymi odpoveďami. Možnosť skôr nie ako áno zvolilo 17 % respondentov (4 muži a 6 žien). Určite by nesprevádzali k lekárovi 1 muža (3 %). O nezištnom postaraní sa rodiny v čase choroby nepochybuje 64% starých ľudí (12 mužov a 26 žien). Skôr áno ako nie napísalo 6 mužov a 8 žien (23 %). Nevedelo sa vyjadriť 10 % opýtaných a 3 % uviedlo možnosť skôr nie ako áno.

Ako prezentuje Jeřábek(2005, s. 7), pomoc starému človeku v rodine vyžaduje značnú mieru sociálnej súdržnosti rodiny.

Záver

V našej práci sme sa pokúsili o analýzu života starých ľudí v rodine. Je dôležité vyzdvihnúť význam rodiny v živote starých ľudí. Existuje rodina, v ktorej sa ťažko hľadá ocenenie a uznanie schopností. Tam kvalitné sociálne zázemie absentuje, starý ľudia potrebujú podporu pri svojom začlenení do spoločnosti a sociálnych aktivít (Balková et al.,2006).Ale existujú aj rodiny, v ktorých sú stredobodom záujmu a pozornosti všetci členovia rodiny, aj tí najstarší. Kto sa cíti dobre v domácom prostredí, nehľadá uspokojenie mimo rodiny. V našom prieskume odpovede dokazujú presvedčivú prevahu silných sociálnych väzieb mladých členov rodiny so starými rodičmi.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BALKOVÁ, D. et al. 2006. *Gerontologické ošetrovateľstvo.* 1. vyd. Prešovská univerzita v Prešove: Fakulta zdravotníctva, 2006. 91s. ISBN 80-8086-525-8.
2. BÁRTLOVÁ,S., MATULAY, S. 2009. *Sociológia zdravia, choroby, a rodiny.* Martin: Osveta, 2009, 242s. ISBN 978-80-8063-306-6
3. DVOŘÁČKOVÁ, D.: Postavení seniorů v současné společnosti. In: *Zdravotnictví a sociální práce*. Vědecký časopis. Plzeň: SAMOSATO, 2009, 95s.ISSN 1336-9326
4. JEŘÁBEK, H. et al. 2005. *Rodinná péče o staré lidi.* Praha : UK FSV CESES, 2005. ISSN 1801-1519
5. KOVÁČ, D. 2007*. Psychológiou k metanoi*. 1. vyd. Bratislava: Slovenská akadémia
6. vied, 2007. s.477. ISBN 978-80-224-0965-0.
7. PAYNEOVÁ, S. et al. 2007. *Principy a praxe paliativní péče.* Brno: Společnost pro odbornou péči, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

Kontaktná adresa:

Mgr. Daniela Schildová

FN a FZaSP TU v Trnave

e-mail: daschi@centrum.sk

INFARKT MYOKARDU V KONTEXTU „ZLATÉ HODINY“

Petr Snopek[1], Jana Poláchová[2]

[1]Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd
[2]Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s.

Abstrakt

Ischemická choroba srdeční je akutní či chronické onemocnění srdečního svalu vzniklé nedostatečným krevním zásobením srdeční svaloviny při postižení věnčitých tepen. Existuje několik základních příčin, jež mohou zavinit pozdní zahájení trombolytické léčby. Jednou z nich je, že samotný postižený podceňuje závažnost příznaků a váhá s přivoláním zdravotnické pomoci. Česká republika patří díky rozsáhlé síti specializovaných kardiocenter ke světové špičce v léčbě akutního infarktu myokardu. Doba od vzniku potíží po zprůchodnění koronární tepny označovaná jako ,,golden – hour“ je pro další osud pacienta zcela klíčová. Bohužel i přesto, že žijeme na území, kde funguje jeden z nejlépe propracovaných systémů kardiovaskulární péče na světě, je stále velké množství pacientů, kteří iniciují zdravotnickou péči příliš pozdě.

Klíčová slova: Akutní infarkt myokardu. Zlatá hodina. První pomoc.

Summary

Coronary heart disease also known as Coronary artery disease is an acute or chronic disease of the heart muscle caused by insufficient blood supply to the cardiac muscle during coronary artery disease. There are several underlying causes that may cause delayed initiation of thrombolytic therapy. One of them is that the casualty underestimates the severity of the symptoms and is reluctant to call for medical help. The Czech Republic is the world leader in the treatment of acute myocardial infarction due to an extensive network of specialized cardio centers. The time period between the onset of symptoms and the patency of coronary artery known as the golden hour is absolutely crucial for the patient. Unfortunately, even though we live in a territory with one of the most elaborate systems of cardiovascular care in the world, there is still a large number of patients who seek medical care too late.

Key words: Acute myocardial infarction. Golden hour. First aid.

Úvod

Riziko úmrtí nemocných s akutním infarktem myokardu je tím menší, čím rychleji je nemocnému poskytnuta odborná lékařská pomoc a čím rychleji se podaří zprůchodnit uzavřenou věnčitou tepnu, a to přímou - direktní perkutánní koronární intervencí (PCI). Zkrácení přednemocniční fáze a především doby od vzniku potíží po příjezd odborné pomoci má rozhodující vliv na osud nemocného. Řešením je neustálá edukace obyvatelstva. Pravděpodobně žádná jiná léčebná metoda nemůže v budoucnu ovlivnit úmrtnost na akutní infarkt myokardu tak výrazně jako důkladná informovanost veřejnosti. (Štejfa, 2007, s. 490)

Cíl práce

Hlavním cílem práce bylo analyzovat důvod časové prodlevy, respektive pozdní iniciace odborné pomoci pacientem s diagnózou akutní infarkt myokardu.

Soubor a metodika práce

Šetření probíhalo v průběhu několika měsíců roku 2013. Skupinu respondentů tvořili pacienti s diagnózou akutní infarkt myokardu, kteří byli ošetření v Kardiovaskulárním centru pro dospělé. V určeném časovém úseku bylo na pracovišti akutně ošetřeno 67 pacientů s diagnózou akutní infarkt myokardu. Respondenti byli kontaktováni následující den po ošetření infarktové tepny. Dotazník vyplnilo 61 respondentů, návratnost tedy činila 91 %.

Dotazník obsahoval 22 otázek, které byly tematicky rozděleny do čtyř částí. První, anamnestická část sloužila k získání informací o respondentovi. Obsahovala otázky týkající se pohlaví, věku, vzdělání. Otázky druhé části dotazníku byly zaměřeny na informovanost a zdroje respondentů o tomto onemocnění. Třetí část byla zaměřena na znalost rizikových faktorů, podstatu onemocnění, možnosti a strategii moderní léčby. Čtvrtá část dotazníku se vztahovala k aktuální srdeční příhodě. Respondenti se vyjadřovali k symptomům, které pociťovali a na analogové škále vyjadřovali intenzitu bolesti. Zajímalo nás, jak dlouho měli respondenti potíže, než se rozhodli zavolat odbornou pomoc.

Výsledky a interpretace

Soubor respondentů tvořilo 22 žen a 39 mužů. Nejpočetněji zastoupenou věkovou kategorií byla skupina respondentů od 50 do 70 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 39 let a nejstaršímu 82 let. Pro 10 respondentů nebyla současná akutní příhoda první zkušeností. 21 % dotázaných absolvovalo pouze základní vzdělání, 35 % středoškolské s výučním listem, 31 % středoškolské s maturitou a 13 % respondentů bylo vysokoškolsky vzdělaných. Žádný z respondentů neměl zdravotnicky zaměřené vzdělání. V dispenzarizaci kardiologa bylo 31 % oslovených respondentů.

V rámci problematiky informovanosti o onemocnění IM 64 % respondentů uvedlo, že informace o onemocnění měli již před současnou akutní příhodou. Z oblastí, které byly v získaných informacích zahrnuty nejčastěji, v 51 % označili znalost rizikových faktorů onemocnění, přičemž nejvíce respondentů – 92 % označilo jako významný rizikový faktor kouření. Stres z hlediska významnosti zaujal druhé místo (označilo jej 75 % respondentů), před vysokou hladinou krevních tuků (60 % respondentů), vysokým krevním tlakem (59 % respondentů) a nadváhou (59 % respondentů). Ve skutečnosti však není stres považován za významný rizikový faktor. Jak uvádí Češka, výsledky posledních epidemiologických studií nepotvrzují vztah kardiovaskulárních onemocnění k psychosociálnímu chování. (Češka et al., 2010, s. 67)

Pouze 33 % respondentů označilo jako významný rizikový faktor fyzickou nečinnost. Přitom dle Aschermanna je při hodnocení výškově – hmotnostních indexů nutno z hlediska kardiovaskulárního rizika zohlednit také fyzickou aktivitu. Obézní pacient, který pravidelně cvičí, má nižší riziko než osoba s optimální hmotností a minimální fyzickou aktivitou. (Aschermann, 2004, s. 490)

V položce týkající se významnosti časového faktoru mezi vznikem potíží a ošetřením uzavřené koronární tepny pro budoucí zdravotní stav bez trvalého poškození srdce, odpovědělo správně 57 % respondentů, že časový faktor přednemocniční fáze má zásadní význam a že doba od vzniku potíží po přivolání odborné pomoci by neměla přesahovat 1 hodinu. Zachovalo se tak ale jen 38 % z nich. 25 % respondentů se domnívalo, že by mělo ošetření proběhnout do 24 hodin od vzniku potíží a 18 % respondentů označilo odpověď, že včasné přivolání odborné pomoci a podstoupení léčby nemá na trvalé poškození srdce žádný vliv.

Šetřením zaměřeným na chování člověka při současné akutní příhodě IM jsme zjistili, že v optimálním čase, tedy do 30 minut od vzniku potíží, odbornou pomoc vyhledalo pouze 13 % dotázaných osob. V čase do 1 hodiny si pomoc přivolalo 21 % osob. Správně se tedy zachovala třetina dotazovaných. Nejpočetnější skupinu tvořila skupina respondentů, kteří vyhledali pomoc v čase do 3 hodin od vzniku prvních potíží. Takto se zachovalo 40 % respondentů. Po více než 3 hodinách odbornou pomoc vyhledalo 26 % respondentů. Z těchto zjištěných údajů vyplývá, že 66 % respondentů odbornou pomoc vyhledalo pozdě. Na otázku proč nevyhledali pomoc dříve, odpověděli, že se domnívali, že potíže spontánně odezní, nebo nepředpokládali, že by se mohlo jednat o IM, přičemž 21 % z nich připustilo, že informace o IM měli již před současnou příhodou IM. K zavolání odborné pomoci je nejčastěji přiměli rodinní příslušníci. Ostatní motivovala k iniciaci pomoci především nesnesitelná bolest na hrudi, strach o život. 3 % oslovených byla pomoc přivolána proti jejich vůli. Správně se zachovalo 48 % dotazovaných, kteří přivolali pomoc cestou Zdravotnické záchranné

služby. Ostatní navštívili buď nejdříve praktického lékaře či kardiologa nebo se dostavili do nemocnice sami.

Závěr

Základním atributem péče o nemocné s akutním infarktem myokardu je boj o čas. Dobře informovaný nemocný by měl při náhle vzniklých anginózních bolestech neustupujících do pěti minut po podání jedné dávky nitroglycerínu rozkousat jednu tabletu kyseliny acetylsalicylové 400 – 500 mg a zavolat rychlou zdravotnickou pomoc na telefonním čísle 155. Doba mezi vznikem bolestí a telefonickým hovorem by měla být optimálně 20 – 30 minut, maximálně však jednu hodinu.

Data získaná pomocí tohoto průzkumného šetření ukazují na nutnost soustavné osvěty. Veřejnost by měla znát rizikové faktory, projevy a příznaky tohoto ischemického onemocnění. Každý z nás by měl vědět, jak se zachovat a co dělat při podezření na srdeční infarkt s důrazem na včasné přivolání záchranné služby.

Seznam bibliografických odkazů:

1. ASCHERMANN, M. 2004. *Kardiologie*. . 1. vyd. Praha: Galén, 2004, XXXVIII, 753, lix s.:. ISBN 80-726-2290-0.
2. ČEŠKA, R. *Interna*. Praha: Triton, 2010, XIX, 855 s. ISBN 978-807-3874-230..
3. ŠTEJFA, M. *Kardiologie.* 3., přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, XXXIII, 722 s. ISBN 978-802-4713-854.
4. WIDIMSKÝ, P., KALA, P., ROKYTA, R. 2012. Souhrn Doporučených postupů ESC pro diagnostiku a léčbu pacientů s akutním infarktem myokardu s elevacemi úseku ST z roku 2012. In *Cor et Vasa*. roč. 54, č. 9-10, s. 447-463. ISSN 0010-8650.
5. ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. Národní kardiovaskulární program. Kardio-cz.cz [online]. © 2000 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65
6. ŽELÍZKO, M., et al, 2012. Přehled vybraných kardiovaskulárních intervencí v České republice 2010. In: *Zdravotnická statistika*. Praha: ÚZIS ČR, NRKI, s. 5-44.
7. MONHART, Z. 2010. Přednemocniční mortalita pacientů s akutním infarktem myokardu. In *Intervenční a akutní kardiol*ogie. roč. 9, č. 1, s. 12-14. ISSN: 1213-807X.
8. JEDNEJ RYCHLE. ZACHRAŇ ŽIVOT. Hlavní strana. Infarktneceka.cz [online]. © 2012 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: http://www.infarktneceka.cz/cz/
9. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Nemocnost a úmrtnost na ischemické nemoci srdeční v ČR v letech 2003-2010, aktualizace.

Uzis.cz [online]. © 2010-2013 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/rychle-informace/nemocnost-umrtnost-na-ischemicke-nemoci-srdecni-cr-letech-2003-2010-aktualizace

Kontaktní adresa:
PhDr. Petr Snopek
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
Mostní 5139
760 01 Zlín
e-mail: snopek@fhs.utb.cz

WIEDZA KOBIET NA TEMAT CZYNNIKÓW RYZYKA I ZAGROŻEŃ ZDROWOTNYCH WYNIKAJĄCYCH Z OKRESU MENOPAUZY

Bożena Zboina[1], Jolanta Sadło[1], Halina Król[2], Grażyna Nowak-Starz[2], Kazimiera Zdziebło[2]

[1]Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Św.
[2]Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Streszczenie

Wstęp

Menopauza stanowi nieodwracalny etap w życiu kobiety, polegający na przejściu z okresu rozrodczego do okresu bezpłodności. To przełomowy okres w życiu każdej kobiety i wiąże się z możliwością wystąpienia pewnych zmian zarówno w strefie zdrowia fizycznego jak i psychice kobiety. Bardzo ważna jest świadomość wystąpienia tych zmian, ich podłoża, objawów oraz sposobów ograniczenia skutków i dolegliwości z nimi związanych.

Cel

Celem mojej pracy uczyniłam: zbadanie wiedzy kobiet na temat czynników ryzyka i zagrożeń zdrowotnych wynikających z okresu menopauzy.

Metody, techniki i narzędzia badawcze

Badanie przeprowadziłam metodą sondażu diagnostycznego, za pomocą ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety przygotowany specjalnie na potrzeby moich badań.

Charakterystyka grupy badawczej

Badaniem objęto 93 kobiety, zgłaszających się do lekarza POZ. Wśród badanych 55 % kobiet mieszka na wsi, a 77 % respondentek, to kobiety aktywne zawodowo. Badanie było przeprowadzone w miesiącach styczeń – luty 2013r.

Wnioski

Wiedza jaką posiadają kobiety na temat czynników ryzyka i zagrożeń zdrowotnych, jest niewystarczająca aby pozwoliła im zrozumieć zmiany jakie zachodzą w organizmie kobiety w okresie menopauzy.

Większość badanych kobiet nie korzysta regularnie z badań, które powinny wykonywać, zgodnie z przyjętymi programami profilaktycznymi dla tego okresu życia.

Kobiety znają podstawowe objawy menopauzy, ale nie do końca zdają sobie sprawę z ich następstw zdrowotnych.

Słowa kluczowe: Menopauza. Kobieta. Profilaktyka.

Abstract

Introduction

The menopause is an irreversible stage of a woman's life, during which a woman goes from the child-bearing stage to the stage of infertility. This is a decisive stage of every woman's life and is connected with the possibility of certain changes both physical and emotional. The awareness of these changes, their background, symptoms and ways of reducing the side-effects and complaints is crucial.

Aim

The aim of this work is to examine the women's knowledge concerning the risk factors and health risks connected with the menopause.

Methods, techniques and research tools

The research was conducted by means of a diagnostic survey, by means of a questionnaire. The research tool was a questionnaire, especially prepared for this research.

Characteristics of the research group

The research was conducted among 93 women cured by POZ doctors. Among the examined women 55 % live in the village, and 77 % are professionally active. The research was conducted in January – February 2013.

Conclusions

The knowledge of women concerning the risk factors and health risks is inadequate to understand the changes taking place in their bodies during menopause.

Most of the examined women do not undergo regular check-ups which should be done according to preventive programmes appropriate for this age group.

Women know the basic symptoms of menopause but they do not realize what may be their health results.

Keywords: Menopause. Woman. Prevention.

Wstęp

Menopauza stanowi nieodwracalny etap w życiu kobiety, polegający na przejściu z okresu rozrodczego do okresu bezpłodności. Według definicji menopauza to okres wystąpienia ostatniej miesiączki poprzedzony bezpośrednio całkowitym ustaniem procesów wzrostu pęcherzyków w jajnikach. Wiąże się z tym wiele zmian endokrynologicznych, psychologicznych i społecznych.

W ciągu minionego stulecia stopniowo zwiększa się spodziewana długość życia, tymczasem wiek, w którym występuje menopauza, nie uległ zmianie, zwykle naturalna menopauza występuje około 50 roku życia. Dlatego też 1/3 życia kobiety przypada obecnie

na okres pomenopauzalny. Proces przejścia z okresu płodności do okresu bezpłodności, może rozpocząć się na długu przed wystąpieniem ostatniej miesiączki. W tym czasie w organizmie kobiety zachodzą charakterystyczne zmiany związane z procesem starzenia się jajników. W okresie tym pojawiają się także zaburzenia w obrębie układu moczowo-płciowego, suchość pochwy, klimakterium to też okres zwiększonej utraty masy kostnej oraz często niezauważalnego wzrostu ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Mogą również występować inne, typowe objawy dla wieku menopauzalnego: trudności ze snem, napady gorąca, bóle głowy, drażliwość, uczucie zmęczenia, kołatanie serca.

Dlatego też w okresie pomenopauzalnym istnieje zwiększone ryzyko złamań spowodowanych osteroporozą i zawału serca. Objawy występujące w tym okresie mogą wpływać również na samopoczucie kobiety pod względem fizycznym a także psychicznym i jej funkcjonowanie w rodzinie i otoczeniu.

Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) możemy określić jako okołomenopauzalne leczenie estrogenami i progestagenami, stosowane w celu złagodzenia objawów klimakterium oraz zapobieganie chorobom typowym dla tego okresu.

Wskazania do hormonalnej terapii zastępczej, czas jej trwania jak i metody suplementacji muszą być dostosowane do indywidualnych potrzeb leczenia pacjentki. Leczenie dolegliwości okresu przekwitania, stało się dużym obszarem zainteresowania nie tylko lekarzy ginekologów a także endokrynologów i kardiologów.

Menopauza jest bardzo trudnym etapem w życiu każdej kobiety, dlatego uczyniłam ją przedmiotem moich badań.

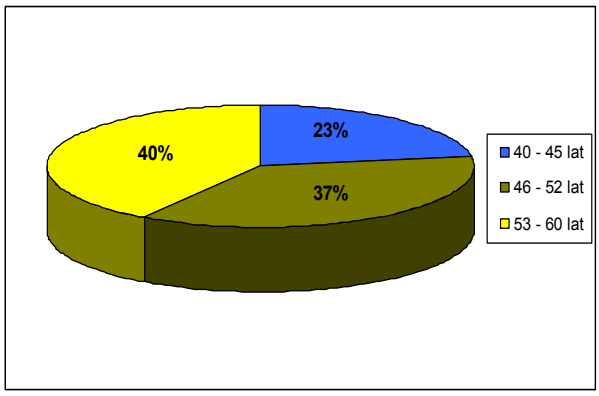
Cel

Cel badawczym w niniejszej pracy jest zdiagnozowanie poziomu wiedzy jaką posiadają kobiety na temat czynników ryzyka i zagrożeń zdrowotnych występujących w okresie menopauzy.

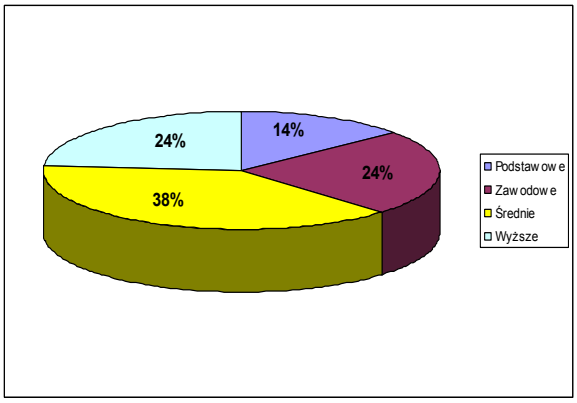
Materiał i Metodyka

W badaniach wzięło udział 93 kobiety, w wieku 40 ÷ 60 lat z różnym stopniem wykształcenia, które zgłosiły się do lekarza POZ w Szewnie w okresie zimowym od stycznia do lutego 2013 roku. Wiek ankietowanych kobiet nie został dobrany przypadkowo. Jest to okres tuż przed i tuż po statystycznie występującym wiekiem menopauzy. Zgłaszające się kobiety otrzymały anonimową ankietę z prośbą o jej wypełnienie i zwrot przy najbliższej wizycie u lekarza. Pacjentki zostały poinformowane na temat celu ankiety, o sposobie udzielania i szczerości odpowiedzi.

W metryczce ankiety, respondentki zostały podzielone na trzy grupy wiekowe 40 ÷ 45 lat, 46 ÷ 52 lat i 53 ÷ 60 lat(wykres1). Uwzględniono wykształcenie kobiet (wykres2) oraz miejsce zamieszkania.



Wykres 1. *Wiek ankietowanych kobiet*



Wykres 2. *Wykształcenie ankietowanych kobiet*

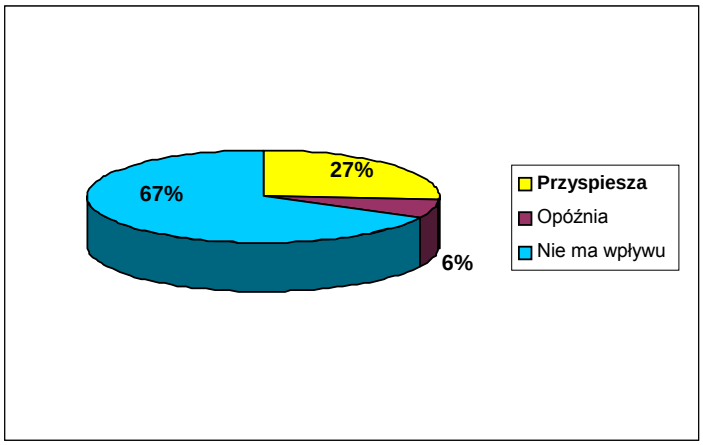
Najliczniejszą grupę pod względem wykształcenia stanowiły kobiety z wykształceniem średnim – 38 % oraz kobiety w przedziale wiekowym 53 ÷ 60 lat – 40 %. Wśród badanych nieznacznie przeważały kobiety zamieszkałe na wsi - 55 %.

Respondentki to w większości kobiety aktywne zawodowo – 77 %, nie palące papierosów - 71% oraz kobiety już nie miesiączkujące – 51 %.

Wyniki

Badając ogólną wiedzę kobiet na temat menopauzy

Pojęcie menopauzy jest znane 79 % kobiet, w grupach wiekowych i ze względu na miejsce zamieszkania odpowiedzi pozytywne na zadane pytanie, utrzymują się na tym samym poziomie. Respondentki z wykształceniem wyższym wskazywały prawidłowe odpowiedzi (100 %).



Wykres 3. *Wpływ czynników środowiskowych (klimat, miejsce zamieszkania) na wiek wystąpienia menopauzy*

Wg literatury czynniki środowiskowe – np. życie na dużych wysokościach, powodują przyspieszenie wieku wystąpienia menopauzy. Wśród ankietowanych tylko 27 % udzieliło prawidłowej odpowiedzi (wykres 3). Większość respondentek, 67 % odpowiedziało, że środowisko nie ma wpływu na wiek wystąpienia menopauzy. Cechą charakterystyczną jest, że prawidłowej odpowiedzi udzieliło najwięcej kobiet w wieku 40 ÷ 45 lat – 43 % oraz kobiet z wykształceniem wyższym – 41 %. Najwięcej błędnych odpowiedzi na temat wpływu środowiska na wiek wystąpienia menopauzy, udzieliło kobiet z wykształceniem zawodowym bo aż 87 % respondentek i wykształceniem podstawowym – 85 %, oraz kobiet w wieku 46 ÷52 lat – 80 % tej grupy wiekowej.

Tabela 1. *Wpływ czynników genetycznych na wiek wystąpienia menopauzy*

Przedziały badanych		**n = 93**	*Przyspiesza*		**Opóźnia**		**Nie ma wpływu**	
			osób	**%**	**osób**	**%**	**osób**	**%**
Wiek	40 -45	21	15	72	3	14	3	14
	46-52	34	17	50	7	21	10	29
	53-60	38	13	34	2	5	23	61
Wykształcenie	Podstawowe	13	5	38	2	16	6	46
	Zawodowe	22	8	32	2	9	13	59
	Średnie	36	20	56	5	14	11	30
	Wyższe	22	13	59	3	14	6	27
Miejsce zamieszkania	Miasto	42	15	36	4	10	23	54
	Wieś	51	30	59	8	16	13	25
Ogółem		**93**	45	**48**	12	**13**	36	**39**

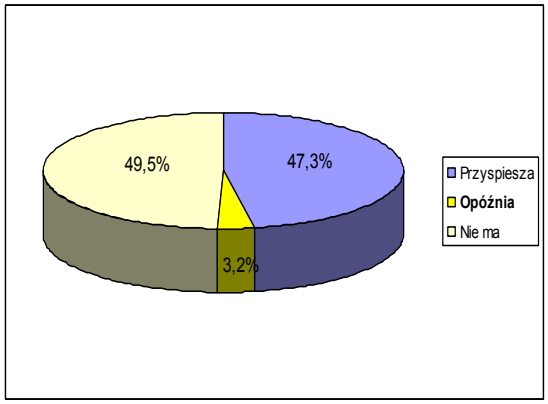
Prawie połowa kobiet bo 45 osób co stanowi 48 % ankietowanych, udzieliła prawidłowej odpowiedzi, że czynniki genetyczne mogą mieć wpływ na wiek wystąpienia menopauzy. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi udzieliły kobiety wieku 40 ÷ 45 lat bo 72 % grupy wiekowej tj. 15 osób, oraz kobiety w grupie z wykształceniem wyższym 59 % tj. 13 osób. Należy zauważyć, że większą widzą na temat wpływu czynników genetycznych na wiek wystąpienia menopauzy wykazały się kobiety zamieszkałe na wsi (59 % prawidłowych odpowiedzi) od kobiet zamieszkałych w mieście (36 % prawidłowych odpowiedzi).

Tabela 2. *Wpływ wieku wystąpienia pierwszej miesiączki na wiek wystąpienia menopauzy*

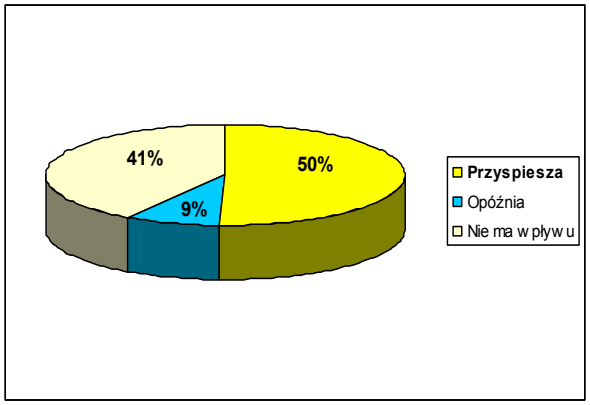
Przedziały badanych		**n = 93**	**Przyspiesza**		**Opóźnia**		**Nie ma wpływu**	
			osób	**%**	**osób**	**%**	**osób**	**%**
Wiek	40 -45	21	11	**57**	3	**14**	7	**33**
	46-52	34	16	**50**	4	**12**	14	**41**
	53-60	38	9	**24**	2	**5**	26	**68**
Wykształcenie	Podstawowe	13	3	**23**	1	**8**	7	**54**
	Zawodowe	22	6	**32**	3	**14**	11	**50**
	Średnie	36	17	**47**	4	**11**	17	**47**
	Wyższe	22	10	**50**	2	**9**	12	**55**
Miejsce zamieszkania	Miasto	42	18	**45**	3	**7**	19	**45**
	Wieś	51	18	**37**	7	**14**	28	**55**
Ogółem		**93**	36	**39**	9	**10**	47	**51**

Na pytanie ankiety dotyczące wpływu wystąpienia pierwszej miesiączki na wiek wystąpienia menopauzy, 51 % ankietowanych odpowiedziała prawidłowo, że wiek wystąpienia pierwszej miesiączki nie ma wpływu na wiek wystąpienia menopauzy. Największą ilość prawidłowych odpowiedzi udzieliły kobiety grupie wiekowej 53 ÷ 60 lat – 68 %, a najmniejszą kobiety w grupie wiekowej 40 ÷ 45 lat bo 33 %. Biorąc pod uwagę wykształcenie kobiet, nie zaobserwowano dużej różnicy w posiadanej wiedzy na wpływ wystąpienia pierwszej miesiączki.

Ze względu na miejsce zamieszkania, ilość prawidłowych odpowiedzi udzielonych przez kobiety zamieszkałe na wsi wynosiła 55 % i przewyższała prawidłowe odpowiedzi kobiet zamieszkałych w mieście – 45 %.



Wykres 4. *Wpływ nadwagi i otyłości na wiek wystąpienia menopauzy*



Wykres 5 *Wpływ niedożywienia na wiek wystąpienia menopauzy*

Wiedza badanych kobiet na temat wpływu nadwagi lub otyłości na wiek wystąpienia menopauzy jest niewystarczająca (wykres 4). Tylko 3,2 % ankietowanych kobiet udzieliło prawidłowej odpowiedzi, że nadwaga i otyłość opóźniają wiek wystąpienia menopauzy. Błędną wiedzą na ten temat posługują się kobiety bez względu na wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkan. Wiedza połowy ankietowanych pań jest prawidłowa, że niedożywienie przyspiesza wiek wystąpienia menopauzy(wykres 5). Więcej prawidłowych odpowiedzi udzieliły kobiety młodsze, 40 ÷ 45 lat – 62 % odpowiedzi prawidłowych, oraz kobiety z wykształceniem wyższym – 68 % odpowiedzi prawidłowych.

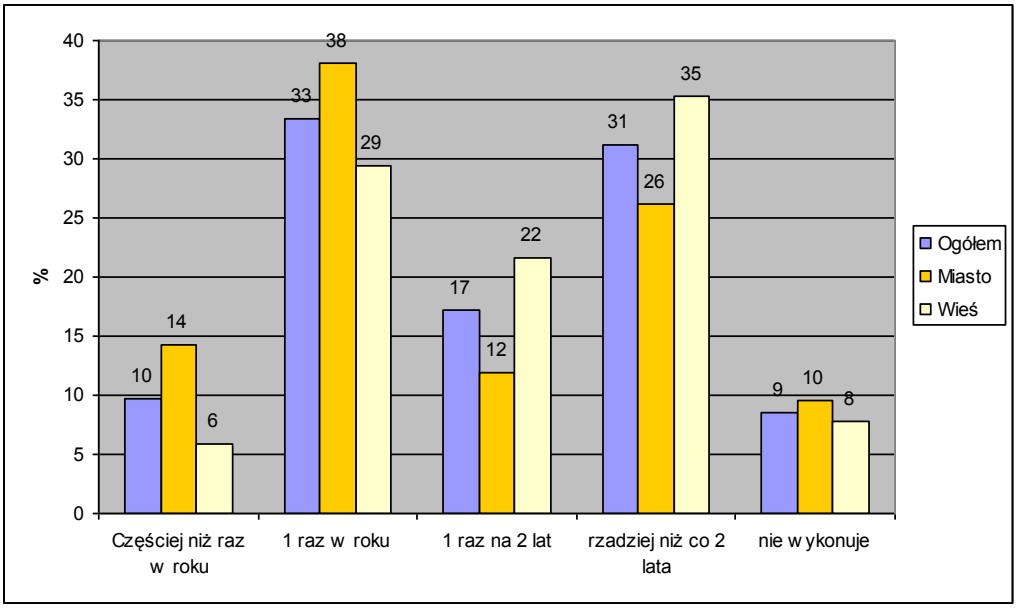
Podsumowując wiedzę kobiet na temat wpływy wybranych czynników, zależnych i niezależnych od respondentek, takich jak środowisko, nadwaga i otyłość, palenie papierosów, czynniki genetyczne, ciężka praca fizyczna, usunięcie piersi, itd. zawartych w ankiecie, na wiek wystąpienia menopauzy, możemy stwierdzić, że ogółem 45 % ankietowanych odpowiedziało w sposób prawidłowy. A wiec wiedza jaką posiadają respondentki na ten temat jest nie wystarczająca. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi zanotowano wśród kobiet w wieku 53 ÷ 60 lat, bo 40 %, kobiet z wykształceniem średnim również 40 % oraz kobiet zamieszkałych na wsi – 57 %.

Kolejnym materiałem przeanalizowanym na podstawie uzyskanych danychpowiedzi z ankiety, jest profilaktyka zdrowotna stosowana przez kobiety celem wczesnego wykrycia zagrożeń występujących w okresie menopauzy oraz ich przeciwdziałaniu.

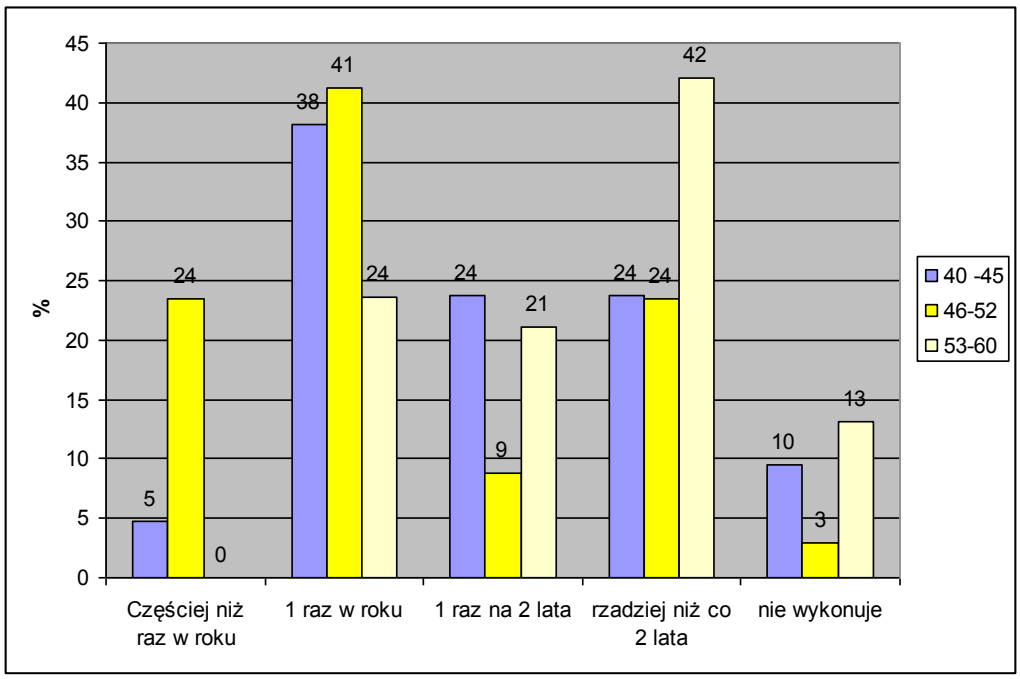
Ciśnienie tętnicze krwi kontroluje 82 %kobiet z próby badawczej przynajmniej raz w roku, co jest zachowaniem właściwym. Badania poziomu cholesterolu i trójglicerydów raz w roku, wykonuje jedynie 33 % respondentek, natomiast badanie poziomu glukozy 52 % co również nie jest wynikiem zadowalającym.

Z badań kontrolnych u ginekologa raz do roku, korzysta 43 % ankietowanych, badania raz na 2 lata wykonuje 60 % kobiet a pozostałe wykonują je rzadziej. Najbardziej

aktywną grupą pod względem badań ginekologicznych są kobiety w grupie wiekowej 46 ÷ 52 lata, których 52 % odwiedza gabinet ginekologiczny przynajmniej raz do roku, a najmniej kobiety w wieku 53 ÷ 60 lat, które wykonują ginekologiczne badania kontrolne rzadziej niż zalecane- co dwa lata, a 13 % kobiet z tej grupy wiekowej nie wykonuje takiego badania wcale(wykres 6 i 7)



Wykres 6. *Częstotliwość badań kontrolnych u ginekologa ogółem, oraz ze względu na miejsce zamieszkania*



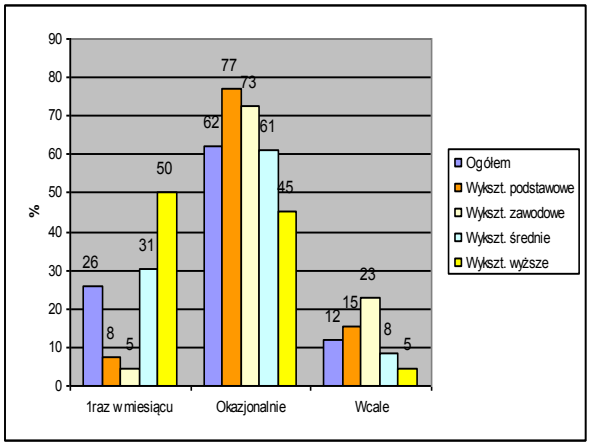
Wykres 7. *Częstotliwość badania u ginekologa – wiek badanych*

Na podstawie przeprowadzonego testu statystycznego chi kwadrat, możemy stwierdzić, że częstotliwość wykonywania badań ginekologicznych zależy od wieku kobiet (wartość p= 0,009936 czyli $p < \alpha = 0,05$), ich poziomu wykształcenia (wartość p= 0,00335312 czyli $p < \alpha = 0,05$, natomiast nie jest zależna od ich miejsca zamieszkania ($p = 0,208806 > \alpha = 0,05$).

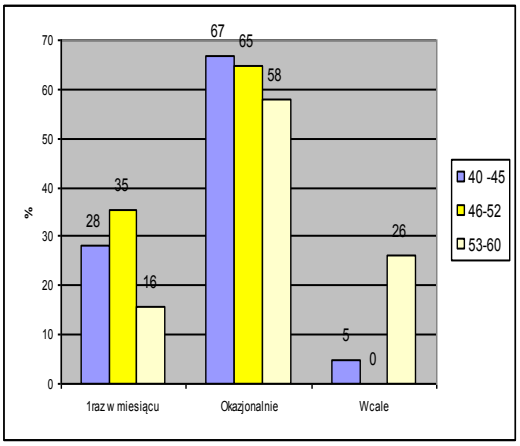
Badania cytologiczne przynajmniej raz w roku wykonuje 33 % badanych kobiet a biorąc pod uwagę kobiety deklarujące przeprowadzenie badań cytologicznych z częstotliwością raz na dwa lata -26 %, możemy stwierdzić, że w przeciągu dwóch lat 59 % wszystkich ankietowanych wykonuje badania cytologiczne. W grupie wiekowej 46 ÷ 52 lata jest to 56 % i jest to najbardziej aktywna pod względem wykonywania tych badań grupa, ponieważ 70 % kobiet z niej, bada się w przeciągu dwóch lat.

Test statystyczny chi kwadrat potwierdza zależność częstotliwości wykonywania badań cytologicznych, od wykształcenia ($p = 0,000214 < \alpha = 0,05$) oraz od wieku badanych kobiet ($p = 0,001619 < \alpha = 0,05$), natomiast nie potwierdza tej zależności od miejsca zamieszkania($p = 0,063445 > \alpha = 0,05$).

Niepokojącym zjawiskiem jest bardzo niski procent kobiet wykonujących samodzielne badanie piersi.



Wykres 8. *Częstotliwość wykonywania samodzielnego badania piersi - wykształcenie*



Wykres 9. *Częstotliwość wykonywania samodzielnego badania piersi - wiek*

Z ankiety wynika, że badanie to przynajmniej raz w miesiącu wykonuje jedynie 26 % ankietowanych a 12 % nie wykonuje tych badań wcale. Jest to tym bardziej niepokojące, że jest badanie bardzo proste, które można wykonać w zasadzie podczas codziennej higieny.

Na podstawie przeprowadzeniu testu statystycznego chi kwadrat, możemy stwierdzić, że samodzielne badanie piersi zależne jest od miejsca zamieszkania ($p = 0,008228 < \alpha = 0,05$), natomiast nie zależy od wieku kobiety($p = 0,159316 > \alpha = 0,05$). Ze względu na

małoliczne grupy badawcze, nie przeprowadzono testu chi kwadrat zależności od wykształcenia.

Z analizy przeprowadzonej ankiety odnośnie badań mammograficznych lub USG piersi wynika, że 26 % nie zgłasza się wcale na wykonanie badań, a 37 % wykonuje je rzadziej, niż co dwa lata. Tylko 39 % wykonuje te badania z częstotliwością raz na dwa lata. Wśród kobiet z wykształceniem podstawowym, aż 46 % respondentek nie wykonuje badań USG lub mammograficznych piersi w ogóle. Niepokojące jest zjawisko, że kobiety w przedziale wiekowym 53 ÷ 60 lat, bardzo rzadko wykonują badania USG lub mammograficzne piersi.

Analizując wiedze badanych na temat HTZ, mogę stwierdzić, iż najwięcej pań deklarujących posiadanie wiedzy na ten temat, stanowią panie w wieku 46 ÷ 52 lata. Potwierdza to moje wcześniejsze obserwacje wynikające z przeprowadzonej ankiety, że kobiety w tym wieku posiadają znacznie większy zasób wiedzy na temat problemów i profilaktyki okresu menopauzy.

Uzyskane wyniki zostały poddane testowi chi^2 stwierdzenia istotnych statystycznie zależności, że częstotliwość wykonywania badań profilaktycznych USG lub mammograficznych piersi, zależne są od wieku kobiety ($p = 0{,}02946 < \alpha = 0{,}05$) i najczęściej wykonują je kobiety w przedziale wiekowym 46 ÷ 52 lata oraz wykształcenia ($p = 0{,}000061 < \alpha = 0{,}05$), natomiast nie są zależne od miejsca zamieszkania ($p = 0{,}214 > \alpha = 0{,}05$).

Wiedza kobiet na temat objawów charakterystycznych okresu menopauzy

Wg Celiny Łepeckiej-Klusek, jednym z najważniejszych objawów menopauzalnych są tzw. „wary", czyli napady gorąca pojawiające się w wyniku rozszerzania się naczyń krwionośnych szyi, karku i piersi. Powoduje to nadmierną potliwość skóry, kłopoty ze snem, zmęczenie, złe samopoczucie i obniżenie aktywności[21].

W okresie menopauzalnym bardzo poważny problem stanowią również zaburzenia snu. Z danych Ośrodka Badania Opinii Publicznej – 2005r. Wynika, że 52 % kobiet po 50 roku życia i 64 % po 60 roku życia, cierpi na bezsenność[40].

Objawy naczyniowo-ruchowe występują nawet u 75 % w okresie menopauzalnym[4]. Badanej grupie kobiet zadano pytanie, jakie objawy ich zdaniem, są charakterystyczne dla okresu menopauzy.

Najczęściej wymienianym objawem przez respondentki są napady gorąca, które wymieniło 87 % badanych. W dalszej kolejności kobiety wymieniały takie objawy jak: trudności ze snem (68 %), nocne poty (63 %), uczucie zmęczenia (53 %), kołatanie serca (51 %), brak zainteresowania seksem (49 %), bóle głowy (42 %).

Najrzadziej wymienianymi objawami były omdlenia (12 %), uczucie ożywienia (10 %) oraz brak zainteresowania otoczeniem (6 %).

Na podstawie otrzymanych wyników ankiety możemy stwierdzić, że wiedza badanych na temat objawów występujących w okresie menopauzy jest wystarczająca, kobiety wymieniły wszystkie objawy charakterystyczne, przy czym wymieniane przez respondentki najczęściej, pokrywają się z danymi uzyskiwanymi w innych badaniach dostępnych w publikacjach.

Wiedza na temat możliwości łagodzenia dolegliwości okresu menopauzy

Na pytanie ogólne zawarte w ankiecie czy posiada Pani wiedzę na temat hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), niewiele ponad połowę – 55 % odpowiedziało twierdząco. Nie jest to wynik zadowalający, ponieważ problem dolegliwości występujących w okresie menopauzy i związane z tym pogorszenie jakości życia dotyczy wszystkich kobiet.

Wiedza jaką deklarują badane kobiety jest powiązana z wykształceniem badanych, im wyższe wykształcenie tym więcej badanych deklaruje posiadanie wiedzy na temat HTZ. Wśród badanych kobiet z wykształceniem podstawowym i zawodowym, zdecydowana większość z nich deklaruje brak jakiejkolwiek wiedzy na temat hormonalnej terapii zastępczej.

Na podstawie przeprowadzonego testu statystycznego chi kwadrat i uzyskanych wyników na temat wiedzy, jaką posiadają kobiety na temat hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), możemy stwierdzić, że wiedza ta jest zależna od wykształcenia, natomiast nie jest zależna od wieku i miejsca zamieszkania respondentek ankiety.

Na podstawie odpowiedzi uzyskanych z przeprowadzonej ankiety stwierdzamy, że najczęstszym źródłem wiedzy dla ankietowanych na temat hormonalnej terapii zastępczej są ulotki i broszurki ogólnie dostępne w przychodniach zdrowia – 26 %. Drugim źródłem wiedzy na temat HTZ stanowią lekarze ginekolodzy – 21 %, a następnie koleżanki i znajome badanych – 20 %. Najmniej liczna grupa kobiet (1 %), jako źródło wiedzy na temat hormonalnej terapii zastępczej, wskazało lekarza pierwszego kontaktu, co jest zjawiskiem niepokojącym.

Na pytanie ankiety czy warto stosować hormonalną terapię zastępczą (HTZ) celem zmniejszenia dolegliwości związanych z okresem przekwitania, 70 % respondentek odpowiedziało twierdząco. Należy jednak zauważyć, że 38 % ankietowanych opowiedziało się za stosowaniem leków hormonalnych przepisanych przez lekarza a pozostałe 32 % za stosowaniem leków ziołowych lub innych, dostępnych bez recepty. Spośród ankietowanych uznaje okres przekwitania jako naturalny i nie należy ingerować w jego przebieg, a 2 %

uważa, że stosowanie HTZ nie jest w stanie złagodzić dolegliwości wynikających z okresu menopauzy, w związku z czym nie ma podstaw do jej stosowania.

W wyniku przeprowadzenia testu statystyczne chi kwadrat i uzyskanych wyników możemy stwierdzić, że wykształcenie ma wpływ na opinię o potrzebie stosowania hormonalnej terapii zastępczej celem złagodzenia dolegliwości okresu menopauzy, natomiast miejsce zamieszkania i wiek nie mają wpływu na taką opinię.

V. Wnioski

1. Przeprowadzona analiza statystyczna wskazuje, że kobiety w przedziale wiekowym 53 ÷ 64 lata, najrzadszej spośród próby badawczej, zgłaszają się do lekarza ginekologa na badania kontrolne i skriningowe, co świadczy **o zbyt niskiej wiedzy o zagrożeniach zdrowotnych w nadchodzących latach życia.**
2. Wiedza jaką posiadają kobiety na temat czynników ryzyka i zagrożeń zdrowotnych, jest niewystarczająca aby pozwoliła im zrozumieć zmiany jakie zachodzą w organizmie kobiety w okresie menopauzy.
3. Większość badanych kobiet nie korzysta regularnie z badań, które powinny wykonywać, zgodnie z przyjętymi programami profilaktycznymi dla tego okresu życia.
4. Większość kobiet zna i wymienia podstawowe objawy menopauzy, ale nie jest świadoma ich odległych następstw zdrowotnych.
5. W badanej populacji badanych kobiet stwierdzono deficyty wiedzy w zakresie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ).

Bibliografia:

1. BIELAWSKA - BATOROWICZ E. Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze stresem, a częstość i intensywność objawów menopauzalnych. Przegląd Menopauzalny 2007;2; s.70-76.
2. BIŃKOWSKA M. Badanie postaw i zachowań zdrowotnych oraz jakości życia reprezentatywnej grupy kobiet polskich w wieku 45 do 54 lat. Przegląd Menopauzalny 2005;09.
3. JANICKA K. Wpływ terapii hormonalnej na styl poznawczy i depresję kobiet w okresie menopauzy; Przegląd Menopauzalny 2008;2; s. 61-68.
4. KACZMAREK M. Określenie wieku menopauzy naturalnej w populacji polskich kobiet. Przegląd Menopauzalny 2007;2; s. 77-82.

5. KACZMAREK M. Zróżnicowanie wieku menopauzy naturalnej wśród polskich kobiet ze względu na historię okresu rozrodczego. Przegląd Menopauzalny 2007;2; s. 69-76.
6. ŁEPECKA - KLUSEK C. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Czelej; Lublin 2003.
7. MAKOWSKI M, POŁAĆ J, PERTYŃSKI T. Estrogeny a rak sutka. Przegląd Menopauzalny 2007;3; s. 150-154.
8. MARCZEWSKA A. Zdrowie i uroda; Pelargos; Warszawa 2003 s. 41
9. MASTROIANNI L, RARNIKAR VA, WOOTEN W. Ocena i ochrona układu kostnego u kobiet po menopauzie, Ginekologia po dyplomie 2003;1; s. 61-69.
10. McKAY HART D, NORNIAN J. Ginekologia. Urban i Partner; Wrocław 2006.
11. MINKIN MJ. Znajomość problematyki oraz umiejętność leczenia dolegliwości perimenopauzalnych. Ginekologia po dyplomie 2007;2; s. 67-70.
12. MOSKAL M. Dolegliwości okresu przekwitania i stosowania hormonoterapii w opinii mieszkanek Podkarpacia. Pielęgniarstwo XXI wieku; 2009;1-2; s. 31-34.
13. NAFTOLIN F, SATALOFF DM, BUSH TL. Rak piersi u kobiet ~po menopauzie. Ginekologia po dyplomie 2003;1; s. 34-40.

Kontakt:

Bozena Zboina
Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Św.

KOMUNITNÁ STAROSTLIVOSŤ O SENIORA A JEJ PROBLÉMY V KLINICKEJ OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

Katarína Zrubáková[1], Lucia Gazdaricová[2]

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok[1]
Chirurgická klinika, UVN-SNP FN Ružomberok[2]

Abstrakt

Príspevok sa venuje najčastejšej forme starostlivosti o seniorov- starostlivosti v komunite, v domácom prostredí. V úvode stručne charakterizujeme komunitnú starostlivosť a jej formy. Opísali sme tím poskytovateľov starostlivosti a osobitnú pozornosť venujeme problémom, ktoré sa v domácej starostlivosti vyskytujú. V empirickej časti prezentujeme výsledky výskumu, cieľom ktorého bolo zistiť realizáciu ošetrovateľskej starostlivosti v domácnosti seniora ako aj jej problémy.

Kľúčové slová: Komunitná starostlivosť. Seniori. Ošetrovateľská starostlivosť. Ošetrovateľská prax

Abstract

The contribution is dedicated to the most frequent form of seniors care - community care or home care. In the introduction we briefly describe community care and their forms. We described care provider's team and we pay particular attention to the problems that can occur in the home care. In the empirical part of contribution we present research results. The aim was to find out realization of seniors nursing care in the home environment and their problems as well.

Key words: Community care. Seniors. Nursing care. Nursing practice

Úvod

Seniori predstavujú špecifickú skupinu. Je to skupina, ktorá podlieha ochoreniam viac ako iné vekové kategórie, uvedomuje si konečnosť života a má bohatšie životné skúsenosti. Vyšší vek môžeme spájať aj ako obdobie nových príležitostí a možností, kde môže senior využiť múdrosť získanú rokmi skúseností a pozitívnym pohľadom na svet (Moraučíková, 2013). Po emocionálnej stránke sa vo väčšej miere negatívne prejavuje napríklad mrzutosťou, netrpezlivosťou, neochotou spolupracovať, čo môže komplikovať poskytovanie služieb.

V krajinách s rozvinutou geriatrickou starostlivosťou je teraz väčšina zdravotných a takmer všetky otázky sociálnej starostlivosti o seniora spojené s úsilím riešiť ich na úrovni komunity.

Komunitná starostlivosť je spojená so starostlivosťou v domácom prostredí, ale osobitný druh komunitnej starostlivosti predstavuje i ošetrovanie seniorov v zariadeniach sociálnych služieb, ktorí tiež tvoria špecifickú komunitu (Hrozenská, 2008). O seniora sa stará interdisciplinárny tím. Tvoria ho zdravotnícki pracovníci- predovšetkým všeobecný lekár a sestra ADOS, ale aj sociálni pracovníci, dobrovoľníci, iní komunitní pracovníci a rodina.

Ako prebieha komunitná starostlivosť a komunitná ošetrovateľská starostlivosť v SR prezentujeme v príspevku.

Komunitná starostlivosť o seniorov

Komunitná starostlivosť sa zameriava na ochranu zdravia, prevenciu ochorení a výchovu k zdraviu (Spoločné európske usmernenia pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť). U seniorov je zameraná na starostlivosť pri ochorení, rehabilitáciu a edukáciu seniora alebo rodinného príslušníka (Jarošová, 2007).

Komunitná starostlivosť o seniorov je prevažne realizovaná v domácom prostredí, ako domáca laická a odborná starostlivosť. Medzi charakteristické vlastnosti starostlivosti patrí:

- komplexnosť,
- medziodborovosť, tímová práca,
- súčasné poskytovanie zdravotných a sociálnych služieb, a ich vzájomné neostré ohraničenie,
- spolupráca a kontakt medzi profesionálnou a neprofesionálnou, laickou starostlivosťou,
- dlhodobosť, zvlášť keď ide o geriatrických pacientov (Topinková, 2005).

Dôležitú úlohu v poskytovaní základnej starostlivosti zohráva rodina, príbuzní, susedia a dobrovoľní ošetrovatelia.

Komunita by mala zabezpečiť dostupnosť a široké spektrum zdravotníckych a sociálnych služieb, snažiť sa o prevenciu zdravotných a sociálnych komplikácií a prevenciu disability, podporovať aktivity v starobe a motivovať k príprave na aktívnu starobu.

Služby, ktoré sa seniorom v domácom prostredí poskytujú sú: odborné lekárske, špecializované a bazálne ošetrovateľské, rehabilitačné, ale i nezdravotnícke ako: návštevy sociálnych pracovníkov, pedikéra, maséra, kňaza, dobrovoľníkov. Domáca starostlivosť sa teda zameriava na služby konzultačné, preventívne a poradenské (Gentil, 2006, James et al, 2002).

Ošetrovateľská starostlivosť v komunite

Ošetrovateľská starostlivosť v komunite je zameraná nielen na vykonávanie terapeutických služieb, ale hlavne služieb poradenských, edukačných, manažérskych a advokátskych (Hanzlíková, 2004). Starostlivosť je zameraná na komunitu ako celok, ale i na rodiny a jednotlivcov. Poskytnutá starostlivosť je kontinuálna a koordinovaná.

Ošetrovateľstvo v komunite poskytuje starostlivosť podľa aktuálnych potrieb, pôsobí podporne alebo poskytuje starostlivosť v plnom rozsahu.

V komunitnom ošetrovateľstve je klientom komunita, ktorá je podľa WHO definovaná ako: *sociálna skupina determinovaná geografickými rozmermi alebo rovnakými hodnotami a záujmami* (Jarošová, 2006).

Ošetrovateľstvo orientované na komunitu je zamerané na starostlivosť o zdravých a chorých jedincov a ich rodiny. Je aplikované ako priama starostlivosť v domácnostiach alebo v komunitných organizáciách. Komunitná sestra v starostlivosti o geriatrického pacienta plánuje, realizuje aktivity zamerané na prevenciu ochorení, ich komplikácií, podporu a udržiavanie zdravia. Realizuje edukáciu, poradenstvo, advokáciu, organizáciu starostlivosti, vykonáva ošetrovateľské techniky v spolupráci s rodinnými príslušníkmi (Kyčinová, 2001). Sestra pri realizácii starostlivosti spolupracuje s ostatným členmi tímu ako: fyzioterapeut, asistent výživy, lekár – geriater, psychológ, sociálny pracovník, príbuzní (Zrubáková, 2010).

Sestra spolupracuje s rôznymi zariadeniami poskytujúcimi služby starým ľuďom (geriatrické centrum, hospic, penzióny pre dôchodcov), s organizáciami (kluby dôchodcov, cirkevné spolky, dobrovoľníci a podobne).

Sestra plánuje intervencie zamerané na podporu zdravia, obnovu zdravia, prevenciu chorôb, terapiu chronických chorôb, používanie kompenzačných pomôcok, prevenciu predčasnej smrti a predĺženia odkázanosti od pomoci druhých. Efektívne, výkonne, ekonomicky a spravodlivo realizuje plán poskytovania zdravotnej starostlivosti (Bullough, 1990).

Ošetrovateľská starostlivosť v ADOS

V Slovenskej republike je domáca ošetrovateľská starostlivosť (DOS) realizovaná prostredníctvom ADOS. ADOS sa radí k ambulantnej zdravotnej starostlivosti poskytovanej v domácom alebo prirodzenom sociálnom prostredí klienta, najmä po ukončení ústavnej liečby, ďalej pre akútne chorých bez potreby hospitalizácie a chronicky chorých (Cibulková, 2011). Indikačná skupina nie je vekovo ohraničená, ale najčastejšími klientmi sú ľudia vyššej vekovej kategórie (Bušová, 2006).

Sestry ADOS realizujú praktické činnosti, ktoré predchádza ošetrovateľské posúdenie a diagnostika. Výhodou ADOS je, že chorý je ošetrovaný v prostredí, ktoré je ideálne pre

uspokojovanie základných potrieb, ale v prípade podpory rodiny sú adekvátne uspokojené aj psychické a sociálne potreby.

Medzi základné podmienky pre poskytovanie DOS patrí najmä, ak si zdravotný stav pacienta túto starostlivosť vyžaduje, ak pacient nie je schopný zájsť sám na ošetrenie (Cibulková, 2011).

Podľa dĺžky trvania rozdeľujeme ošetrovateľskú starostlivosť na akútnu, krátkodobú a dlhodobú (Šupínová, 2013). U seniorov sa najčastejšie realizuje dlhodobá starostlivosť a k najčastejším intervenciám patrí: ošetrenie rán, preleženín, ulcus cruris, starostlivosť o permanentný katéter, algeziologická starostlivosť (Kováčová, In. Šupínová, 2013).

Problémy domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Starostlivosť v domácom prostredí má veľa výhod, ale v súvislosti s vyšším vekom, aj veľa nevýhod. Ošetrovateľskú starostlivosť sťažuje veľa problémov, ktoré vyplývajú zo:

a) samotného prostredia (nízky hygienický štandard, nevyhovujúce sociálne podmienky, vzdialenosť od miesta agentúry- u obyvateľov malých dedín a lazov...),
b) zdravotného stavu seniora (polymorbidita, polyfarmácia, poruchy kognitívnych funkcii, zmyslové poruchy...),
c) úrovne motivácie (starší ľudia ťažšie menia svoje návyky, je zhoršená úroveň spolupráce),
d) strany podporných osôb (absencia podporných osôb, rodiny, nespolupráca rodiny).

Starostlivosť môže ovplyvňovať, ale aj sociálno-ekonomický status rodiny, kultúrne a morálne hodnoty a náboženstvo.

Empirická časť

V predchádzajúcom texte sme stručne charakterizovali komunitnú starostlivosť o seniorov a jej problémy. V empirickej časti ponúkame reálny pohľad na realizáciu ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí seniora. Pričom sme definovali nasledovné problémy a ciele výskumu:

Problémy výskumu

Ako je realizovaná profesionálna ošetrovateľská starostlivosť o seniora v domácom prostredí seniora?

Aké problémy sprevádzajú starostlivosť o seniora v domácom prostredí?

Ciele výskumu

1. Zistiť ako prebieha celková ošetrovateľská starostlivosť v domácom prostredí seniora.
2. Zistiť s akými problémami sa pri starostlivosti o seniorov sestry stretávajú.

Metóda výskumu

Hlavnou metódou bol dotazník, ktorý obsahoval 21 položiek – 18 zameraných na ošetrovateľskú starostlivosť a jej problémy a 3 demografické položky, ktoré charakterizovali respondentov. Dotazník sme administrovali osobne a elektronicky, nakoľko sme oslovili sestry v Prešovskom kraji.

Doplňujúcou metódou bola analýza dokumentácie- zamerali sme sa na elektronické a tlačené dokumenty informujúce o službách ADOS v Žilinskom a Prešovskom kraji, ako aj na predbežné počty agentúr a v nich zamestnaných sestier.

Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorili sestry, predpokladom pre ich zaradenie do výskumu bola práca v ADOS a lokalita pracoviska- Žilinský a Prešovský kraj. Do výskumu sa nám zapojilo 88 sestier. Zo Žilinského kraja sa **zapojilo 41 sestier** a Prešovského kraja **47 sestier**. V Žilinskom kraji sme oslovili agentúry v Bytči, Žiline, Námestove, Sučanoch, Martine, Vrútkach, Ružomberku, Dolnom Kubíne, Liptovskom Mikuláši. V Prešovskom kraji to boli agentúry v Prešove, Stropkove, Bardejove, Poprade, Kežmarku, Starej Ľubovni, Vranove nad Topľou, Svidníku, Humennom. Oslovili sme manažérky a sestry ADOS.

Realizácia výskumu

Výskum sme realizovali v období október 2013 až február 2014. Administrovali sme 100 dotazníkov, 88 sa vrátilo- návratnosť 88 %.

Výsledky výskumu

Výsledky uvádzame v absolútnych číslach a percentách, dopĺňame tabuľkou alebo grafom a slovným komentárom.

Pri poskytovaní starostlivosti seniorom, s akými ochoreniami sa stretávate najčastejšie?

Pri polootvorenej položke si mohli sestry vybrať zo štyroch alternatív: kardiovaskulárne, neurologické, psychiatrické, onkologické ochorenia**,** prípadne doplniť vlastnú možnosť.

Žiadna sestra neuviedla poslednú možnosť. Kardiovaskulárne ochorenia uviedlo **44** sestier (50 %), neurologické **27** sestier (31 %), **13** sestier (15 %) onkologické ochorenia a **4** (4 %) psychiatrické.

Aké výkony najčastejšie realizujete u seniorov?

Alternatívy odpovedí a hodnoty prezentuje Tab. 1.

Tabuľka 1 *Ošetrovateľské výkony v domácnosti seniorov*

Ošetrovateľský výkon	počet n	percento %
Podávanie stravy	**0**	0
zabezpečenie osobnej hygieny	**0**	0
monitoring základných fyziologických funkcií	**7**	8
aplikácia liekov	**25**	28
ošetrovanie rán a dekubitov	**35**	40
ošetrovateľská rehabilitácia	**0**	0
odbery biologického materiálu na vyšetrenie	**3,5**	4
úprava prostredia seniora	**0**	0
zdravotná výchova a poradenstvo	**10,5**	12
servis zdravotníckych pomôcok	**0**	0
iné	**7**	8
spolu	**88**	100

Ako z tabuľky vyplýva najviac sa sestry venujú ošetrovaniu rán alebo dekubitov a aplikácii liekov. Pozitívom je, že tretia v poradí je zdravotná výchova a poradenstvo.

Realizujete v rámci starostlivosti o seniora aj edukáciu?

Sestry si vyberali z dvoch možností, áno, nie. Všetky sestry- 100 %, uviedli pozitívnu odpoveď.

Realizujete edukáciu aj u rodinných príslušníkov?

Rovnako si sestry mohli vyberať aj pri tejto položke. Tu sme zaznamenali 2 (2 %) negatívne odpovede, zvyšných 86 (98 %) sestier uviedlo možnosť áno.

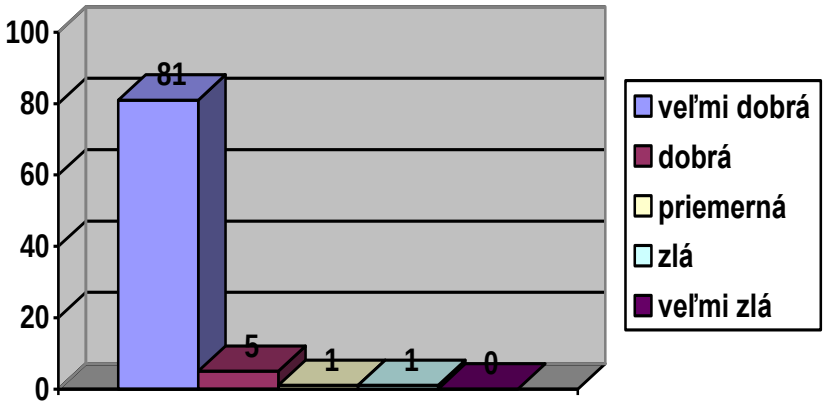
Pri ošetrovaní seniora spolupracujete s rodinnými príslušníkmi?

Dichotomická bola aj táto položka, zistili sme rovnaké odpovede ako v predchádzajúcej otázke, 2 (2 %) sestry uviedli možnosť nie a 86 (98 %) áno.

Aká je úroveň Vašej spolupráce?

V nasledujúcej položke si sestry vyberali z piatich alternatív: veľmi dobrá, dobrá, priemerná, zlá, veľmi zlá spolupráca.

Výsledky uvádzame v grafe 1. Pričom 81 (92 %) sestier hodnotí spoluprácu nadštandardne len 1 (1 %) sestra ako zlú.



Graf 1 *Úroveň spolupráce s rodinou*

Nasledujúce otázky súvisia s problémami pri ošetrovaní seniora.

Stretli ste sa pri zisťovaní rodinnej anamnézy s problémom týrania pacienta rodinnými príslušníkmi?

V prvej položke zameranej na problémy domácej starostlivosti sme sa zamerali na týranie seniora. Sestry si vyberali z alternatív: áno, nie. 86 sestier (98 %) uviedlo alternatívu nie, 2 sestry (2 %) uviedli áno.

S akými bariérami sa stretávate pri ošetrovaní seniorov?

Položka sa zameriavala na bariéry pri poskytovaní starostlivosti. Sestry si vyberali z možností, ktoré uvádza Tab.2.

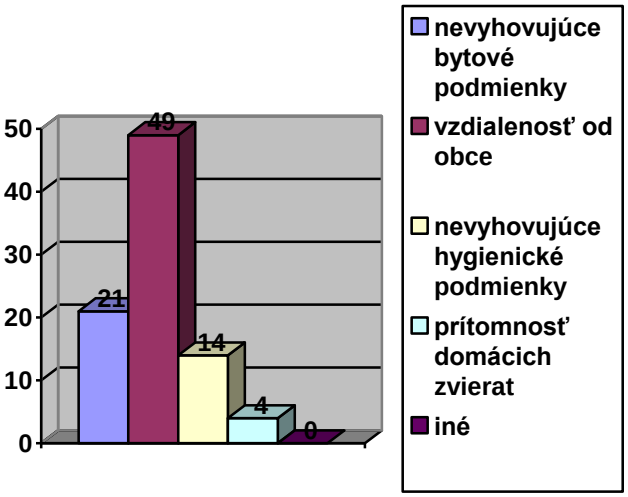
Tabuľka 2 *Bariéry pri ošetrovaní seniorov*

Bariéry pri ošetrovaní	počet	percentá
zlý zdravotný stav	22	25 %
nedôvera pacienta	11	13 %
zhoršená spolupráca	40	46 %
zlý psychický stav	11	13 %
agresivita	4	4 %
iné	0	0 %
spolu	88	100

Najviac sestier uviedlo zhoršenú spoluprácu-40 (46 %) a zlý zdravotný stav seniora- 22 (25 %).

S akými bariérami prostredia sa najčastejšie stretávate pri ošetrovaní seniorov?

Pri tejto položke si sestry vyberali zo štyroch alternatív- pozri graf 2. Mohli doplniť aj vlastnú alternatívu. Ako najväčšie negatívum hodnotili vzdialenosť 49 sestier (56 %) a potom nasledovali nevyhovujúce bytové podmienky 21 sestier (24 %).



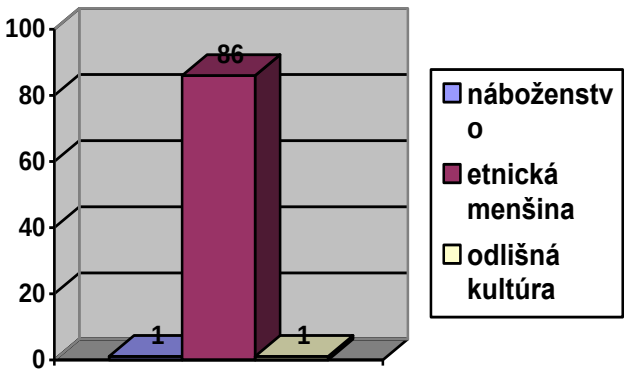
***Graf 2** Bariéry prostredia*

Predstavuje aj nedostatok finančných prostriedkov seniora bariéru pre využívanie služieb ADOS?

Predposledná prezentovaná položka bola zameraná na ekonomickú situáciu seniorov. Sestier sme sa dvomi možnosťami- áno, nie, pýtali či aj nedostatok financií predstavuje bariéru pre využívanie služieb. Áno odpovedalo 81 sestier (92 %), nie 7 (8 %).

S akými inými bariérami ste sa ešte stretli pri ošetrovaní seniora?

Posledná položka bola zameraná na iné bariéry, s ktorými sa sestry stretli. Mohli si vybrať z troch alternatív: náboženstvo, etnická menšina, odlišná kultúra a doplniť vlastnú alternatívu. Výsledky prezentuje graf 3.



***Graf 3** Iné bariéry*

Ako z grafu vyplýva sestry sa stretávajú s problémami pri ošetrovaní u etnických menšín- uviedlo 86 (98 %).

Diskusia

Podľa aktuálnych Európskych usmernení by sa mala starostlivosť o deti, zdravotne postihnuté osoby, ľudí s duševnými poruchami a seniorov presunúť z inštitucionálnej do komunitnej starostlivosti (http://deinstitutionalisationguide.eu/). Komunitná starostlivosť so svojimi zdravotno-sociálnymi službami sa tak javí ako najlepšia alternatíva. Či je tomu tak sme zisťovali v našom príspevku. V empirickej časti sme si stanovili dva ciele, ktoré nám pomáhali pri analýze problematiky a výsledkov.

Cieľ 1 Zistiť ako prebieha celková ošetrovateľská starostlivosť v domácom prostredí seniora. Ošetrovateľskú starostlivosť zabezpečujú sestry ADOS na základe indikácie všeobecného lekára, lekára špecialistu, ak pacient uzatvorí dohodu o poskytovaná DOS s príslušnou agentúrou (Cibulková, 2011). Starostlivosť je realizovaná na základe posúdenia zdravotného stavu a vypracovania plánu starostlivosti, ktorý posúdi revízny lekár. Jednotlivé výkony sú zväčša zamerané na liečebnú starostlivosť, ale sestra realizuje aj preventívnu, zdravotno-výchovnú a diagnostickú činnosť (Bušová, 2006, Šupínová, 2013). Okrem vlastnej ošetrovateľskej starostlivosti sestra spolupracuje predovšetkým s rodinou seniora, všeobecným lekárom a lekárom špecialistom, farmaceutom, opatrovateľom- ak je striedavá starostlivosť a sociálnym pracovníkom. Pri vyhodnotení našich výskumoch sme zistili, že sestry realizujú predovšetkým výkony dlhodobej starostlivosti- ošetrovanie rán, dekubitov a aplikáciu liekov. Väčšina klientov má kardiovaskulárne a neurologické ochorenia, čo sa zhoduje s každoročnými štatistikami, týkajúcich sa chorobnosti vo vyššom veku. Okrem praktických činností realizujú edukáciu, dokonca pri každom seniorovi (všetky sestry 100 % uviedlo možnosť áno). Do edukácie zapájajú aj rodinných príslušníkov (98 %). Podobné výsledky sme našli v prácach Turacovej (2013), Magerčiakovej (2008). Najčastejšie spolupracujú s rodinnými príslušníkmi a úroveň spolupráce hodnotia pozitívne 86 sestier (98 %). Podobné výsledky sme dosiahli pri inom výskume (Zrubáková, Magerčiaková a kol, 2012), kde hodnota bola 85 %.

Cieľ 2 Zistiť s akými problémami sa pri starostlivosti o seniorov sestry stretávajú.

Ako už bolo v úvodnom texte spomenuté sestry sa stretávajú pri realizácii ošetrovateľskej starostlivosti s rôznymi problémami. V našom výskume sme sa zamerali na problémy súvisiace so samotným ošetrovaním, prostredím, ekonomickou situáciou a hodnotami seniora. Pri ošetrovaní majú sestry problém s nespoluprácou, zhoršenou spoluprácou seniora a zlým zdravotným stavom. Podobné výsledky boli udávané v prácach (Magerčiaková, Zrubáková, 2012, Hegyi, Krajčík, 2010, Dúbrava, 2006). Pri hodnotení problémov súvisiacich s prostredím sa ako najvýraznejší problém javila vzdialenosť od

miesta ADOS, uviedlo 49 sestier a potom nevyhovujúce bytové podmienky. Aj Dúbrava (2006) uvádza *problémom domácej liečby je ťažšia dostupnosť terénnych služieb, nedostatočný počet ADOS.* Podľa Turacovej (2013) je vzdialenosť príčinou zvýšených nákladov za starostlivosť, čo predstavuje problém pre sestru i seniora. V súvislosti s ekonomickou situáciou sme zistili pomerne negatívnu odpoveď od sestier, až 81 sestier sa vyjadrilo, že nedostatok financií bráni pri využívaní služieb ADOS, čo nám čiastočne súvisí aj s predchádzajúcim vyjadrením. A ako posledný problém sestry označili ošetrovanie seniora z etnickej menšiny (86 sestier). Najčastejšie šlo o Rómskych seniorov, ktorí predstavujú výrazný problém pri všetkých typoch poskytovaných zdravotníckych aj komunitných služieb.

Záver

Úlohou ošetrovateľstva komunitného zdravia je predchádzať vzniku chorôb, chrániť, udržovať a podporovať zdravie a v neposlednej rade i participovať pri liečbe jednotlivca, rodiny a komunity. O tom, ktorá úloha bude prioritná rozhoduje aj vek jej prijímateľa. V súčasnosti sa v našich podmienkach najčastejšie poskytuje preventívna a liečebná komunitná starostlivosť klientom vyšších vekových kategórii- seniorom, geriatrickým pacientom. Výhodou takejto starostlivosti je, že starý človek môže zostať v prostredí, ktoré je pre neho vo väčšine prípadov najprijateľnejšie a najbezpečnejšie. Ale ako už z predchádzajúceho textu vyplýva, komplexná starostlivosť realizovaná v domácom prostredí má okrem výhod aj nevýhody, ktoré sme prezentovali v príspevku. Ako najvýraznejšie sa javia problémy s nedostatočným počtom ADOS a problémy vyplývajúce zo zlej zdravotnej a sociálnej situácie seniora. Preto je naďalej potrebné zefektívniť kvalitu zdravotníckych a sociálnych služieb ako aj zapojiť do spolupráce ostatných členov komunity.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BULLOUGH, B. - BULLOUGH, V. 1990. *Nursing in the Community. St.Luis* : Mosby Company, 1990. 712 p. ISBN 0-8016-6065-3.
2. BUŠOVÁ, B. 2006. Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Medical Practice.* ISSN 1336-8109. 2006, roč.1, č.4, 17-18 s.
3. CIBULKOVÁ, M. 2011. Financovanie- nočná mora ADOS. In *Sestra.* ISSN 1335-9444, 2011, roč. 10, č.9-10, 26-27 s.
4. CIBULKOVÁ, M. 2011. Úlohy agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Revue medicíny v praxi.* ISSN 1336-202X. 2011, roč.9, č.3, 30 s.
5. Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community Based Care
6. Dostupné na internete: http://deinstitutionalisationguide.eu/.

7. DÚBRAVA, M. Účinná a bezpečná farmakoterapia seniorov. In *Via practica.* č. 7-8, 2006. s. 327-331. Online. www.solen.eu
8. GENTIL, J.D. 2006. Family health nurse. In Trends in nursing IV. Ed. DUŠOVÁ, B., JAROŠOVÁ, D., VRUBLOVÁ, Y. Ostrava : Ostravská univerzita. 2006, p70-72. ISBN 80-7368-182-X
9. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. 1.vyd. Martin : Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80-6315-57.
10. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatria.* 1. vyd. Bratislava : Herba, 2010. 608 s. ISBN 978- 80- 89171-73-6.
11. HROZENSKÁ, M. et al. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické* východiská. Martin: Osveta, 2008. 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
12. JAMES F, ROBERT R. PINGER & JEROME E. KOTECLI. 2002. *An Introduction to Community Health* 4th edition. ISSN: 07461739.
13. JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
14. JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství.* Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978- 80-247-2150-7
15. KYČINOVÁ, S. Komunita a ošetrovateľský výskum. In *Sborník I. ostravské sympozium ošetřovatelství s mezinárodní účastí*. Ostrava : Repronis, 2001. s. 69-72
16. MAGERČIAKOVÁ, M., MALÍKOVÁ, K.: Edukácia a prevencia z pohľadu sestry. In: Integrujíci přístupy k prevenci a péči o zdraví. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíne, Fakulta humanitných studii. 2008. 144- 164 s. ISBN 978-80-7318-778.
17. MORAUČÍKOVÁ, E. 2013. Životné obdobie ženy – klimaktérium. In KAMANOVÁ, I., KUCHARSKA, E. 2013. *Wybrane aspekty opieki nad osobami sztarszymi z perspektywy opieki zdrawotnej i pracy socjalnej.* Kraków: Homo dei. ISBN 978-83-64451-04-1. s. 150-178.
18. Spoločné európske usmernenia pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Online. [cit. 2013-02-23] Dostupné na internete: www. deinstitutionalisationguide.eu/.../2013-10-18-Common-European-Guideline.
19. ŠUPÍNOVÁ, M. et al. 2013. *Komunitné ošetrovateľstvo.* Zvolen: Technická univerzita vo Zvolene, 2013. 215 s. ISBN 978-80-228-2599-3.
20. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatrie pro praxi.* 1. vyd. Praha: Galen, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
21. TURACOVÁ, M. *Činnosť Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti Charitas v regióne Ružomberka:* diplomová práca. Ružomberok: FZ KU, 2013. 75 s.

22. ZRUBÁKOVÁ, K. *Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o geriatrického pacienta v komunite*- dizertačná práca. Trnava: Trnavská univerzita, 2010. 201 s.
23. ZRUBÁKOVÁ, K., MAGERČIAKOVÁ, M., BOROŇOVÁ, J., KRAJČÍK, Š., TURACOVÁ, M. 2012. *Farmakoterapia seniora z pohľadu sestry.* Ružomberok: Verbum, 2012. 116 s. ISBN 978-80-8084-963-4.

Kontaktná adresa:
PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva, KU Ružomberok
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: katarina.zrubakova@ku.sk

EFEKTY KSZTAŁCENIA NA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO W KONTEKŚCIE DYREKTYWY 2013/55/UE A 20.11.2013 R. ZMIENIAJĄCEJ DYREKTYWĘ 2005/36/WE

Mariola Głowacka[1], Grażyna Rogala[2], Beata Haor [3]

[1]Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Zakład Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medium w Toruniu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ w Płocku

[2]Pawelczyk - Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

[3]Zakład Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medium w Toruniu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ w Płocku; Wyższa Szkoła Humanistyczno- Ekonomiczna we Włocławku

Streszczenie

Efekty kształcenia to kwalifikacje formalne nabywane przez studenta w cyklu kształcenia, które dają absolwentom możliwość pełnienie określonych ról, w tym przede wszystkim ról zawodowych oraz porównywania dyplomów uzyskiwanych w szkołach wyższych i uniwersytetach Europy (Chmielecka E., 2010, s.107-134; Story L., 2002, s. 6). Efekty te dla kierunku pielęgniarstwo określają dokumenty międzynarodowe i krajowe. Są to odpowiednio Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym („rozporządzenie w sprawie IMI") oraz Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U., 2012, poz. 631). Zdefiniowanie efektów kształcenia pozwala na precyzyjne scharakteryzowanie sylwetki absolwenta oraz obiektywną ocenę nabytych przez niego wiedzy i umiejętności oraz ukształtowanych postaw reprezentowanych w różnych sytuacjach z różnymi pacjentami.

Słowa kluczowe: Pielęgniarstwo. Efekty. Kształcenie.

Abstract

Learning outcomes are formal qualifications acquired by the student in the learning cycle that give graduates the opportunity to perform specific roles , including in particular the roles of professional and comparison of diplomas obtained in the schools and universities of

Europe (Chmielecka E., 2010, s. 107-134; Story L., 2002, s.6). These effects for the nursing define international and national documents. These are respectively Directive of the European Parliament and of the Council 2013/55/UE of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024 /2012 on administrative cooperation through information exchange system the internal market (' the IMI Regulation ') and the Regulation of the Minister of Science and Higher Education of 9 May 2012 on education standards for courses of study : medical, dental, pharmacy, nursing and midwifery (Dz.U, 2012, pos. 631). Defining learning outcomes allows for precise characterization of the graduate profile and objective assessment of the acquired knowledge, skills and attitudes shaped represented in different situations with different patients

Key words: Nursing. Effects. Education.

Wprowadzenie

Istotny przełom w europejskich systemach szkolnictwa wyższego wynikał z podpisania w 1999 roku Deklaracji Bolońskiej. Istotą tego dokumentu było określenie zadań zmierzających do stworzenia Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego. Zasadnicze przesłanki Deklaracji Bolońskiej dotyczyły: wprowadzenia porównywalnych stopni poprzez wdrożenie Suplementu do dyplomu, systemu kształcenia opartego na dwóch/trzech poziomach kształcenia, upowszechnienia stosowania systemu punktów kredytowych (tj. ECTS- European Credit Transfer System), promowania mobilności środowiska akademickiego (studentów, nauczycieli akademickich, naukowców oraz personelu administracyjnego), aktywizacji współpracy europejskiej w zakresie szkolnictwa wyższego, zwiększenia poziomu jego jakości, integracji programów nauczania, szkoleń i badań (Kózka M., 2008, s. 35-36; Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym, Dz. U. 2005 Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.). Kolejne konferencje sygnatariuszy Deklaracji Bolońskiej podtrzymywały ogólne kierunki działań związane z utworzeniem Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego, ale także dołączyły nowe elementy w postaci m.in: zatrudnialności i współpracy uczelni z rynkiem pracy, umiędzynarodowienia studiów, promocji kształcenia przez całe życie, rozwoju studiów doktoranckich, zaleceń tworzenia w poszczególnych krajach Krajowych Ram Kwalifikacji opartych na zasadach Ram Kwalifikacji dla Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego i Zaleceniu UE w sprawie Europejskich Ram Kwalifikacji (Kózka M., 2008, s. 35-36; Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym, Dz. U. 2005 Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.). W związku z wejściem Polski do grupy krajów Unii Europejskiej dokonała się także transformacja

systemu kształcenia akademickiego. Polska włączyła się w realizację Procesu Bolońskiego poprzez m.in. trójstopniowy system studiów i system punktów kredytowych ECTS, wdrożenie Suplementu do Dyplomu, funkcjonowanie Polskiej Komisji Akredytacyjnej, promowanie mobilności środowiska akademickiego w ramach programów Sokrates/Erasmus i umów międzynarodowych, zmian legislacyjnych. Znowelizowana ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym uwzględniła założenia Procesu Bolońskiego, kwestie wdrożenia Ram Kwalifikacji i systemów zapewniania jakości kształcenia w polskim szkolnictwie wyższym (Kózka M., 2008, s. 35-36; Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym, Dz. U. 2005 Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.). Transformacja dotyczyła także kształcenia zawodowego pielęgniarek, które realizowane jest obecnie w ramach studiów wyższych. Uwzględnia ono przygotowanie do zawodu w ramach studiów pierwszego stopnia, doskonalenie kompetencji w trakcie studiów drugiego stopnia oraz podjęcie studiów doktoranckich (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko – dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, Dz. U. 2012, poz. 631).

Dokumenty regulujące kształcenie pielęgniarek uwzględniają efekty kształcenia, które określają, co uczący się powinien wiedzieć, umieć, rozumieć i jakie reprezentować postawy po zakończeniu określonego etapu kształcenia i całego cyklu kształcenia. Zgodnie z Deskryptorami Dublińskimi efekty kształcenia sklasyfikowano w pięciu kategoriach: wiedza i rozumienie, stosowanie wiedzy i rozumienia, umiejętność wnioskowania i formułowania sądów, umiejętność komunikowania się oraz umiejętność uczenia się (Story L., 2002,s. 6).

Na poziomie europejskim efekty kształcenia pielęgniarek określa Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym („rozporządzenie w sprawie IMI"), a w Polsce dodatkowo stanowi znaczące ich uszczegółowienie Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. 2012, poz. 631).

Metodyka

Opracowując niniejszą pracę dokonano analizy dokumentów formalnych określających efekty kształcenie dla kierunku pielęgniarstwo, w tym szczególnie zapisy Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniająca Dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych

i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym („rozporządzenie w sprawie IMI) oraz treść Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. 2012, poz. 631).

Tekst pracy

Nowelizacja Dyrektywy 2005/36/WE (akapit 25 wstępu Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE) wprowadziła wspólne zasady kształcenia w zawodach regulowanych, pozostawiając przy tym uprawnienia państw członkowskich do decydowania o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do wykonywania zawodów na ich terytorium, jak również o zakresie i organizacji ich systemów kształcenia. Określone zasady kształcenia mają charakter wspólnych ram kształcenia opartych na wspólnym zasobie wiedzy, umiejętności i kompetencji. Wspólne ramy kształcenia w przypadku specjalności medycznych powinny zapewniać ochronę zdrowia publicznego i bezpieczeństwa pacjentów na wysokim poziomie (Dyrektywa, 2013, s. 135).

Zgodnie z zapisami Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE (akapit 20 wstępu) w ostatnich trzydziestu latach w zawodzie pielęgniarki nastąpiły znaczne zmiany: podstawowa opieka zdrowotna, stosowanie bardziej złożonych terapii oraz nieustanny rozwój technologii, które skutkują większą odpowiedzialnością pielęgniarek/pielęgniarzy. Dlatego kształcenie pielęgniarskie, którego organizacja nadal różni się w różnych krajach, powinno dawać bardziej zdecydowaną i opartą na wynikach pewność, że student/ absolwent zdobył w trakcie kształcenia oraz po jego zakończeniu określoną wiedzę i umiejętności oraz jest w stanie wykorzystywać, co najmniej określone kompetencje w celu prowadzenia działalności odpowiadającej temu zawodowi (Dyrektywa, 2013, s. 135).

Nowa Dyrektywa określa w sposób ogólny zakres wiedzy i umiejętności, które zdobywa absolwent kierunku pielęgniarskiego:

a) kompleksową wiedzę w zakresie nauk, na których opiera się pielęgniarstwo ogólne, łącznie z wystarczającym zrozumieniem budowy, funkcji fizjologicznych i zachowania osób zdrowych i chorych oraz zależności między stanem zdrowia a fizycznym i społecznym środowiskiem człowieka;
b) wiedzę o charakterze i etyce zawodu oraz ogólnych zasadach opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa;
c) odpowiednie doświadczenie kliniczne; doświadczenie to, dobrane ze względu na jego wartości szkoleniowe, powinno zostać nabyte pod nadzorem wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego w miejscu, w którym dzięki odpowiedniej liczbie

wykwalifikowanego personelu i wyposażeniu istnieją odpowiednie warunki do świadczenia opieki pielęgniarskiej (art.21a, ust.4, pkt.23, pakt.f) (Dyrektywa, 2013, s. 151).

Absolwent kierunku określony w treści przedmiotowej Dyrektywy jako pielęgniarska opieki ogólnej powinna posiadać, co najmniej następujące kompetencje:

a) samodzielne postawienie diagnozy odnośnie do wymaganej opieki pielęgniarskiej na podstawie aktualnej wiedzy teoretycznej i klinicznej oraz planowanie, organizowanie i sprawowanie opieki pielęgniarskiej w procesie leczenia pacjentów na podstawie wiedzy i umiejętności nabytych w celu doskonalenia w wykonywaniu zawodu;
b) efektywna współpraca z innymi podmiotami z sektora zdrowia, w tym uczestnictwo w szkoleniach praktycznych personelu służby zdrowia na podstawie wiedzy i umiejętności,
c) wspomaganie osób, rodzin i grup w prowadzeniu zdrowego trybu życia i dbaniu o własne zdrowie na podstawie wiedzy i umiejętności;
d) samodzielne podejmowanie interwencji ratujących życie oraz podejmowanie działań w przypadku kryzysów i katastrof;
e) niezależne udzielanie porad, instruowanie i wspieranie osób wymagających opieki i ich bliskich;
f) samodzielne zapewnianie dobrej jakości opieki pielęgniarskiej i jej ocena;
g) porozumiewanie się w sposób zrozumiały na temat kwestii zawodowych oraz współpraca z przedstawicielami innych zawodów z sektora zdrowia;
h) dokonywanie analizy jakości opieki z myślą o doskonaleniu się w wykonywaniu zawodu pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną (art.21a, ust.4, pkt.23, pakt.g) (Dyrektywa, 2013, s. 151).

Uczelnie definiują i klasyfikują efekty kształcenia w programach szczegółowych zgodnie z sylwetką absolwenta, która powinna być kompatybilna z ww. cytowaną Dyrektywą oraz prawem krajowym regulującym kształcenie na kierunku pielęgniarstwo. W przypadku Polski efekty kształcenia determinujące sylwetkę pielęgniarki zostały określone w standardzie kształcenia na kierunku pielęgniarstwo załącznik nr 4 -Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. 2012, poz. 631) oraz odpowiadają kompetencjom zawodowym określonym w art. 4 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm). Efekty te sklasyfikowano w trzy grupy: efekty w zakresie wiedzy, efekty w zakresie umiejętności i efekty w zakresie kompetencji społecznych. Dyplom licencjata pielęgniarstwa uzyskuje absolwent studiów pierwszego

stopnia kierunku pielęgniarstwo, który w obszarze wiedzy posiada: szczegółową wiedzę z zakresu pielęgniarstwa, ogólną wiedzę z zakresu innych nauk medycznych, znajomość regulacji prawnych, norm etycznych i deontologii odnoszących się do wykonywania zawodu pielęgniarki. Natomiast w zakresie umiejętności potrafi: korzystać z aktualnej wiedzy dla zapewnienia bezpieczeństwa i wysokiego poziomu opieki, udzielać świadczenia w zakresie promowania, zachowania zdrowia i zapobiegania chorobom, sprawować całościową i zindywidualizowaną opiekę nad pacjentem niepełnosprawnym i umierającym, samodzielnie wykonywać zawód, zgodnie z zasadami etyki ogólnej i zawodowej oraz holistycznego podejścia do pacjenta, uwzględniającego poszanowanie i respektowanie jego praw, organizować pracę własną; nawiązywać współpracę w zespołach opieki zdrowotnej oraz inicjować i wspierać działania społeczności lokalnej na rzecz zdrowia. Z kolei w zakresie kompetencji społecznych: skutecznie i z empatią porozumiewa się z pacjentem, posiada świadomość czynników wpływających na reakcje własne i pacjenta oaz posiada świadomość konieczności permanentnego, ustawicznego kształcenia się (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko – dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, Dz. U. 2012, poz. 631).

Przytoczone efekty ogólne kształcenia sprecyzowane w prawie polskim są zgodne z zapisami Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym („rozporządzenie w sprawie IMI).

W polskim standardzie kształcenia na kierunku pielęgniarstwo sklasyfikowano efekty kształcenia w obrębie poszczególnych modułów: nauki podstawowe, nauki społeczne, nauki w zakresie podstaw opieki pielęgniarskiej, nauki w zakresie opieki specjalistycznej. Sklasyfikowane efekty pozwalają na osiągnięcie przez absolwenta kompetencji określonych w podpunkcie g, punktu 23, ustępu 4, artykułu 21 a Dyrektywy (Dyrektywa, 2013, s.151) oraz Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko – dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. 2012, poz. 631).

Dla przykładu po zaliczeniu przedmiotów w module nauki w zakresie opieki specjalistycznej w zakresie wiedzy absolwent: wymienia objawy zagrożenia życia u pacjentów w różnym wieku; charakteryzuje czynniki ryzyka i zagrożeń zdrowotnych pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia; wyjaśnia etiopatogenezę, objawy kliniczne, przebieg, leczenie, rokowanie i opiekę pielęgniarską w schorzeniach: układu pokarmowego

(żołądka, jelit, wielkich gruczołów), wątroby, trzustki, układu moczowego (nerek i pęcherza moczowego), układu kostno-stawowego, mięśni, układu dokrewnego oraz krwi; zna zasady oceny stanu chorego w zależności od wieku; zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo-ginekologicznym i opiece paliatywnej; zna zasady planowania opieki nad chorym w zależności od wieku i stanu zdrowia; zna zasady przygotowania, opieki w trakcie oraz po badaniach i zabiegach diagnostycznych wykonywanych u pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia; charakteryzuje grupy leków i ich działanie na układy i narządy chorego w różnych schorzeniach, w zależności od wieku i stanu zdrowia, z uwzględnieniem działań niepożądanych, interakcji z innymi lekami i dróg podania; charakteryzuje techniki i procedury pielęgniarskie stosowane w opiece nad chorym w zależności od jego wieku i stanu zdrowia; zna zasady przygotowania chorego do samoopieki w zależności od jego wieku i stanu zdrowia; różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia; zna rolę pielęgniarki przy przyjęciu chorego do przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w zależności od jego wieku i stanu zdrowia pacjenta; charakteryzuje proces starzenia się w aspekcie bio-psycho-społeczno-ekonomicznym; zna swoiste zasady organizacji opieki specjalistycznej (geriatrycznej, intensywnej opieki medycznej, neurologicznej, psychiatrycznej, pediatrycznej, internistycznej, chirurgicznej, paliatywnej oraz systemu ratownictwa medycznego w Polsce); różnicuje etiopatogenezę schorzeń wieku podeszłego: cukrzycy, chorób serca, nadciśnienia tętniczego, miażdżycy, zespołów otępiennych, zespołu Parkinsona i depresji; charakteryzuje narzędzia i skale oceny wsparcia osób starszych i ich rodzin; zna zasady aktywizacji chorego niepełnosprawnego i objętego opieką geriatryczną; wyjaśnia patofizjologię i objawy kliniczne chorób wieku rozwojowego: układu oddechowego, układu krążenia, dróg moczowych, układu pokarmowego, chorób alergicznych oraz chorób krwi; omawia patofizjologię i objawy kliniczne chorób i stanów zagrożenia życia noworodka i wcześniaka; charakteryzuje podstawy opieki nad wcześniakiem i noworodkiem; wyjaśnia cel i zasady opieki przedkoncepcyjnej; charakteryzuje mechanizm i okresy porodu fizjologicznego; zna zasady planowania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej i połogu; identyfikuje etiopatogenezę schorzeń ginekologicznych; zna następstwa długotrwałego unieruchomienia; zna metody, techniki i narzędzia oceny stanu świadomości i przytomności; zna etiopatogenezę i objawy kliniczne podstawowych zaburzeń psychicznych; zna zasady obowiązujące przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego; zna możliwości stosowania psychoterapii u chorych z zaburzeniami układu nerwowego; zna zasady żywienia chorych, z uwzględnieniem leczenia dietetycznego, wskazań przed- i pooperacyjnych; charakteryzuje czynniki zwiększające ryzyko okołooperacyjne; zna zasady przygotowania pacjenta do

zabiegu operacyjnego w trybie pilnym i planowym oraz w chirurgii jednego dnia; zna kierunki obserwacji pacjenta po zabiegu operacyjnym, w celu zapobiegania wczesnym i późnym powikłaniom; wymienia objawy, charakteryzuje przebieg i sposoby postępowania w określonych jednostkach chorobowych leczonych chirurgicznie; wyjaśnia działania zintegrowanego systemu opieki stomijnej i innych stowarzyszeń na rzecz zdrowia; wyjaśnia patofizjologię zaburzeń występujących w przebiegu chorób, urazów układu nerwowego i grożących powikłań; zna podstawowe kierunki rehabilitacji leczniczej (ergoterapia, psychoterapia, kinezyterapia, fizjoterapia); charakteryzuje przebieg i sposoby postępowania rehabilitacyjnego w jednostkach chorobowych; zna formy rehabilitacji zawodowej; na standardy i procedury postępowania w stanach nagłych i zabiegach ratujących życie; zna zasady przygotowania sali operacyjnej do zabiegu w znieczuleniu ogólnym i regionalnym; charakteryzuje kierunki obserwacji pacjenta w trakcie zabiegu operacyjnego, obejmujące monitorowanie w zakresie podstawowym i rozszerzonym; zna przebieg procesu znieczulenia oraz zasady i metody opieki nad pacjentem po znieczuleniu; charakteryzuje metody znieczulenia regionalnego i zadania pielęgniarki anestezjologicznej w trakcie i po znieczuleniu regionalnym; rozpoznaje stany zagrożenia życia i opisuje monitorowanie pacjentów metodami przyrządowymi i bezprzyrządowymi; objaśnia algorytm postępowania resuscytacyjnego w zakresie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych (BLS – basic life suport) i zaawansowanego podtrzymywania życia (ALS – advanced life suport); .zna zasady profilaktyki zakażeń w oddziałach intensywnej terapii i na bloku operacyjnym; opisuje procedury zabezpieczenia medycznego w zdarzeniach masowych i katastrofach oraz w sytuacjach szczególnych, takich jak skażenia chemiczne, radiacyjne i biologiczne; zna zasady pierwszej pomocy przedmedycznej; zna patofizjologię, objawy kliniczne i powikłania chorób nowotworowych; zna procedurę postępowania z ciałem zmarłego (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko – dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, Dz. U. 2012, poz. 631).

W zakresie umiejętności absolwent: gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarską, ustala cele i plan opieki, wdraża interwencje pielęgniarskie oraz dokonuje ewaluacji opieki; rozpoznaje uwarunkowania zachowania zdrowia odbiorców opieki w różnym wieku i stanie zdrowia; prowadzi poradnictwo w zakresie samoopieki pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia, dotyczące wad rozwojowych, chorób i uzależnień; motywuje chorego i jego opiekunów do wejścia do grup wsparcia społecznego; prowadzi profilaktykę powikłań w przebieg chorób; organizuje izolacje chorych zakaźnie w miejscach publicznych i warunkach domowych; ocenia rozwój psychofizyczny dziecka, wykonuje testy przesiewowe, wykrywa zaburzenia w rozwoju; diagnozuje stopień ryzyka rozwoju odleżyn

i dokonuje ich klasyfikacji; pobiera materiał do badań diagnostycznych; ocenia stan ogólny pacjenta w kierunku powikłań po specjalistycznych badaniach diagnostycznych i powikłań pooperacyjnych; doraźnie podaje tlen, modyfikuje dawkę stałą insuliny szybko i krótkodziałającej; przygotowuje chorego do badań diagnostycznych pod względem fizycznym i psychicznym; dokumentuje sytuacje zdrowotną pacjenta, jej dynamikę zmian i realizowaną opiekę pielęgniarską; doraźnie unieruchamia złamania kości, zwichnięcia i skręcenia oraz przygotowuje pacjenta do transportu; prowadzi edukację w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia zdrowia; rozpoznaje stany nagłego zagrożenia zdrowia; wykonuje defibrylację automatyczną (AED) i bezprzyrządowe udrażnianie dróg oddechowych; instruuje pacjenta i jego opiekuna w zakresie użytkowania sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego oraz środków pomocniczych; prowadzi żywienie enteralne i parenteralne dorosłych i dzieci z wykorzystaniem różnych technik, w tym pompy obrotowo-perystaltycznej; rozpoznaje powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i leczniczo-pielęgnacyjnego; pielęgnuje pacjenta z przetoką, rurką intubacyjną i tracheotomijną; prowadzi rozmowę terapeutyczną; doraźnie tamuje krwawienia i krwotoki; prowadzi rehabilitację przyłóżkową i usprawnianie ruchowe pacjenta oraz aktywizację z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej; prowadzi, dokumentuje i ocenia bilans płynów pacjenta; przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego; asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych i leczniczych; prowadzi dokumentację opieki nad chorym: kartę obserwacji, zabiegów pielęgniarskich i raportów, kartę rejestrów zakażeń szpitalnych, profilaktyki i leczenia odleżyn oraz kartę informacyjną z zaleceniami w zakresie samoopieki; ocenia poziom bólu, reakcję chorego na ból i nasilenie bólu oraz stosuje postępowanie przeciwbólowe; tworzy pacjentowi warunki do godnego umierania; przewiduje skutki postępowania pacjenta z określonymi zaburzeniami psychicznymi; dostosowuje interwencie pielęgniarskie do rodzaju problemów pielęgnacyjnych; przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko – dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, Dz. U. 2012, poz. 631).

W zakresie kompetencji społecznych absolwent: szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności, dążąc do profesjonalizmu; przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece; wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; przestrzega praw pacjenta; rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe; przestrzega tajemnicy zawodowej; współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu

etyki zawodowej; jest otwarty na rozwój podmiotowości własnej i pacjenta; przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko – dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, Dz. U. 2012, poz. 631).

W kontynuacji zapisów Dyrektywy 2005/36/WE znowelizowana jej treść w Dyrektywie 2013/55/UE przewiduje obowiązek posiadania przez pielęgniarki niezbędnych umiejętności językowych (Dyrektywa, 2013, s. 137), które w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. 2012,poz. 631) zostały określone na poziomie B-1, a w szczególności sprecyzowano dwa językowe efekty kształcenia w module nauki społeczne: absolwent analizuje piśmiennictwo w języku angielskim oraz porozumiewa się w języku angielskim w sposób odpowiadającym poziomowi biegłości B1 Europejskiego Systemu Opisu Kształcenia Językowego (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko – dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, Dz. U. 2012, poz. 631).

Wnioski

1. Dyrektywa 2013/55/UE precyzuje umiejętności, które powinien zdobyć absolwent kierunku pielęgniarstwa odnosząc je do kompetencji pielęgniarki opieki ogólnej, co daje państwom członkowskim możliwość zachowania autonomii w zakresie uszczegółowienia efektów kształcenia i ich dostosowania do potrzeb pacjentów, gwarantując jednocześnie bezpieczeństwo i wysoką jakość świadczeń w zakresie zdrowia publicznego.
2. Obowiązujący w Polsce standard kształcenia, pomimo wcześniejszego wejścia w życie w stosunku do powyższej Dyrektywy, realizuje jej zapisy w zakresie efektów kształcenia i nie wymaga nowelizacji w tym aspekcie.
3. Zapisy cytowanego rozporządzenia są na tyle szczegółowe, że stanowią podstawę do opracowania narzędzi ewaluacji i stopnia osiągania efektów kształcenia przez studentów w trakcie procesu kształcenia, jak i po jego zakończeniu. Powinny również stanowić punkt wyjścia do kształcenia podyplomowego i uzyskiwanych przez pielęgniarki kompetencji w kształceniu ustawicznym.

Bibliografia

1. CHMIELECKA E. 2010. *Autonomia programowa uczelni. Ramy kwalifikacji dla szkolnictwa wyższego*. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, 2010. 6-158 s. ISBN: 978-83-921765-5-8
2. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym („rozporządzenie w sprawie IMI"). W *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej*, 28 grudnia 2013 r., nr 354, s. 132 -170.
3. KÓZKA M. 2008. *Efektywność kształcenia zawodowego na studiach pielęgniarskich pierwszego stopnia w okresie transformacji systemu*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2008. 35-36 s. ISBN: 83-85688-21-8.
4. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko – dentystycznego, farmacji , pielęgniarstwa i położnictwa. W *Dziennik Ustaw*, 2012, poz. 631. Dostępne w Internecie: < www.mnisw.gov.pl >.
5. STORY L. 2002. *Competency in Healthcare*. Radciliffe Medical Press, Oxford 2002, 6 s. ISSN: 1478-5242
6. Uchwała nr 4/IV/2013 z dnia 21 listopada 2013 roku KRASZPiP w sprawie określenia szczegółowych kryteriów oceny spełniania przez uczelnie standardów kształcenia. Dostępne w Internecie < www.mz.gov.pl >.
7. Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym. W *Dziennik Ustaw,* 2005, nr 164, poz. 1365, z późn. zm. Dostępne w Internecie: < www.mnisw.gov.pl >.

Adres kontaktowy:

Mariola Głowacka

09-230 Bielsk

Ul. Zielona 11

e-mail: mariola.glowacka@wp.pl

tel. 0048 663 526 546

REFLEXIA O ŽENE

Viera Simočková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

V krátkom priereze sa chceme zamyslieť nad postavením ženy v dejinách ľudstva. Postavenie ženy sa v historickom priereze menilo v závislosti od spoločenského zriadenia. Žena bola vnímaná ináč v predhistorických dobách, iný bol pohľad na ženu v rôznych kultúrach, náboženstvách. Čo bolo spoločné vo všetkých historických obdobiach je, že žena bola uctievaná od nepamäti v úlohe matky.

Kľúčové slová: Žena. Postavenie ženy. Žena – matka.

Abstract

In a brief summary we want to think about the status of woman in the history of mankind. The status of women in the historical overview varied depending on the social structure. Woman was perceived differently in prehistoric times, in various cultures, religions. What the common in all historical periods is that the woman has been worshiped in the role of mother.

Key words: Woman. Status of woman. Woman - the mother.

Úvod

Stavba ženského tela je ukážkou funkčnosti, účelnosti, jedinečnosti, v ktorom sa harmonicky spája fyzická a duševná krása, vytvárajúca podstatu pre životné poslanie matky. K ženskej jedinečnej charakteristike patrí výlučne materstvo, ktoré jej umožňuje prijať druhého človeka.

Antropologické výskumy poukazujú na to, že v predhistorických loveckých a zberačských kultúrach nadobudla žena vážnosť predovšetkým ako nositeľka plodnosti a ochrankyňa krbu. V dôsledku toho sa jej prisudzovali magické sily, ktoré posilňovali jej pozíciu.

Žena – matka

V prvotnopospolnej spoločnosti v období praveku poznáme formu spoločenskej organizácie s dominantným postavením ženy tzv. matriarchát, ktorý bol pred nástupom patriarchátu. Forma spoločenskej organizácie žien – matiek bola iná ako mužov – otcov. Prevládala tu rovnosť oproti patriarchátu, kde bola hierarchická štruktúra.

O kulte ženy – matky ku koncu staršej doby kamenej svedčia sošky ženských postáv. Za jednu z najdokonalejších sošiek z obdobia paleolitu sa považuje **Willendorfská venuša** pochádzajúca z Rakúska. Je stará okolo 24 000 až 26 000 rokov, vytvorená z vápenca. Predstavuje ikonu plodnosti a kult materstva. **Věstonická venuša** pochádza z Česka. Je vytvorená z keramiky, stará okolo 25 000 až 29 000 rokov. Na Slovensku je známy nález **Moravianskej venuše** v Moravanoch nad Váhom pri Piešťanoch. Venuša má zvýraznené prsia a panvu – symboly pre zachovanie ľudského rodu. Je vytvorená z mamutieho kla. Jej vek sa odhaduje na 23 000 rokov (Kropilák et al.).

So ženským pohlavím sa viažu významné roly, ktoré žena zastáva ako darkyňa života, matka, opatrovateľka, vychovávateľka, ochrankyňa. Napriek tomu bolo postavenie ženy vzhľadom na muža v minulosti, v niektorých krajinách aj v súčasnosti, nerovnoprávne. Pre starovekých Grékov žena nebola osobou, nebola hodnotou. Podobné filozofické presvedčenie prevládalo aj v starovekom Ríme. Nerovnosť ženy s mužom bola zjavná najmä v otázke výchovy, vzdelania, práce, volebného práva, politického a spoločenského postavenia.

Na prelome 19. – 20. storočia dochádza k zmene postavenia ženy. Postupný proces rastu sebauvedomovania žien podľa Russellovej môžeme syntetizovať do troch etáp (Fula, 2004). V prvej etape – emancipácii si ženy začali uvedomovať vlastné ľudské možnosti a súčasne aj ťažkosti s ich úplným prežívaním v sociálnom živote. Nastupuje druhá etapa, v ktorej ženy prechádzali od osobnej skúsenosti k všeobecnejšiemu rozmeru kritického vedomia. V poslednej tretej etape, ktorú označujeme aj ako feminizmus, sa ženy chceli dostať na úroveň mužov, prevzali však mužský štýl života na úkor svojej ženskosti, čím stratili svoje charakteristické črty. Nasledovala devalvácia hodnôt, ktoré boli žene vlastné v oblasti biologickej aj duchovnej.

Rovnosť muža a ženy na úrovni človeka je neodškriepiteľným prínosom monoteistických náboženstiev. V Biblii v knihe Genezis sa hovorí, že Boh sa rozhodol stvoriť človeka na svoj obraz, v ktorom je zahrnuté mužské a ženské pohlavie. Boží zámer teda prezentuje výlučne rovnosť muža a ženy na obraz Boha a ich vzájomné dopĺňanie sa, v čom spolu tvoria jednotu. Boh im dáva spoločnú funkciu, aby vládli nad ostatnými stvoreniami. Hovoríme o komplementárnosti muža a ženy, o dvoch nezameniteľných a nestotožniteľných rolách, ktoré svojím spoločným pôsobením vytvárajú funkčný a zmysluplný celok.

Veľkým prínosom pre navrátenie stratenej hodnoty ženy v súčasnej spoločnosti bolo učenie pápeža Jána Pavla II. Pojmami ako: osobitne ženské, osobitný talent, vlastné ženské človečenstvo, génius ženy chcel Ján Pavol II. zdôrazniť existenciu a hodnotu ženskej diferencie, osobitne cennej originálnosti patriacej ľudskému rozmeru ženy (Fula, 2004).

Ženský „génius“ podľa Jána Pavla II. vyjadruje rozmery osoby, ktoré patria iba jej samej. Sú to rozmery pozornosti, citlivosti, starostlivosti, prijímania a nežnosti. ,,Génius“ vysvetľuje nasledovne: ,,Žena má na základe zvláštnej skúsenosti materstva špecifickú

citlivosť pre človeka a pre všetko, čo vytvára jeho opravdivé dobro, počínajúc od základnej hodnoty života. Je obdarená osobitnou schopnosťou prijímať človeka v jeho konkrétnosti a vie mu silnejšie ako muž venovať pozornosť. Vidí človeka srdcom. Vidí človeka v jeho veľkosti i v jeho obmedzeniach a snaží sa mu ísť v ústrety a byť mu pomocou.“ (Fula, 2004).

Materstvo z pohľadu Jána Pavla II. K ženskej jedinečnej charakteristike patrí výlučne materstvo, ktoré jej umožňuje prijať druhého – dar seba samého pre rast iného ľudského bytia.

Žena ako matka prijíma druhého človeka, dovoľuje mu rásť a tak mu robí miesto vo svojom vnútri. To žene umožňuje chápať ľudské vzťahy do ich najväčšej hĺbky, čo potom učí aj druhých. Medzi matkou a plodom sa uskutočňuje vnútorný vzťah. Hovoríme o vzťahu dvoch v jednom. Ján Pavol II. sa vyjadruje o žene z pohľadu Božej perspektívy: ,,**Boh jej osobitným spôsobom zveruje človeka**.“ Hoci materstvo zostáva typickým pre ženu, nakoľko je skúsenosťou jej tela, ktoré daruje, plodí, chráni a živí, súčasne je aj najvyšším znakom, ktorý príroda ponúka pre pochopenie starostlivosti, ktorú každý človek dlhuje inému. Preto pápež varuje pred biofyzickou redukciou materstva (Fula, 2004).

Záver

V súčasnosti, keď sa veľa hovorí o kríze rodiny, rodina ostáva i naďalej najvýznamnejšou primárnou sociálnou skupinou, ktorej členom sa človek stáva hneď po narodení. Zabezpečuje úlohy, ktoré sa týkajú socializácie jednotlivých jej členov. Žena – matka predstavuje pre rodinu cez rozmery pozornosti, citlivosti, starostlivosti, prijímania a nežnosti dôležitú oporu, preto nemožno oceniť rodinu bez ocenenia ženy.

Zoznam bibliografických odkazov

1. FULA, M. *Antopológia ženy*. Don Bosco : Bratislava, 2004. ISBN 80-8074-016-X.
2. KROPILÁK, M. et al. *Československé dejiny*. 1. vyd. Bratislava : Vydavateľstvo Osveta, 1961.
3. *Sväté písmo*. Rím : Slovenský ústav svätého Cyrila a Metoda, 1995.

Kontaktná adresa:

doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: viera.simockova@ku.sk

ŠPECIFIKÁ EDUKÁCIE PACIENTOV LIEČENÝCH WARFARÍNOM

Marcela Ižová[1], Monika Tomková[2]

[1]Katolícka univerzita v Ružomberoku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva Ružomberok

[2]Univerzitná nemocnica Martin, Špecializovaná ambulancia Centra hemostázy a trombózy, Hemomedika s.r.o. v Martine

Abstrakt

Antikoagulačná liečba má značný vplyv na kvalitu života pacienta. Dosiahnutie adekvátneho účinku warfarínu vyžaduje dodržiavanie určitých požiadaviek, spojených s jeho užívaním. Cieľom práce poukázať na špecifiká edukácie pacientov liečených warfarínom. Podmienkou edukácie pacientov liečených warfarínom, je oboznámenie ich so zásadami terapeutického režimu, pričom nevyhnutnosťou by malo byť zvýšenie ich compliance a snahy podieľať sa na starostlivosti o vlastné zdravie.

Kľúčové slová: Warfarín. Antikoagulačná liečba. Edukácia pacientov. Špecifiká edukácie. Sestra.

Abstract

Anticoagulant therapy has a significant impact on patient quality of life. Achieve an adequate effect of warfarin requires compliance with certain requirements associated with its use. Aim of the study point out the specifics of education of the patients treated with warfarin. The condition of education of patients treated with warfarin is familiar with the principles of the therapeutic regimen, and necessity should be to increase their compliance efforts and participate in the management of their own health.

Key words: Warfarin. Anticoagulation therapy. Education of patient. The specifics of education. Nurse.

Úvod

Antikoagulačná liečba predstavuje v dnešnej dobe neoddeliteľnú súčasť terapie, ale aj prevencie ochorení v mnohých medicínskych odboroch. *,,Jedná sa o umelé navodenie poruchy krvného zrážania, s cieľom zabrániť vzniku trombózy, alebo zabrániť progresii už vzniknutého trombu“* (Kessler, 2000, s.10). Najčastejšie podávaným perorálnym

antikoagulačným prípravkom u nás je Warfarín sodný. *„Napriek všetkým úskaliam, spojeným s liečbou warfarínom, neexistuje zatiaľ žiadna účinnejšia a spoľahlivejšia alternatíva perorálnej antikoagulačnej liečby“* (Lefflerová, 2008, s.224).Pri edukácii pacienta liečeného warfarínom je potrebné uviesť všetky možné riziká komplikácií liečby a poučiť ho o správnej životospráve, vyvarovaní sa možným úrazom, pri ktorých by mohlo dôjsť ku krvácaniu a o nutnosti dôkladného monitorovania krvných hodnôt INR (Lefflerová, 2008).

Vlastný text

Edukácia warfarinizovaného pacienta je vždy individuálna vzhľadom k jeho diagnóze, zdravotnému stavu a veku. Tým, že liečbu ordinuje vždy erudovaný lekár (hematológ, angiológ, kardiológ, internista), je prvou osobou, ktorá pacientovi podáva informácie o ochorení, o terapeutických opatreniach a edukuje ho o režimových zmenách, vyplývajúcich z liečby. Lekár, indikujúci antikoagulačnú liečbu warfarínom musí dôkladne odobrať anamnézu k zisteniu rizika krvácania. Pri klinickom vyšetrení zhodnocuje riziká tromboembólie, zaznamenáva dôvod nasadenia warfarínu a odhad predbežnej doby liečby (Malý akol., 2005). Informuje pacienta o liečbe warfarínom, jeho účinkoch a interakciách s inými liekmi, objasňuje mu jednotlivé povinnosti vyplývajúce z liečby, z ktorých najdôležitejšie je pravidelné užívanie lieku a krvné kontroly INR. Pacient má byť rovnako poučený o riziku krvácania, vrátane kontraindikácie aplikácie liekov do svalu po dobu liečby a o potravinových interakciách (Hirmerová, 2010). Lekár pacienta dispenzarizuje a na pravidelných kontrolách sleduje účinky terapie dôkladným monitorovaním hodnôt INR (Chlumský, 2005). Pacient by mal vždy pri prvom nasadení terapie warfarínom obdržať **preukaz s prehľadom o liečbe,** ktorý slúži samotnému pacientovi, ale podáva informácie o dávkovaní warfarínu, hodnotách INR a termíne ďalšej kontroly aj ostatným lekárom. Spolu so záznamami o warfarínovej liečbe by mal mať pacient tento preukaz neustále pri sebe (Lefflerová, 2010).

Sesterská edukácia je proces, ovplyvňujúci správanie pacienta/rodiny s cieľom uskutočňovať zmeny v oblasti vedomostí (kognitívnej), postojov (afektívnej) a zručností (psychomotorickej) a tým maximalizovať ľudský potenciál pre optimálnu kvalitu zdravia (Nemcová, Hlinková, 2010). Na edukácii a liečbe warfarinizovaného pacienta sa tímovo podieľa aj sestra, ktorá ďalej preberá rolu edukátora a individuálnou formou mu poskytuje všetky informácie a pokyny, ktoré by mal pri danej liečbe dodržiavať. Pre úspešnú edukáciu je dôležité postupovať dôsledne podľa edukačných plánov, ako efektívneho spôsobu edukácie (Horanská, Lizáková, 2006). Rozsah edukačných intervencií pacienta užívajúceho warfarín je pomerne široký, preto je pre sestru potrebný dostatok vedomostí. Sestra ani ostatní zdravotnícki pracovníci nezodpovedajú za pacientove správanie. Pozitívnym vzťahom k danému procesu učenia a podporou vnútornej motivačnej sily dosiahneme intenzívnejšie a uvedomelejšie učenie pacienta (Nemcová, Hlinková, 2010). Sestra volí stratégie a metódy,

tak, aby boli pre pacienta zrozumiteľné, pričom využíva dostupné teoretické a praktické vedomosti a zručnosti v oblasti ochorenia, liečby a ošetrovateľských intervencií u pacientov užívajúcich warfarín. Dbá na zrozumiteľnosť slovného výkladu, ktorý slúži k samotnej edukácii pacienta sestrou. Pri realizácii edukácie je nutné dbať na zrozumiteľnosť výkladu, zabezpečiť vhodné prostredie, tempo edukácie, vhodný čas, prípadne edukačné pomôcky, ktoré môžu urýchliť edukačný proces. Dôležité je zvážiť aj možné prekážky učenia, ako sú aktívne ochorenie pacienta, vek, prognóza ochorenia a pod. (Smolková, 2008).

Edukácia warfarinizovaného pacienta sestrou by mala obsahovať **informácie o účinkoch warfarínu, o nutnosti sledovania laboratórnych hodnôt INR a o priebehu odberu krvi na vyšetrenie.** Edukácia sestrou zahŕňa tiež odôvodnenie nutnosti hlásenia zmeny užívajúcich liekov a zmenu životného štýlu, ktoré by mohli mať nepriaznivý účinok na antikoagulačnú liečbu. Pacienta informuje ďalej **o potrebe dodržiavania diétnych opatrení s obmedzením vitamínu K v potravinách a potravinových doplnkoch.** Súčasne obdrží pacient i edukačné materiály (letáky) s informáciami o liečbe warfarínom a s prehľadom potravín, ktoré obsahujú vitamín K, prípadne so spracovaným jedálnym lístkom. Sestra tiež zisťuje, do akej miery je pacient orientovaný vo svojom ochorení a v problematike antikoagulačnej liečby. Použitím cieleného rozhovoru dáva sestra pacientovi priestor k vyjadreniu sa. Predpokladom úspešnej edukácie je zohľadnenie rodinných a sociálnych pomerov, hlavne u starších pacientov, žijúcich osamelo, kde samotný pokročilý vek predstavuje riziko krvácania. Tu sa sestra zameriava predovšetkým na schopnosť pacienta zabezpečiť si prvú pomoc pri krvácavých komplikáciách, spoluprácu s príbuznými v súvislosti s dohľadom na užívanie liekov (Lefflerová, 2010). Liečba warfarínom vyžaduje zodpovednosť a spoluúčasť pacientov na liečebnom procese. Podmienkou účinného liečebného efektu warfarínu sú **pravidelné kontroly**. Lekár v časovom rozpätí 4-6 týždňov kontroluje laboratórne hodnoty krvi pacienta, ktoré sa označujú ako tzv. Quickov test a sú vyjadrené v hodnotách INR. Požadované rozmedzie INR pri terapii warfarínom je 2-4 s., dávku warfarínu stanovuje vždy lekár. Na vyšetrenie, ktoré pozostáva z krvnej analýzy je nevyhnutná dostatočná príprava pacienta. Odber krvi zo žily sa vykonáva v ranných hodinách, nalačno, vhodné je vypiť 2-3dcl vody, pred odberom nefajčiť a minimálne dve hodiny pred odberom sa odporúča vyhnúť výraznej fyzickej námahe (Zima, 2008). Sestra pacienta opakovane edukačne stimuluje a zodpovedá jeho nové otázky. Pacient ošetrovaný v ambulancii následne po krvnom odbere čaká na výsledok z laboratória. Na základe výsledku hladiny INR lekár ďalej upravuje dávkovanie warfarínu a riadi liečbu. Niektoré ambulancie a nemocnice sú vybavené prenosným zariadením, prostredníctvom ktorého je možné stanoviť hodnotu INR v priebehu niekoľkých minút odberom kapilárnej krvi z prsta. V podstatne menšej miere sa využíva forma selfmonitoringu. Pacientovi poskytuje väčšiu istotu, sebadôveru, kontrolu nad ochorením, voľnosť v každodennom živote a umožňuje mu lepšie

pochopiť svoje telo. Doporučená frekvencia testovania pri selfmonitoringu je raz týždenne, ale pri spolupráci s ošetrujúcim lekárom možno odôvodniť menšiu frekvenciu testovania. Selfmonitoring nie je náhradou lekárskej opatery a môžu ho praktikovať len pacienti komplexne zaškolení kvalifikovanou a poverenou osobou (Antikoagulačná liečba, 2009). Účinnosť edukácie sestra posudzuje prostredníctvom porovnania výsledkov rozhovoru s výslednými hodnotami INR. Špecifickosť liečby perorálnymi antikoagulanciami vyžaduje dostatočné vedomosti sestry o rizikách a nežiaducich účinkoch, ktoré túto liečbu často sprevádzajú.

Warfarinizovaný pacient by mal byť adekvátne informovaný **o režimových opatreniach a možnosti komplikácií**, ktoré sa u neho môžu vyskytnúť v začiatkoch liečby, ale aj pri dlhodobom užívaní warfarínu. Sestra pri edukácii neustále analyzuje stupeň vedomostí a dodržiavania zásad zdravej výživy, pohybového režimu a proti stresových opatrení. V rámci edukácie pri liečbe warfarínom je potrebné pacientovi priblížiť pojem trombóza a vysvetliť mu, akým mechanizmom vzniká a aké následky môže mať jej nedostatočná profylaxia a liečba. Nevyhnutnosťou sú informácie ohľadne komplikácií spojených s užívaním perorálnych antikoagulancií, z ktorých najbežnejšie je krvácanie, ale sestra má mať vedomosti aj o ďalších nežiaducich účinkoch liečby. V oblasti farmakoterapie sestra pacienta oboznamuje s účinkami warfarínu. Keďže pôsobenie perorálnych antikoagulancií znižuje redukovaná absorbcia z tráviaceho traktu, musí byť pacient informovaný o nutnosti užívania warfarínu ráno na lačný žalúdok, minimálne pol hodinu pred jedlom a ostatnými liekmi (Hynie, 2001). Nevyhnutnosťou pri edukácii warfarinizovaného pacienta je poučenie o potrebe **prevencie úrazov a pádov**, ktoré môžu mať za následok až život ohrozujúce krvácavé stavy. Spomalenie zastavenia krvácania, spôsobené účinkom warfarínu sa u pacienta môže prejaviť nadmernou tvorbou modrín. Nie všetky druhy cvičení sú pre týchto pacientov vhodné. Vytrvalostné aktivity ako chôdza, prechádzky, beh, bicyklovanie nespôsobujú žiadne ťažkosti. Ideálne sú gymnastické cvičenia v plaveckom bazéne. Športy ako tenis, badminton či squash, rovnako ako posilňovanie vo fitness centrách, sa neodporúčajú v prvých šiestich mesiacoch napr. po operácii srdca a potom jedine po konzultácii s ošetrujúcim lekárom. V stabilizovanej fáze sa môžu pacienti užívajúci warfarín venovať väčšine športov, avšak vyhnúť by sa mali kontaktným a adrenalínovým športom (box, paragliding a pod.).

Pri **cestovaní** do vzdialených krajín sa odporúča, aby si pacient vzal so sebou dostatočné množstvo liekov a lekársku správu alebo kartičku s uvedenými stručnými informáciami o liečbe. Čo sa týka **duševného tlaku**, pacienti, ktorí sú dočasne v strese, by si mali účinok svojej liečby kontrolovať častejšie, pretože môžu potrebovať upraviť dávku antikoagulancia. Zvýšená produkcia stresového hormónu kortizolu, ktorý sťahuje cievy, môže ovplyvniť prietok krvi, čo môže mať za následok zmeny v samotnom metabolizme warfarínu.

To sa môže prejaviť jeho zvýšeným účinkom a teda aj krvácavými prejavmi. Osobitnou kapitolou, ktorá dokáže warfarinizovaných pacientov zneistiť a niekedy aj značne znepokojiť je ovplyvnenie antikoagulácie **diétou.** Ustálenú hodnotu INR môže vychýliť aj strava s väčším množstvom zeleniny obsahujúcej chlorofyl, a to aj v upravenej forme. Sem zaraďujeme predovšetkým brokolicu, špenát, kapustu, hlávkový šalát, zelený hrach. Rovnako pitie bylinkových čajov, obzvlášť zeleného a žihľavového, konzumácia sójových bôbov a sójového oleja, hovädzej pečienky, vaječného žĺtka môže mať za následok ovplyvnenie účinku warfarínu. Interakcie môžu nastať aj pri súčasnom užívaní kumarínových antikoagulancií s ginkom dvojlaločným (intracerebrálna hemorágia), žeň-šenom (riziko trombóz) a cesnakom (riziko krvácania) (Chlumský,2005; Kákošová, 2003). Pacientov je potrebné informovať o tom, že pri diétnych opatreniach, spojených s liečbou warfarínom, nie je cieľom vylúčiť z potravy zeleninu a ovocie, ale dodržiavať zásady stabilnej zdravej životosprávy s aktuálnou úpravou dávkovania warfarínu. Pri zásadnejšej dlhodobej zmene diéty s vysokým obsahom listovej zeleniny je nutné kontrolovať úroveň antikoagulancie častejšie. Nedostatočné vysvetlenie o možnej interakcii warfarínu s potravinami bohatými na vitamín K, môžu pacienti pochopiť tak, že pre istotu nebudú konzumovať žiadnu zeleninu s odôvodnením, že im to odporučil lekár. Zníženie, ani úplné vylúčenie príjmu listovej zeleniny z potravy sa nejaví ako liečebne opodstatnené (Lefflerová, 2010; Čepelák, 2010).

V rámci konzumácie **alkoholu** platí, že jeho veľké množstvo môže zvyšovať hodnoty INR. *„Príležitostné požitie etanolu (41-54g denne) nemá na warfarínom navodenú antikoaguláciu vplyv“*(Chlumský, 2005). Nadmerný príjem alkoholu môže mať za následok tiež pacientove ťažkosti s rovnováhou, z čoho vyplýva zvýšené nebezpečenstvo úrazu. Príležitostný pohár vína, alebo pohárik tvrdého alkoholu zakázaný však nie je. Pokiaľ ide o **fajčenie** cigariet, fajok a tabaku, je situácia celkom odlišná. Fajčenie vyvoláva nadmernú zrážanlivosť krvi a malo by byť striktne vylúčené. Tabakový dym obsahuje množstvo látok, ktoré môžu účinok warfarínu ovplyvniť ako smerom k zvýšeniu, tak aj k zníženiu hladiny INR. U antikoagulovaného pacienta, ktorý v priebehu liečby začne či skončí s fajčením, by sa v tejto dobe malo INR kontrolovať prísnejšie (Antikoagulačná liečba, 2009; Chlumský, 2005).

Keďže účinok warfarínu môže byť ovplyvnený radou liekov, každé **predpísanie nového lieku** môže znamenať potencionálne riziko negatívneho ovplyvnenia liečby**.** Neoddeliteľnou súčasťou edukácie pacienta užívajúceho warfarín, je nutnosť informovať o užívaní perorálnych antikoagulancií ostatných lekárov. Rovnako lekár, ktorý vedie antikoagulačnú liečbu, musí vždy vedieť o predpísaní akéhokoľvek lieku iným lekárom. Pre adekvátnu účinnosť liečby warfarínom je dôležité tiež dôkladné zváženie každej kúpy voľne predajných výživových doplnkov (Kohout, Kessler, Růžičková, 2007).

Invazívne zákroky sa v prípade užívania warfarínu vždy spájajú so zvýšeným výskytom krvácania, čo môže viesť až k život ohrozujúcim komplikáciám. Podanie injekcií do

svalu je z dôvodu zníženia krvnej zrážanlivosti pri užívaní kumarínových preparátov kontraindikované. Pacient by mal každého lekára informovať o tom, že je liečený warfarínom, obzvlášť zubár, gynekológ a chirurgicky zameraní špecialisti musia byť s touto skutočnosťou dostatočne oboznámení. *„V prípade plánovaného invazívneho zákroku je potrebné zvážiť riziko prerušenia antikoagulečnej liečby vyplývajúce z indikácie tejto terapie a súčasne riziko krvácavých komplikácií, súvisiacich s výkonom"*(Lefflerová, 2010,s.10). Drobné výkony, ako punkciu kĺbu skúseným lekárom, jednoduchú extrakciu zuba, endoskopické vyšetrenie tráviaceho traktu, operáciu katarakty, excíziu drobného kožného útvaru je možné vykonávať pri neprerušenej liečbe warfarínom v prípade, ak je hodnota INR pri dolnej hranici liečebného rozmedzia -2,0 s. Tento postup sa však netýka pacientov s umelými srdcovými náhradami, keďže hodnota INR u nich sa musí bezpodmienečne pohybovať v rozmedzí 3 –4 s. (Kohout, Kessler, Růžičková,2007). Väčší chirurgický výkon je možné uskutočniť bez zvýšeného rizika krvácania pri hodnote INR nižšej ako 1,5 s., ktorú dosiahneme spravidla vysadením warfarínu na 3-6 dní. Ak je potrebné prerušiť antikoagulačnú liečbu na dlhšiu dobu ako týždeň, musí byť toto obdobie prekryté nízkomolekulárnym heparínom. O dočasnom prerušení liečby warfarínom je vždy potrebná aktuálna dohoda s pracoviskom, ktoré bude zákrok vykonávať (Kessler, 2000;Lefflerová, 2010). Pacient je teda povinný týždeň pred plánovaným výkonom informovať o tomto výkone lekára, ktorý vedie antikoagulačnú liečbu, aby bolo dosť času na prípravu. Pri nutnosti neodkladnej operácie je možné pripraviť pacienta na zákrok v priebehu niekoľkých desiatok minút podaním koncentrátu koagulačných faktorov (Kohout,Kessler, Růžičková,2007).

Záver

Keďže liečba antikoagulanciami je v poslednom desaťročí výrazne na vzostupe, je potrebné neustále zvyšovať osvetu v rámci tejto problematiky a viesť pacientov k preberaniu zodpovednosti za svoje zdravie. Warfarín sa zaraďuje medzi potencionálne nebezpečné lieky, ktoré jednak svojim účinkom skvalitňujú život pacienta, ale na druhej strane ho ohrozujú výskytom vážnych komplikácií. Pacient, ktorý má dostatok informácií a následne adekvátne spolupracuje, spĺňa jednu z podmienok účinného vedenia liečby warfarínom.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. *Antikoagulační léčba*. 2009. Roche s.r.o. a Orion Oyj. 2009. [online].c.2012 [cit. 2014-02-07] Dostupný z WWW: http://www.antikoagulace.cz/antikoagulacni_lecba.aspx
2. ČEPELÁK, V. 2010. Ambulantní antikoagulační léčba. *In Medicína po promoci*. ISSN 1212-9445, 2010, roč.11, č.2, s. 3.
3. HIRMEROVÁ, J. 2010. Antikoagulační léčba u seniorů. *In Medicína po promoci*. 2010, roč.11, č.2, s.12. ISSN 1212-9445

4. HLINKOVÁ, E. ,NEMCOVÁ, J. 2010. Moderná edukácia v ošetrovateľstve. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9
5. HORANSKÁ, V. –LIZÁKOVÁ,Ľ. 2006. Edukácia pacienta s ischemickou chorobou srdca. *In Sestra*. 2006, roč.5, č.3-4, s.34. ISSN 1335-9444
6. HYNIE,S. 2001. *Speciální farmakologie: díl 4., látky ovlivňující kardiovaskulární systém.*2. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 327 s. ISBN 80-246-0237-7
7. CHLUMSKÝ, J. a kol. 2005. *Antikoagulační léčba*. Praha: Grada, 2005. 220 s. ISBN 80-247-9061-0
8. KÁKOŠOVÁ, V. 2003. Čo môžeme poradiť pacientovi užívajúcemu perorálne antikoagulancia*. In Lekárnik.* 2003, roč. 8, č. 2, s. 28-29. ISSN 1335-924X
9. KESSLER, P. 2000. *Léčba orálními antikoagulancii.*2. vyd. Praha: Orion, 2000. 64 s. ISBN 80-238-6017
10. KOHOUT, P. –KESSLER, P. –RŮŽIČKOVÁ, L. 2007. *Dieta při antikoagulační léčbě.*1. vyd. Praha: Forsapi, 2007. 59 s. ISBN 978-80-903820-1-5
11. LEFFLEROVÁ, K. 2008. Úskalí antikoagulační léčby warfarinem u nemocných s fibrilací síní. *InInterv Akut Kardiol,* 2008, roč.7, č.6, s. 220-224. ISSN 1803-5302
12. LEFFLEROVÁ, K. 2010. Doporučení pro pacienty užívající warfarin*. In Medicína po promoci*. 2010, roč.11, č.2, s. 6. ISSN 1212-9445
13. MALÝ, J. –MATÝŠKOVÁ, M. –PENKA, M. 2005. *Antikoagulační léčba: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře.* Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. 6 s. ISBN 80-903573-6-9
14. SMOLKOVÁ, M. 2008. Edukácia pacienta s infarktom myokardu. *In Sestra a lekár v praxi*. 2008, roč.7, č.9-10, s. 30. ISSN 1335-9444
15. ZIMA, T. 2008. Zásady přípravy pacienta k dodběru krve a preanalytická část laboratorního vyšetření. *In Medicína pro praxi.* 2008, roč. 5, č. 9, s.337-339. ISSN 1803-5310

Kontakt:

PhDr. Marcela Ižová, PhD.
Katolícka univerzita Ružomberok
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Email:izova@ku.sk

NAWYKI ŻYWIENIOWE MŁODZIEŻY W WIEKU 16-19 LAT W POLSCE

Halina Król[1], Grażyna Nowak-Starz[1], Bożena Zboina[2], Magdalena Kozłowska[1]

[1]Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Polska
[2]Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim, Polska

Streszczenie

Celem pracy jest poznanie preferowanych nawyków żywieniowych 16-17 letniej młodzieży.

Badania przeprowadzono w 2011 roku, którymi objęto 87 uczniów Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych w Nowej Słupi w województwie świętokrzyskim. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego.

Badani wykazują nieprawidłowe nawyki żywieniowe. Piją słodkie napoje gazowane (ponad 50 %). Spożywają głównie 3 posiłki dziennie (39 % dziewcząt; 42 % chłopców). 40 % badanych dziewcząt najczęściej zjada na śniadanie słodką bułkę, chłopcy preferują kanapki z wędliną(45 %).Ponad 50 % nastolatków najczęściej na obiad wybiera dania typu Fast-food. Podjadają między posiłkami (kanapki 50 %, słodycze 35 %). Sporadycznie na przekąskę wybierają owoce (tylko 20 % dziewcząt i 2 % chłopców).

Istnieje potrzeba edukacji zdrowotnej młodzieży odnośnie zalet zdrowego odżywiania i zaburzeń zdrowia wynikających z nieprawidłowego odżywiania.

Słowa kluczowe: Nawyki żywieniowe. Zdrowie. Choroba. Styl życia.

Summary

The aim of this study is to know the preferred eating habits of 16-17-year-old young people.

The study was conducted in 2011. It included 87 students of Secondary Schools in Nowa Słupia in Swietokrzyskie region. The method of diagnostic survey was used.

The subjects show abnormal eating habits. They drink sweet carbonated drinks (over 50 %). They eat mostly three meals a day (39 % girls; 42 % of boys). 40 % of test girls most often eat a sweet roll for breakfast, boys prefer ham sandwiches (45 %). More than 50 % of teenagers most often choose fast-food type dishes for lunch. They eat between meals (sandwiches – 50 % , sweets 35 %). Occasionally, they choose a fruit for a a snack (only 20 % of girls and 2 % of boys).

There is a need for health education of young people regarding the benefits of healthy eating and health problems due to poor nutrition.

Key words: Eating habits. Health. Illness. Lifestyle.

Wstęp

W ciągu ostatnich lat zauważalnie wzrosła liczba osób otyłych. Niepokojącym zjawiskiem jest coraz częstsze występowanie tej choroby metabolicznej wśród coraz młodszych grup wiekowych, a mianowicie dotyczy ona młodzieży a nawet dzieci. Jest bardzo poważnym zaburzeniem mogącym prowadzić do wielu schorzeń. Otyłość to metaboliczna choroba dotycząca całego ustroju, występująca przewlekle, której przyczyną są zaburzenia równowagi pomiędzy poborem i wydatkowaniem energii. Głównym objawem tego schorzenia jest nadmierny wzrost tkanki tłuszczowej w organizmie człowieka. Wraz z upływem czasu oraz w wyniku postępowania tego procesu występują różnego rodzaju patologie i dysfunkcje obejmujące wszystkie układy. Obecnie w celu ustalenia stopnia otyłości stosuje się metody wykorzystujące proporcje masy i wysokości ciała [1]. Wskaźnik, który jest najczęściej stosowany do oceny masy ciała to Body Mass Index (BMI). Ukazuje on wzajemny stosunek masy ciała do wzrostu [2]. Tablice i siatki centylowe wskaźnika BMI stosuje się u dzieci i młodzieży biorąc pod uwagę ich wiek i płeć. Nadwaga występuje gdy, wskaźnik BMI wskazuje 85 centyl i powyżej, natomiast otyłość dotyczy osób u których wartość BMI wynosi 95 centyl lub powyżej. W celu bardziej wnikliwego określenia stopnia otyłości wykonuje się pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych zazwyczaj pod łopatką, na brzuchu i na ramieniu. Do tego pomiaru służy fałdomierz. Dodatkowo by ocenić typ otyłości stosuje się badanie antropometryczne, polegające na pomiarze obwodu pasa i bioder- Waist/Hip Ratio (WHR). Zależność wykonanych pomiarów wskazuje na rodzaj otyłości np.: otyłość brzuszną wywołującą więcej powikłań oraz pośladkowo-udową przyczyniającą się do mniejszej ilości następstw zdrowotnych. U kobiet stosunek obwodu pasa i bioder nie może przekraczać 0,8, natomiast u mężczyzn 0,9. WHR można stosować u młodzieży, ale nie ma ustalonych granic dotyczących tej grupy [1]. Nadwaga i otyłość stały się bardzo istotnym problemem zdrowotnym całej rzeszy ludzi, przede wszystkim w państwach wysokorozwiniętych, gdzie dotyka zarówno osób dorosłych jak i dzieci i młodzieży [3]. Zgodnie z WHO nadmiar masy ciała występuje, gdy BMI znajduje się pomiędzy 85-95 percentylem, natomiast otyłość gdy przekracza 95 percentyl [4].

Młodzież będąca w wieku dojrzewania jest grupą w znacznym stopniu narażoną na efekty niezdrowego stylu życia czyli błędnych żywieniowych i niskiej aktywności fizycznej. Okres pokwitania to etap gwałtownych zmian zachodzących w organizmie, cechuje go nagły przyrost masy ciała oraz wzrostu. Błędne odżywianie się w tym czasie może spowodować nieprawidłowości we wzrastaniu, fizjologicznym dojrzewaniu oraz przyczyniać się do wystąpienia chorób metabolicznych w dorosłości. Zarówno niedostateczne jak i nadmierne żywienie pod względem ilości jak i jakości przyjmowanych produktów może powodować

pogorszenie zdrowia [5]. U chłopców w okresie dojrzewania dochodzi do wzrostu masy mięśniowej oraz zmniejszenia tkanki tłuszczowej. U dziewcząt pokwitanie charakteryzuje się pogrubieniem warstwy tłuszczowej na co mają wpływ hormony żeńskie. Ponadto w tym etapie życia dziewcząt następuje zmniejszenie ich aktywności fizycznej. Dziewczęta są bardziej narażone na pojawienie się otyłości [6]. Według raportu z 2004r. Międzynarodowej Grupy Do Spraw Otyłości 155mln dzieci uczęszczających do szkoły miało nadwagę lub otyłość. Spośród tej grupy 30-45 mln dzieci w wieku 6-17 lat było otyłych [7]. W 2005r.opublikowano raport The International Obesity Task Force, z którego wynika, że co piąte dziecko nie utrzymuje właściwej wagi. Z 74 mln Europejczyków w wieku 4-18 lat, 16-22 % jest otyłe lub ma nadwagę W krajach skandynawskich rejestruje się mniej przypadków otyłości wśród młodzieży niż w śródziemnomorskich[8].

W ostatnich latach obserwuje się zmiany w nawykach żywieniowych młodzieży - częste wybieranie posiłków wysokokalorycznych, brak jakichkolwiek zasad żywienia, bierne spędzanie wolnego czasu [7]. Zauważa się szybszy wzrost występowania otyłości mieszkańców wsi zarówno dorosłych jak dzieci i młodzieży. Obserwowane zjawisko wiąże się ze zmianami stylu życia - młodzież mieszkająca na wsi spędza wolny czas przed telewizorem oraz niewłaściwie się odżywia [9,10]. Przeprowadzone w Polsce badania dotyczące nawyków żywieniowych młodzieży wykazują występowanie wielu nieprawidłowości takich jak dieta wysokotłuszczowa z małym spożyciem produktów mlecznych, warzyw i owoców. Spożywaniem posiłków nieregularnie, długimi przerwami między nimi, nie spożywanie śniadań. Podjadanie pomiędzy posiłkami przekąsek w postaci słodyczy. Jeżeli zachowaniami tymi, charakteryzuje się młodzież, u której występują predyspozycje genetyczne, to w wysokim stopniu takie zachowania przyczyniają się do pojawienia się otyłości. Pod koniec lat 90-tych przeprowadzono badania z których wynikło, iż produktów znacząco wpływających na zdrowie młodzież spożywała za mało przede wszystkim mleka, warzyw i owoców [11,12,13]. Młodzież jest przekonana, że pomijanie posiłków, a przede wszystkim śniadań umożliwia redukcję masy ciała. Jest to sprzeczne z prawdą, gdyż takie zachowanie przyczynia się do zwiększonego magazynowania tłuszczu w organizmie. Posiłkiem który najczęściej opuszczała otyła młodzież badana w 2005r. było śniadanie.

Młodzież najczęściej spędza wolny czas przy komputerze, ogląda telewizję podjadając słodycze, chipsy, oglądają reklamy, które wzmagają chęć spożywania niezdrowych produktów [1].

Nieprawidłowe odżywianie przyczynia się do powstania wielu schorzeń takich jak: zespół metaboliczny, który jest czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, zespół bezdechu sennego, zmiany zwyrodnieniowe w stawach kolanowych, biodrowych i stopach oraz odcinku lędźwiowym. Do zalecanych zmian

w trybie życia należą: zwiększenie aktywności fizycznej, zmniejszenie wartości energetycznej spożywanych posiłków, spożywanie produktów zawierających błonnik [7]. Istotne w promowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych są wytyczne zawarte w Zielonej Księdze dotyczące „Promowaniu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym" opublikowana przez Komisję Europejską 8 grudnia 2005r.[14]. Ważnym dokumentem jest także Biała Księga „Strategia dla Europy w zakresie zagadnień zdrowia związanych z żywieniem, nadwaga i otyłością opublikowana przez Komisję Europejską w Brukseli w 2007r.[15].

Cel pracy

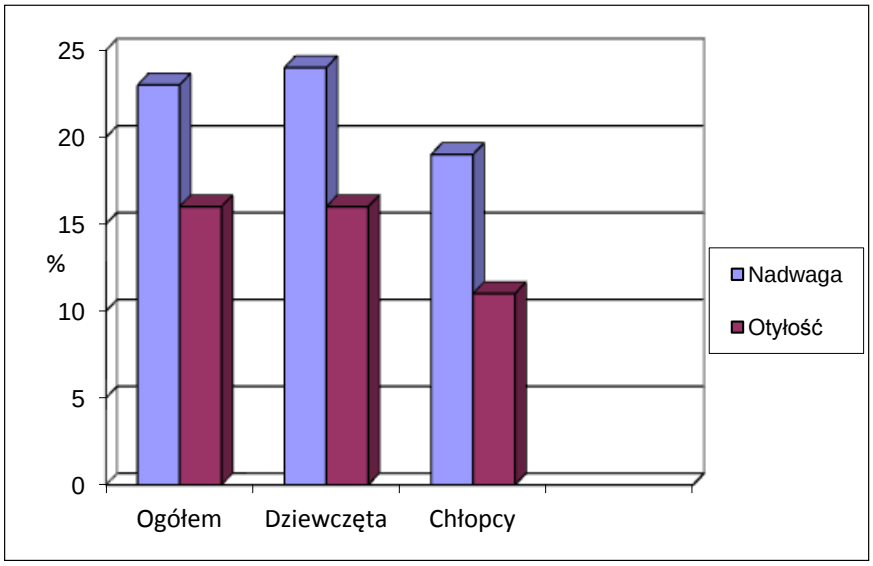
Celem pracy jest poznanie preferowanych nawyków żywieniowych 16-17 letniej młodzieży.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2011 roku. Badaniami objęto 87 uczniów, w tym 49 dziewcząt i 38 chłopców Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych w Nowej Słupi w województwie świętokrzyskim. Młodzież objęta badaniem pochodzi ze środowiska wiejskiego. Metodą zastosowana w badaniach był sondaż diagnostyczny.

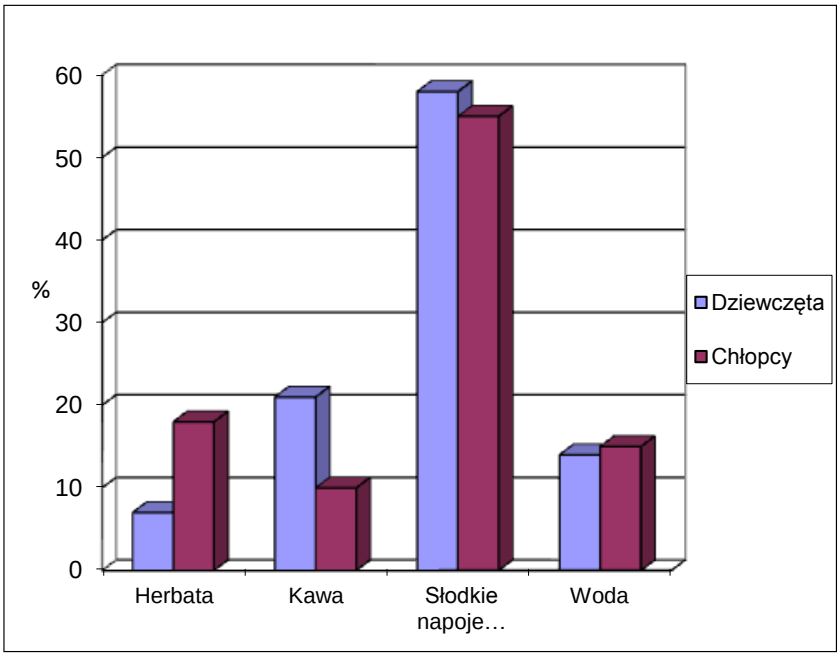
Wyniki

Stwierdzono, że wśród 23 % badanej młodzieży występuje nadwaga, a u 16 % otyłość. Zdecydowanie na niekorzyść dziewcząt.



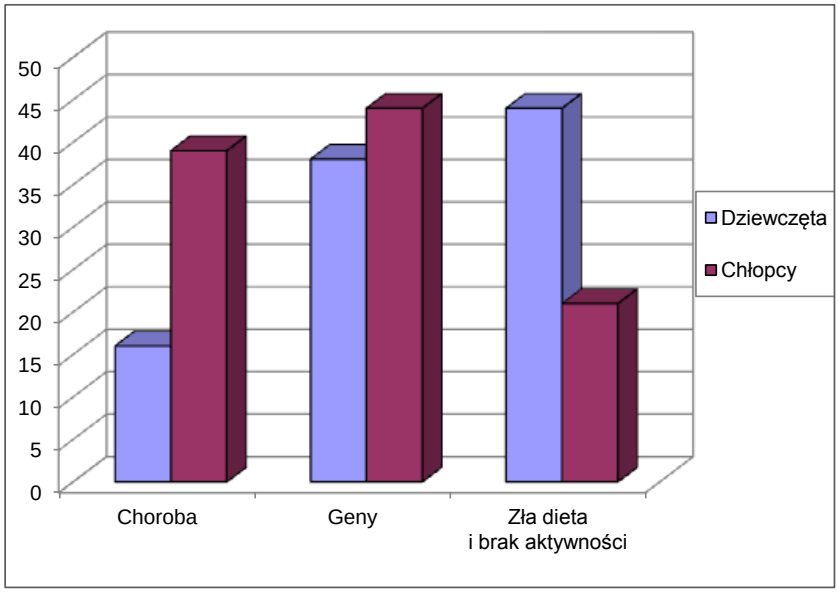
Wykres 1. *Występowanie nadwagi i otyłości wśród badanych.*

U najczęściej wypijanymi przez młodzież płynami są słodkie napoje gazowane (ponad 50 %).



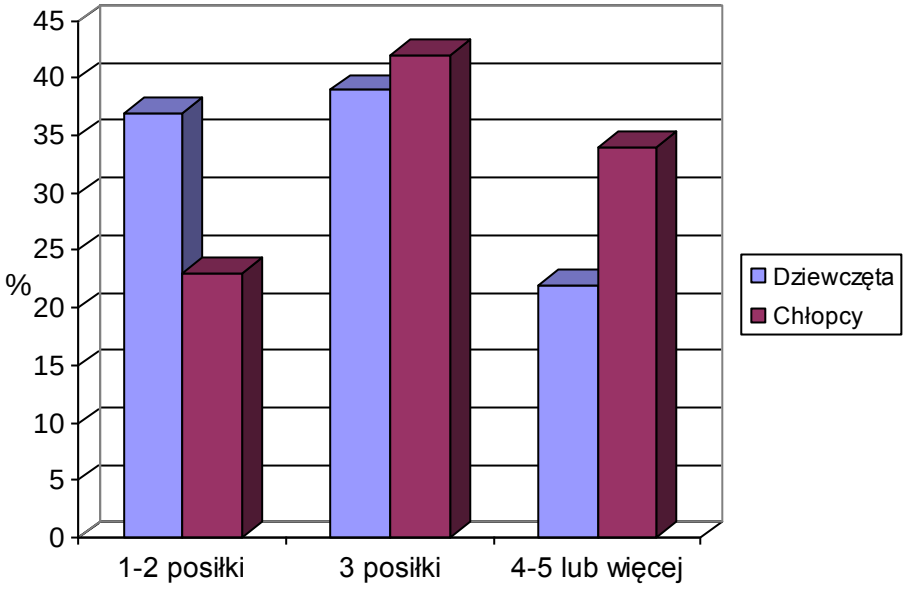
Wykres 2. *Rodzaje płynów wypijanych przez badanych.*

Zdecydowanie chłopcy wypijają dziennie więcej płynów w porównaniu z dziewczętami. 53 % badanych dziewcząt wypija dziennie 1 litr płynów, zaś 44 % badanych chłopców 1,5 l płynów.



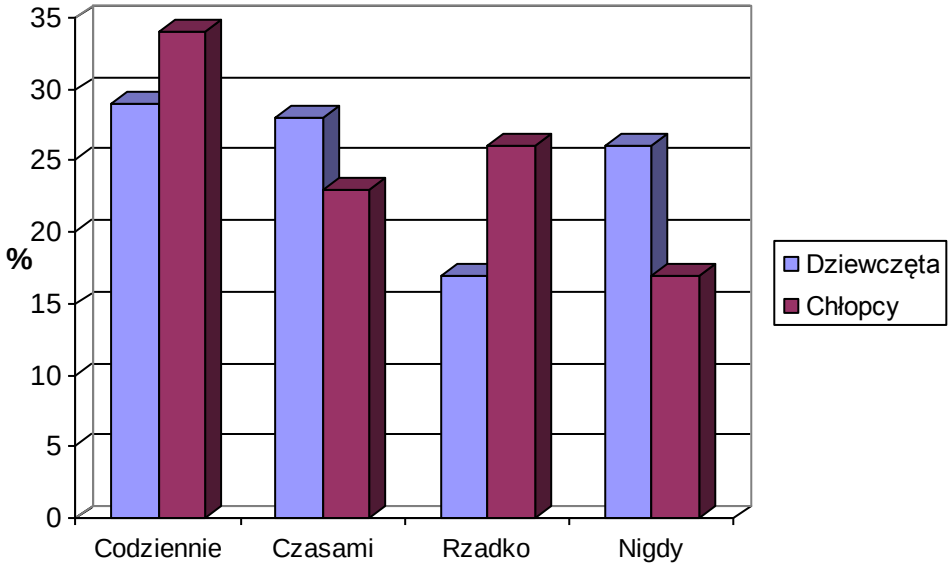
Wykres 3. *Główne przyczyny otyłości w opinii badanej młodzieży.*

Największy odsetek badanych dziewcząt za przyczynę otyłości uważa, złą dietę i brak aktywności fizycznej. 16 % dziewcząt łączy wystąpienie nadwagi z chorobą, natomiast 34 % chłopców za przyczynę otyłości wskazuje geny, a najmniejszy odsetek badanych wskazuje na złe nawyki żywieniowe i brak aktywności fizycznej.



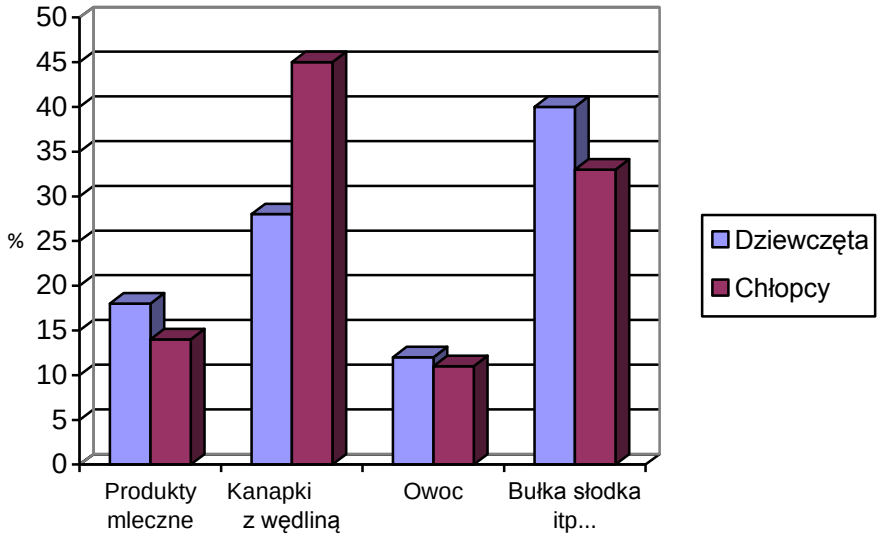
Wykres 4. *Ilość spożywanych posiłków przez badanych.*

Zdecydowany odsetek dziewcząt spożywa w ciągu dnia 3 posiłki, ale też znaczny odsetek (37 %) spożywa jedynie 1-2 posiłki dziennie. Tylko 22 % badanych dziewcząt i 34 % chłopców przyjmuje dziennie 4-5 posiłków.



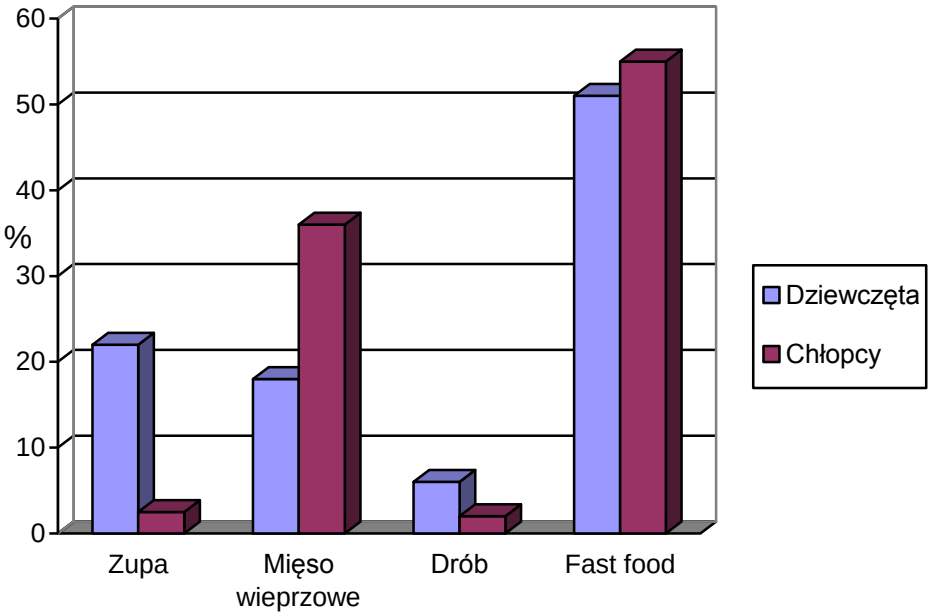
Wykres 5. *Częstość spożywania śniadań przez badanych.*

34 % chłopców i 29 % dziewcząt spożywa śniadania codziennie. Znaczny odsetek badanych dziewcząt spożywa śniadanie „czasami” (28 %), a 26 % „nigdy”. Wyraźny odsetek badanych chłopców (26 %) zjada śniadanie „rzadko”, a 23 % „czasami”.



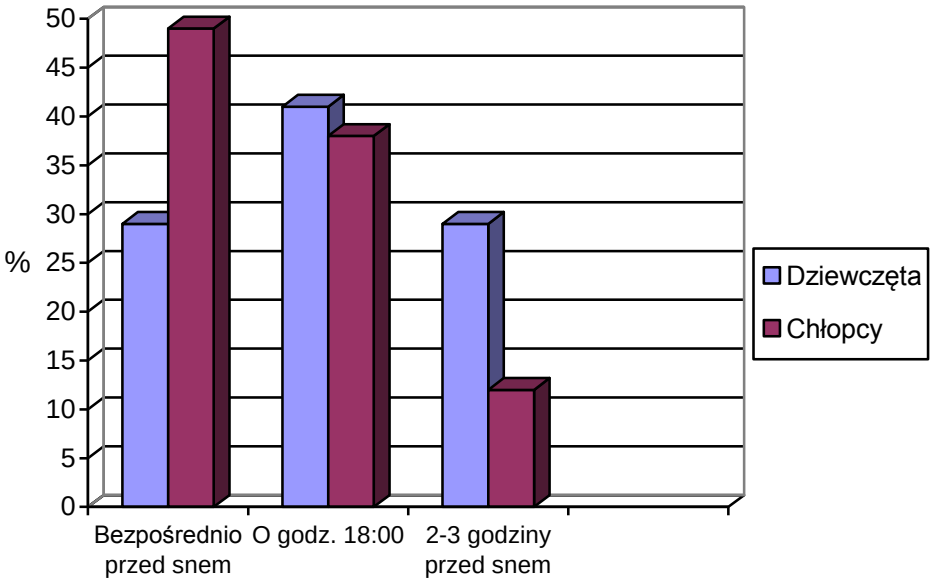
Wykres 6. *Najczęściej spożywane produkty na śniadanie przez badanych.*

Stwierdzono, że największy odsetek badanych dziewcząt (40 %) spożywa najczęściej na śniadanie bułkę słodką lub inny rodzaj słodyczy, natomiast znaczny odsetek badanych chłopców 45 % zjada na śniadanie kanapki z wędliną. Niewielki odsetek badanych zarówno dziewcząt (18 %) jak i chłopców (14 %) zjada na śniadanie produkty mleczne.



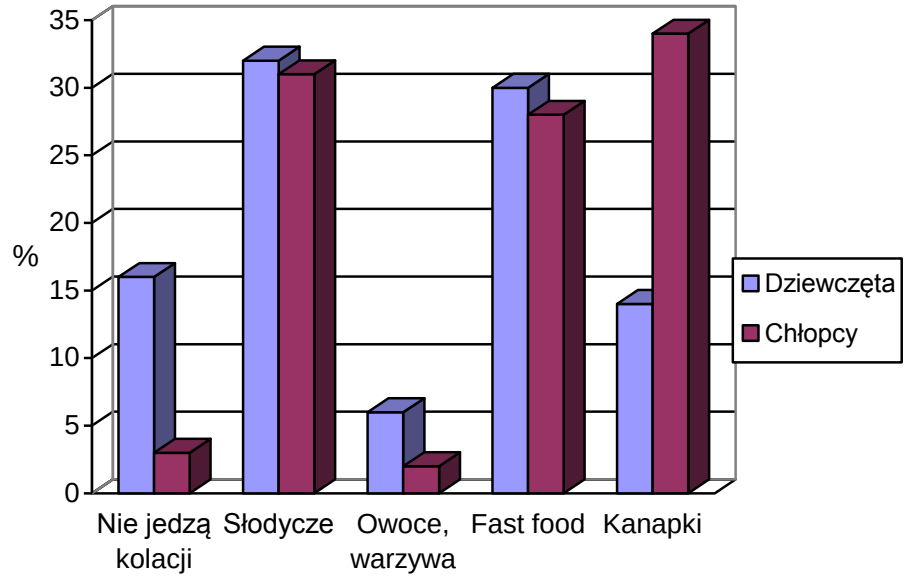
Wykres 7. *Dania wybierane najczęściej na obiad przez badanych.*

Stwierdzono, że aż 51 % badanych dziewcząt i 55 % chłopców najczęściej wybiera na obiad żywność typu Fast food. Znaczny odsetek chłopców (36 %) preferuje jako składnik dania obiadowego mięso wieprzowe. Wyraźny odsetek badanych dziewcząt (24 %) spożywa na obiad zupy. Niestety sporadycznie zarówno dziewczęta (6 %), jak i chłopcy (2 %) wybierają na obiad dania przyrządzone z drobiu.



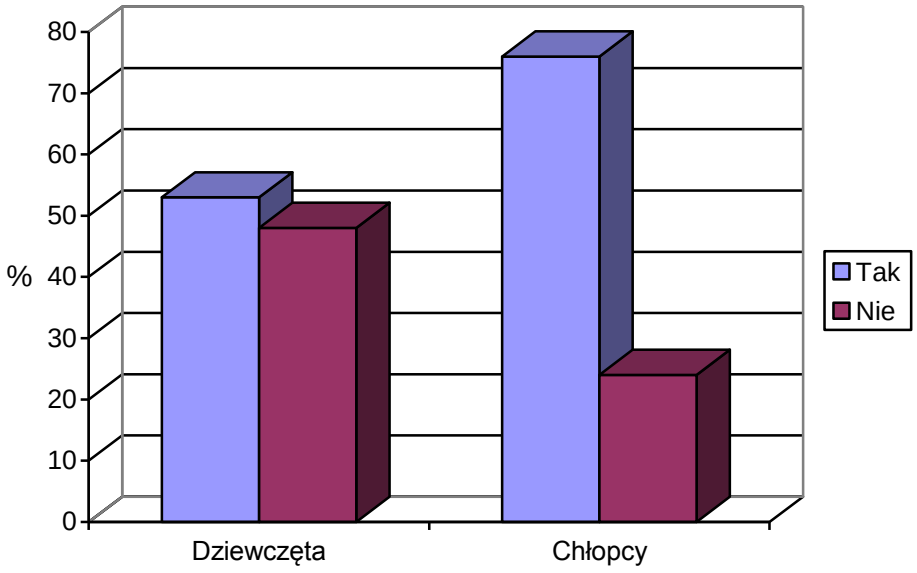
Wykres 8. Pora zjadania ostatniego posiłku badanych.

Zdecydowany odsetek badanych dziewcząt spożywa ostatni posiłek o godzinie 18.00, natomiast największy odsetek badanych chłopców zjada kolację bezpośrednio przed snem. Chłopcy sporadycznie spożywają ostatni posiłek 2-3 godziny przed snem.



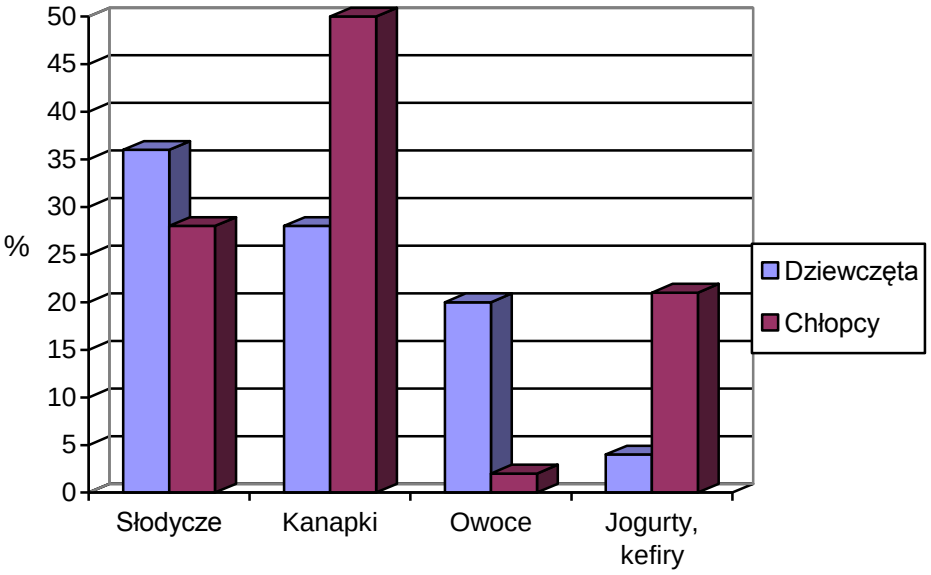
Wykres 9. *Produkty spożywane na kolację przez badanych.*

32 % badanych dziewcząt i 31 % chłopców wybiera na kolację słodycze oraz żywność typu Fast food (30 % dziewcząt i 28 % chłopców). Zdecydowany odsetek badanych chłopców (34 %) zjada na kolację kanapki. Znaczny odsetek badanych dziewcząt nie jada kolacji. Sporadycznie spożywane przez badanych są owoce i warzywa.



Wykres 10. *Podjadanie pomiędzy posiłkami przez badanych.*

Zdecydowany odsetek badanych chłopców (76 %) oraz dziewcząt (53 %) podjada pomiędzy posiłkami.



Wykres 11. Produkty podjadane przez badanych.

Największy odsetek badanych chłopców podjada pomiędzy posiłkami kanapki (50 %) i słodycze (35 % dziewcząt). Tylko 20 % dziewcząt i 2 % chłopców podjada owoce.

Największy odsetek badanych dziewcząt nie ćwiczy poza zajęciami w-fu(34 %), zaś wyraźny odsetek chłopców ćwiczy tylko raz w tygodniu (34 %). Wyraźny odsetek dziewcząt uprawia dodatkową aktywność fizyczną raz w tygodniu(32 %). Tylko niewielki odsetek badanych dziewcząt ćwiczy codziennie (14 %).

Największy odsetek badanych chłopców 73 % nie stosuje żadnej diety odchudzającej, zaś 20 % twierdzi, że powinno stosować. Znaczny odsetek dziewcząt (40 %) stosuje dietę i 32 % uważa, że powinno ją stosować.

Wnioski

1. Istnieje potrzeba edukacji zdrowotnej młodzieży odnośnie zalet zdrowego odżywiania.
2. Niezbędne jest zwiększenie świadomości wśród młodzieży i ich rodziców odnośnie zaburzeń zdrowia wynikających z nieprawidłowego odżywiania.
3. Konieczne jest propagowanie aktywności fizycznej jako profilaktyki otyłości.

Piśmiennictwo

[1]. A. Oblacińska, I. Tabak, (red.), Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Instytut Matki i Dziecka; Warszawa; 2006

[2]. S. Czekalski, B. Krzyżanowska-Świniarska, A. Lewiński i wsp. Narodowy program zapobiegania i leczenia otyłości. Endokrynologia Polska 2001; 3: 90-91

[3]. I. Boniecka, E. Katulska-Michota, A.Ukleja, i współ., Zachowania żywieniowe wybranej grupy dzieci w wieku szkolnym w aspekcie zagrożenia otyłością. Przegląd Lekarski 2009; 66: 49

[4]. A. Szadkowska, J. Bodalski, Otyłość u dzieci i młodzieży. Przewodnik Lekarza 2003; 9:54-57

[5]. B. Wajszczyk, J. Charzewska, M. Rogalska- Niedźwiedź, i współ. Zwyczaje żywieniowe młodzieży związane z częstotliwością spożywania posiłków a nadwaga i otyłość. Zdrowie Publiczne 2006; 116: 491

[6]. A. Oblacińska, M. Jodkowska, Otyłość u polskich nastolatków. Instytut Matki Dziecka; Warszawa; 2006

[7]. P. Michna, B. Skowrońska, Otyłość oraz zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży. Family Medicine& Primary Care Review. 2008; 10,2:269 -274

[8]. W. Bryl, K. Hoffmann, A. Miczke, Otyłość w młodym wieku-epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. Przewodnik Lekarza 2006; 9:93

[9]. B. Wojnarowska, J. Mazur, Zachowania zdrowotne. Zdrowie i postrzeganie

szkoły przez młodzież w Polsce w 2002r.Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2002

[10]. A. Mazur, I. Szymaniak, P. Matusik i wsp. Rola reklam i mediów w powstawaniu otyłości u dzieci i młodzieży. Endokrynologia. Otyłość. Zaburzenia przemiany materii. 2006:2(1) s.18-21

[11]. H. Weker, A. Oblacińska, A. Wiśniewska i wsp. Ocena zachowań zdrowotnych otyłych nastolatków liczonych metoda ambulatoryjna. 2000; 27: 242-248

[12]. J. Radoszewska. Jestem gruby więc jestem. Nowiny Psychologiczne 2000;1: 65-73

[13]. E. Małecka- Temdera. Otyłość w wieku rozwojowym. Standardy Medyczne, 2001; 3;21-23

[14]. Zielona Księga na temat zapobiegania nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym; Bruksela; 2005; COM (2005); 6, 7

[15]. Biała Księga na temat nadwagi i otyłości; Bruksela; 2007; COM (2007); 4, 9

Adres kontaktowy autora:

Halina Król

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Polska

e-mail: krolhalina@poczta.fm

MODELY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O RODINU

Helena Kadučáková, Zuzana Šenkárová

Katolíckaj univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Sestra v rámci svojich odborných kompetencií poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť osobe, rodine a komunite. Cieľom príspevku je predstaviť štyri rámcové modely ošetrovateľskej starostlivosti v domácom/rodinnom prostredí. V každom modeli sú analyzované kľúčové prvky, ako cieľová skupina, objekt starostlivosti, miesto starostlivosti, právne aspekty starostlivosti, rozsah odbornej praxe, zodpovednosti a právomoci, vzdelanie sestier, financovanie, riadenie a organizovanie starostlivosti. Uvedené prvky sa v praxi dynamicky prepájajú a ovplyvňujú.

Kľúčové slova: Rodina, pacient. Ošetrovateľská starostlivosť. Model ošetrovateľskej starostlivosti.

Abstract

Nurse within their professional competence provides nursing care to person, family and community. The aim of this paper is to present a framework of four models of nursing care in the home / family environment. In each model are analyzed key elements such as target group care facility, place of care, legal aspects of care, scope of professional practice, responsibilities, nursing education, finance, management and organization of care. Mentioned elements are, in practice, dynamically linking and influence.

Key words: Family. Patient. Nursing care. Nursing care model.

Úvod

Rodina je miesto, v ktorom môže každý človek od narodenia až po smrť nájsť útočisko v priebehu vývinu a svojej životnej dráhy. Je nezastupiteľná pri odovzdávaní hodnôt z generácie na generáciu, je najvýznamnejším socializačným činiteľom a najdôležitejším prvkom pomoci jej členovi. Každý jej člen sa môže dostať do situácie, že skôr alebo neskôr sa stane príjemcom pomoci od svojich rodinných príslušníkov a odborníkov.

Na rodinu tak môžeme nazerať z rôznych aspektov, z rôznych vedných odborov, pretože každý ju definuje z pohľadu svojej perspektívy, zamerania a cieľa.

Zákon č. 36/2005 o rodine v čl. 2 a 4 uvádza že „*spoločnosť všetky formy rodiny všestranne chráni. Všetci členovia rodiny majú povinnosť vzájomne si pomáhať a podľa svojich schopností a možností zabezpečovať zvyšovanie hmotnej a kultúrnej úrovne rodiny. Rodičia majú právo vychovávať deti v zhode s vlastným náboženským a filozofickým presvedčením a povinnosť zabezpečiť rodine pokojné a bezpečné prostredie*“.

Mníchovská deklarácia z roku 2000 **naliehavo žiada** príslušné orgány WHO európskeho regiónu, aby zvýšili svoju činnosť na posilnenie ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie, a to: hľadanie možností presadzovať a podporovať rodiny so zameraním na **komunitné ošetrovateľstvo** a pôrodnú asistenciu, programy a služby vrátane a tam, kde je to vhodné implementovať **rodinnú sestru.**

Koncepcia odboru ošetrovateľstva (2006) uvádza že „*záujmom ošetrovateľstva je osoba, rodina a komunita, ktoré je charakterizované poskytovaním komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti osobe, rodine a komunite zameranej na upevňovanie zdravia, podporu zdravia a navrátenie zdravia; udržiavaním a podporovaním telesného, duševného a sociálneho zdravia osoby, rodiny a komunity v súlade so sociálnym a ekologickým prostredím a poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosť zameranej na čo najrýchlejšie získanie nezávislosti a sebestačnosti“*. Uvedená odborná starostlivosť si vyžaduje aby sestra preukázala vysokú úroveň zodpovednosti, odbornú kvalifikáciu a kompetencie. Spolupráca sestry s pacientmi a ich rodinami v oblasti posudzovania ich potrieb a riešenie problémov v bio- psychosociálnej oblasti či edukácie, má byť taká aby zabezpečila profesionálnu a bezpečnú starostlivosť (Dębska, 2011).

Cieľ

Definovanie štyroch rámcových modelov ošetrovateľskej starostlivosti v domácom/rodinnom prostredí, ktoré ICN odporúča implementovať do národného systému zdravotnej starostlivosti ktorejkoľvek krajiny so zameraním na jej socio-kultúrny a politický systém. V každom modeli sú graficky analyzované kľúčové prvky: cieľová skupina, objekt starostlivosti, miesto starostlivosti, právne aspekty starostlivosti, rozsah odbornej praxe, zodpovednosti a právomoci, vzdelanie sestier, financovanie, riadenie a organizovanie starostlivosti.

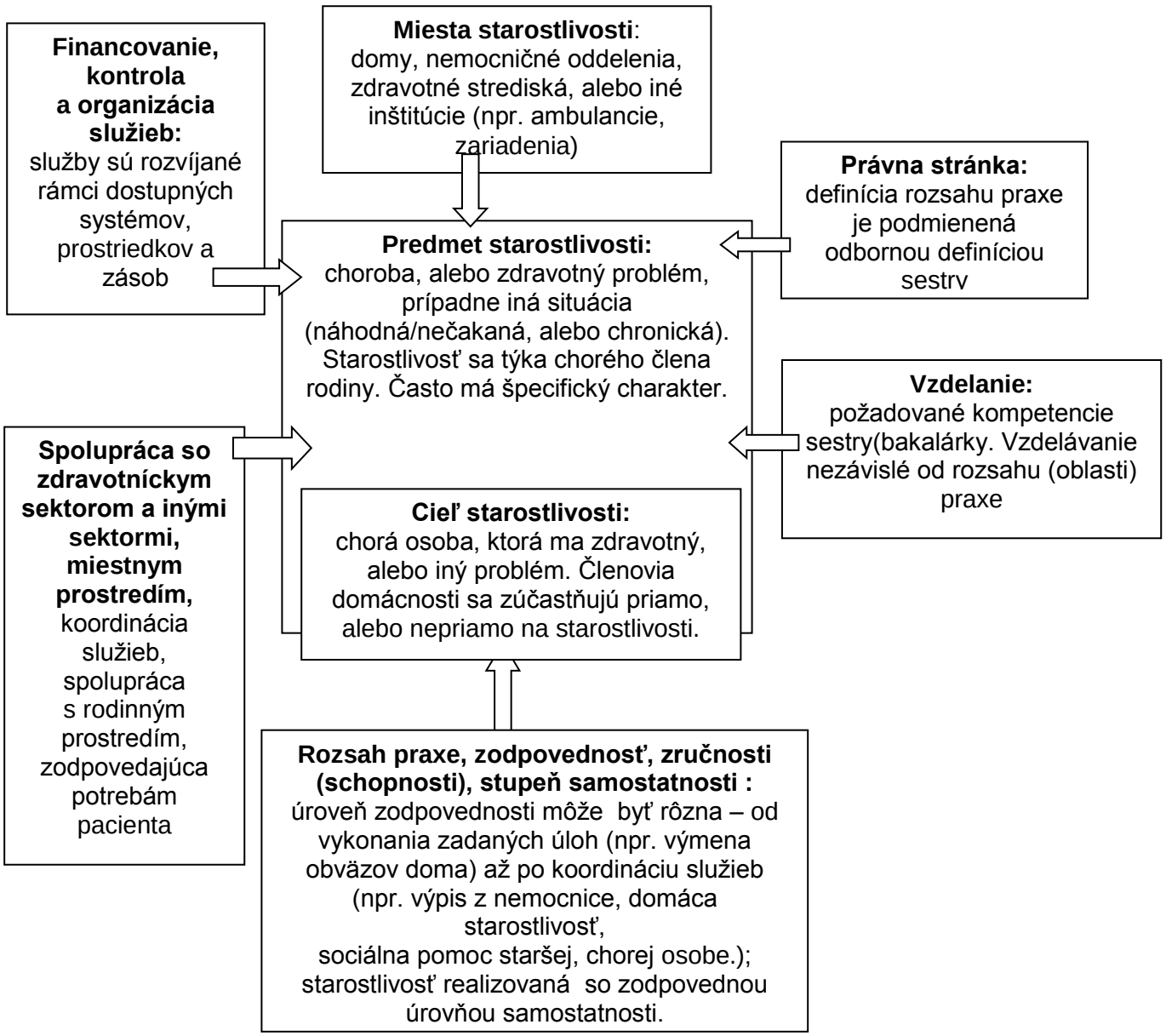
Metodika

Príspevok je spracovaný analyticko-syntetickou metódou.

Z hľadiska výkonnosti rodiny (kapacity) vo vzťahu k starostlivosti o chorého spracoval Levine (1999) typológiu rodinnej starostlivosti. Na výkonnosť rodiny pôsobí mnoho faktorov, ktoré ovplyvňujú schopnosť rodiny vyrovnať sa s dlhodobou starostlivosťou o chorého člena rodiny. Medzi faktory ovplyvňujúce domácu starostlivosť patrí: počet ľudí, ktorí sú ochotní poskytovať starostlivosť, finančné zdroje (ekonomické) rodiny, spolubývanie s chorým, rodinná zodpovednosť vo vzťahu k chorému, rodinná dynamika (sila), kultúrne a náboženské tradície.

Model A:

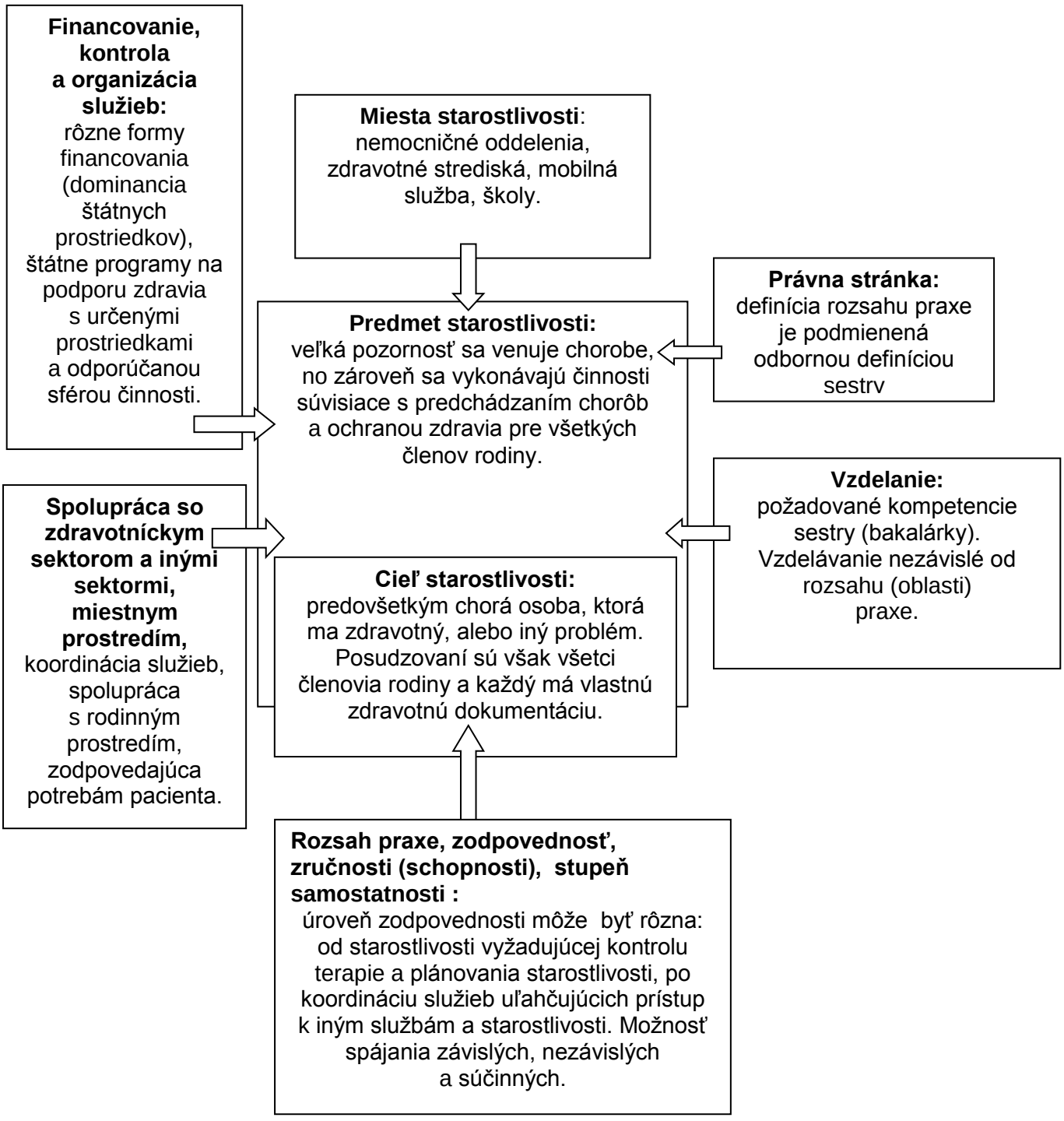
Pri poskytovaní starostlivosti podľa modelu A je pacientom i dôvodom starostlivosti jednotlivec a zároveň je do nej zahrnutá celá rodina



(Kisilowska, 2009)

Model B:

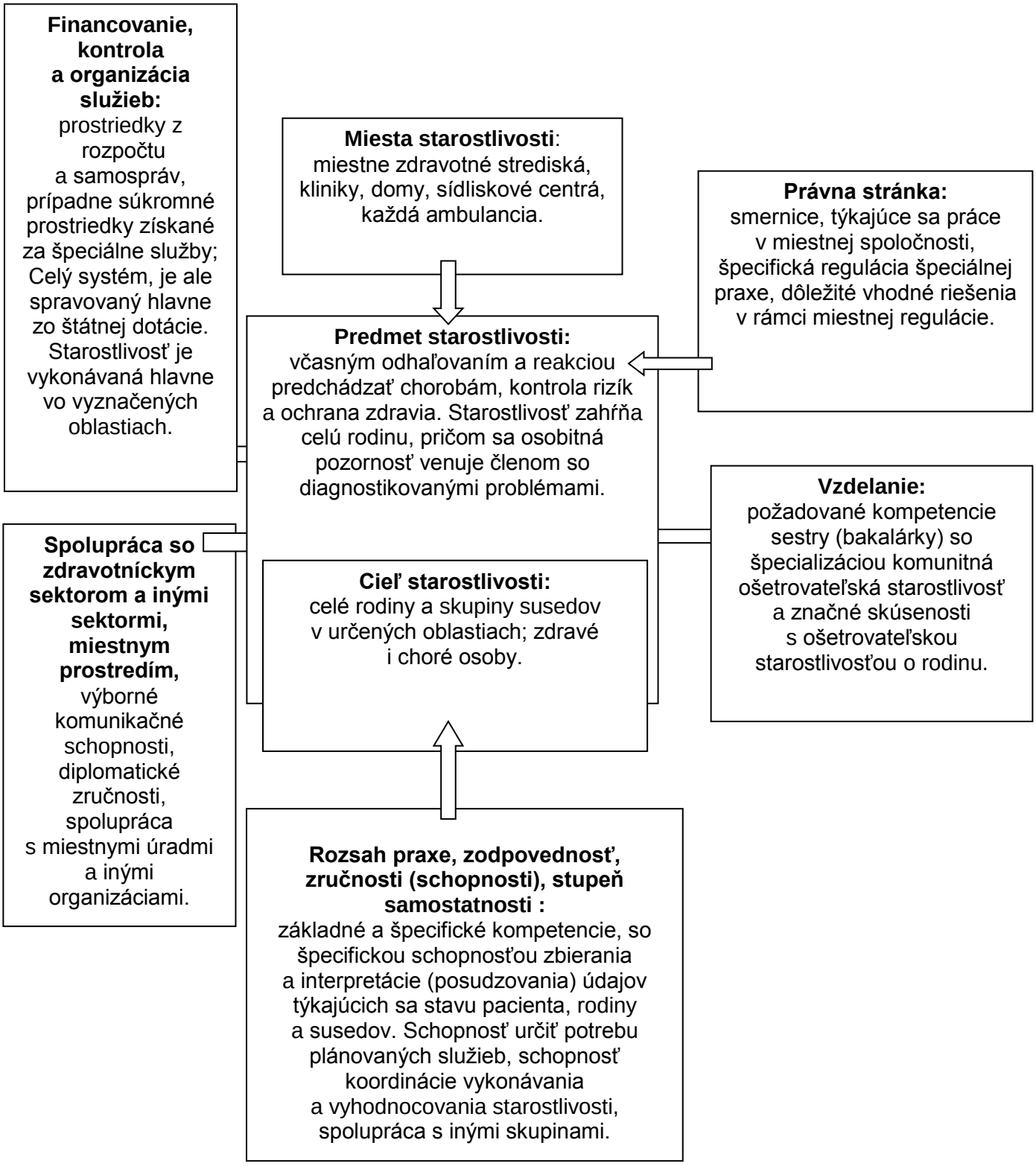
Podľa modelu B je pacientom rodina, ale jednotlivec je dôvodom zahájenia starostlivosti



(Kisilowska, 2009)

Model C:

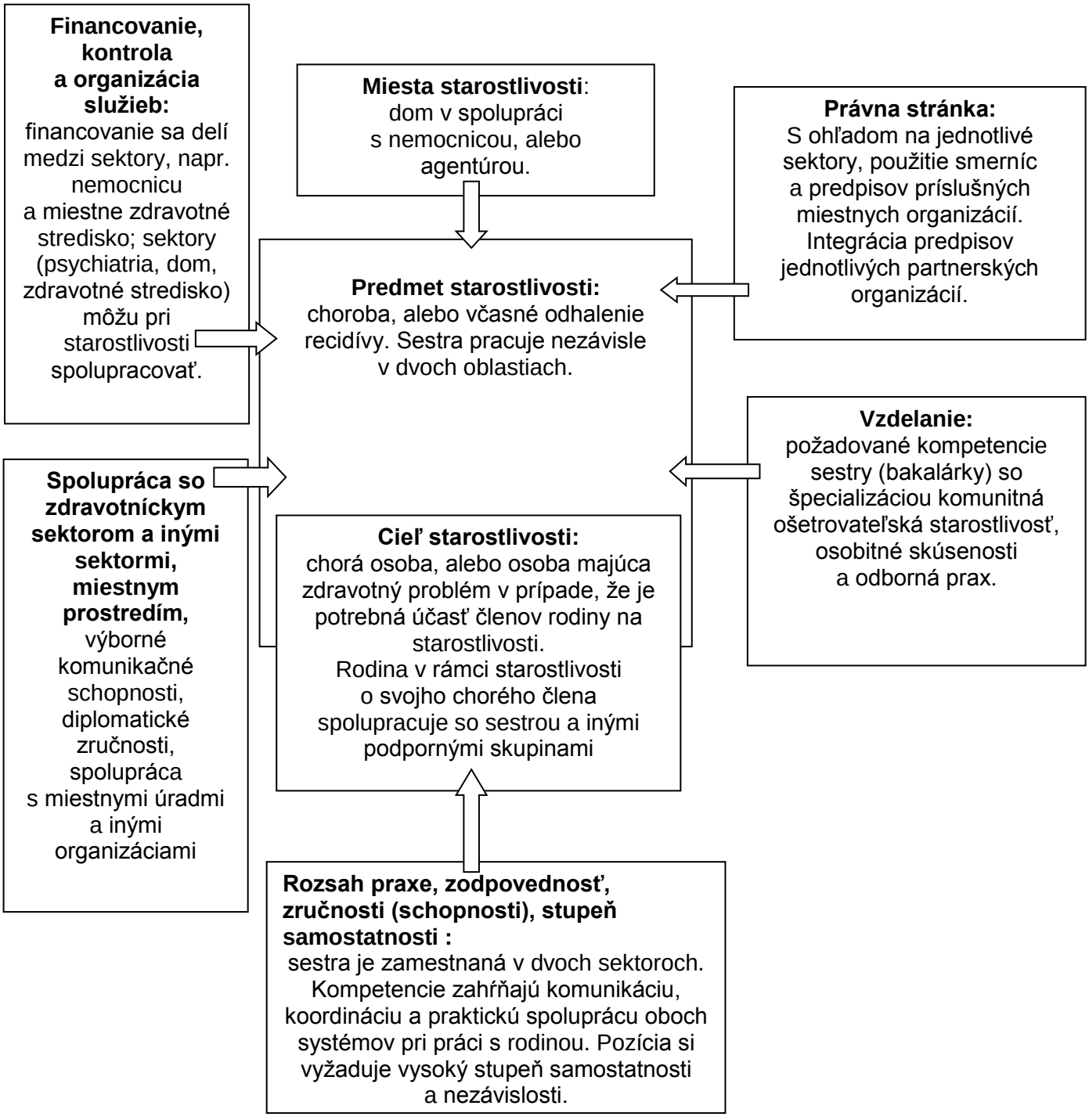
Podľa modelu C je klientom i dôvodom zahájenia starostlivosti rodina a služby sú poskytované celej rodine vo vymedzenej (stanovenej, určenej) oblasti



(Kisilowska, 2009)

Model D:

V prípade modelu D je člen rodiny klientom a dôvodom kontaktu so systémom starostlivosti



(Kisilowska, 2009)

V rámci analýzy modelov starostlivosti je nutné predstaviť aj pozitíva a negatíva poskytovanej domácej starostlivosti, ktoré vychádzajú z veľkosti nárokov na starostlivosť zo strany chorého a individuálnych možností zabezpečujúceho starostlivosť.

Pozitíva domácej starostlivosti analyzovala Bartoňová (2005) ako:

- rešpektovanie integrity jednotlivca v plnom rozsahu s vlastným sociálnym prostredím a individuálnym vnímaním kvality života,
- posilňovanie vzájomných väzieb,
- spoločné zdieľanie a pocit spolupatričnosti,
- pozitívny vplyv na psychiku chorého a zabezpečujúceho starostlivosť,
- neustála prítomnosť blízkych osôb,
- ovplyvňovanie imunitného systému chorých vplyvom domáceho prostredia a blízkych osôb,
- podporovanie procesu uzdravovania,
- zmierňovanie negatívnych vplyvov v sprievodných psychických symptómov takmer vo všetkých formách ochorenia
- obmedzovanie rizika nozokomiálnych nákaz vznikajúcich v súvislosti s pobytom v nemocničnom prostredí.

Sýkorová (1996) uvádza, že negatíva domácej starostlivosti vznikajú ako následok záporných osobnostných postojov k domácej starostlivosti alebo z reálnych možností zabezpečujúceho starostlivosť uspokojovať potreby chorého. Veľký význam má aj miera dostupnosti terénnych a ambulantných sociálno-zdravotných služieb.

Sýkorová (1996) identifikuje najčastejšie bariéry v starostlivosti v domácom prostredí:

- geografická vzdialenosť bydliska,
- povinnosti ku členom vlastnej rodiny,
- nedostatočné kompetencie dieťaťa poskytnúť rodičom starostlivosť,
- pracovné povinnosti členov rodiny,
- nekvalitné interpersonálne vzťahy rodiča a dospelých detí,
- zhoršovanie medziľudských vzťahov nielen medzi chorým a zabezpečujúcim starostlivosť, ale v rámci celej rodiny,
- obmedzovanie spoločenských vzťahov, prípadne izoláciu od spoločnosti,
- zhoršenie zdravotného stavu zabezpečujúceho starostlivosť,
- ekonomické problémy zabezpečujúceho starostlivosť.

Pozitíva ale i negatíva, ktoré charakterizujú vzťah správania sa medzi chorou osobou a o zabezpečujúcim starostlivosť, sú nepísaným kódexom vzniknutý v procese rodinnej starostlivosti.

Kvalitne poskytnutá starostlivosť o chorého v rodinnom prostredí, má vždy rešpektovať samostatnosť chorého, nakoľko strata osobnej nezávislosti je prepojená so stratou osobnej dôstojnosti u každého jednotlivca.

Záver

Rodinnú starostlivosť v spoločnosti ovplyvňujú zmeny v rodine, v kontexte odlišných spoločenských a ekonomických podmienok, kedy sa menia jej stratégie i správanie. Rodinná starostlivosť sa týka vždy vzťahu dvoch ľudí, ktorí sa nachádzajú v určitom domácom, ale aj spoločenskom prostredí, ktoré zosilňuje či oslabuje rodinnú vzájomnosť.

Medzinárodná rada sestier (ICN) podporuje prínos ošetrovateľstva na ochrane zdravia. Verí, že, používanie rámcov starostlivosti o rodinu vytvorí celkový súbor kompetencií , ktoré môžu byť neskôr prispôsobené miestnym potrebám. ICN v spoločnosti bude spolupracovať so štátmi a ostatnými zúčastnenými stranami, organizáciami pri overovaní rôznych modelov a teórií rodiny a ošetrovateľstva a ako zabezpečiť tieto služby aby boli prístupné a dostupné pre pacientov Ako uvádza Simočková (2011) podpora zo strany blízkych by mala pomôcť chorému prispôsobiť sa liečebným postupom. Vyvarovaním sa rizikovým faktorom ako je napr. závislosť na alkohole, drogách, tehotenstvo v mladšom veku je možné znížiť výskyt popôrodných psychických porúch. Zo strany zdravotníckeho personálu je dôležité vykonávať ošetrovateľské intervencie dôsledne a vytvárať podmienky pre aktívnu spoluprácu s pacientom. Prístup k chorého a jeho rodiny má byť taktný a empatický.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BARTOŇOVÁ, J. 2005. Modely rodinné péče o starého člověka. In *Studie CESES* [online]. 2005, roč. 3, č. 11, s. 28-41. [cit. 2014-01-19]. Dostupné na: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1.pdf.
2. DĘBSKA, G. at al. 2011. Ocena funkcjonowania biopsychospołecznego pacjentów z rakiem jelita grubego w czasie chemioterapii (dla potrzeb opieki pielęgniarskiej). In *Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową*. Ed. M. Pasek, G.Dębska. Kraków : Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, 2011, ISBN 978-83-7571-196-7. s 46-53.
3. Koncepcia odboru ošetrovateľstva 2006. MZ SR
4. SCHROEDER, M. , AFFARA, F. 2001. *The family nurse*. Switzerland . Place Jean-Marteau, **(**preklad Kisilowska, M., 2009. *Pelęgniarka rodzinna*) ICN 2001/PTP 2009 s. ISBN: 92- 95005-30-9

5. SIMOČKOVÁ, V. 2011 Intervencie rodiny pri popôrodných poruchách nálady. In *Rodina v zdraví a chorobe*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie, Ružomberok .Ed. Ižová, M., Vicáňová, M. Ružomberok : Verbum - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2011. s.154-159. SBN 978-80-8084-778-4.
6. SÝKOROVÁ, D. 1996. Rodina staršího středního věku v systému příbuzenské pomoci a podpory. In *Sociologický časopis* 32 (1): 51–66.
7. Zákon NR SR č. 36/2005 Z.z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Kontaktná adresa:
doc. PhDr. Mgr. Helena Kadučáková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva KU
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
tel.č.: +421 918 722 173
e-mail: helena.kaducakova@ku.sk

RODINA AKO ÚČASTNÍK EDUKÁCIE PACIENTA

Mariana Magerčiaková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Edukácia pacienta je dôležitou integrálnou súčasťou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Vyskytujú sa však situácie, kedy nie je možné edukovať samotného pacienta, ale je nevyhnutné zapojiť do procesu edukácie jeho rodinných príslušníkov. Autorka v príspevku poukazuje na význam účasti rodiny na edukácii pacienta, špecifikuje cieľové skupiny, u ktorých je edukácia rodinných príslušníkov nevyhnutná alebo potrebná, uvádza súčasti posudzovania rodiny z hľadiska edukácie, ako aj zásady edukačnej činnosti sestier vo vzťahu k pacientovi a jeho rodine.

Kľúčové slová: Rodina. Pacient. Edukácia. Sestra.

Abstract

Education of the patient is a significant integral part of provided nursing care. However, there are situations when it is not possible to educate only the patient himself/herself, but it is essential to involve the family relatives into the process of education as well. The author of the article points out to the importance of the family's involvement in the education of the patient and specifies the target groups which inevitably or necessarily require the education of family relatives. The author also presents parts of family assessment from the point of view of education and also suggests the principles of educational activities of the nurses considering the patient and his/her family.

Key words: Family. Patient. Education. Nurse.

Úvod

Edukácia predstavuje samozrejmú súčasť profesionálnej činnosti sestry. Sestry ako najpočetnejšia skupina zdravotníckych pracovníkov sú v bezprostrednom kontakte s osobami zdravými aj chorými a ich rodinnými príslušníkmi. Sestry musia byť schopné aktívne pôsobiť na zdravotné uvedomenie, teda na utváranie a formovanie uvedomelého a zodpovedného správania a konania jednotlivca aj skupiny v záujme podpory, zachovania a obnovy zdravia nielen v zdravotníckych zariadeniach, ale aj v komunite (Magerčiaková, 2007).

Sestry sa pri napĺňaní roly edukátorky dostávajú do situácií, kedy nie je možné edukovať samotného pacienta, ale je nevyhnutné do edukácie zainteresovať aj jeho podporné osoby. Podporné osoby predstavujú najčastejšie rodinní príslušníci pacienta. Pre pacienta predstavuje jeho rodina významnú oporu. Osobitne to platí pre pacientov vo vyššom veku, ktorí v mnohých prípadoch podriaďujú aj svoje rozhodnutia o terapii a ošetrovaní názorom a postojom ich rodinných príslušníkov, a tiež pre pacientov v detskom veku a v období aodolescencie, kedy je rodič aj zákonným zástupcom dieťaťa. Optimálne fungujúca *„rodina je pre chorého človeka jedinou sociálnou skupinou, ktorá mu umožňuje dostupnú a zvládnuteľnú sociálnu interakciu, môže mu poskytnúť potrebné emočné zázemie a podporu. Nakoniec býva jediným prostredím, v ktorom chorému zostávajú individuálne špecifické roly a kde nie je anonymizovaný“* (Vágnerová, 2004). Rodina má svoj opodstatnený význam aj pri realizácii edukačnej činnosti sestrou v každej forme zdravotnej starostlivosti.

Niekedy je vhodné alebo dokonca nevyhnutné zapojiť do edukácie pacienta aj jeho rodinných príslušníkov či iné podporné osoby. Je to najmä z dôvodu motivácie pacienta, ale aj z dôvodu účasti príbuzných na starostlivosti (napr. ošetrovanie rán, aplikácia inzulínu, polohovanie, kŕmenie a podobne) (Magerčiaková, 2007).

Existujú viaceré dôvody pre to, aby sa rodina stala edukantom, buď spoločne s pacientom, alebo bez účasti pacienta, a to v tých prípadoch, keď nie je možná jeho účasť na edukácii z rôznych príčin. Ide o situácie, kedy pacient nechce alebo nemôže byť edukovaný. Prehľad dôvodov účasti rodinných príslušníkov pacienta na edukácii je uvedený v tabuľke 1.

Tabuľka 1 *Dôvody účasti rodiny pacienta na edukácii*

Dôvod	**Konkretizácia dôvodu**
Vek a stupeň vývinu	Malé deti, seniori, rozsah fyziologických zmien v starobe
Somatické ochorenie	Príznaky ochorenia (bolesť, vracanie, hnačka, nevoľnosť a pod.), obmedzenie sebaopatery, bezvládnosť, polymorbidita, vplyv ochorenia na rozsah motorických funkcií (hrubá aj jemná motorika), imobilita, intolerancia aktivity, vplyv farmakoterapie, terminálne štádium ochorenia, zmeny vedomia, narušená verbálna komunikácia, fyzický handicap, zmeny kognitívnych funkcií, afázia

Dôvod	Konkretizácia dôvodu
Psychické ochorenie	Príznaky ochorenia, vplyv farmakoterapie, zmeny osobnosti, obmedzenie spôsobilosti na právne úkony, narušená verbálna komunikácia
Psychické prežívanie	Úzkosť, strach, rezignácia, depresia, bezmocnosť
Nezáujem a nespolupráca pacienta	Vplyv ochorenia alebo jeho psychického prežívania, negramotnosť, jazyková bariéra, nízky stupeň vzdelania
Zmyslový deficit	Zrakové postihnutie, sluchové postihnutie
Komunikačné bariéry	Narušená verbálna alebo neverbálna komunikácia, jazyková bariéra
Náročnosť obsahového zamerania edukácie	Neschopnosť pacienta získať vedomosti a/alebo zručnosti, nízky stupeň vzdelania, negramotnosť

(zdroj: vlastný)

Edukácia rodinných príslušníkov pacienta, resp. jeho zákonných zástupcov je v podmienkach Slovenskej republiky daná aj Zákonom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Okrem iného zákon definuje, že ošetrovateľská prax zahŕňa aj *„výchovu pacienta k podpore, udržiavaniu a obnove zdravia a poskytovanie informácií o potrebnej ošetrovateľskej starostlivosti“* (§ 2, ods. 15, bod c). Ďalej sa v zákone v § 6, ods. 1 Poučenie a informovaný súhlas uvádza, že *„ošetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytnúť poučenie“):*

a) *osobu, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, alebo aj inú osobu, ktorú si táto osoba určila,*
b) *zákonného zástupcu, opatrovníka alebo osobu, ktorá má maloleté dieťa v pestúnskej starostlivosti (ďalej len „zákonný zástupca“), ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je maloleté dieťa, osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony (ďalej len „osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas“) a vhodným spôsobom aj osobu nespôsobilú dať informovaný súhlas“.*

Podľa § 6, ods. 2 *„ošetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu osoby, ktorú má poučiť"* . *„Každý, kto má právo na poučenie podľa odseku 1, má aj právo poučenie odmietnuť. O odmietnutí poučenia sa urobí písomný záznam"* (§ 6, ods. 3).

„Informovaný súhlas je preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo poučenie podľa tohto zákona. Informovaný súhlas je aj taký preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo odmietnutie poučenia, ak v tomto zákone nie je ustanovené inak" (§ 6, ods. 4)

„Informovaný súhlas dáva:

a) *osoba, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, alebo*
b) *zákonný zástupca, ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas; takáto osoba sa podieľa na rozhodovaní v najväčšej miere, ktorú dovoľujú jej schopnosti"* (§ 6, ods. 5).

V zákone sa tiež uvádza, že „každý, kto má právo dať informovaný súhlas, má aj právo informovaný súhlas kedykoľvek slobodne odvolať" (§ 6, ods. 7). Zákon presne vymedzuje aj situácie, v ktorých sa informovaný súhlas nevyžaduje (napr. šírenie prenosnej choroby, ohrozovanie pri duševnej chorobe a podobne).

Ďalším právnym dokumentom Slovenskej republiky, ktorý upravuje edukáciu realizovanú sestrou (aj vo vzťahu k edukácii rodinných príslušníkov), je Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. Vo vymedzení základných pojmov (§ 1, bod e) sa rozumie *„edukáciou v ošetrovateľstve a edukáciou v pôrodnej asistencii poskytovanie potrebných vedomostí a nácvik zručností súvisiacich s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti a starostlivosti v pôrodnej asistencii".* V § 2 uvedenej vyhlášky je definovaný rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, v ktorom sa v bode m) uvádza, že registrovaná sestra pri výkone ošetrovateľskej praxe *„edukuje osobu, rodinu alebo komunitu o ošetrovateľskej starostlivosti s dôrazom na sebestačnosť"* a podľa bodu n) *„poskytuje informácie súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v potrebnom rozsahu osobe, rodine alebo komunite".*

Edukáciu rodinných príslušníkov, resp. podporných osôb realizujú sestry aj ostatní zdravotnícki pracovníci predovšetkým z dôvodu motivácie k ochote a účasti na starostlivosti o ich blízkeho človeka. V prípade účasti rodiny pacienta na edukácii je nevyhnutné uplatňovanie jednotlivých fáz edukačného procesu práve u rodinných príslušníkov, resp.

u rodinných príslušníkov a pacienta súčasne. Pre koncipovanie efektívneho edukačného plánu u rodinných príslušníkov pacienta je dôležité realizovať posúdenie štruktúry a životného štýlu rodiny, ako aj posúdenie konkrétneho člena rodiny z hľadiska edukácie, a to toho člena alebo členov, ktorí budú edukovaní. **Posudzovanie rodiny** má vplyv nielen na oboznámenie sa s rodinou pacienta, ale aj na poznanie roly, akú budú jej členovia zastávať počas edukačnej činnosti a počas poskytovania starostlivosti. Niektoré liečebné plány nie sú úspešné bez toho, aby do starostlivosti o pacienta vstupovala rodina. Pri posúdení rodiny môžeme zistiť jej silné aj slabé stránky a určiť možnosti participácie členov rodiny na starostlivosti o pacienta. Ochorenie má vplyv nielen na pacienta, ale aj na jeho rodinu (http://www.euromedinfo.eu).

Vágnerová (2004) uvádza, že akékoľvek ochorenie, predovšetkým závažné, nie je iba záležitosťou jednotlivca, ale ovplyvní život celej rodiny. Je to záťaž, ktorá mení situáciu a mnohé aspekty, od ktorých závisí ďalší rozvoj vzťahov v rodine. Pod vplyvom zmien daných chorobou sa nemení len postavenie chorého člena rodiny, ale aj obsah rolí ostatných členov rodiny a ich celkový životný štýl, niekedy aj ich hodnoty a normy. Ochorenie blízkeho človeka predstavuje záťaž aj v oblasti komunikácie jednotlivých členov rodiny (náročný je predovšetkým kontakt s ťažko chorým členom rodiny).

Komunikáciou vo fáze posudzovania, najmä aktívnym počúvaním pacienta a jeho rodiny, je možné vybudovať dôverný vzťah, ktorý je základom pre edukáciu pacienta a jeho rodiny. Hodnotenie rodiny vyžaduje aj veľmi dobré pozorovacie schopnosti. Zhromažďovanie informácií o štruktúre rodiny, jej funkciách a potrebách nemusí byť obmedzené iba do štruktúrovaných rozhovorov. Kedykoľvek je niekto z členov rodiny k dispozícii, je možné získať ďalšie informácie o rodine a jej úlohe v oblasti starostlivosti o pacienta. Neformálne rozhovory s pacientom a rodinou počas výkonov realizovaných sestrou, napr. podávanie liekov, aplikácia infúzie, kŕmenie a pod., môžu priniesť údaje, ktoré pomôžu „dotvoriť“ obraz rodiny. V tabuľke 2 sú uvedené oblasti posudzovania rodiny, ktoré je dôležité zistiť. Odpovede na uvedené otázky pomôžu sestre pri plánovaní a realizácii efektívnej edukácie v partnerstve s pacientom a jeho rodinou (http://www.euromedinfo.eu).

Tabuľka 2 *Oblasti posudzovania rodiny*

OBLASTI POSUDZOVANIA RODINY
Aká je rodina pacienta?
Kto je považovaný za člena rodiny?
Aké je postavenie pacienta a jeho rola v rodine?
Kto z rodiny má najväčší vplyv na pacienta?
Aký je vek a pohlavie jednotlivých členov rodiny?

OBLASTI POSUDZOVANIA RODINY
Aké je povolanie jednotlivých členov rodiny? Aký je zdravotný stav členov rodiny? Existujú fyzické obmedzenia, ktoré by mohli ovplyvniť schopnosť rodinného príslušníka zúčastňovať sa na starostlivosti o pacienta?
Aké zdroje má rodina k dispozícii? Je rodina schopná uspokojiť fyzické potreby pacienta? Aký je domov pacienta? Poskytuje mu bezpečnosť a pohodlie? Aká je schopnosť pacienta podieľať sa na starostlivosti o seba? Je pacient zdravotne poistený? Aké zdroje je možné využiť v kontexte susedstva a komunity? Aké má rodina väzby s priateľmi, susedmi, cirkvou, obecnými organizáciami?
Aké je vzdelanie, životný štýl a vierovyznanie členov rodiny? Aká je úroveň vzdelania členov rodiny a aké sú ich postoje k učeniu? Majú všetci členovia rodiny základnú gramotnosť? Existujú jazykové bariéry pri verbálnej komunikácii s rodinou? Aký je životný štýl a kultúrne zázemie rodiny? Dôveruje rodina ľudovému liečiteľstvu? Existujú potenciálne konflikty medzi kultúrnym presvedčením rodiny a odporúčaniami zdravotníckych pracovníkov? Aké sú bežné stravovacie návyky rodiny? Majú rodinní príslušníci schopnosť prijímať nové informácie a sú schopní uplatniť to, čo sa naučia? Sú členovia rodiny prekvapení nevyhnutnosťou učiť sa novým zručnostiam?
Aké je fungovanie rodiny? Sú rodinní príslušníci citliví k pacientovi a k sebe navzájom? Komunikujú rodinní príslušníci medzi sebou navzájom efektívne? Má rodina schopnosť prijať pomoc od iných, keď je to potrebné? Do akej miery sú rodinní príslušníci otvorení učeniu? Majú kľúčoví rodinní príslušníci schopnosť robiť efektívne rozhodnutia? Aké skúsenosti má rodina v súvislosti s riešením krízových situácií? Ako rodina reagovala v minulosti na krízy a aké prostriedky a pomoc v tejto situácii využila?
Aké je chápanie súčasného problému rodinou v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti? Pozná rodina dôvod poskytovania zdravotnej starostlivosti jej členovi?

OBLASTI POSUDZOVANIA RODINY
Prečo podľa členov rodiny nastal problém u pacienta? Čo podľa členov rodiny znamená pre pacienta choroba? Do akej miery je podľa nich ochorenie závažné? Aký druh liečby by mal pacient podľa nich dostať? Aké sú podľa názorov rodinných príslušníkov najdôležitejšie výsledky, ktoré sa liečbou majú dosiahnuť? Aké sú hlavné problémy rodiny spôsobené chorobou jej člena? Čoho sa najviac rodina v tejto situácii bojí?
Aké sú edukačné potreby pacienta a rodiny? Čo pacient a rodina považujú za najdôležitejšie skutočnosti, ktoré potrebujú vedieť? Vie pacient a jeho rodina o ďalších problémoch pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti? Pozná pacient a jeho rodina terapeutický plán a súhlasí s ním? Existujú nejaké fyzické alebo kognitívne obmedzenia u pacienta a jeho rodinných príslušníkov, ktoré môžu byť prekážkami učenia? Je pacient a rodina ochotná dosiahnuť stanovené ciele odporučené zdravotníckym tímom? Je rovnaké vnímanie toho, čo je potrebné robiť zo strany pacienta aj rodiny?

(Zdroj: Rankin, Stallings, 1996)

V nadväznosti na posudzovanie pacienta a rodiny z hľadiska edukácie sestra vypracuje edukačný plán. Jeho vypracovanie vyžaduje systematický prístup k edukácii pacienta a jeho rodinných príslušníkov. Edukačný plán pre rodinných príslušníkov ako pre primárne ošetrujúce osoby by mal byť napísaný tak, aby vychádzal zo špecifických potrieb pacienta a jeho rodiny. Rodina musí vedieť to, čo má pre pacienta a najmä v spolupráci s ním robiť, ale aj to, ako túto činnosť robiť s prioritným zameraním na prevenciu komplikácií a dosiahnutie primeranej kvality života pacienta. Preto je nevyhnutná nielen edukácia zameraná na získavanie vedomostí, ale aj nácvik zručností, ktoré sú nevyhnutné pre zabezpečenie komplexnej starostlivosti o pacienta v domácom prostredí. Houts et al. (1996, in http://www.euromedinfo.eu) uvádza 4 základné okruhy informácií potrebných pre rodinu, a to:

- všeobecné informácie o zdravotnom probléme pacienta, vrátane jeho príčin a následkov,
- možnosti pomoci od zdravotníckych pracovníkov (napr. pri mimoriadnych udalostiach),
- možnosti rodiny pri poskytovaní starostlivosti pacientovi (s dôrazom na prevenciu problémov a komplikácií),
- inštrukcie ku vytvoreniu plánu starostlivosti v domácom prostredí pacienta, vrátane možných prekážok realizácie plánu a ich eliminácie.

Cieľom edukácie pacienta a jeho rodiny je:

- zapojiť do procesu liečby,
- zvýšiť samostatnosť pacienta a rodiny pri zvládaní ochorenia,
- pomôcť adaptovať sa na prostredie zdravotníckeho alebo sociálneho zariadenia,
- minimalizovať stres,
- prebrať väčšiu zodpovednosť za seba a svoje zdravie,
- zlepšiť kompenzáciu ochorenia,
- znížiť frekvenciu hospitalizácií,
- znížiť výskyt komplikácií ochorenia,
- zlepšiť kvalitu života (Hrušková a kol. in Magurová, Majerníková, 2009).

Základom efektívnej edukácie a aktívnej participácie rodiny pacienta na edukácii a následne na starostlivosti o člena rodiny je motivácia. Pre **udržanie a posilnenie motivácie** je dôležité:

- využívať vhodné motivačné prvky pre vzbudenie záujmu o ich participáciu na edukácii a starostlivosti o pacienta (napr. poukazovanie na zlepšenie kvality života, prevenciu rehospitalizácií a podobne),
- vzájomne sa s pacientom a jeho rodinou dohodnúť na dobe edukácie, ktorá im najviac vyhovuje,
- byť vnímaví ku známkam únavy alebo iným nepríjemným príznakom,
- zistiť, akým životným štýlom pacient a jeho rodina doma žijú, a snažiť sa prispôsobiť výučbu tomu, čo je pre nich dôležité,
- spolu s pacientom a jeho rodinou diskutovať aktuálne a potenciálne problémy, a edukáciu začať so zameraním na ten problém, ktorý je podľa nich najprioritnejší,
- prediskutovať s pacientom a jeho rodinou tie aspekty zdravého životného štýlu, ktoré mu pomôžu udržať a upevniť si zdravie,
- pracovať na vytvorení dôveryhodného vzťahu s pacientom a jeho rodinou- snaha presvedčiť ich, že nám záleží na jeho blahu a že nám potrebujú veriť, že použité metódy edukácie a odovzdaný materiál sú pre nich dôležité,
- snažiť sa udržať partnerský a eliminovať paternalistický vzťah k pacientovi a jeho rodine,
- viesť pacienta a jeho rodinu k pochopeniu potreby zmeniť svoj názor, nenútiť ich do zmeny názoru, ale vysvetľovať dôvody vhodnosti a prínosu zmeny,
- neopakovať zbytočne to, čo pacient a jeho rodina už vedia (Magerčiaková, 2007),
- snažiť sa aj počas edukácie vyhodnocovať vzťahy a situáciu v rodine- napr. s použitím otázok: Je pacient finančne či emocionálne nezávislý? Posilní rodina to, čo ste sa snažili

naučiť pacienta? Budú mať členovia rodiny záujem pomôcť pacientovi fungovať samostatne alebo z neho vychovajú závislého? Bude mať rodina dostatok podpory či iných zdrojov pri napĺňaní plánu domácej starostlivosti? (Škrla, Škrlová, 2003).

Spolupráca s podpornými osobami edukanta

Pretože výučba bez spolupráce rodiny je takmer vždy určená na zánik, je nevyhnutné zapojiť rodinu do plánu starostlivosti o pacienta a pomáhať jej pochopiť, že nezávislosť je pre pacienta dôležitá, že je to on, kto je zodpovedný za monitorovanie a udržanie svojho zdravia. Ak je však pacient schopný svojprávne konať, musí mu to rodina dovoliť (Škrla, Škrlová, 2003).

V ošetrovateľskej praxi sa sestra stretáva aj s pacientmi, ktorí nemôžu byť edukovaní z rôznych príčin (pozri Tabuľka 1). V týchto prípadoch je nutná edukácia rodinných príslušníkov pacienta a pri spolupráci s nimi by mala sestra dodržiavať určité zásady:

- predstavenie sa a zdôvodnenie potreby, resp. nevyhnutnosti ich účasti na edukácii,
- dodržiavanie termínu stretnutí s príbuznými, taktiež dodržiavanie termínu edukácie,
- dôkladné posúdenie podporných osôb z hľadiska edukácie (schopnosť nadobudnúť nové vedomosti alebo zručnosti, postoje, záujmy a pod.),
- zapájanie podporných osôb do edukácie, podpora ich aktívnej účasti, kontrola spätnej väzby,
- poskytnutie informačných materiálov v písomnej podobe, diskusia po ich preštudovaní príbuznými, vysvetlenie nejasností, opakovanie,
- odporučenie ďalších informačných zdrojov s danou tematikou (časopisy, knihy, internet, kluby a svojpomocné skupiny, atď.),
- poskytnutie telefonického prípadne iného kontaktu na zdravotníckych pracovníkov (napr. možnosť konzultácie pri zhoršení zdravotného stavu pacienta a podobne).

Edukácia realizovaná u rodinných príslušníkov pacienta môže byť ovplyvnená aj ich psychickou a fyzickou vyčerpanosťou pri poskytovaní starostlivosti chorému členovi rodiny. Celkové vypätie, pocit zbytočnosti akéhokoľvek úsilia, ale aj pocity negatívnej zmeny citového vzťahu s chorým človekom zvyšujú negatívnu bilanciu a môže dôjsť až ku vzniku syndrómu vyhorenia (burn-out syndróm) (Vágnerová, 2004).

Súčasťou edukácie realizovanej u rodinných príslušníkov pacienta je aj podpora rodiny. Ako uvádza Baštecká (2003) podpora rodiny spočíva v poskytovaní informácií, v určení osoby, na ktorú sa rodina môže obracať, a tiež, že si daná osoba bude schopná vyhradiť miesto a čas pre rodinu a že bude pracovať s celou rodinou dohromady- teda s rodinou spolu s pacientom. Výraznou podporou rodiny bývajú izby s prístelkou, kde členovia rodiny môžu tráviť čas spolu s pacientom.

Osobitnou oblasťou edukácie rodiny pacienta je aj edukácia rodičov neplnoletého dieťaťa, pričom môže ísť o rodičov tak zdravého dieťaťa (napr. edukácia pri preventívnej prehliadke dieťaťa alebo očkovaní), alebo o rodičov dieťaťa s akútnym či chronickým ochorením. Choroba dieťaťa, predovšetkým chronická, je pre rodičov záťažovou situáciou. Komplexná záťaž, ktorá je daná chorobou dieťaťa, zahŕňa emočnú traumu vyplývajúcu z faktu, že ich dieťa je vystavené utrpeniu, je náročnejšia a vyčerpávajúca starostlivosť o ich potomka. Rodičia musia túto záťaž spracovať a spôsob, ako na ňu reagujú a do akej miery ju zvládnu, spoluurčuje, do akej miery bude táto situácia stresujúca pre dieťa. Rodičia dieťaťa chorobu nejakým spôsobom interpretujú, ich reakcie dajú tejto situácii konkrétny význam. Rodičia zvyčajne reagujú na ochorenie ich dieťaťa:

- úzkosťou a strachom, ktoré sa vzťahujú ku predstave ďalšieho ohrozenia dieťaťa,
- hnevom a zlosťou na nespravodlivú situáciu, ktorá dieťaťu spôsobuje utrpenie,
- smútkom a depresiou, ktoré je možné chápať ako trúchlenie nad stratou zdravia dieťaťa a tiež ako uvedomovanie si obmedzených možností pomôcť svojmu dieťaťu (Vágnerová, 2004).

Pod vplyvom záťaže, ktorú choroba dieťaťa prináša, sa často mení postoj rodičov ku dieťaťu. Môže dôjsť až k extrémnym postojom, ako je hyperprotektivita, či naopak- strata záujmu o choré dieťa a jeho odmietanie (Vágnerová, 2004).

Tiež hospitalizácia je pre dieťa každého veku aj pre jeho rodičov traumatizujúcou životnou skúsenosťou. Aj krátky pobyt v nemocnici môže mať negatívny dopad na celú rodinu. Dôležitú oblasť predstavuje efektívna spolupráca s dieťaťom a jeho rodinou zo strany všetkých pracovníkov multidisciplinárneho tímu, ktorí poskytujú dieťaťu starostlivosť v zdravotníckom zariadení. Řezníčková (in Sedlářová a kol., 2008) uvádza tieto podmienky dobrej spolupráce zdravotníkov s rodinou dieťaťa:

- umožniť rodičom starať sa o dieťa po celú dobu hospitalizácie,
- prijať rodičov ako partnerov a rovnocenných spolupracovníkov,
- umožniť rodičom ovplyvňovať ošetrovanie a režim dieťaťa,
- poskytovať rodičom opakované a zrozumiteľné informácie.

Veľký prínos v edukácii pacienta a jeho rodiny má **využitie písomných edukačných materiálov**, a to najmä z toho dôvodu, že informácie v písomnej podobe majú k dispozícii aj v domácom prostredí, môžu sa ku nim kedykoľvek vrátiť a ozrejmiť si tie skutočnosti, ktoré si počas edukácie v bezprostrednom kontakte so sestrou alebo iným zdravotníckym pracovníkom nezapamätali. V prípade, že sa sestra rozhodne v edukácii rodinných príslušníkov pacienta využiť písomné edukačné, resp. informačné materiály, musí zvážiť vhodnosť ich využitia, a to po predchádzajúcom preštudovaní a kritickom posúdení materiálov. Môže pritom využiť materiály vypracované a poskytované farmaceutickými či

inými firmami, ktoré sa zaoberajú výrobou, distribúciou a predajom liekov, kompenzačných a zdravotníckych pomôcok. Veľkým prínosom sú však materiály, ktoré sú vypracované v podmienkach pracoviska konkrétneho zdravotníckeho zariadenia, a na koncipovaní ktorých participujú aj sestry. Výhodou písomných edukačných materiálov je najmä možnosť ovplyvňovať veľký počet ľudí prostredníctvom určitého textu. Ich nevýhodou je prácnejšia a finančne nákladnejšia príprava (Závodná, 2002). Medzi ich výhody však patrí to, že sa edukant môže k informáciám kedykoľvek vrátiť, resp. má ich kedykoľvek k dispozícii a ich využitie v rámci edukačnej činnosti sestier prispieva k úspore času nevyhnutného na prípravu a realizáciu edukácie pacientov alebo ich rodinných príslušníkov. V prípade, že sa sestra, resp. sestry rozhodnú vypracovať písomný edukačný materiál (zvyčajne v podobe letáku či brožúry), v rámci jeho metodického spracovania by si mali položiť viaceré otázky:

- Pre koho je materiál určený (cieľová skupina- recipient informácií)?
- Akú terminológiu použiť?
- Aké stratégie využiť pri štruktúrovaní obsahu materiálu?
- Aká je kvalita a kvantita vybraných informácií?
- Ako znázorniť, resp. zdôrazniť dôležité oblasti a súvislosti?
- Aká je miera aplikovateľnosti edukačného materiálu v praxi?
- Ako zefektívniť využitie edukačného materiálu?
- Akým spôsobom bude edukant motivovaný preštudovať si edukačný materiál?
- Ako zlepšiť pútavosť edukačného materiálu?
- Ako následne hodnotiť efektívnosť edukačného materiálu?
- Akým spôsobom bude financované vydanie materiálu v tlačenej podobe?

Záver

Rodina je pre človeka najdôležitejšou sociálnou skupinou. Opora zo strany rodinných príslušníkov je určite najvýznamnejšia pri výskyte rôznych problémov u niektorého člena rodiny, medzi ktoré patria aj zdravotné problémy. Práve zdravotné problémy, resp. rôzne odchýlky zdravia sú dôvodom pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti, na ktorej výraznou mierou participujú aj sestry. Samozrejmou súčasťou poskytovanej starostlivosti je aj edukačná činnosť, ktorú je v mnohých prípadoch nevyhnutné realizovať nielen u samotného pacienta, ale aj u jeho podporných osôb, prípadne výhradne iba u rodinných príslušníkov pacienta. Preto musí byť sestra pripravená aj na edukáciu rodiny. Sestra vychádza pri edukačnej činnosti pacienta a jeho rodiny predovšetkým z toho, že rodina poskytuje svojim členom ochrannú, preventívnu a podpornú funkciu a slúži aj ako zdroj informácií (Bártlová, 2009 in Nemcová, Hlinková a kol., 2010). Najdôležitejšími predpokladmi efektívnej edukačnej činnosti pacienta a jeho rodiny je dôsledné posudzovanie z hľadiska edukácie s ohľadom na

faktory, ktoré môžu edukáciu a splnenie jej cieľov determinovať, a tiež motivácia a dodržiavanie zásad plánovania a realizácie úspešnej edukácie.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BAŠTECKÁ, B. a kol. 2003. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
2. *Doing a family assessment.* [cit. 10.3.2014]. Dostupné na internete: <http://www.euromedinfo.eu/doing-a-family-assessment.html/>
3. MAGERČIAKOVÁ, M. 2007. *Edukácia v ošetrovateľstve 1.* 1. vyd. Ružomberok: Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2007, 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
4. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, Ľ. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve.* Martin: Osveta, 2009, 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
5. NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2010, 259 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
6. *RANKIN, S. H., STALLINGS, K. D. 1996. Patient Education: Issues, Principles, Practices. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996, s. 128-129.*
7. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. 2008. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii.* Praha: Grada Publishing, 2008, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
8. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent- Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
9. VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
10. *Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.*
11. *Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.*
12. ZÁVODNÁ, V. 2002. *Pedagogika v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002, 96 s. ISBN 80-8063-108-5.

Kontaktná adresa:

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: magerciakova@ku.sk

RODINNÍ PRÍSLUŠNÍCI PACIENTA S DESPRESIOU AKO EDUKANTI

Michaela Vicáňová[1], Andrea Klocáňová[2]

[1] Katolíckej univerzity v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva
[2] Univerzitná nemocnica Martin

Abstrakt

Cieľom príspevku je poukázať na dôležitosť informovanosti príbuzných pacienta s depresiou o tejto poruche, najmä na pochopenie ochorenia, možnosti liečby a pristupovanie k depresívnemu pacientovi v domácom prostredí. Správne volená a efektívne vedená edukácia prináša pozitívny priebeh liečby u pacientov a pozitívnu spoluprácu medzi sestrou, pacientom, príbuzným a lekárom.

Kľúčové slová: Depresívna porucha. Príbuzní pacienta. Pacient. Edukácia.

Abstract

The aim article is to point out the importance of being informed about a depressive disorder of a relative, especially understanding the illness, possible medical treatment treatment in a domestic environment. Correct and effective education results in a positive process of therapy of both, the patients and their relatives as well as the effectivity a therapy itself and the cooperation between a nurse, patient, relative and a physician.

Key words: Depressive disorder. Relative. Patient. Education.

Úvod

Človek sa väčšinou svojou chorobou nechváli, avšak práve psychickú poruchu má viac tendenciu skrývať, a ak sa mu to darí, tak sa jeho život môže stať veľkým utrpením. Toto utrpenie prežívajú spolu s pacientom aj jeho rodinní príslušníci. Pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti je nevyhnutné zapojiť do starostlivosti o chorého člena rodiny všetkých jej členov (Šupínová, 2013).

Edukácia pomáha jedincovi, ale aj skupinám orientovať sa v procesoch zmeny na všetkých úrovniach, od sociálnych makrozmien cez vnútorné zmeny až po mikrozmeny, ktoré sú prítomné v dennom živote. Edukácia je celoživotné vzdelávanie rozvíjanie osobnosti pôsobením formálnych výchovných inštitúcií a neformálneho prostredia, je to kontinuálny systémový proces. V ošetrovateľstve má nezastupiteľnú úlohu. V úlohe edukácie zohráva

veľkú rolu práve sestra, podieľajúca sa na výchove pacienta a jeho príbuzných. Svoje vedomosti a praktické zručnosti v oblasti edukácie by mala neustále rozširovať a zdokonaľovať a napredovať novým poznatkom v danej problematike. Označenie termínu edukácia vystihuje pojem vzdelávania ako sústavné inštitucionálne organizovanie aktivít zacielené na celoživotné rozvíjanie vedomostí, schopností hodnotových postojov a iných osobných kvalít, ktoré sú potrebné pre spôsobilosť v rolách pacienta, alebo skupiny (Demková, 2010). Významnou súčasťou edukácie ľudí so psychickými poruchami je podpora rodiny, pretože rodina je dôležitým zdrojom podpory. Psychiatrické ošetrovateľstvo poskytuje komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť duševne chorým, pričom svoju pozornosť sústreďuje aj na blízkych príbuzných pacientov a ich rodiny (Lizáková a kol., 2008). Pri edukácii rodinných príslušníkov je veľmi dôležité klásť dôraz na to, že duševná porucha nie je výsledkom slabosti či nedostatku vôle, ale že ide o chorobu (Zrubcová a kol., 2013).

Vlastný text práce

Depresiu radíme medzi afektívne poruchy. Ide o skupinu porúch, kde dominujú poruchy nálad, pri ktorých môže ísť buď o zníženú – depresívnu náladu, často sprevádzanú úzkosťou, alebo naopak elevovanú – manickú náladu. Podľa štatistických údajov počet depresií vo svete pribúda (Kolibáš, 1996). Depresia a smútok nie sú totožné pojmy, pričom rozoznávame viaceré stavy depresie. Na vzniku poruchy sa obvykle podieľajú predispozičné aj precipitačné faktory. V patofyziológii depresie sa predpokladá porucha dostupnosti neuroprenášacov (najmä sérotonínu (5-HT), noradrenalínu (NA) a dopamínu (DA)). Celoživotná prevalenia je 4 – 6 % (ťažšie depresívne prejavy) či 17 – 35 % (širšie spektrum depresie), incidencia 11 % (Breznoščákova, 2008).

Každému pacientovi liečenému na depresívnu poruchu by mali byť príslušne aplikované aj psychoterapeutické metódy vybrané vzhľadom k jeho zdravotnému stavu. Vybrané postupy je možné aplikovať aj príbuzným pacienta v rámci spoločných sedení.

Pod pojmom psychoterapia sa chápe každá metóda, ktorá je založená na interaktívnom rozhovore medzi pacientom a terapeutom. Terapeutických metód rozoznávame viac druhov podľa váhy a významu, zaraďujeme sem metódy rady, presviedčania, ovplyvňovanie, tréning správania, myslenia a prežívania. Psychoterapia napomáha k sebapoznaniu, odstráneniu vnútornej tenzie, napomáha k zlepšeniu vzťahov, verbálnej a neverbálnej komunikácie, zlepšeniu celkového stavu, poklesu psychickej symptomatológie, zvýšeniu vlastnej aktivity a sebadôvery, k zlepšeniu sociálnej adaptácie, kontaktu s lekárom a k užívaniu liekov. Psychoterapia zabezpečuje aj zmenu v postojoch pacienta a to hlavne k akceptovaniu vlastnej diagnózy, dlhodobej liečby, dlhodobého kontaktu s lekárom, ale je zameraná aj na sledovanie varovných signálov relapsu ochorenia, rozhovorom so spolupacientmi s rovnakou

diagnózou. Psychoterapia pri zmene postoja zase zabezpečuje a vedie pacienta k úprave denného režimu, k spánku počas noci a nie dňa, prinavráteniu sa pacienta k jeho záľubám, nácvikom sociálnych zručností (nákupy, vybavovanie na úradoch). Psychoterapia pri zmene v prežívaní učí pacientov ako redukovať stres, relaxovať, vedie ich venovaniu sa ich obľúbených aktivít, ale učí pacientov aj ako verbálne vyjadrovať vlastné prežívanie, rozpoznať smútok, úzkosť, zlosť a sklamanie (MacLarenová, 2002). Pri systematickej psychoterapii sa má uvažovať aj o naliehavých problémoch, ktoré môžu pacienta trápiť a zhoršovať jeho zdravotný stav. Naliehavými problémami môže byť strata blízkej osoby, pocit smútku, bezmocnosti, pocit nevládnosti žiť. Na všetky tieto situácie sa musí myslieť nielen u pacienta, ale aj jeho príbuzných. Indikáciou pre systematickú psychoterapiu sú aj dlhé a vracajúce sa depresie, alebo vždy keď prevláda bezmocný pocit, že pacient potrebuje podporu, porozumenie alebo spoľahlivý pravidelný kontakt. Pri liečbe depresívnej poruchy sa poskytujú viaceré formy psychoterapie: relaxačné techniky (autogénny tréning), arteterapia (terapia kreslením), muzikoterapia (terapia hudbou), ergoterapia (terapia prácou), biblioterapia (liečba čítaním kníh). Ďalšie metódy rozpoznávame pri depresívnych poruchách psychoterapie: hlbinnopsychologická psychoanalytická fokálna alebo krátkodobá terapia, kongnitívno-behaviorálna terapia (KBT) a interpersonálna psychoterapia (IPT). Ďalšou metódou psychoterapie je hlbinná psychoanalytická fokálna terapia. Cieľom tejto terapie je objasnenie a spracovanie biografického vzťahu už existujúcej depresívnej poruchy. Zjednodušene povedané pacient sa svojmu terapeutovi v ich rozhovore vracia až ku svojmu ranému detstvu. Zameriava sa aj na terajšie vzťahy, životné udalosti a momentálny vzťah, či už ku sebe alebo okoliu (Hirsch, Scharnagl, 2009).

Vstup na psychiatriu je náročná životná situácia pre pacienta aj jeho rodinu, preto privítanie zo strany sestry pre pacienta a jeho rodinu by malo byť pokojné. Dostatok informácií podaných prijateľnou formou určite ocenia. Stanovenie jasných pravidiel hneď na začiatku liečby uľahčí spoluprácu medzi pacientom, sestrou a príbuznými. Príbuzní pacienta sú pre neho sprostredkovateľom vonkajšieho sveta. Pozitívne vzťahy medzi príbuznými a pacientom sú liečebným prostriedkom pre pacienta. Príbuzných pacienti vnímajú ako príjemný zážitok, saturujú potreby lásky, úprimného záujmu a spolunáležitosti. Pozitivita príbuzných sa prejavuje na primeranej informovanosti pacienta o rodinnom dianí, na rozptýlení, spríjemnení voľného času, dodania odvahy a rešpektovaní zdravotníckych pracovníkov (Kristová, 2004). Mnohé sestry sú správne presvedčené o pozitíve spolupráci s príbuznými na liečebnom režime. Aj napriek tomu často konajú spôsobom, kde príbuzní majú pocit, že sú nežiaduci. Rozdielne činy medzi skutkami a slovami spôsobujú, že príbuzní a pracovníci sa uzavrú pred možnou spoluprácou v liečebnom režime. Ak sa sestra správa k rodinne priateľsky a otvorene, stane sa jej spojencom. Práve spojenectvo a spolupráca pre

sestru je najvhodnejšia už počas prvého kontaktu s rodinou, kedy členovia rodiny hľadajú pomoc. Už pri prvom kontakte sú príbuzní pripravení prijať prejavy starostlivosti a záujmu nielen o pacienta ale aj o celú rodinu a to aj keď cítia obavy, mrzutosť a úzkosť. Erudovaná sestra, ktorá je skúsená v komunikačných zručnostiach využíva v styku s príbuznými rozhovor a posudzovanie. Musí mat dostatočné vedomosti o vývine bežnej rodiny, aby vedela rozlíšiť vplyv rôznorodých faktorov, neprekračujúce vlastnú kapacitu a vie odlíšiť rodinné vzorce (Janosiková, Daviesová, 1999).

Pri osobnej komunikácii s príbuznými sa sestra riadi týmito pravidlami:

- pozdrav a predstavenie sa sestry je základom úspešnosti a získania dôvery,
- vedieť oceniť príbuzných, pretože väčšinou majú dobrú vôľu pomáhať pacientovi,
- prejaviť osobný záujem o pacienta a jeho zdravotný stav a zlepšenie,
- použiť vhodný spôsob komunikácie („vaša stará mama je precitlivená skúste sa porozprávať s ňou o iných veciach, ako o chorobe“),
- uistiť príbuzných, že pacientovi sa poskytuje kvalitná zdravotná starostlivosť,
- vhodným spôsobom informovať príbuzných o tom, ako sa pacient cíti, ako spal, aké vyšetrenia absolvoval a čo by potreboval, neposkytuje však informácie o zdravotnom stave, prognóze choroby a laboratórnych testoch, liečbe a následnom prepustení,
- usmerňuje na vhodné zamestnávanie pacienta (Kristová, 2004).

V nasledujúcej Tabuľke 1 sú spracované typické sekvencie medzi depresívnym človekom a jeho príbuzným. Ako koná partner pri rozličných vzniknutých situáciách, ktoré vytvára depresívny pacient.

Tabuľka 1 *Typické sekvencie medzi depresívnym človekom a jeho príbuzným* (Hašto, 1995)

Pacient s depresiou	Príbuzní pacienta
je stiesnený, reaguje pomaly	pokúša sa tomu čeliť pomocou útechy
nedokáže plniť nároky, cíti sa nepochopený,	naďalej povzbudzuje, stáva sa ale požadovačný
uťahuje sa, je stále bezmocnejší, ťažkom prístupný	je stále viac napätý, reaguje konfliktami
ja zablokovaný, opuzdrený	je preťažený, reaguje sebaobranou, kontroluje depresívneho

Rodine pacienta je však nevyhnutné tiež podávať jasnú informáciu o povahe ochorenia ich rodinného príslušníka, lebo ľudia potrebujú počuť tieto informácie práve z úst špecialistu (lekára). Zároveň je potrebné oboznámiť ich aj o vyvolávajúcich príčinách ochorenia, vysvetliť potrebu sledovania meniacich sa nálad u svojich príbuzných, poskytnúť informácie o spolupráci a pravidelných kontrolách s lekárom. Príbuzných je potrebné stručne oboznámiť aj o metódach používaných pri liečbe depresie a ich nežiaducich účinkoch. Zároveň je nutné upozorniť ich na zásady pri užívaní antidepresív, o nutnosti ich

pravidelného a dlhodobého užívania a pravidelných ambulantných kontrol u psychiatra. Edukantov treba informovať aj o skutočnosti, že pacientov treba nabádať k tomu, aby pri zhoršení zdravotného stavu neváhali kontaktovať lekára. V neposlednom rade je potrebné zdôvodniť príbuzným dôležitosť poskytnutia emocionálnej podpory pacientovi. Edukovať rodinu je nutné realizovať podobným spôsobom, ako pacienta s tým, že dôraz sa kladie na závažnosť ochorenie, rizika a pravdepodobný vývoj ochorenia. Počas edukácie treba byť obozretný, aby sme nevyvolali pocit viny u príbuzného, lebo to môže byt príčinou vyhýbaniu sa ošetrovateľskému personálu. S týmto aj apelujeme na vyhnutie sa alternatívnej liečbe. Vhodné je nájsť spojenca v liečbe medzi príbuznými, predať rodine zodpovednosť za pacienta, ak by sa ocitol v zhoršenej fáze a sám bude strácať kritickosť na liečbu mu vedeli patričným spôsobom pomôcť. Rodinu je potrebné zoznámiť s možnosťami ich prispeniu k prevencii relapsu, okrem pravidelného dodržiavania liečebného postupu, znížiť stresové faktory. Pri očakávanej záťaži je možné po dohovore s lekárom upraviť medikáciu. Edukovať o vhodnom a nevhodnom správaní sa k ich príbuznému s depresiou. Neobviňujeme rodinu z nesprávneho prístupu, ale všeobecne hovoríme o nevhodnosti hyperprotektívneho a hyperkritickeho prístupu a ich dopadoch na chorého. Príbuzných je potrebné poučiť o skutočnosti, že depresia je choroba a nie schválnosť, či povahová úchylka. V tejto situácii sa mnohokrát upraví pohľad na príčiny konania depresívneho pacienta v rodine. Lebo príbuzní mnohokrát interpretujú správanie, ako lenivosť, pohodlnosť, provokáciu svojho partnera. Preto je dôležité vysvetliť podstatu takéhoto správania a vhodne korigovať postoje k chorému pacientovi zo strany príbuzných. Dôležité je poučenie o tom, že depresia je nosičom celoživotného rizika výskytu suicidálneho jednania. Apelovať na dôležitosť odpozorovania prejavov, ako je úzkostný nepokoj, agitovanost, témy o smrti a zabezpečiť pacientovi v prípade ich výskytu urýchlenú lekársku pomoc, ako jediný správny postup (Malá, Navrátilová, 2006).

Záver

Cieľom edukácie pacienta so psychickým ochorením a aj jeho rodiny je znížiť napätie v rodine, zlepšiť fungovania všetkých členov rodiny a zlepšiť spolupráce medzi lekárom, sestrou a rodinou. Je dôležité, aby profesionálni zdravotníci spolu s členmi rodiny vytvorili vzťah spolupráce (Pěč, Probstová a kol., 2009).

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BREZNOŠCÁKOVÁ, D. 2008. Afektívne poruchy – súčasný pohľad – možnosti diagnostiky a liečby. In *Ambulantná terapia*. ISSN 1336-6750. 2008, roč. 6, č. 2, s. 112-118.

2. DEMKOVÁ, K. 2010. Edukácia pacienta s depresiou. In *Sestra*. ISNN 1335-9444. 2010, č. 3 - 4, s. 31-33.
3. HAŠTO, J. (ed.) 1995. *Terapia depresií, prehľad, tabuľky a schémy pre prax.* Trenčín: F- psychiatria, psychoterapia, psychosomatika, 1995. 78 s. ISBN 80- 96727-71 – 0.
4. HIRSCH, H – SCHARNAGEL, H. 2009. *Depresia*. Bratislava : Ikar, a.s., 2009. 102 s.ISBN 978-80-551-1934-2.
5. JANOSIKOVÁ, E. - DAVIESOVÁ, J. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť.* Martin : Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
6. KOLIBÁŠ, E.1996. *Príručka klinickej psychiatrie*. Bratislava : Askeplios, 1996. 239 s. ISBN 80–7167–021–9.
7. KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve.* Martin : Osveta. spol. s.r.o., 2004, 211s. ISBN 80-8063-160-3.
8. LIZÁKOVÁ, Ľ. a kol. 2008. *Psychiatrické ošetrovateľstvo.* Ružomberok : Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2008. 130 s. ISBN 978-80-8084-387-8.
9. MACLARENOVÁ, L. 2002. *Depresia.* Bratislava : Belimex, 2002. 226 s. ISBN 80-89083-11-0.
10. MALÁ, K. - NAVRÁTILOVÁ, H. 2006. Edukace pri onemocnení psychózou. In*Psychiatrie pro praxi*. ISSN 1803-5272. 2006, č. 3, s. 137-139.
11. PĚČ, O. - PROBSTOVÁ, V. a kol. 2009. *Psychózy- psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče.* Praha : Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
12. ŠUPÍNOVÁ, M. 2013. *Komunitné ošetrovateľstvo.* Zvolen : Vydavateľstvo TU, 2013. 215 s. ISBN 978-80-228-2599-3.
13. ZRUBCOVÁ, D. a kol. 2013. *Ošetrovateľská starostlivosť v komunite.* Nitra : Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2013. 248 s. ISBN 978-80-558-0234-3.

Kontaktná adresa

PhDr. Michaela Vicáňová, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva
nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: vicanova@ku.sk, t.č. +421 918 722 194

REGISTER AUTOROV

B

Balogová Eva, 217
Bergier Leszek, 136
Boratyn-Dubiel Lucyna, 107, 269, 286
Butorová Anna, 217

C

Cichońska Małgorzata, 222, 307

D

Dębska Grażyna, 15, 43, 247
Dohnalová Zdeňka, 93
Dorková Zlatica, 93
Dvořáková Vlasta, 182

F

Fedorová Michaela, 7
Foryś Zofia, 15, 247

G

Gazdaricová Lucia, 344
Głowacka Mariola, 356
Goździalska Anna, 122, 149, 192
Gugała Barbara, 107, 269, 286

H

Haor Beata, 356
Hardy Mária, 7
Herinková Anna, 233
Hudáková Zuzana, 34, 182

Ch

Chmiel Zdzisława, 107, 269, 286
Chorągwicka Klaudia, 15, 247

I

Ižová Marcela, 370

J

Jakobejová Jana, 298
Janoško Pavol, 262
Jaśkiewicz Jerzy, 122, 149, 192

K

Kaczmarczyk Grzegorz, 136
Kadučáková Helena, 388
Klocáňová Andrea, 409
Kľusková Jana, 144
Konopelska–Oleksowicz Dagmara, 64
Kowalewska Marta, 192
Kozłowska Magdalena, 377
Krátká Anna, 201
Król Halina, 331, 377
Kuberová Helena, 53
Kucharska Katarzyna, 222

L

Lazárová Eva, 242
Lisowska Sylwia, 43

M

Maciąg Dorota, 222, 307
Magerčiaková Mariana, 397
Miertová Michaela, 29

N

Novysedláková Mária, 34
Nowak Katarzyna, 167
Nowak-Starz Grażyna, 167, 331, 377

O

Ovšonková Anna, 29

P

Poláchová Jana, 326

R

Rejowska Katarzyna, 122
Rogala Grażyna, 356

S

Sadło Jolanta, 331
Schildová Daniela, 319
Simočková Viera, 367
Snopek Petr, 326
Stępień Renata, 64, 167, 207

Strážiková Iveta, 53

Š

Šenkárová Zuzana, 388
Šichman Marek, 160
Špatenková Naděžda, 93
Šupínová Mária, 76

T

Tokarčík Ján, 101, 176
Tokarčíková Martina, 101, 176
Tomagová Martina, 29
Tomková Monika, 370

U

Uryga Maciej, 269
Ušiaková Janeta, 84

V

Valancová Alena, 279
Vaněk Peter, 233
Vicáňová Michaela, 409
Virgulová Jana, 76

W

Wiater Monika, 307
Wiraszka Grażyna, 64, 167, 207

Z

Zboina Bożena, 64, 331, 377
Zdziebło Kazimiera, 64, 167, 207, 331
Zrubáková Katarína, 233, 344

Názov : Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie
RODINA – ZDRAVIE - CHOROBA

Recenzenti : dr. Halina Król, PhD. (Poľsko)
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D. (Česká republika)
Mgr. Anna Krátka, Ph.D. (Česká republika)
doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD. (Slovensko)
PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD. (Slovensko)
PhDr. Michaela Vicáňová, PhD. (Slovensko)
PhDr. Marcela Ižová, PhD. (Slovensko)

Redakcia: PhDr. Katarína Zrubáková, PhD., PhDr. Mária Novysedláková, PhD.

Vydalo : VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku
Počet strán : 417
Náklad : 100 výtlačkov
Vydanie : prvé
Formát : A 4
Vydané : 2014

Uverejnené články neprešli jazykovou korektúrou. Za jazykovú stránku zodpovedajú v plnom rozsahu autori článkov.

ISBN 978-80-561-0117-9