

Rodina v zdraví a chorobe

Publikácia vyšla s podporou Katolíckej univerzity v Ružomberku,
Fakulty zdravotníctva, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitných štúdií,
Institutu zdravotníckych štúdií, Krakowskej Akademii Andrzeja Frycza Modrzewskiego
AKH – Medizinischer Universitätscampus Wien, Slovenskej komory sestier a pôrodných
asistentiek,

Vedeckí garanti medzinárodnej konferencie

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

prof. MUDr. Anton Lacko, CSc. (Slovensko)

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

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D. (Česká republika)

PhDr. Grażyna Dębska (Poľsko)

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

doc. PhDr. Helena Kuberová, PhD. (Slovensko)

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

PhDr. Marcela Ižová, PhD. (Slovensko)

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

PhDr. Mária Lehotská, PhD. (Slovensko)

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

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

PhDr. Grażyna Rogala-Pawelczyk (Poľsko)

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD. (Slovensko)

Rodina v zdraví a chorobe

Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie

Marcela Ižová, Michaela Vicáňová



Ružomberok 2011

© VERBUM – vydavateľstvo KU

Zostavovateľ

Marcela Ižová, Michaela Vicáňová

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. Bc. Mariana Magerčiaková, PhD.

Recenzenti

prof. dr. hab. Bożena Zboina (Poľsko)
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D. (Česká republika)
PhDr. Mária Lehotská, PhD. (Slovensko)
PhDr. Bc. Mariana Magerčiaková, PhD. (Slovensko)
PhDr. Bc. Eva Moraučíková, 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
Námestie Andreja Hlinku 60, 034 01 Ružomberok
<http://ku.sk>, verbum@ku.sk, tel. +42144 430 46 93 kl. 308

ISBN 978-80-8084-778-4

OBSAH

Kvalita života žien s močovou inkontinencií	6
Problem palenia tytoniu w opinii pracowników pubów i dyskotek	15
Poziom wiedzy chorych na cukrzycę typu 2 na temat zasad samoleczenia i samokontroli ...	30
Rehabilitačné prostriedky v ošetrovateľskej praxi	41
Podpora rodin pečujících o seniora v domácím prostředí	49
Rodina ako partner v starostlivosti o dlhodobo chorých	56
Emocionálna záťaž rodiny v starostlivosti o člena rodiny s Alzheimerovou chorobou	63
Wiedza chorych na nadciśnienie tętnicze jako element poprawy jakości życia	70
Problémy rodiny onkologiczky chorého	78
Ošetrovateľský proces pri upevňovaní zdravia rodiny	88
Rodina ako hlavný poskytovateľ pomoci ľuďom v starobe	93
Rodinné ošetrovateľstvo	98
Parkinsonova nemoc – rodina v roli pečovatele	104
Faktory determinujúce rizikovú a patologickú tehotnosť	110
Rodina ako súčasť komplexnej starostlivosti o chorého s bolesťou v domácom prostredí .	117
Ocena satysfakcji z życia młodzięzy niskorosłej	126
Determinanty zdravia vo vzťahu k jeho podpore a udržaniu	136
Tradícia a súčasnosť rómskej rodiny	147
Intervencie rodiny pri popôrodných poruchách nálady	154
Prínos filiálnej terapie vo vzťahu rodič – dieťa	160
Postoj rómskych matiek k očkovaniu detí v kontexte ošetrovateľstva	170
Možnosti používania hodnotiacich a meracích nástrojov a škál u rodiny	180
Patológia rodiny v súčasnej spoločnosti	186
Proces adaptácie na neúspešné tehotenstvo v kontexte rodiny	194
Edukácia pacientov s astmou bronchiálne	202
Idea pielęgniarstwa rodzinnego w działalności Hanny Chrzanowskiej	209
Problémy rodinných príslušníkov geriatrického pacienta s demenciou	225
Motywacja pielęgniarek w oddziałach intensywnej terapii i propozycje ulepszeń systemu motywacyjnego	236
Vplyv alergického ochorenia dieťaťa na vzťahy v rodine	245
Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s hyperkinetickou poruchou	252

KVALITA ŽIVOTA ŽEN S MOČOVOU INKONTINENCÍ

Lada Cetlová, Jaroslav Stančiak, Hana Běhalová

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Inkontinence je problém, který narušuje biologickou i psychosociální stránku života. Kvalita života je především subjektivní pohled nemocného na danou problematiku. Záleží na tom, jak se klient s nemocí vyrovná a přijme ji do svého života. Každá žena má na tuto problematiku jiný názor. Zajímalo nás, jak ženy různé věkové kategorie na tento problém nahlíží, jak hodnotí svoji kvalitu života, jak únik moči zasahuje do jejich každodenního života.

Cíl práce:

- Zjistit subjektivní hodnocení kvality vlastního života u žen s únikem moči.
- Zmapovat nejpoužívanější pomůcky žen s únikem moči.

Metody: Údaje, které jsem při práci použili, byly získány z anonymního dotazníku. Dotazníky jsme distribuovali především v urologických ambulancích, na interním a gynekologickém oddělení v jedné nemocnici na Vysočině.

Výsledky: Celková návratnost dotazníků činila 71 %. Z výsledků jasně vyplývá, že ženy mladšího věku hodnotí kvalitu vlastního života hůře, než ženy staršího věku. Z dotazníkového šetření jsme dále zjistili, že nejpoužívanějšími pomůckami jsou speciální pomůcky zachycující nechtěný únik moči například vložné pleny, fixační kalhotky, lepicí nebo navlékací plenkové kalhotky a podložky.

Závěr: Domníváme se, že vylepšení pomůcek by bylo velikým přínosem pro zlepšení kvality života žen s touto problematikou.

Klíčová slova: Inkontinence. Kvalita života. Žena.

Abstract

Introduction: Incontinence is a problem that interferes with biological and psychosocial aspect of life. Quality of life is primarily a subjective look sick on the issue. It depends on how the client compares with the disease and take it into your life. Every woman has a different view of this issue. We wondered how women of different ages on this issue looks to evaluate their quality of life, as leakage of urine interferes with their daily lives.

Aim:

Check the quality of their own subjective evaluation of life in women with bladder weakness.

Map the most popular tools of women with bladder weakness.

Methods: The data that I use at work were obtained from an anonymous questionnaire. Questionnaires are distributed mainly in the urological outpatient clinics, the internal and gynecological department in a hospital in the Highlands.

Results: The total return of questionnaires was 71%. The results clearly show that younger women evaluate the quality of their lives worse than older women. From the survey we also found that the most used tools are special tools depicting the involuntary loss of urine, such as fee diaper fixation briefs, or adhesive beading diapers and pads.

Conclusion: We believe that improved tools would be a great benefit to improve the quality of life of women with this problem.

Key words: Incontinence. Quality of Life. Woman.

Úvod

Kvalita života je v dnešní době stále nový a problematický termín. Tento pojem je v posledních letech velmi zdůrazňován. Začalo se o něm hovořit ve 20. letech v USA. Od 70. let se termín kvalita života začíná objevovat v medicíně a v 80. letech i v klinických studiích. (Payne, 2005).

Kvalita života každého člověka je třeba hodnotit objektivně a přistupovat k jedinci individuálně. Nástroje pro měření zdraví musí mimo jiné obsahovat také odhad celkové spokojenosti člověka. Kvalita života spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu na jedince. Teorie kvality života platí i pro močovou inkontinenci. Pokud problém s únikem moče není dlouhodobě řešen, působí pacientce dyskomfort, vylučuje ji z řady pracovních, společenských i osobních aktivit a v konečném stádiu může vést až k tělesné a duševní invalidizaci. (Sochorová, 2008).

Určit kvalitu života konkrétního jedince je velmi složitý proces, při kterém pomáhají různé hodnotící škály, které se nejčastěji vyskytují v podobě dotazníků. Existují i různé specifické hodnotící škály, které jsou sestaveny pro konkrétní onemocnění.

Dotazníky, které přímo zjišťují kvalitu života žen s močovou inkontinencí (Zachoval, 2006): Contilife: tento dotazník je určen ženám se stresovou inkontinencí.

Kings Health Questionnaire (KHQ): dotazník je používán u pacientů obou pohlaví trpících převážně stresovou a urgentní inkontinencí.

Overactive bladder questionnaire (OAB-q): dotazník lze použít u všech typů inkontinence včetně nykturií.

Incontinence impact questionnaire (IIQ): v roce 2005 Česká urologická společnost vytvořila českou verzi tohoto dotazníku a nazvala ho OABV8.

Incontinence-quality of life questionnaire (I-QOL): využívá se především při hodnocení ženské močové inkontinence a jejím vlivu na psychosociální a sociální dopad.

Incontinence stress questionnaire for patients (ISQ-P): dotazník slouží ke zjišťování dlouhodobých psychologických důsledků spojených s močovou inkontinencí.

Urgeimpactscale (URIS): hodnotí vliv na kvalitu života starších pacientů trpících urgentní inkontinencí.

Urinary incontinence handicap inventory (UIHI): dotazník hodnotí období posledních čtyř týdnů a je zaměřen na denní aktivity, emoce a sociální důsledky.

York incontinence perceptions scale: je určen pro ženy s močovou inkontinencí.

Močová inkontinence je světový problém a postihuje častěji ženy než muže. V České republice trpí tímto problémem cca 670 000 osob a z toho 510 000 žen, což představuje celkově 76 %. Více než polovina těchto žen nevyhledá lékařskou pomoc. Neřešení problému souvisí s úrovní zdravotní výchovy, úrovní celkového vzdělání, postavení ve společnosti a do určité míry i pocitem studu. (Kalvach, 2008).

Podle International Continence Society rozlišujeme dva základní typy inkontinence. (Topinková, 2005).

Extrauretrální - jde o trvalý únik moči jinými cestami než močovou trubici.

Uretrální - k úniku moče dochází přes močovou trubici. Tento typ inkontinence se dále dělí na urgentní, reflexní, stresovou a přetlakovou inkontinenci moče.

- a) Urgentní inkontinence: jde o nedobrovolný únik moče spojený se silným nucením na močení. Rozděluje se na motorickou a senzickou.
- b) Stresová inkontinence: dochází k ní při vzestupu intraabdominálního tlaku, kdy intravezikální tlak dosáhne uzavíracího tlaku uretry. Tato inkontinence je nejčastějším typem a dochází k ní při změnách v podpůrném a závěsném aparátu močové trubice.
- c) Smíšená inkontinence: jedná se o kombinaci urgentní a stresové inkontinence.
- d) Reflexní inkontinence: objevuje se u patologických spinálních reflexních aktivit detruzoru.
- e) Paradoxní ischurie neboli inkontinence z přetékání (overflow): moč odchází po kapkách z přeplněného močového měchýře v důsledku striktury nebo neuropatie.
- f) Funkční inkontinence: dolní močové cesty nejsou porušeny, ale tato inkontinence vzniká v důsledku psychosociálních faktorů, např. omezená pohyblivost nebo porucha adaptace při hospitalizaci.
- g) Farmakogenní inkontinence: na vzniku této formy inkontinence se výrazně podílejí určitá farmaka, například anticholinergika (oslabují kontraktilitu m. detruzor).

Z nejčastějších rizikových faktorů vzniku močové inkontinence, jak uvádí Klevetová (2008), to jsou:

- Faktory všeobecné: věk, neurologické poruchy, kouření, obezita, snížená pohyblivost.
- Rizikové faktory u žen: vliv menopauzy, počet vaginálních porodů, velké gynekologické operace.
- Onemocnění dolních cest močových: nádorová onemocnění, močové kameny, záněty močového ústrojí.
- Metabolické poruchy: diabetes mellitus, zvýšená hodnota draslíku v krvi, nedostatek vitamínu B12.
- Vliv farmak: diuretika, alfa-blokátory, anticholinergika, hypnotika.
- Úrazy v oblasti malé pánve.

Léčba

Nefarmakologická léčba - tato léčba je účinná pouze u lehčích typů inkontinence, kde nejsou výrazné morfologické změny vylučovacího aparátu. Mezi obecné zásady patří snížení hmotnosti, omezení nadměrné fyzické aktivity nebo regulace příjmu tekutin ve večerních hodinách. Jedná se především o močopudné tekutiny - silný černý čaj, káva nebo alkohol. Tyto tekutiny dráždí svým složením svalovinu močového měchýře a nedoporučují se pít přibližně dvě hodiny před spánkem.

Farmakologická léčba - zahrnuje velké množství léků s rozdílným účinkem na různých cílových místech. Nejčastěji se při této léčbě používají anticholinergika a tricyklická antidepresiva.

Chirurgická léčba - patří sem například aplikace botulotoxinu; augmentační cystoplastika; TVT (transvaginal tension free tape); TVT-O (transvaginal tension free tape-obturator).

Pomůcky, které zabraňují nechtěnému úniku moči, mají v této problematice nezastupitelné místo. Při výběru je důležité zvolit vhodnou velikost a stupeň savosti, aby pomůcka byla pro pacientku pohodlná a spolehlivá. Hodnotícím kritériem pro správně zvolenou velikost pomůcky je obvod boků, váha pacienta a stupeň inkontinence. (Schuler, 2010).

Mezi jednorázové absorpční pomůcky pro ženy řadíme vložky, vložné pleny, fixační kalhotky, plenkové kalhotky lepící nebo navlékací a podložky zabraňující úniku moči. Pomůcky mají třívrstvé savé jádro, díky kterému jsou vysoce absorpční a rychle mění tekutinu v gel. Jsou vyrobené z netkané textilie, která zajišťuje prodyšnost a pokožka se nezapařuje. Většina inkontinenčních pomůcek je anatomicky tvarovaná, umožňuje jednoduchou manipulaci. Některé z nich mají indikační proužek, který nám udává, kdy je potřeba pomůcku vyměnit.

Všechny absorpční pomůcky jsou označeny indikační páskou, která podle barevného rozlišení upozorňuje na absorpční kapacitu vybrané pomůcky za dobu čtyř hodin. Barevné rozlišení pomůcek je pro všechny firmy vyrábějící pomůcky pro inkontinentní jednotné. (Kalvach,2004).

Žluté zbarvení indikační pásky

Tyto pomůcky jsou vhodné pro občasný únik moči při vyšší fyzické námaze, kýchnutí nebo v těhotenství. Jedná se o únik moči do 100 ml za čtyři hodiny. Mezi tyto výrobky patří např. MoliMed.

Zelené zbarvení

Pomůcky jsou určeny ženám při častém úniku moči, kdy se jedná o objem od 100 do 200 ml za čtyři hodiny. Výrobky jsou označeny MoliForm Plus.

Světle modré

Výrobky jsou určeny k trvalému úniku moči, kdy unikne více než 200ml za čtyři hodiny. Pomůcky jsou označeny, jako MoliCare Mobile nebo MoliCareExtra.

Fialové zbarvení

Tyto pomůcky se používají převážně u trvalé inkontinence moči o objemu 300 ml a více. Nejčastěji se používají na noc a mají označení MoliCareMobile Super nebo MoliCare Super.

Pomůcky určené k zachycení nechtěného úniku moče předepisuje praktický lékař, urolog, gynekolog, neurolog nebo geriatr. Lékař pacientce pomůže vybrat nejvhodnější inkontinenční pomůcku a poté vyplní poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku, kam uvede mimo jiné název pomůcky, počet balení a kód pojišťovny. Po předložení poukazu v lékárně nebo ve zdravotnických potřebách pacientka obdrží předepsané pomůcky.

Poukaz na inkontinenční pomůcky je možné vypsát až na tři měsíce dopředu. Pojišťovna uhradí pomůcky v max. počtu 150 ks za měsíc. Pokud si žena nenechá předepsat pomůcky od lékaře, může si je zakoupit v lékárně, zdravotnických potřebách nebo si je objednat přes internet na vlastní náklady. (Hartmann MoliKlub, 2010).

Cíl práce

V naší práci jsme se zaměřili na ženy různého věku trpící únikem moči, zhodnotili jsme jejich subjektivní vnímání vlastní kvality života a zmapovali jsme nejpoužívanější pomůcky.

Soubor, metodika

Zaměřili jsme se na ženy různého věku, které trpí močovou inkontinencí. Věk respondentek jsme rozdělili do pěti věkových kategorií (věk do 35 let, 36 – 45 let, 46 –55 let,

56 – 65 let a nad 66 let). Ženy vyplňovaly dotazník ve zdravotnickém zařízení. Dotazníky jsme distribuovali především v urologických ambulancích, na interním a gynekologickém oddělení v jedné nemocnici na Vysočině. Minimum dotazníků bylo rozdáno elektronickou formou. Zprostředkovateli dotazníků byli převážně lékaři urologických ambulančí, zdravotní sestry nebo fyzioterapeuti, kteří ve jmenovaných zařízeních pracovali. Distribuci dotazníků v nemocnici potvrdila a schválila etická komise.

Výsledky a interpretace

Při výzkumu jsme použili celkově 140 dotazníků, kdy se mi z tohoto počtu vrátilo 103 dotazníků. Nakonec jsme použili 100 dotazníků, jelikož zbývající 3 dotazníky nebyly ani z poloviny vyplněny. Celková návratnost dotazníků činila 71 %.

Z našeho výzkumu vyplynulo, 30 % žen není dostatečně informováno o problematice úniku moči. Nejméně jsou informovány ženy do 35 let (dohromady 11 %). Může to být ovlivněno i faktem, že tato skupina žen (až 9 %) nejčastěji čerpá informace z médií.

Pokud žena nebude o problému inkontinence moče dostatečně informována, můžeme předpokládat, že nebude ani používat správné pomůcky určené k zachycení úniku moče.

Důležitou roli sehrává rozhovor mezi zdravotníky a klienty. Ve zdravotnictví má rozhovor nenahraditelnou úlohu. Všechny důležité okolnosti a skutečnosti zjištěné rozhovorem s nemocným by měly být zaznamenány v ošetrovatelské dokumentaci a využity při vlastní ošetrovatelské péči. (Zacharová, 2007).

Také nebude informována o tom, že lékař vypisuje inkontinenční pomůcky na poukaz, díky kterému je určitý počet pomůcek hrazen pojišťovnou. Takové ženy pak mohou inkontinenční pomůcky označit jako cenově drahé. Cenovou nedostupnost pomůcek, jako nevýhodu, hodnotí až 27 % žen.

80 % dotazovaných žen používá speciální ochranné pomůcky pro inkontinentní. 8 % žen nepoužívá žádné pomůcky. Menstruační vložky používá 15 % dotazovaných žen, 77 % používá speciální pomůcky určené k zachycení úniku moče a jiné pomůcky neuváděla žádná žena.

40 % žen je s pomůckami pro inkontinentní spokojených a cítí se s nimi v bezpečí. 45 % žen se s pomůckami cítí sebejistě, pohodlně a v bezpečí, 46 % žen se s pomůckami necítí moc dobře a 9 % se s pomůckami necítí nikterak dobře. Obavy při používání inkontinenčních pomůcek má 28 % dotazovaných žen, především uváděly obavy z podrážděné pokožky. 27 % žen se obává, že pomůcky nebudou plnit svůj účel a 14 % žen se obává nápadnosti pomůcek pod oblečením. Pouhých 28 % žen z celkového počtu 100 % je při používání pomůcek bez obav a pomůckám plně důvěřuje. Z výsledků vyplývá, že ženy jsou častěji omezovány inkontinenčními pomůckami než samotným únikem moči.

60 % žen se necítí únikem moči nijak omezována. 80 % žen většinou není omezováno a 20 % žen uvedlo, že omezováno je. Omezení v možnosti cestovat odpovědělo 73 % respondentek, že je pomůcky většinou neomezují a 27 % respondentek odpovědělo, že většinou je pomůcky omezují.

50 % žen je z důvodu inkontinence moče ohroženo sociální izolací. 34 % žen odpovědělo, že chodí rády a bez omezení do práce, za přáteli, na společenské akce apod. Nejvíce respondentek, 44 % nechodí moc často mimo domov, jenom občas si vyjde s přáteli ven a 22 % žen nejvíce svého volného času tráví doma. Nejvíce nás překvapilo, že tento fakt nejhůře snáší ženy ve věku 66 let a více, kdy 11 % těchto žen nejvíce času tráví doma. Domníváme se, že u žen nad 66 let může hrát významnou roli i jejich zdravotní stav a přidružené choroby. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou ženy ve věku do 35 let. Až 12 % mladých žen uvedlo možnost, že nechodí moc často mimo domov, jenom občas si vyjdou s přáteli ven.

Sociální izolaci žen s únikem moči hodnotím jako zásadní problém a domníváme se, že izolovanost těchto žen je úzce spjata s kvalitou jejich života. Pokud se žena bude vyhýbat lidem ve svém okolí, je pravděpodobné, že se nebude mít v konečné fázi s kým o svůj problém podělit a na řešení zdravotního problému zůstane sama.

Při rozhovoru ve zdravotnické praxi si musíme uvědomit, že nemocný člověk se nachází v takzvané svízelné situaci, kterou nějakým způsobem prožívá. Jeho reakce a odpovědi proto nemusí být zcela jasné a přesné, mnohdy využívá mimické projevy, gestikulaci a zvláštnosti, jež by si měl zdravotník také uvědomit. (Zacharová, 2010).

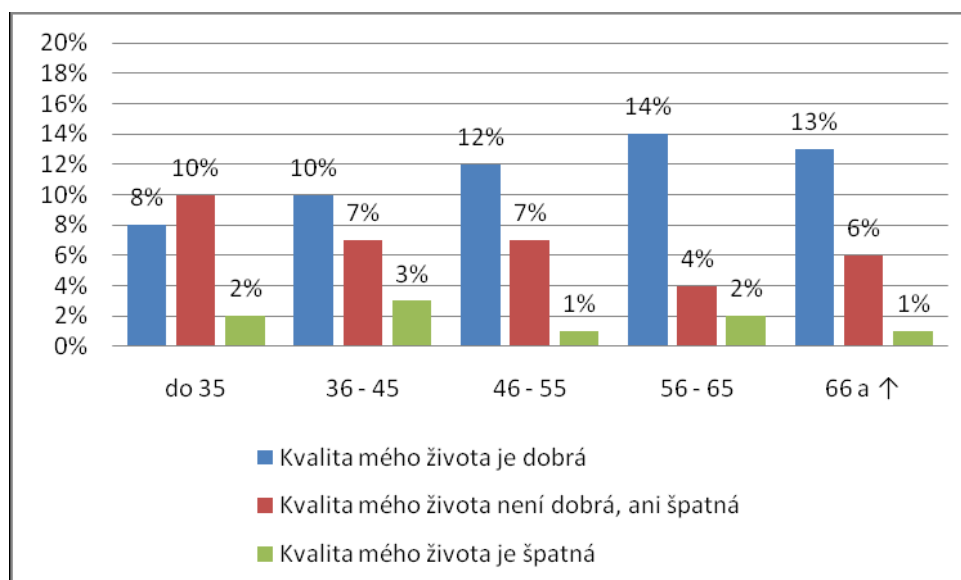
50 % žen hodnotí vlastní kvalitu života jako dobrou. 57 % žen svoji kvalitu života hodnotí, jako dobrou, únik moči je neomezuje nebo se s tímto problémem sžily. Odpověď, kvalita mého života není dobrá ani špatná, některé činnosti jsem omezila, ale únik moče stále vidím jako problém, označilo 34 % žen. Zbýlých 9 % hodnotí vlastní kvalitu života jako špatnou, většinu svých obvyklých činností mezi lidmi zamítli a nemohou se s problémem inkontinence moči vyrovnat.

Pacient žije ve stavu citové ambivalence, střetávají se v něm pocity naděje a důvěry s pocity strachu a nejistoty. Zájem, pochopení, porozumění a podpora ze strany sestry mohou pacientovi ulehčit zvládání pro něj nové náročné situace, překonávání krizových okamžiků života a negativních pocitů. (Zacharová, 2011).

70 % žen ve věku 66 let a více hodnotí vlastní kvalitu svého života s inkontinencí lépe, než ženy ve věku do 35 let. Jak hodnotíte vlastní kvalitu života, z celkového počtu 20 % dotazovaných žen do 35 let odpovědělo 40 % respondentek – kvalita mého života je dobrá 50 % respondentek uvedlo, že jejich kvalita života není dobrá ani špatná a 10% z

dotazovaných žen hodnotí vlastní kvalitu života jako špatnou. Z celkového počtu 20 % žen ve věku 66 let a více hodnotí 65 % respondentek vlastní kvalitu života, jako dobrou 30 % žen uvádí, že jejich kvalita života není dobrá ani špatná a 5 % respondentek popisuje vlastní kvalitu života jako špatnou.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že ženy staršího věku hodnotí vlastní kvalitu života lépe, než ženy mladšího věku. V tomto případě jsme porovnali ženy ve věku 66 let a více s ženami ve věku do 35 let.



Obrázek 1 Subjektivní vnímání vlastní kvality života

Závěr

Inkontinence moče je problém, který narušuje biologickou i psychosociální stránku života, avšak není to problém neřešitelný. V naší práci jsme se zaměřili na ženy různého věku trpící únikem moči, zhodnotili jsme jejich subjektivní vnímání vlastní kvality života a zjistili nejpoužívanější pomůcky. Každá žena, trpící těmito obtížemi, má právo na nejdůležitější informace týkající se této problematiky a také by měla vědět o nejnovějších možnostech léčby. Na základě těchto sdělení má klientka právo se rozhodnout a spolupodílet se na své léčbě, která úzce souvisí se zkvalitněním života.

Na základě našeho výzkumu je žádoucí zaměřit pozornost převážně na ženy mladšího věku a zajistit jim neustálý přísun nových informací o problému močové inkontinence. Pokud budou mladé ženy včas informovány, mohou onemocnění léčit již v počátku. Tím se zkrátí doba obtíží a současně se zlepší kvalita života žen s únikem moči. Jako další možnost řešení navrhuje snížení limitu kusů inkontinenčních pomůcek, přestože jsme si vědomi vysoké finanční zátěže pro pojišťovny. Každá žena spotřebuje různý počet pomůcek za den a domníváme se, že by v tomto ohledu neměly být omezovány.

Pokud bude ženám více přispíváno na pomůcky, zůstanou jim finance na jiné účely a budou minimálně omezovány po finanční stránce.

Seznam bibliografických odkazů

1. *Hartmann: MoliKlub*[online]. c2010 [cit. 2011-05-01]. Dostupné z internetu <<http://www.moliklub.cz/home-cz/>>.
2. KALVACH, Z., et al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: GradaPublishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
3. KLEVETOVÁ, D., ČERVINKOVÁ, E. 2008. *Vyprazdňování močového měchýře je jednou ze základních lidských potřeb*. In. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 6, s.6-8. ISSN 1210-0404.
4. PAYNE, J., et al. 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. Vyd. Praha: Triton, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.
5. SOCHOROVÁ, N., VRÁNOVÁ, V.2008. *Inkontinence moči a její dopad na kvalitu života mnoha žen*. In. *Urologie pro praxi* [online]. Září 2008, č. 5, [cit. 2011-04-02]. Dostupný z internetu: <<http://www.solen.cz/pdfs/uro/2008/05/13.pdf>>.
6. SCHULER, M., OSTER, P. 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. vyd.. Praha: GradaPublishing, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
7. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. 2007. *Psychologie pro zdravotnické obory*. Vybrané kapitoly. Ostrava: OU, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7368-334-4.
8. ZACHAROVÁ, E., et al. 2010. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi*. Ostrava: OU, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.
9. ZACHAROVÁ, E. 2011. *Základy komunikace pro ošetrovatelskou praxi*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011. 129 s. ISBN 978-80-7399-285-9.
10. ZACHOVAL, R., et al. 2006. *Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientů s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem*. In. *Urologie pro praxi* [online]. 2006, č. 6, [cit. 2011-04-02]. Dostupný na internetu<<http://www.solen.cz/pdfs/uro/2006/06/08.pdf>>.

Kontakt

PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, Jihlava

Česká republika

E - mail: l.cetlova@gmail.com

PROBLEM PALENIA TYTONIU W OPINII PRACOWNIKÓW PUBÓW I DISKOTEK

Mariola Seń^{1,2}, Krzysztof Białas², Zofia Foryś¹, Anna Felińczak²

¹Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Frycza Modrzewskiego

²Katedra Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu;
kierownik Katedry dr hab. Andrzej M. Fal, profesor nadzwyczajny

Streszczenie

Według informacji WHO codziennie pali tytoń 33,5 % dorosłych mężczyzn (5,2 mln) i 21 % dorosłych kobiet (3,5mln) – łącznie 27 % osób dorosłych (8,7 mln). Okazjonalnie pali 1,1 miliona Polaków. Ogółem obecnie pali okazjonalnie lub codziennie 30,3 % dorosłych Polaków (9,8mln). Pod względem ilości wypalanych dziennie papierosów, a także liczby aktywnych jak i biernych palaczy, Polska zajmuje czołowe miejsce w Europie. Celem pracy było uzyskanie opinii barmanów (barmanek) zatrudnionych w pubach i dyskotekach na temat szkodliwego wpływu dymu tytoniowego na zdrowie oraz ocena stopnia przestrzegania w pubach i dyskotekach nowelizacji Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych wprowadzonej w Polsce 15 listopada 2010 roku. Badania przeprowadzono w marcu i kwietniu 2011 roku wśród 100 pracowników losowo wybranych pubów i dyskotek w woj. Opolskim, Dolnośląskim, Wielkopolskim i Śląskim. W poszczególnych lokalach pracowało od 2 do 19 barmanów i/lub barmanek. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Wyniki opracowano za pomocą pakietu statystycznego programu Microsoft Excel. Większość, bo 94 % badanych uważa iż palenie tytoniu i wyrobów tytoniowych jest szkodliwe dla zdrowia, ale aż 71 % barmanów i barmanek pracujących w pubach i dyskotekach to czynni palacze (w tym 25 % pali okazjonalnie). Znaczna część spośród badanych (87 %) jest za zakazem sprzedaży papierosów osobom nieletnim, a 67 % popiera zakaz palenia papierosów w miejscach publicznych i tyleż samo (67 %) twierdziło, że zakaz taki w ich miejscu pracy jest przestrzegany. Większość pracowników pubów i dyskotek zna skutki zdrowotne działania dymu tytoniowego, mimo raczej słabej wiedzy dotyczącej jego składu. Niestety głównym źródłem tej wiedzy są ostrzeżenia zawarte na opakowaniach wyrobów tytoniowych. Badani w większości popierają wprowadzony zakaz palenia papierosów w miejscach publicznych. Niestety zakaz ten nie zawsze jest respektowany zarówno przez właścicieli lokali jak i klientów.

Słowa kluczowe: Palenie tytoniu. Zagrożenia zdrowotne. Palenie w miejscach publicznych.

Abstract

According to WHO, tobacco smoke every day 33.5 % of adult men (5.2 million) and 21 % of adult women (3.5 million) - a total of 27 % of adults (8.7 million). Occasionally burns 1.1 million Poles. Total currently smokes occasionally or every day 30.3 % of adult Poles (9.8 million). Under the terms of the number of cigarettes smoked per day, and the number of active and passive smokers, Poland occupies a leading position in Europe. The aim of this study was to elicit the views of bartenders employed in pubs and discos on the harmful effects of tobacco smoke on health and to assess the degree of compliance in pubs and discos amendment to the Act on health protection against the consequences of tobacco use and tobacco products introduced in Poland 15 November 2010. The study was conducted in March and April 2011 among 100 workers randomly selected pubs and clubs in the province. Opole, Lower Silesia, Wielkopolska and Silesia. In each polling worked from 2 to 19 bartenders. Author's research tool was a questionnaire survey. The results were processed using the statistical package program Mikrosoft Axel. The majority 94 % of respondents believe that smoking tobacco and tobacco products is harmful to health, but up 71 % of the barmen and working in pubs and discos are smokers factors (including 25 % smoke occasionally.) A large part of the respondents (87 %) is a ban on cigarette sales to minors, while 67 % favor ban on smoking in public places and the same percentage (67 %) claimed that such a ban in the workplace is observed. Most employees know the pubs and discos of the health effects of tobacco smoke, despite the rather poor knowledge of its composition. Unfortunately, the main source of this knowledge are warnings on tobacco packages. Respondents in the majority support a ban placed on smoking in public places. Unfortunately, this ban is not always respected by both owners and customers.

Key words: Smoking. Health risks. Smoking in public places.

Wstęp

O negatywnych skutkach palenia papierosów powszechnie wiadomo od dawna. Palenie tytoniu stanowi jedną z głównych przyczyn zagrożenia zdrowia ludności na całym świecie i to nie tylko palącej, ale również biernych palaczy. W 2000 r. na choroby związane z paleniem papierosów zmarło przedwcześnie 4,8 mln osób na świecie, z czego ponad połowę stanowili palacze w wieku 30-69 lat. Prognozuje się że w 2020 roku liczba zgonów spowodowanych paleniem tytoniu wynieść może nawet 10 milionów. Najczęstszymi przyczynami śmierci osób palących były: choroby sercowo-naczyniowe (1 mln zgonów w krajach rozwiniętych i 0,7 mln zgonów w krajach rozwijających się), przewlekła obturacyjna

choroba płuc (odpowiednio: 0,3 mln i 0,7 mln zgonów) oraz rak płuc (0,5 mln i 0,3 mln zgonów). [11]

Udowodniono, że ponad 40 związków chemicznych z ok. 4 tysięcy zawartych w dymie tytoniowym ma wpływ na rozwój nowotworów złośliwych. Substancje te mają działanie toksyczne, kancerogenne, mutagenne, teratogenne. [4,18]

Brytyjscy naukowcy na podstawie badań trwających aż 50 lat (1951-2001), prowadzonych na grupie 34 439 brytyjskich lekarzy, wyłącznie mężczyzn, wykazali znaczący wzrost śmiertelności z powodu chorób wywołanych paleniem w porównaniu z pierwszą połową XX wieku. Udowodnili także, że jest to związane z coraz wcześniejszym rozpoczynaniem palenia i coraz większą intensywnością nałogu. Oszacowano, że palenie skraca życie przeciętnie o 10 lat, chociaż jest to silnie uzależnione od długości trwania nałogu. [2]

W 2008 roku w Polsce, wśród dorosłych Polaków paliło 32 % populacji (24 % kobiet, 40 % mężczyzn), przy czym w grupie osób niepalących tj. 68 % populacji, aż 22 % to „byli palacze”. Nasz kraj mieści się w czołówce krajów o wysokiej konsumpcji papierosów, gdzie statystyczny mężczyzna wypala przeciętnie 20, a kobieta 14 papierosów dziennie. Nikotynizm jest nałogiem rozpowszechnionym nie tylko wśród dorosłych, lecz i wśród młodzieży, a ostatnio coraz częściej występuje już u dzieci w wieku szkolnym. [3,6,13]

Według naukowców rozpoczęcie palenia przed 18 rokiem życia wiąże się z późniejszą większą intensywnością i długotrwałością tego nałogu, a ponadto znacznie zwiększa ryzyko występowania wielu chorób. [1,10]

Badania prowadzone wśród studentów na licznych polskich uczelniach pokazują, że prawie wszyscy palacze (78 % - 98 %) pierwsze próby palenia tytoniu podejmowali przed uzyskaniem pełnoletniości tj. w wieku 15-16 lat. [15,17]

Konsekwencje palenia tytoniu skutkują zarówno problemami zdrowotnymi jak i psychospołecznymi, dlatego ogromne znaczenie mają działania profilaktyczne.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w marcu i kwietniu 2011 roku wśród 100 pracowników losowo wybranych pubów i dyskotek w woj. Opolskim, Dolnośląskim, Wielkopolskim i Śląskim. W poszczególnych lokalach pracowało od 2 do 19 barmanów i/lub barmanek. W większości były to kobiety (72%) w wieku pomiędzy 18 a 30 rokiem życia. Większość badanych posiadała wykształcenie średnie - 47% i prawie dwukrotnie rzadziej wyższe zawodowe (22 %) i zawodowe (21 %).

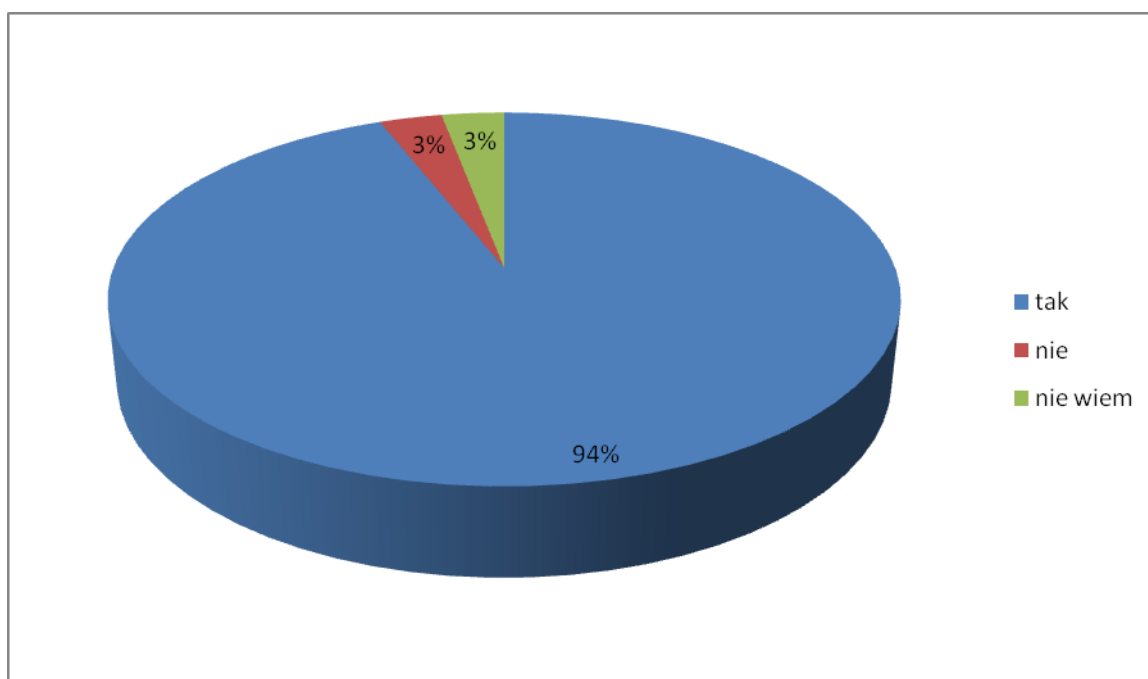
Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 32 pytań dotyczących opinii pracowników pubów i dyskotek na temat zdrowotnych skutków używania wyrobów tytoniowych oraz przestrzegania Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych wprowadzonej w Polsce 15 listopada 2010 roku. Wyniki opracowano za pomocą pakietu statystycznego programu Microsoft Excel.

Cel badań

Celem badań było uzyskanie opinii barmanów (barmanek) zatrudnionych w pubach i dyskotekach na temat szkodliwego wpływu dymu tytoniowego na zdrowie oraz ocena stopnia przestrzegania w pubach i dyskotekach nowelizacji Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych wprowadzonej w Polsce 15 listopada 2010 roku.

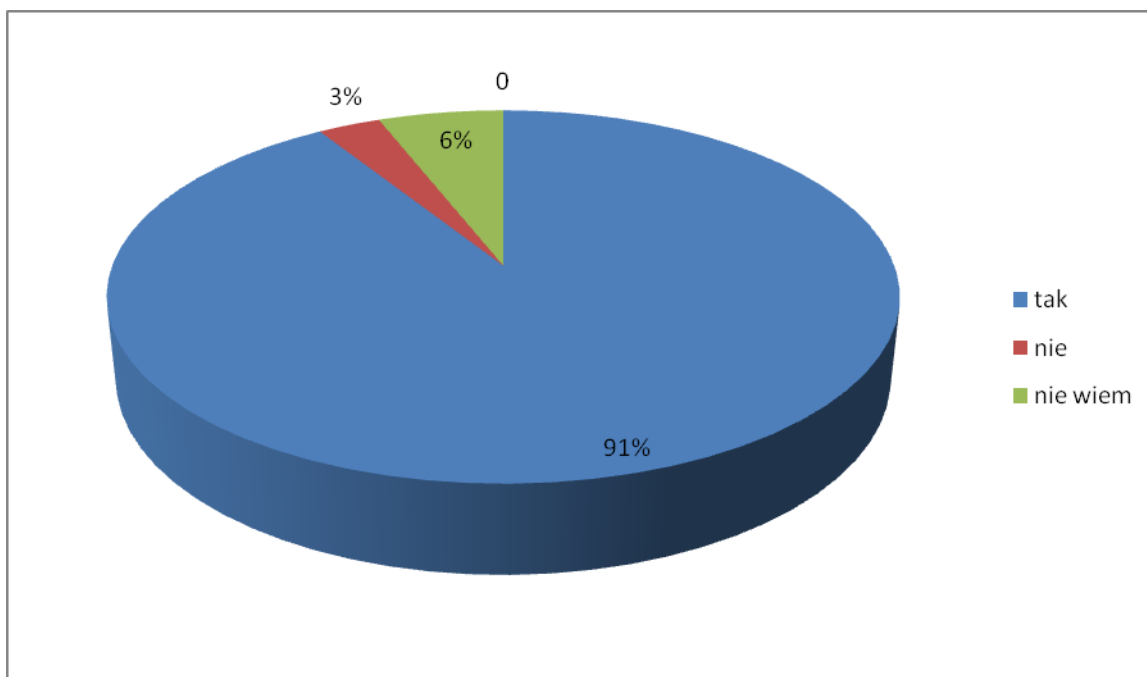
Wyniki

Większość, bo 94 % badanych uważa iż palenie tytoniu i wyrobów tytoniowych jest szkodliwe dla zdrowia, tylko 6 % wyraziło opinię, że nie lub, że nie wie (wykres 1).



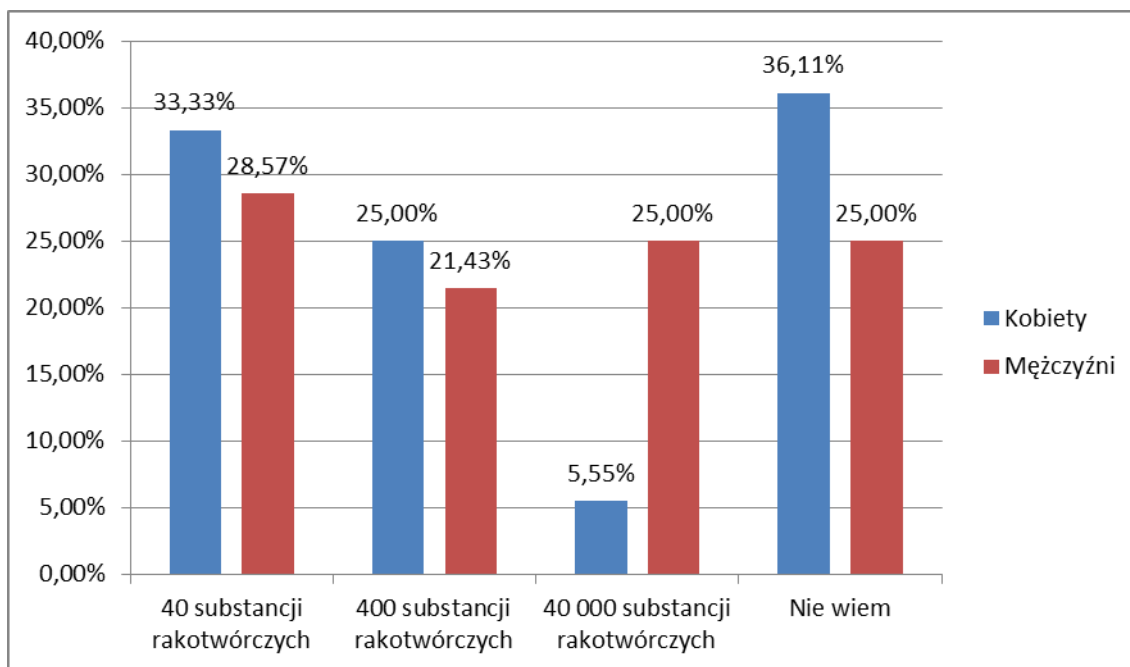
Wykres 1 Świadomość szkodliwości palenia tytoniu wśród pracowników pubów i dyskotek

Podobnie wyglądał rozkład odpowiedzi wśród badanych w odniesieniu do palenia biernego: 91 % ankietowanych wyraziło opinię, że przebywanie w pomieszczeniu wypełnionym dymem tytoniowym szkodzi zdrowiu, 6 % nie wiedziało, a 3 % odpowiedziało że nie jest to szkodliwe (wykres 2).



Wykres 2 Szkodliwość biernego palenia tytoniu w opinii badanych

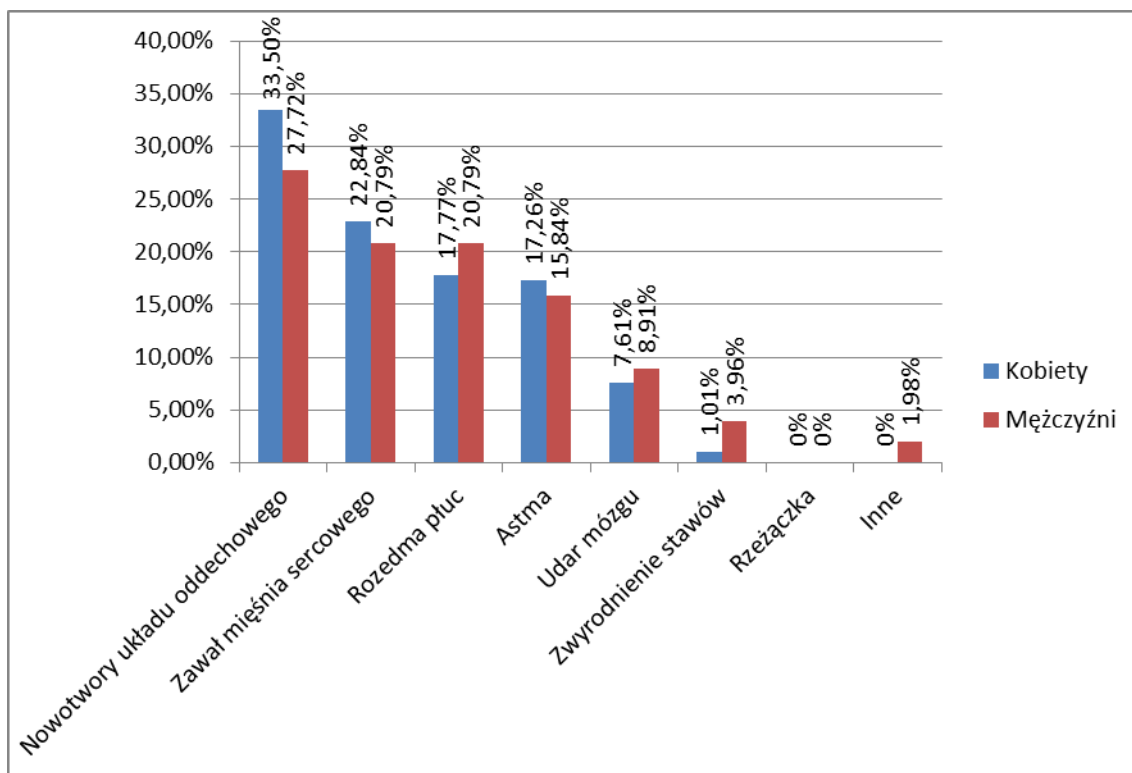
Badanych zapytano także o ilość substancji rakotwórczych znajdujących się w dymie tytoniowym. Jedynie co trzeci respondent udzielił prawidłowej odpowiedzi (32 %), częściej kobiety (33,33 %) niż mężczyźni (28,57 %) (wykres 3).



Wykres 3 Ilość substancji karcinogennych zawarty w dymie tytoniowym

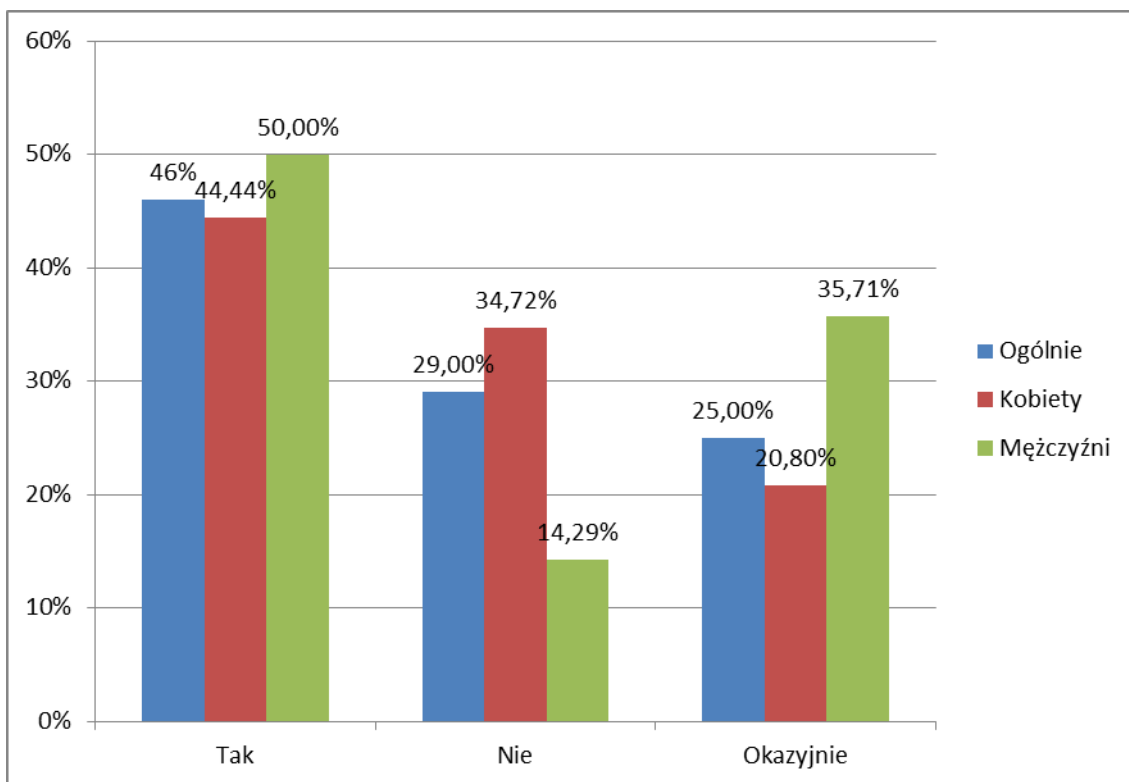
Kolejne pytanie dotyczyło wiedzy badanych na temat zależności pomiędzy używaniem wyrobów tytoniowych a występowaniem określonych chorób. Respondenci

najczęściej wskazywali na nowotwory układu oddechowego (31,54 %) (33,50 % kobiet i 27,72 % mężczyzn), zawał mięśnia sercowego (22,15 %) (22,84 % kobiet i 20,79 % mężczyzn) i rozedmę płuc (18,79 %) (17,77% kobiet i 20,79 % mężczyzn). Bardzo rzadko natomiast zależność taką badani dostrzegali między paleniem tytoniu a występowaniem udarów mózgu (8,05 %) (7,61% kobiet i 8,91 % mężczyzn)(wykres 4).



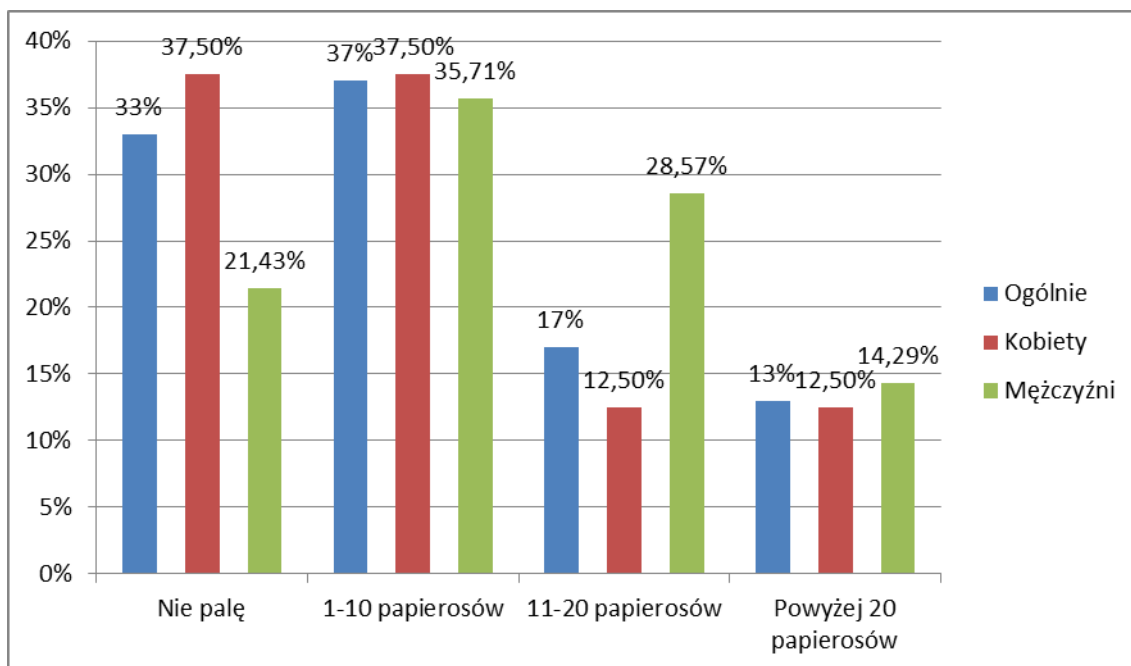
Wykres 4 Choroby mające związek z paleniem tytoniu w opinii badanych

Analiza uzyskanych danych wskazuje, że większość pracowników pubów i dyskotek to palacze tytoniu: 46 osób (46,00 %) pali codziennie (44,44 % kobiet i 50,00 % mężczyzn), a 25 osób (25,00 %) okazjonalnie (20,80 % kobiet i 35,71 % mężczyzn). Jedynie 29,00 % respondentów (34,72 % kobiet i 14,29 % mężczyzn) to osoby niepalące (wykres 5).



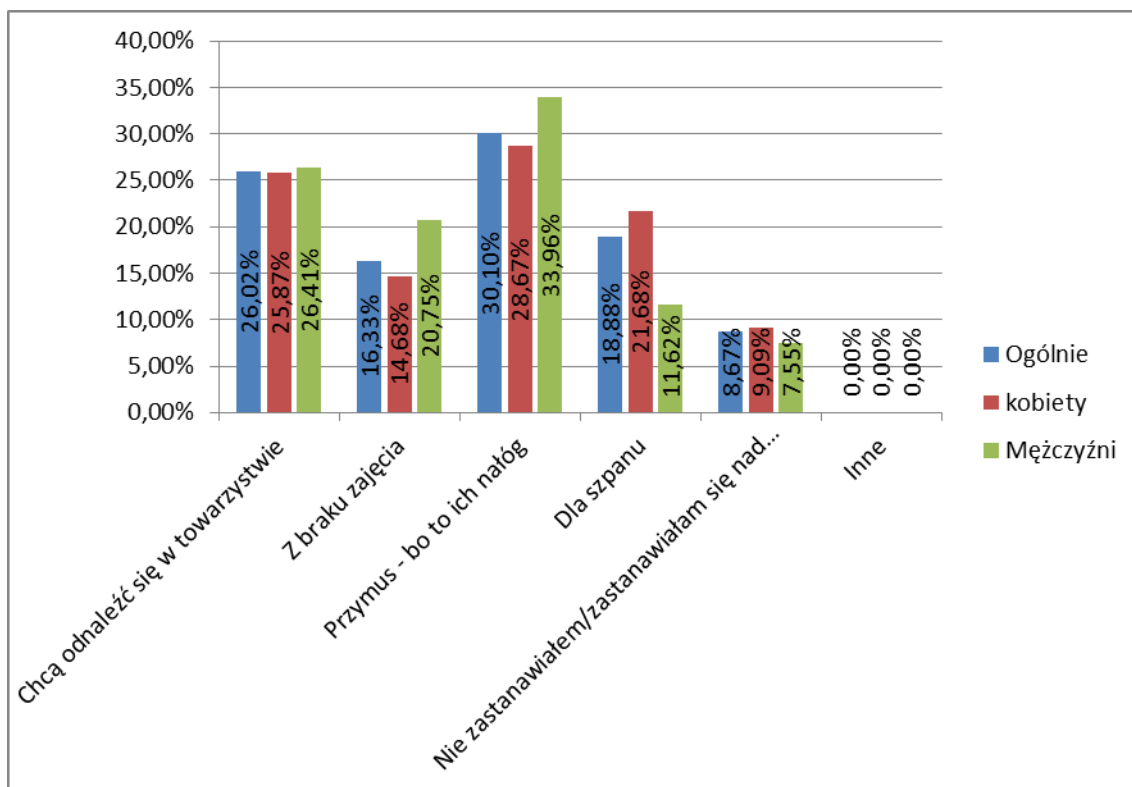
Wykres 5 Palenie tytoniu wśród pracowników pubów i dyskotek

Ankietowani pracownicy najczęściej deklarowali wypalanie 1-10 papierosów (37 %) oraz 11-20 (17 %); 13 % wypala nawet powyżej 20 papierosów dziennie (Wykres 6).



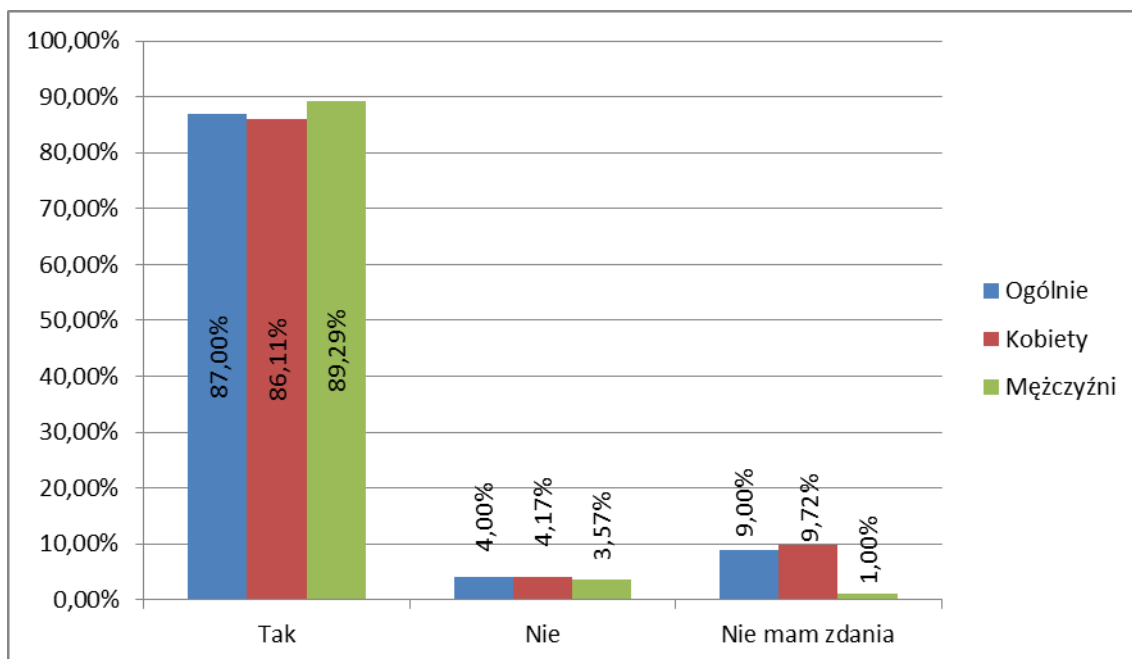
Wykres 6 Liczba papierosów wypalana przez pracowników pubów i dyskotek

Na pytanie o powód, dla którego ludzie palą papierosy badani pracownicy wyrażali opinię, że najczęściej jest to uzależnienie (30,10 %) (28,67 % kobiet i 33,96 % mężczyzn), chęć odnalezienia się w towarzystwie (26,02 % badanych w tym 25,87 % kobiet i 26,41 %), „szpan” - 18,88 % (w tym 21,68 % kobiet i 11,32 % mężczyzn) oraz nuda i brak zajęcia (16,33 % badanych w tym 14,68 % kobiet i 20,75 % mężczyzn) (Wykres 7).



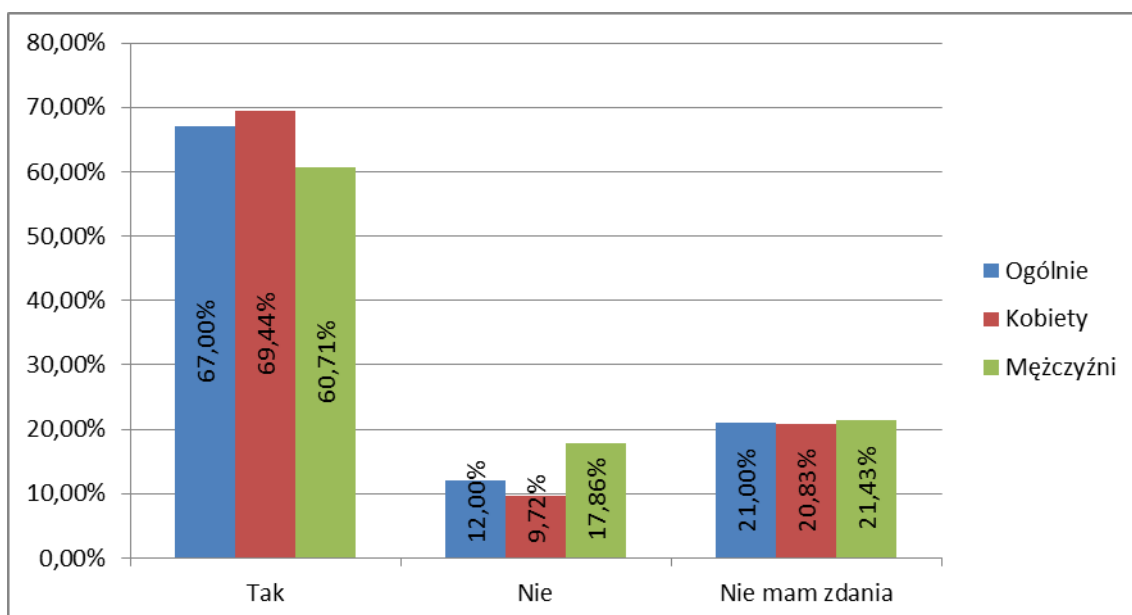
Wykres 7 Powody sięgania po papierosa w opinii pracowników pubów i dyskotek

W Polsce obowiązuje zakaz sprzedaży papierosów i wyrobów tytoniowych osobom poniżej 18 roku życia. Zapytano osoby pracujące w pubach i dyskotekach, czy zgadzają się z tym zakazem? Większość pracowników, bo 87 % (86,11 % kobiet 89,29 % mężczyzn) akceptuje te przepisy, ale prawie co dziesiąty ankietowany (9 %) nie miał zdania w tym względzie (Wykres 8).



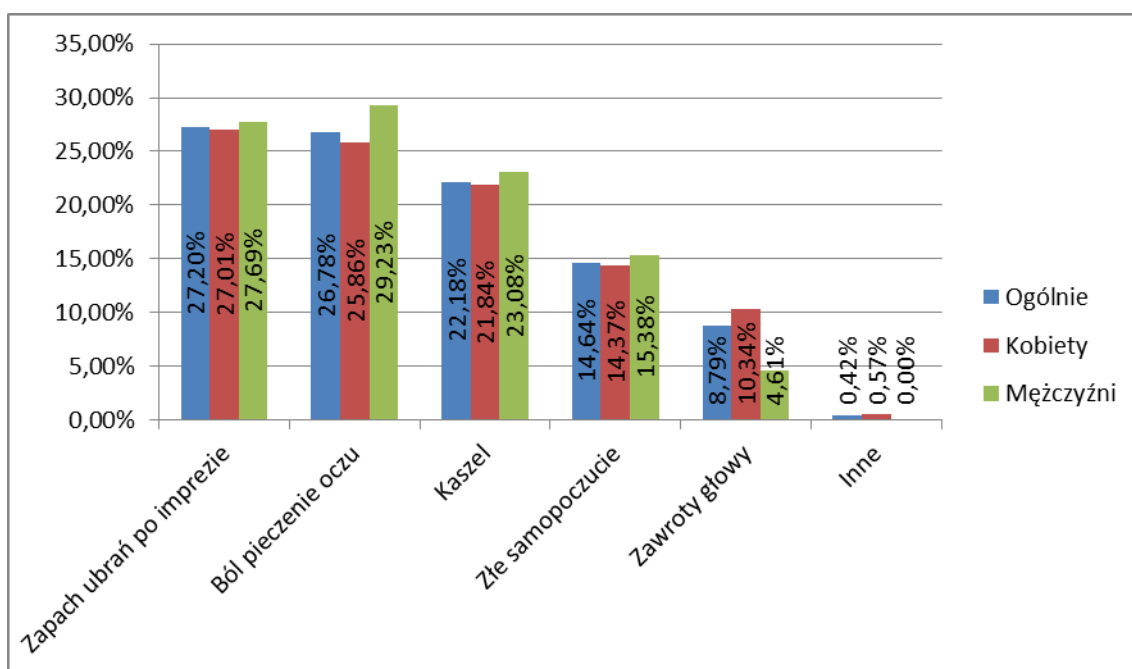
Wykres 9 Akceptacja przepisów dotyczących zakazu sprzedaży wyrobów tytoniowych nieletnim wśród pracowników pubów i dyskotek

Interesująca była także opinia ankietyowanych pracowników, ze względu na specyfikę ich pracy, na temat zakazu palenia papierosów w miejscach publicznych. Za zakazem opowiedziało się 67,00 % badanych (69,44 % kobiet i 60,71 % mężczyzn), 12 % było przeciwnych temu zakazowi (9,72 % kobiet i 17,86 % mężczyzn), a co piąty respondent nie miał zdania na ten temat (20,83 % kobiet i 21,43 % mężczyzn) (Wykres 10).



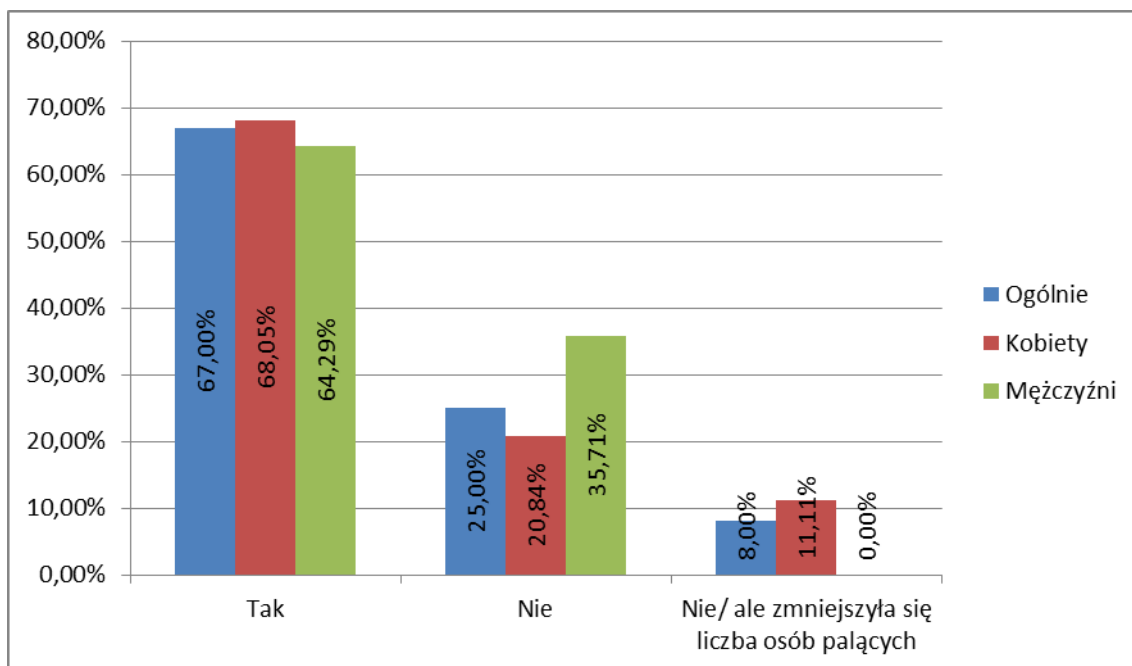
Wykres 10 Akceptacja przepisów dotyczących zakazu palenia w miejscach publicznych wśród pracowników pubów i dyskotek

Ponieważ puby i dyskoteki to miejsca rozrywki, gdzie bardzo często pali się papierosy (nawet mimo zakazu), pracownicy, szczególnie barmani i barmanki mogą być narażeni na negatywne skutki wdychania i przebywania w dymie tytoniowym. Za najbardziej uciążliwe skutki narażenia na dym tytoniowy badani uznali niemiły zapach ubrań (27,20 %), ból i pieczenie oczu (26,78 %), kaszel (22,18 %), złe samopoczucie (14,64 %) oraz zawroty głowy (8,79 %)(wykres 11).



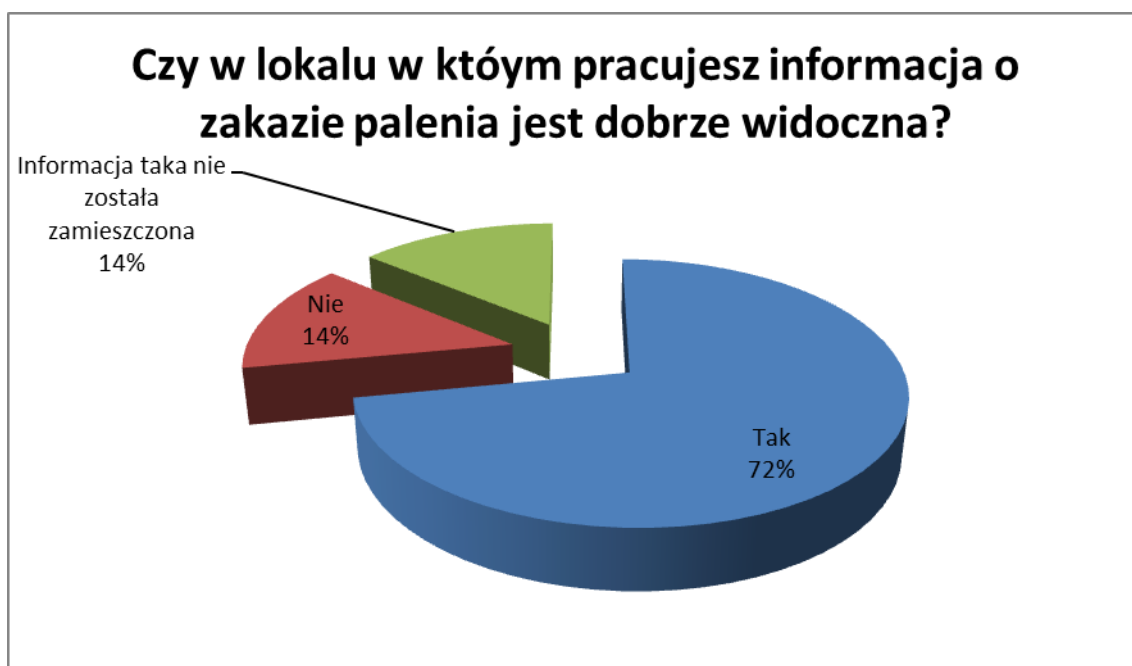
Wykres 11 Negatywne skutki przebywania w dymie tytoniowym w opinii pracowników pubów i dyskotek

15 Listopada 2010r. w Polsce wprowadzono nowelizację ustawy, która zakazuje palenia papierosów i wyrobów tytoniowych w miejscach publicznych, w tym także w pubach i dyskotekach. Zapytano w związku z tym osoby pracujące w pubach i dyskotekach o przestrzeganie tego zakazu w ich miejscu pracy: 67,00% pytanych odpowiedziało twierdząco (68,05 % kobiet i 64,29 % mężczyzn), co czwarty respondent natomiast stwierdził, że ten przepis nie jest przestrzegany w pubie czy dyskoteczce, w której pracuje (20,84 % kobiet i 35,71 % mężczyzn) (wykres 12).



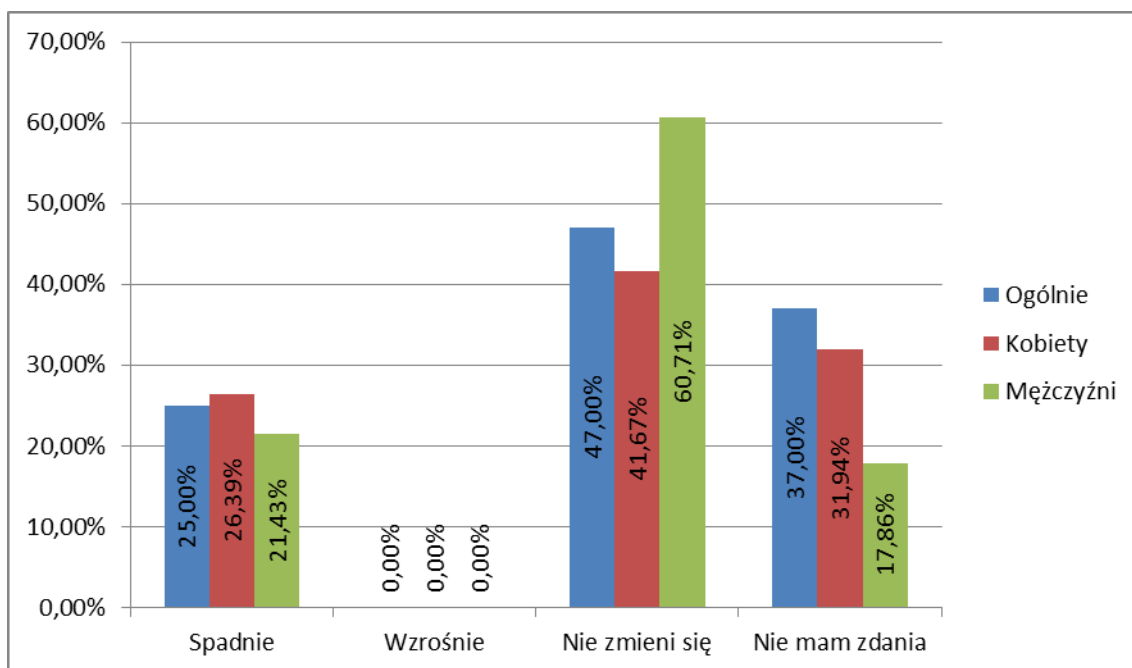
Wykres 12 Przestrzeganie zakazu palenia tytoniu w pubach i dyskotekach

Aby umożliwić przestrzeganie nowych przepisów dotyczących zakazu palenia w miejscach publicznych na właścicieli m.in. pubów i dyskotek nałożono obowiązek informowania swoich klientów o tym przepisie poprzez umieszczenie informacji w widocznym miejscu. 2/3 pytaných odpowiedziało, że taka informacja znajduje się w widocznym miejscu, 14,00%, że jest, ale słabo wyeksponowana, a kolejne 14,00 % że w ogóle nie została zamieszczona (wykres 13).



Wykres 13 Umieszczenie informacji o zakazie palenia w widocznym miejscu

Zakaz palenia w miejscach publicznych w tym także w pubach i dyskotekach, gdzie najczęściej przebywają młodzi ludzie, powinien przyczynić się m.in. także do zmniejszenia liczby osób rozpoczynających palenie. Barmanów i barmanki zapytano, czy taki zakaz wpłynie na zmniejszenie liczby palaczy w Polsce. Jedynie co czwarty respondent wyraził opinię, że liczba palaczy może ulec obniżeniu (26,39 % kobiet i 21,43 % mężczyzn), prawie co drugi (47,00 %), że nie będzie to miało wpływu na liczbę palaczy (41,67 % kobiet i 60,71 %), a 37,00 % spośród ankietowanych (31,94 % kobiet i 17,86 % mężczyzn) stwierdziło, że nie ma zdania na ten temat (wykres 14).



Wykres 14 Zmniejszenie liczby palaczy na skutek wprowadzenia zakazu palenia w miejscach publicznych w opinii pracowników pubów i dyskotek

Omówienie wyników

Palenie papierosów oraz używanie wyrobów tytoniowych stanowi istotny problem ze względu na jego negatywne skutki zdrowotne, a także społeczno-ekonomiczne. Każdego roku około 100 tysięcy osób umiera z powodu chorób, których istotnym czynnikiem sprawczym jest palenie tytoniu. Dotyczy to w większości osób w wieku produkcyjnym tj. 35-69 lat.[6]

Uzyskane wyniki wskazują, że 46,0 % badanych pracowników przyznaje się do codziennego palenia papierosów, a 25,0 % pali okazjonalnie. Bardzo niepokojącym faktem jest to, że większość przyznających się do palenia to osoby młode. Wczesne rozpoczynanie palenia wiąże się niestety z późniejszą większą intensywnością i długotrwałością palenia co znacznie zwiększa ryzyko występowania wielu niebezpiecznych chorób w tym chorób nowotworowych [1,9], układu sercowo-naczyniowego i oddechowego [18].

Badani pracownicy pubów i dyskotek to w większości studenci dorabiający do stypendiów. Wyniki badań z ostatnich lat, publikowane w piśmiennictwie polskim pokazują, że młodzież akademicka niezależnie od kierunku studiów chętnie sięga po papierosy. Studia to nie tylko intensywne nauki, ale także czas nawiązywania nowych znajomości, czas różnego rodzaju imprez towarzyskich, kulturalnych. Sytuacje tego typu sprzyjają niestety podejmowaniu różnego rodzaju niepożądanych zachowań zdrowotnych w tym palenia tytoniu [8,19].

Jednym z motywów palenia papierosów wśród badanych był nałóg, dobra zabawa w gronie przyjaciół („szpan”) oraz nuda, co jest zgodne z wynikami badań prowadzonych wśród studentów polskich uczelni [11,16].

Wraz ze zwiększeniem działań edukacyjnych, kampanii antynikotynowych oraz wprowadzeniu ustawy zakazującej palenia np. w miejscach publicznych zanotowano znaczny spadek liczby osób palących papierosy [18]. Poparcie dla zakazu palenia w miejscach publicznych wyraziło około 67 % ankietowanych. Jedynie jednak co czwarty respondent wyraził opinię, że dzięki temu liczba palaczy może ulec obniżeniu.

Zgodnie z przepisami z dnia 15 listopada 2010r. informacja o zakazie palenia papierosów w lokalach powinna być umiejscowiona na widocznym miejscu. 72% barmanów potwierdziło zamieszczenie takiej informacji w dobrze widocznym miejscu tam gdzie pracują. Oznacza to, że część właścicieli pubów i dyskotek nie stosuje się do obowiązujących przepisów.

Wnioski:

1. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród pracowników pubów i dyskotek jest duże i wynosi 46,0 % palących codziennie, 25,0 % pali okazjonalnie; zaledwie 29,0 % badanych nigdy nie paliło papierosów.
2. Palący pracownicy to osoby bardzo młode w przedziale wiekowym między 19-25 r.ż. Okresem w którym najczęściej dochodzi do inicjacji w zakresie palenia tytoniu jest okres nauki szkolnej.
3. Pomimo stosunkowo dużej wiedzy badanych dotyczącej zagrożeń zdrowotnych wynikających z palenia tytoniu (gł. w odniesieniu do chorób nowotworowych) świadomość zachorowania jest stosunkowo niska.
4. Pracownicy pubów i dyskotek w większości popierają zakaz palenia tytoniu w miejscach publicznych, ale często nie wiążą go z możliwością zmniejszenia liczby palaczy oraz obniżeniem wieku inicjacji nikotynowej, co w konsekwencji mogłoby polepszyć sytuację zdrowotną Polaków.
5. Rzetelna edukacja antynikotynowa, skuteczna profilaktyka w zakresie palenia tytoniu oraz przestrzeganie zakazu palenia w miejscach publicznych wydają się być konieczne dla zmniejszenia liczby czynnych palaczy.

Piśmiennictwo

1. BARTKOWIAK Z : Szkodliwość biernego palenia tytoniu. *Otolaryn Pol.* 1995; 49:270
2. R. DOLL, R. PETO, J. BOREHAM, I. SUTHERLAND : "Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors" ; *BMJ* 2004; 328 : 1519
3. FELIKSIAK M. (oprac.), Raport CBOS: Postawy Polaków wobec palenia papierosów. www.cbos.pl. 2008
4. FLOREK E, PIEKOSZEWSKI W: Chemia dymu tytoniowego. W Florek E : Zdrowotne skutki narażenia kobiet na dym tytoniowy w środowisku. Poznań, AkademiaMedyczna; 2000
5. JACENNIK B.: Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko, VIZJA Press&IT, Warszawa 2008, s. 91
6. JETHON Z, GRZYBOWSKI A.: Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa. PZWL Warszawa 2000
7. KARCZEWSKI J. HIGIENA. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Czelej, Lublin 2002
8. KAWALEC E, MALINOWSKA- LIPIEŃ J, BRZOSTEK T, PŁASZEWSKA-ŻYWKO L, GABRYŚ T, RECZEK A, GAWOR A : Rozpowszechnienie zjawiska palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży w Polsce – przegląd aktualnych badań. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2007; 2:113
9. KLESZCZEWSKA E : Badanie rozpowszechnienia palenia tytoniu wśród studentów Wyższej Szkoły Kosmetologii i Ochrony Zdrowia w Białymstoku. *Przegl. Lek.* 2007; 64:781
10. KRAWCZYŃSKI M: Propedeutyka pediatrii. PZWL Warszawa 2002
11. M EZZATI, A D LOPEZ: Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000. *Tob. Control* 2004;13:388-395
12. MOTYKA A, LESZKIEWICZ M, MAJCHRZAK A, MAJEWSKI M, ADAMEK R: Konsumpcja substancji psychoaktywnych – świadomość zdrowotnych konsekwencji wśród studentów poznańskich uczelni. *Przegl. Lek.* 2007 (10)3-4:57
13. PIROGOWICZ I, POMORSKI M, JERZOWIECKA M, STECIWKO A. „Palenie tytoniu wśród młodzieży gimnazjalnej”; *Przegl Lek.* 2004: 61,10:1161-1163
14. R. DOLL,R. PETO, J. BOREHAM, I. SUTHERLAND : Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on Male British doctors. *BMJ* 2004; 328 : 1519
15. SIEMIŃSKA A, JASSEM JM, UHEREK M, WILANOWSKI T, NOWAK R, JASSEM E : Postawy wobec palenia tytoniu wśród studentów pierwszego roku medycyny. *Pneumonol Alergol. Pol.* 2006; 74 (4): 377-82

16. WOJNAROWSKA B, MAZUR J, SZAMAŃSKA M. : Zachowania zdrowotne młodzieży- raport WHO, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2000; 4:130
17. WOJTAL M, KURPAS D, SOCHACKA J, SEŃ M, STECIWKO A : Analiza problemu palenia tytoniu wśród studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. Przegł. Lek. 2007; 64 (10) : 804-7
18. ZATOŃSKI W, PRZWOŹNIAK K.: Palenie tytoniu w Polsce: podstawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka. Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1999
19. ZATOŃSKI W. i wsp.: Konsensus dotyczący rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu. Gazeta Lek. 2008; 12 (216)
20. ZYSNARSKA M, BISKUPSKA M, PŁOCKA-MOLIŃSKA M : Studenci pielęgniarstwa, a nikotynizm. Przegł. Lek. 2006; 63:1048

POZIOM WIEDZY CHORYCH NA CUKRZYCĘ TYPU 2 NA TEMAT ZASAD SAMOLECZENIA I SAMOKONTROLI

Małgorzata Pasek, Monika Strojek

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

Streszczenie

Celem pracy była próba oceny poziomu wiedzy chorych na cukrzycę typu 2 na temat choroby, umiejętności samoopieki i samoleczenia. Badania prowadzono od 1.04.2011 do 30.06.2011 r. na oddziale chorób wewnętrznych Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie wśród 30 chorych na cukrzycę, typu 2, leczonych insuliną i lekami doustnymi. Poziom wiedzy i umiejętności u chorych był średni oraz niski, niewystarczający do prowadzenia pełnej samoopieki i samokontroli w domu. Zaawansowany wiek, niski poziom wykształcenia oraz ogólny zły stan zdrowia stanowiły barierę podczas edukacji. Edukacja prowadzona w sposób ciągle pomagała zrozumieć istotę choroby, co powodowało dokładniejsze prowadzenie samoopieki i samokontroli.

Słowa kluczowe: Cukrzyca. Edukacja. Samoopieka.

Abstract

The goal of the research was the attempt of evaluating the level of knowledge among patients suffering with diabetes mellitus type 2 considering the disease, the rules of self treatment and the self care. Research was conducted between 01.04.2011 and 30.06.2011 in the department of internal diseases of Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera in Cracow among 30 patients suffering with diabetes mellitus type 2 and treated with insulin and oral drugs. Level of knowledge and skills was average or low, insufficient for full self care and self treatment at home. Old age, low level of education and poor general health condition created the barrier for the education. None-less the education was conducted continuously helping patients with understanding the core of disease what led to more efficient self-care and self control

Key words: Diabetes mellitus type 2. Education. Self care.

Wprowadzenie

Edukacja zyskała taką samą rangę jak leczenie dietą, lekami czy wysiłkiem, ponieważ inne metody stają się skuteczne tylko wtedy, kiedy sami chorzy umiejętnie je stosują w codziennym życiu [2, 3, 5].

Treści i metody edukacji powinny być przystosowane do możliwości i potrzeb pacjentów. Zależą one od wieku, płci, zawodu, rodzaju problemów oraz charakteru leczenia. Przed rozpoczęciem edukacji należy wytyczyć cel, który chce się osiągnąć.

W programie nauczania chorych powinny znaleźć się wielorakie aspekty. Są to informacje dotyczące diety, leków, ćwiczeń, badań domowych, rozpoznawania objawów zagrożeń. Chorzy powinni zrozumieć sens zabiegów i działań by wytworzyła się u nich motywacja do leczenia. Personel edukujący powinien umiejętnie wysłuchać opinii chorych, należy też unikać wyrażen niejasnych i skomplikowanych terminów medycznych. Dobrą metodą edukacji jest działanie według wcześniej przygotowanego wzoru programu. Plan taki winien być kształtowany w zależności od charakteru pacjenta i jego choroby [1, 4, 8].

Należy w nim uwzględnić stosunki rodzinne, poziom wykształcenia, warunki materialne, sytuację życiową, pracę zawodową. Ważne jest wciągnięcie do procesu leczenia pozostałych członków rodziny oraz wyrobienie u chorego pewnych nawyków jak: planowanie i realizowanie programu dnia oraz sposobu na poprawę stanu psychicznego i umiejętności radzenia sobie ze stresem.

Program terapeutyczny jest skuteczny tylko wtedy, gdy chory jest przekonany o jego celowości i w pełni akceptuje metody działania. Niekiedy nawet chorzy z dużą wiedzą nie potrafią jej zastosować do rozwiązywania powstających problemów. Nauczenie pacjentów zasad samokontroli i samoopieki przynosi wiele korzyści: zwiększa skuteczność leczenia, oszczędza nakład pracy, daje choremu wolność od ograniczeń wynikających z choroby, gdyż umie sobie z nimi radzić i ma mniej negatywnych przeżyć związanych z chorobą. Chory i jego problemy powinny znajdować się w centrum zainteresowania zespołu terapeutycznego oraz powinny bezpośrednio wpływać na podejmowane działania [6,7].

Cel pracy

Celem pracy była próba oceny poziomu wiedzy chorych na cukrzycę typu 2 na temat choroby, umiejętności samoopieki i samoleczenia.

Metody badawcze

Do realizacji badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety. Technika badawczą była ankieta. Konstrukcja pytań dostarczała informacji na temat posiadanej wiedzy, umiejętności, prowadzonej samokontroli

oraz sposobie radzenia sobie w nagłych sytuacjach. Przed wypełnieniem ankiet pacjenci zostali poinformowani o celu badań, dobrowolnym uczestnictwie oraz zachowaniu anonimowości.

Charakterystyka badanej grupy

Badania prowadzono od 1.04.2011 do 30.06.2011 r. na oddziale chorób wewnętrznych Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie wśród 30 chorych na cukrzycę, typu 2, leczonych insuliną i lekami doustnymi.

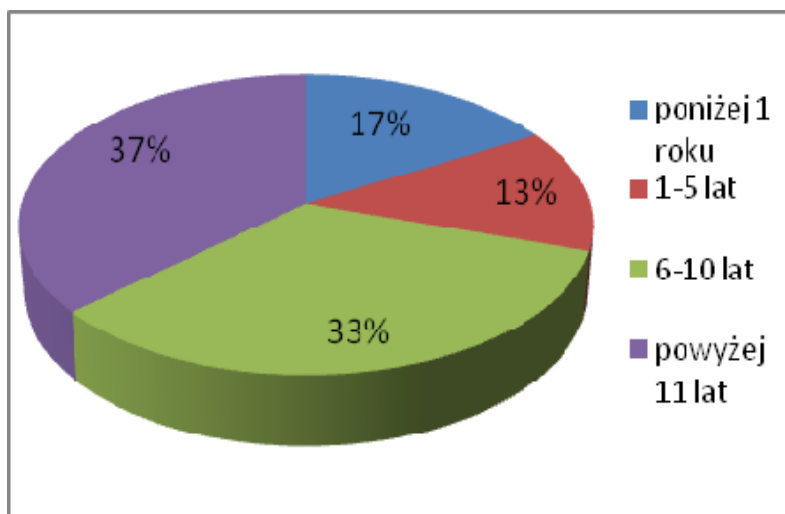
Zdecydowana większość ankietowanych to osoby w podeszłym wieku, 43 % to pacjenci powyżej 70 roku życia, 37 % chorych w przedziale między 61 a 70 rokiem życia, 13% w przedziale 51-60 lat, a tylko 7% to chorzy w wieku 41-50. Większość respondentów stanowiły kobiety- 23 osoby (77 %), podczas gdy mężczyźni stanowili 23 % badanej grupy (7 osób). Najwięcej badanych (43 %) deklarowało średnie wykształcenie, natomiast 23 % badanych legitymowało się wykształceniem zawodowym, 23% podstawowym. Tylko 10 % to osoby z wyższym wykształceniem.

Dla zdecydowanej większości respondentów źródłem utrzymania była emerytura (63%) oraz renta (23 %), 10 % respondentów pracowała zawodowo, jedna osoba była bezrobotna. W badanej grupie nie było osób, które nigdy nie pracowały zawodowo.

Zdecydowana większość ankietowanych mieszkała w mieście, tj. 93 %, tylko 7 % to mieszkańcy wsi.

Wyniki badań i ich omówienie

Badana grupa była zróżnicowana pod kątem okresu chorowania na cukrzycę, 37 % od ponad 11 lat leczyło się z powodu cukrzycy, 33 % - od 6 do 10 lat, 1 do 5 lat – 13 % oraz 17 % to ankietowani, u których cukrzycę wykryto w ciągu ostatniego roku.



Ryc. 1 Czas trwania choroby w latach badanych

Tabela 1 Osoby udzielające badanym informacji na temat cukrzycy

Osoba od której chory uzyskał informację na temat cukrzycy *	n badanych	% badanych
pielęgniarka	15	50%
lekarz	2	7%
dietetyk	1	3%
inna osoba	1	3%
lekarz i dietetyk	2	7%
pielęgniarka, lekarz i dietetyk	4	13%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowani najczęściej byli edukowani przez pielęgniarkę (50 %), 13 % ankietowanych uzyskało informacje od pielęgniarki, lekarza i dietetyka.

Badania wykazały, że 53 % respondentów systematycznie prowadzi samokontrolę, 40 % - częściowo, 7 % - nie prowadziło w ogóle samokontroli .

Tabela 2 Metody samokontroli prowadzonej przez ankietowanych

METODA SAMOKONTROLI*	n badanych	% badanych
prowadzenie dzienniczka	20	67%
stosowanie diety	20	67%
pomiar glukozy glukometrem	20	67%
kontrola stóp	10	33%
pomiar ciśnienia krwi	16	53%
aktywność fizyczna	15	50%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Wśród osób, które deklarowały prowadzenie samokontroli najczęściej wymienianą metodą był pomiar glukozy glukometrem (67 %), prowadzenie dzienniczka (67 %) i stosowanie diety (67 %).

Większość badanych (83 %) wiedziała co oznacza pojęcie hipoglikemia, choć 10 % respondentów podawało, że jest to wysoki poziom cukru. 7% respondentów nie znało poprawnej odpowiedzi.

Tabela 3 Przyczyny hipoglikemii według badanych

PRZYCZYNY NIEDOCUKRZENIA*	n badanych	% badanych
za mały posiłek	18	60%
za duża dawka insuliny	10	33%
zbyt duży wysiłek fizyczny	17	57%
nieregularne przyjmowanie insuliny	10	33%
nie wiem	3	10%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Większość ankietowanych posiadała wiedzę na temat przyczyn niedocukrzenia, takich jak mały posiłek, duża dawka insuliny, zbyt duży wysiłek fizyczny. Część spośród badanych błędnie uważała, że nieregularne przyjmowanie insuliny (33 %) jest również przyczyną niedocukrzenia. Tylko 10 % nie potrafiło podać przyczyny hipoglikemii.

Tabela 4 Znajomość objawów hipoglikemii przez badanych

Objawy niedocukrzenia*	n badanych	% badanych
poty	23	77%
senność	15	50%
zaburzenia widzenia	14	47%
szybkie bicie serca	10	33%
głód	9	30%
niepokój	8	27%
nie wiem	1	3%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Respondenci w większości posiadali wiedzę na temat objawów niedocukrzenia, 77 % wskazało poty, 50 % - senność, 33 % - szybkie bicie serca, 30 % - głód, 27 % - niepokój. Tylko 3 % wykazywało się nieznaną objawów niedocukrzenia.

Tabela 5 Sposoby reagowania respondentów podczas hipoglikemii

Działanie przy hipoglikemii*	N badanych	% badanych
pomiar poziomu cukru we krwi	22	73%
zjedzenie kanapki	17	57%
zjedzenie słodyczy	13	43%
podaż dodatkowej insuliny	1	3%
nie wiem	1	3%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Badani w większości wiedzieli jakie podjąć działanie, gdy obniży się poziom glukozy we krwi. Wykonywali pomiar poziomu cukru we krwi za pomocą glukometru (73 %) oraz zjadali kanapkę (57 %) lub słodycze (43 %). 3 % odpowiedziało nieprawidłowo, ankietowani podali by sobie dodatkową insulinę. Jedna osoba (3 %) nie wiedziała jakie podjąć działanie.

Tabela 6 Znajomość przyczyn wzrostu poziomu glikemii we krwi według badanych

PRZYCZYNY HIPREGLIKEMII*	n badanych	% badanych
dodatkowa choroba	15	50%
obfity posiłek	26	87%
mała aktywność fizyczna	21	70%
mała dawka insuliny lub jej pominięcie	20	67%
stres	14	47%
nie wiem	0	0%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Zdecydowana większość ankietowanych odpowiadała prawidłowo na temat przyczyn hiperglikemii, 87 % uważała obfity posiłek, zwłaszcza w węglowodany, 70 % wskazywała na małą aktywność fizyczną, 67 % podawała małą dawkę insuliny lub jej pominięcie, 50 % dodatkowa choroba. Wymieniano też stres 47 %.

Tabela 7 Znajomość objawów hiperglikemii we krwi według badanych

OBJAWY HIPERGLIKEMII*	n badanych	% badanych
nadmierne pragnienie	22	73%
senność	14	47%
bóle brzucha	4	13%
utrata apetytu	6	20%
nie wiem	5	17%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Ankietowani w większości posiadali wysoką wiedzę na temat objawów wysokiego poziomu glukozy we krwi, 73 % podało nadmierne pragnienie, 47 % senność, 20 % utratę apetytu, bóle brzucha podało 13 % . 17 % nie znało odpowiedzi.

Tabela 8 Sposoby reagowania badanych podczas hiperglikemii

ZACHOWANIE PODCZAS HIPERGLIKEMII*	n badanych	% badanych
wypicie płynów	12	40%
sprawdzenie poziomu cukru	24	80%
wstrzyknięcie dodatkowej insuliny	15	50%
nie wiem	2	7%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Respondenci wskazywali głównie na sprawdzenie poziomu cukru we krwi (80 %), wstrzyknięcie dodatkowej insuliny (50 %), wypicie płynów (40 %). 7 % nie wiedziało jak się zachować podczas hiperglikemii.

Tabela 9. Znajomość celu stosowania diety cukrzycowej w opinii badanych.

CEL STOSOWANIA DIETY*	n badanych	% badanych
utrzymanie prawidłowej masy ciała	20	67%
utrzymanie poziomu cukru w normie	23	77%
zmniejszenie poziomu cholesterolu	16	53%
obniżenie ciśnienia krwi	14	47%
brak znaczenia diety	2	7%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Ankietowani posiadali częściową wiedzę na temat celu stosowania diety cukrzycowej, 67 % wskazywała na obniżenie masy ciała, 77 % na utrzymanie prawidłowego poziomu cukru we krwi. Tylko 53 % podało zmniejszenie poziomu cholesterolu we krwi oraz 47 % obniżenie ciśnienia krwi. Na brak znaczenia diety wskazało 7 %.

Tabela 10 Znaczenie wysiłku fizycznego według respondentów

ZNACZENIE WYSIŁKU FIZYCZNEGO*	n badanych	% badanych
obniżenie ciśnienia krwi	12	40%
zmniejszenie ryzyka zawału serca	15	50%
zmniejszenie ryzyka udaru mózgu	10	33%
zmniejszenie poziomu cukru we krwi	21	70%
zmniejszenie masy ciała i jej utrzymanie	21	70%
brak znaczenia	1	3%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Z badań wynika, że respondenci posiadali wiedzę na temat znaczenia wysiłku fizycznego w cukrzycy, wiedzieli, że obniża ciśnienie krwi (70 %), zmniejsza masę ciała i pozwala na jej utrzymanie (70 %), zmniejsza ryzyko zawału serca 50 %, zmniejsza ryzyko udaru mózgu 33 %. Tylko 3 % badanych uznało, że wysiłek fizyczny nie ma znaczenia w codziennym funkcjonowaniu.

W praktyce, 7 % badanych nie podejmowało żadnego wysiłku fizycznego. Pozostali ankietowani byli aktywni codziennie – 50 %, 27 % - kilka razy w tygodniu, 10 % kilka razy w miesiącu. Najczęściej wskazywaną aktywnością był spacer (87 %), gimnastyka i praca na działce – 23 %, energiczny marsz podejmowało 3 %.

Tabela 11 Znajomość zasad diety cukrzycowej przez respondentów

ZASADY DIETY CUKRZYCOWEJ*	n badanych	% badanych
osiągnięcie prawidłowej wagi ciała	22	73%
małe posiłki, spożywane często	28	93%
spożywanie posiłku po insulynie	24	80%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowani posiadali wiedzę na temat zasad diety cukrzycowej. Spożywanie często małych posiłków wybrano w 93 %, spożywanie posiłku po podaniu insuliny w 80 % oraz osiągnięcie prawidłowej wagi ciała w 73 %.

Późne powikłania cukrzycy często doprowadzają do upośledzenia funkcjonowania chorego w codziennym życiu, są powodem inwalidztwa i znacznie pogarszają jakość życia. Dieta jest w cukrzycy podstawowym elementem leczenia.

Tabela 12 Znajomość późnych powikłań w cukrzycy przez badanych

PÓŹNE POWIKŁANIA CUKRZYCY*	n badanych	% badanych
udar mózgu	7	23%
stopa cukrzycowa	19	63%
choroby układu sercowo-naczyniowego	14	47%
retinopatia	2	7%
nefropatia	1	3%
nie wiem	4	13%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Z badań wynika, że respondenci nie posiadali dostatecznej wiedzy na temat późnych powikłań cukrzycy, 63 % podało stopę cukrzycową, 47 % choroby układu sercowo-

naczyniowego, 23 % udar mózgu, 13 % nie posiadało wiedzy na temat późnych powikłań. Retinopatię określiło 7 %, nefropatię tylko 3 %.

Tabela 13 Wiedza badanych na temat zasad pielęgnacji stóp

ZASADY PIELĘGNACJI STÓP*	n badanych	% badanych
mycie w letniej wodzie	23	77%
wygodne skórzane obuwie	24	80%
codzienne oglądanie	21	70%
obcinanie paznokci "na prosto"	4	13%
regularny spacer	24	80%
nie wiem	1	3%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Z badań wynika że 80 % respondentów uważa, iż są to regularne spacer, 80 % to noszenie wygodnego, skózanego obuwia. 77 % mycie stóp w letniej wodzie, 13 % odpowiednie obcinanie paznokci. 3 % nic nie wiedziało o pielęgnacji stóp.

Tabela 14 Znajomość zasad podawania insuliny według badanych

Zasady podawania insuliny*	n badanych	% badanych
każdorazowo w inne miejsce	12	40%
podskórnie: brzuch, uda, ramiona	22	73%
w łatwo dostępne miejsca	6	20%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Z badań wynika, że respondenci posiadali częściową wiedzę na temat wstrzykiwania insuliny - podskórnie w brzuch, uda i ramiona (73 %). 40 % wskazało na każdorazowo w inne miejsce, 20 % dotyczyło łatwo dostępnego miejsca.

Tabela 15 Oczekiwania respondentów w zakresie edukacji

Oczekiwania w zakresie edukacji*	n badanych	% badanych
podaż insuliny	20	67%
aktywność fizyczna	21	70%
zasady żywienia	26	87%
powikłania	25	83%

*możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Z badań wynika, że zdecydowana większość respondentów deklarowała swoje oczekiwania w zakresie edukacji. Aż 87 % badanych chciało uzyskać informację na temat zasad żywienia, 83 % na temat oraz powikłań. 70 % deklarowała chęć uzyskania informacji na temat aktywności fizycznej, 67 % chciało wiedzieć więcej o podaży insuliny.

Zasady wstrzykiwania insuliny są ważne ze względu zarówno na sposób jak i szybkość wchłaniania się jej w zależności od miejsca podania. Istotna jest też możliwość wystąpienia powikłań w miejscu wstrzyknięcia. Badani na ogół prawidłowo wybierali miejsce wkłucia insuliny, to jest: podskórnie w brzuch, uda i pośladki (73 %). Ankietowani posiadali wiedzę na temat każdorazowej zmiany miejsca podaży. Mimo to najczęstszym miejscem wstrzykiwania jest brzuch, ze względu na łatwy dostęp do tego miejsca. Z badań wynika, że część respondentów 33 % prawidłowo określiło miejsce przechowywania aktualnie używanego peny tj. w temperaturze pokojowej z dala od źródła ciepła i światła. 30 % badanych podało błędnie miejsce przechowywania peny jako lodówka, 37 % respondentów wskazało na temperaturę pokojową.

Wnioski

1. Poziom wiedzy i umiejętności u chorych był średni oraz niski, niewystarczający do prowadzenia pełnej samoopieki i samokontroli w domu.
2. Im wyższy poziom wiedzy i umiejętności tym lepsza i dokładniejsza kontrola choroby oraz funkcjonowanie chorego.
3. Zaawansowany wiek, niski poziom wykształcenia oraz ogólny zły stan zdrowia stanowiły barierę podczas edukacji.
4. Edukacja prowadzona w sposób ciągły pomagała zrozumieć istotę choroby, co powodowało dokładniejsze prowadzenie samoopieki i samokontroli.

Bibliografia

1. JEGIER, A. KOPFF, B. SZMIGIELSKA, K. 2008. Wysilek fizyczny w cukrzycy. Novo Nordisk, Warszawa 2008.
2. KOBLIK, T. 2010. Insulinoterapia w cukrzycy typu 2. Via Medica, Gdańsk 2010.
3. KOSICKA, B. WRÓŃSKA, I. 2007. Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę. [w]: Problemy pielęgniarstwa t. 15, zeszyt 2, 3 2007, str. 187-191.
4. ŁAWSKA, W. LUBIŃSKA-ŻĄDŁO, B. ŁYŻNIKA, M. 2004. Edukacja zdrowotna pacjentów z cukrzycą-ocena skuteczności. Zdrowie Publiczne, 2004, 114 (4) str. 537-540.
5. PLATH, J. 2010 Cukrzyca, P.H.W. Fenix, Wierzchy Parzeńskie 2010.
6. RADZISZOWSKI, J. 2007. Cukrzyca typu 2 powikłania. Medi Soft Pres, Kraków 2007.

7. SZEWCZYK, A. MAŁACHOWSKA, B. 2001. Znaczenie edukacji zdrowotnej w terapii cukrzycy. Diabetologia Polska 2001 str. 1-152.
8. TALARSKA, D. ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ, D. WIERUSZ-WYSOCKA, B. 2009. Opieka pielęgniarska nad osobami z cukrzycą. [w]: Pielęgniarstwo internistyczne red. D. Talarska D. Zozulińska- Ziółkiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009 str. 261-287.
9. TATOŃ, J. CZECH A. 2008. Podręcznik samokontroli cukrzycy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

REHABILITAČNÉ PROSTRIEDKY V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

Zuzana Hudáková, Mária Novysedláková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Rehabilitačné ošetrovanie sa uplatňuje na všetkých pracoviskách, kde sú pacienti s ťažkým zdravotným postihnutím, poruchami hybnosti, geriatrickí pacienti a chronickí chorí s nevyliciteľnými chorobami, kde dochádza k obmedzeniu hybnosti v dôsledku zníženia energetických zdrojov organizmu. Ide o aktívne ošetrovanie, pri ktorom zdravotníci všetkými dostupnými prostriedkami zamedzujú vznik komplikácií a sekundárnych zmien. Charakteristickým rysom rehabilitačného ošetrovania je každodenná produktívna práca sestry a fyzioterapeuta a účelná deľba práce. Sestra nemôže nahradiť prácu fyzioterapeuta, ale v bežnej sesterskej praxi môže urobiť pre pacienta s obmedzením pohybovej aktivity urobiť veľa.

Kľúčové slova: Imobilita. Inaktivita. Komplikácie. Polohovanie.

Abstract

Rehabilitation treatment applies to all workplaces where there are patients with severe disabilities, movement disorders, geriatric and chronically ill patients with incurable diseases, where there is restricted movement due to the reduction of energy resources of the organism. These active treatments, where paramedics all available means to prevent the formation of secondary complications and changes. A characteristic feature of the rehabilitation treatment is the daily productive work nurses and a physiotherapist and efficient division of labor. The nurse can not replace the work of a physiotherapist, but in ordinary nursing practice can do for a patient with limited physical activity done.

Keywords: Immobility. Inactivity. Complications. Positioning.

Úvod

Na I. európskej konferencii v roku 1988 vo Viedni sa rozoberal stav zdravotníctva v Európe a s ním aj postavenie sestier a ich vzdelanie. Sestra má v systéme zdravotnej starostlivosti nezastupiteľné miesto. Jej poslaním je poskytovať pomoc jednotlivcom, rodinám a skupinám. Ošetrovateľstvo zahŕňa starostlivosť v čase choroby a rekonvalescencie,

zaoberá sa fyzickými, duševnými a sociálnymi dôsledkami chorôb, úrazov i umierania. V rámci poskytovania zdravotníckych služieb je veľmi dôležitá tímová spolupráca. Pri poskytovaní starostlivosti ťažko zdravotne postihnutým ľuďom a geriatrickým pacientom, ktorí sú ohrození negatívnymi dôsledkami z imobility je veľmi dôležitá spolupráca sestier a fyzioterapeutov. Pri ošetrovaní týchto pacientov sestry uplatňujú veľa rehabilitačných prostriedkov ako preventívne opatrenia proti vzniku komplikácii a sekundárnych zmien (Klusoňová, Pitnerová, 2005, s. 7-8).

Súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti je aj rehabilitačné ošetrovateľstvo, ktoré nepredstavuje nový odbor, ale je to spôsob uplatňovania rehabilitačných prostriedkov v rámci ošetrovania imobilných pacientov.

Rehabilitačné ošetrovanie

Rehabilitačné ošetrovanie je vo výučbe sestier už dlhší čas. Príčin a dôvodov je veľa, predovšetkým je to ale nedostatočné uplatňovanie teoretických vedomostí, nedostatok zručnosti, nedostatočné technické, materiálne a personálne vybavenie, nedostatočné organizácia práce a nedostatočná kontrola vedúcich pracovníkov. Ide o aktívny spôsob ošetrovania, pri ktorom sa sestry všetkými možnými prostriedkami snaží zabrániť vzniku komplikácii a sekundárnych zmien.

Cieľom rehabilitácie je čo najrýchlejšie resocializovať zdravotne postihnutého jednotlivca, zabezpečiť mu návrat do rodiny, spoločnosti, umožniť pracovné začlenenie, vzdelávanie a čo najväčšiu nezávislosť. Komplexná rehabilitácia obsahuje:

- liečebnú rehabilitáciu,
- sociálnu rehabilitáciu,
- pracovnú rehabilitáciu,
- pedagogickú rehabilitáciu.

Liečebná rehabilitácia je súbor diagnostických, terapeutických, pedagogicko-výchovných, sociálnych a technických opatrení, ktoré smerujú k:

- obnoveniu poškodených a stratených funkcií,
- zlepšeniu poškodených funkcií,
- udržaniu funkcie či spomaleniu progresie,
- náhrade stratených a poškodených funkcií.

Cieľom je úplné alebo čiastočné uzdravenie a dosiahnutie maximálnej sebestačnosti (Klusoňová, Pitnerová, 2005, s. 8-9).

Fyzioterapia je pohybová liečba a liečba fyzikálnymi prostriedkami. Obsahom je liečebná telesná výchova (LTV), liečebné športy, špeciálne metodiky na podklade

senzomotorickej stimulácie, reflexných a facilitačných mechanizmov. (Hromádková a kol., 2002, s. 15). Jej súčasťou je aj fyzikálna terapia (elektroliečba, vodoliečba, masáže, mechanoterapia, liečba teplom, liečba svetlom).

Ergoterapia je pohybová a psychologická liečba prostredníctvom cvičenia, edukácie a vybraných fyzioteapeutických činnosti (Komačeková a kol., 2003).

Mobilita

Mobilita je schopnosť voľne, ľahko a účelne sa pohybovať v prostredí. Dostatočná pohybová aktivita a primeraná fyzická aktivita majú pre organizmus mnohostranný význam:

1. zlepšenie zdravotného stavu

uvoľňuje duševné napätie

- zlepšuje spánok,
- upevňuje pohybový aparát;

2. preventívny

- znižuje riziko infarktu myokardu,
- udržiava optimálnu hmotnosť (ochrana pred obezitou),
- znižujú bolesť pohybového aparátu,
- bráni vzniku neuróz, úzkostných stavov....
- prevencia preležanín, imobilizačného syndrómu, porúch defekácie;

3. zvyšuje výkonnosť orgánov

- lepšie prekrvenie kože,
- zlepšená ventilácia pľúc a výkonnosť srdca,
- lepšia pohyblivosť kĺbov,
- udržanie a rast svalovej sily; (Kozierová a kol. 2004, s. 840-849).

4. podporuje pozitívne emócie a zlepšuje duševné zdravie

- uvoľňuje duševné napätie,
- je prostriedkom relaxácie,
- základom nezávislosti,
- ovplyvňuje sebaúctu a celkový vzhlľad;

5. predlžuje dĺžku života

6. terapeutický

- urýchľuje liečebný proces (Hudáková, 2011, s. 13-14).

Pohybové predpoklady človeka tvoria vnútornú stránku motoriky, patria sem schopnosti, zručnosti, návyky a vedomosti.

Pohybové prejavy – tvoria vonkajšiu stránku motoriky.

Motorika je súhrn pohybových predpokladov a prejavov určitého systému, je riadená CNS a je vykonávaná pomocou kostrových svalov.

Pohybové vlastnosti – najvšeobecnejšie podstatné znaky motoriky človeka, ktoré podmieňujú jeho rozdiel alebo podobnosť s inými ľuďmi.

Pohybové schopnosti – najčastejšie vnútorné, všeobecné pohybové predpoklady pre činnosť, odvodené a rozvítené od základných telesných a psychických vlastností.

Podľa spôsobu prejavovania sa svalovej kontrakcie rozoznávame silové, koordinačné, rýchlostné a vytrvalostné schopnosti.

Pohybové zručnosti – sú špecifické naučené pohybové predpoklady, ktoré umožňujú realizovať pohybovú činnosť pri vedúcej úlohe myslenia pri jej riadení (Hudáková, 2011, s.14-15).

Poruchy mobility

Neschopnosť vykonávať životné činnosti alebo pracovné aktivity spôsobom a v rozsahu, ktorý je považovaný za normálny, sa nazýva **disabilita** (Krišková et al, 2006, s. 221).

Hlavnými príčinami imobility (neschopnosti pohybovej aktivity) pacientov sú: silná bolesť, porucha kostrového svalstva, svalového alebo nervového systému, slabosť, psychosociálne problémy (strach, depresia), infekčné procesy.

Testom pohyblivosti určujeme stupeň imobility takto:

1. stupeň – imobilita, pacient nie je schopný vykonávať nijaké aktivity (napr. pacient môže byť v bezvedomí),
2. stupeň – veľmi obmedzená pohyblivosť (napr. pacient s poruchou dýchania),
3. stupeň – mierne obmedzená mobilita (napr. pacient s fixáciou dolnej končatiny sadrovým obvazom),
4. stupeň – plná mobilita, pacient má neobmedzený pohybový režim (Krišková et al, 2006, s. 222).

Odpovede organizmu na imobilitu

Organizmus reaguje na imobilitu fyziologickými a patologickými zmenami a ovplyvňujú to rôzne faktory (tab. 1).

Tabuľka 1 Faktory ovplyvňujúce pohyb a aktivitu

Fyziologické	Psychické	Sociálne
funkčná schopnosť pohybového aparátu a zmyslových orgánov	typ osobnosti emocionálne ladenie	spôsob života
vek	hierarchia hodnôt	povolanie, rola
choroba	sebakoncepcia, sebaúcta	finančné možnosti

Rehabilitačné prostriedky v sesterskej praxi

Polohovanie

Polohovaním sa rozumie správne uloženie pacienta, zmeny polôh v určitých časových intervaloch a uloženia končatín. Polohovanie môže byť:

- **preventívne** – zmeny polôh a správne ukladanie končatín prevádzajú sestry; pokiaľ má pacient zachovanú aktívny pohyb, môže byť motivovaný k zmenám polohy;
- **korekčné** – prevádzajú fyzioterapeuti tam, kde už nežiaduce zmeny vznikli; sestra musí vedieť ako často a ako dlho má byť polohovanie prevádzané;
- **protibolestivé** – úľavové polohy – zaujíma pacient k zmierneniu bolesti (Klusoňová, Pitnerová, 2002, s. 20)

Intervencie sestry:

- polohovať podľa polohovacích hodín,
- rozhovorom získavať informácie o pocitoch pohodlia kvôli zisteniu efektívnosti polohovania,
- ak to stav dovoľuje vysádzať pacientov do kresla niekoľkokrát denne, podložiť podložku pod končatiny a odporučiť mu každých 15', odľahčovanie nadvihnutím rukami, prenášaním váhy úklonmi do strán, predkláňaním sa, vysádzať pacienta maximálne na 2 hodiny,
- používať správnu manipulačnú techniku, aby nedošlo k poraneniu pacienta, ale aj k poškodeniu zdravia personálu,
- povzbudzovať sebestačnosť pacienta, učiť ho ako meniť polohu, ako sa posúvať, otáčať za použitia pomôcok. Preferovať aktívne cvičenia pred pasívnymi upraviť prostredie na zaistenie bezpečnosti pacienta (Gurková a kol. 2009).

Vertikalizácia

V dennom programe ťažko zdravotne postihnutého má byť časový úsek, kedy je posadený, aj keď je sed pasívny. Vertikalizácia začína v ľahu na chrbte zvyšovaním podpery postupne do najvyššej možnej polohy (Klusoňová, Pitnerová, 2002, s. 38-40).

Intervencie sestry:

- pred, počas a po vertikalizácii monitorovať a zaznamenávať vitálne funkcie a subjektívne ťažkosti pacienta,
- podľa stavu pacienta vykonávať:
 - **aktívnu vertikalizáciu** – učiť pacienta pomaly aktívne meniť polohu z ľahu do sedu na posteli, neskôr do sedu so spustenými DK až po stoj a chôdzu ,
 - **pasívnu vertikalizáciu** – vysvetliť pacientovi postup a význam vertikalizácie
 - ak pacient nie je schopný stáť ani chodiť použiť špeciálne otočné lôžko

- podľa ordinácie začať dvíhať prednú časť postele od 20° v trvaní 20 – 30 min., 3 – 5 x denne, postupne zvýšiť na 90°
- v prípade intolerancie aktivity a zmeny polohy dať pacienta do vodorovnej polohy pokiaľ príznaky nevymiznú (Gurková a kol. 2009).

Pohyb a cvičenie

Kondičné cvičenie zdravých alebo čiastočne mobilných častí je zamerané na celkovú aktivitu pacienta, na zvýšenie telesnej zdatnosti a výkonnosti. Cieľom je udržať momentálny stav pacienta, pohyblivosť kĺbov, svalové funkcie, svalový tonus, správne funkcie vnútorných orgánov a nervosvalovú koordináciu.

Aktívne cvičenie vykonáva pacient vlastnou silou a vôľou. Pacient dostáva úlohy od fyzioterapeuta a je schopný ich vykonať sám. Aktívne cviky môžu byť prevádzané bez náčinia a s náčiním.

Dychové cvičenia – imobility vedie k značnému zníženiu pľúcnej ventilácie. Všetky polohy v ľahu obmedzujú dýchacie pohyby časti hrudníka, na ktorých pacient leží. Dychové cvičenia majú pre imobilného dôležitý preventívny význam (Kozierová a kol., 2004).

Intervencie sestry:

- v spolupráci s fyzioterapeutom vypracovať plán cvičení,
- vysvetliť pacientovi postup cvičenia,
- podľa stavu realizovať:
 - realizovať pasívne cviky v rôznych polohách (sed, ľah, stoj),
 - naučiť pacienta izometrické a izotonické cvičenia,
 - aktívne cvičenia – pred, počas a po cvičení monitorovať vitálne funkcie a subjektívne ťažkosti a hodnotiť toleranciu záťaže,
 - cvičenia proti odporu - ukázať a vysvetliť pacientovi postup cvičenia
- nácvik sedu, stáť 3 krát denne,
- robiť kondičné cvičenie v rôznych polohách,
- dodržiavať rovnaké poradie cvikov, opakovať 3 – 5 x v trvaní 10 min., 2 x denne,
- povzbudzovať k nezávislosti pri denných aktivitách,
- vysvetliť príznaky intolerancie aktivity (únava, slabosť, bolesť na hrudníku, krátky dych, potenie, tachykardia),
- naučiť pacienta samostatne zmerať pulz,
- zabezpečiť pomoc v prípade potreby
 - pomocné zariadenia (barle, palice, vozík),
 - pomoc inej osoby (rodinný príslušník, sestra, spolupacient),
- poskytnúť dostatok času na oddych,

- sledovať, ako pacient toleruje cvičenie (vitálne funkcie, vegetatívne príznaky),
- tmiť bolesť podľa potreby a ordinácie.

Relaxácia

Relaxácia navodzuje telesné a duševné uvoľnenie. Odstraňuje zbytočné a nevhodné napätie. Relaxácia môže byť celková – používa na relaxáciu organizmu po telesnej alebo duševnej námahe, alebo miestna – kedy chorého učíme rozpoznať rozdiel medzi napätým a uvoľneným svalom (Klusoňová, Pitnerová, 2002, s. 38)

Výchova k sebestačnosti pacienta

Výchova a výcvik k sebestačnosti využíva všetky plne a čiastočne zachované funkcie na uskutočnenie sebaobslužných výkonov bežných denných činností. Stupeň sebestačnosti môže sestra zisťovať odhadom a pozorovaním pacienta pri prevádzaní činností denného života, napr. pre rýchlu klasifikáciu chorých do vyššie uvedených štyroch skupín. Na kvalitatívne vyjadrenie funkčnej závislosti môžeme použiť rôzne meracie techniky. Škály zoskupujú základné aktivity každodenného života (hygiena, obliekanie, kontinencia, pohyb, jedlo), ale aj inštrumentálne činnosti, ktoré v sebe zahŕňajú koordináciu činnosti vyššej nervovej sústavy (používanie dopravných prostriedkov, manipulácia s peniazmi, spravovanie osobných záležitostí) (Staňková, 2001, s. 35).

Záver

Každé vážne ochorenie, úraz, alebo postihnutie môže výrazne ovplyvniť funkčný stav a výkonnosť človeka a teda aj kvalitu jeho života. Závislosť na pomoci ďalšej osoby znamená značné obmedzenie v osobnom a spoločenskom živote. Rehabilitačné ošetrovanie je veľmi dôležitou súčasťou práce sestry, pretože v spolupráci s fyzioterapeutom učia pacienta zvládať činnosti, obnoviť funkciu postihnutého orgánu a tým ho pomáhať vracieť do spoločenského života.

Zoznam bibliografických odkazov

1. GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČAP, J. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin : Osveta, 2009, 242 s. ISBN 978-80-8063-308-0.
2. HROMÁDKOVÁ, J. a kol. 2002. *Fyzioterapie*. Jihlava : Ekon, 2002. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
3. HUDÁKOVÁ, Z. 2011. *Polohovanie pacientov pomocou pohybu*. Ružomberok : Verbum, 2011, 106 s. ISBN 978-80-8084-657-2.

4. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. 2005. *Rehabilitační ošetrovaní pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. vydanie. Brno : NCO NZO, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.
5. KOMAČEKOVÁ, D. a kol. 2003. *Fyzikálna terapia*. Martin : Osveta, 2003. 363 s. ISBN 80-8063-133-6.
6. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 2004. *Ošetrovateľstvo 1, 2*. 2. slov. vyd. Martin : Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
7. KRIŠKOVÁ, A. et al. 2006. *Ošetrovateľské techniky*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2006. 780 s. ISBN 80-8063-202-2.
8. STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovateľské praxi*. České ošetrovateľství 6. Praktické příručky pro sestry. IPDV Brno, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.

Kontakt:

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

PODPORA RODIN PEČUJÍCÍCH O SENIORA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Anna Krátká¹, Helena Nováková²

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetřovatelství

²Charita sv. Anežky Otrokovice

Abstrakt

Rodina tvoří intimní společenství s úzkými vzájemnými vztahy. Dobře fungující rodina poskytuje všem svým členům bezpečí a jistotu, a to i v době stáří a nemoci. Společné, vícegenerační soužití je založeno na vzájemné toleranci, trpělivosti, úctě, lásce a respektování se. Většina rodin, které se rozhodly pečovat o seniora v jeho přirozeném prostředí - tedy doma, po počátečním vysokém nasazení a představě, že vše zvládnou sami, si musí časem přiznat únavu, možná i vyčerpání. Nabízí se otázka, jak těmto pečujícím osobám, pomáháme my, profesionálové. V příspěvku předkládáme dílčí výsledky průzkumu o informovanosti rodin pečujících o seniora v domácím prostředí, a to především v možnostech využívání sociálně zdravotní péče.

Klíčová slova: Senior. Rodina. Domácí prostředí. Péče. Sociální služby. Informovanost. Pomoc.

Abstract

The family is an intimate community with close mutual relations. A well functioning family provides all its members with safety and security, even during old age and disease. Joint, multi-generational co-existence is based on mutual tolerance, patience, respect, love and respecting each other, too. Most families that have decided to care for seniors in their natural environment - at home must, after the initial deployment and a concept that they can cope with everything by themselves, eventually admit fatigue, and perhaps exhaustion. Then a question arises, how we, professionals, help these caring individuals. This paper presents partial results of a survey on the awareness of families caring for the elderly at home, particularly on the possibilities of social and health care utilization.

Key words: Senior. Family. Home environment. Care. Social services. Awareness. Help.

Úvod

Rodina je univerzální skupinou, kde probíhají významné sociálně psychologické jevy v životě jedince, umožňuje mu vytvořit důvěru v sebe, motivačně volní charakteristiky, postoj k sobě samému a pevné sociální vazby emocionálně opěťovaných vztahů (Hartl, Hartlová, 2000, s. 303). Rodina plní čtyři základní funkce: **funkci reprodukční, funkci materiální, funkci výchovnou a funkci emocionální**. Právě svou emocionální funkcí je rodina jedinečná a nezastupitelná. Kde jinde by člověk měl získat podporu, pomoc a pochopení, než právě v rodině, u svých blízkých. Dobře fungující rodina je místo, kde její členové společně sdílejí (prožívají) dobré i zlé. Radují se z úspěchů, ale také se podporují v těžkých životních obdobích nebo společně truchlí při ztrátách. Ve funkční rodině její členové „žijí spolu“, nikoliv vedle sebe, přitom není nutnou podmínkou žít ve společné domácnosti. V současné době rodiny upřednostňují oddělené bydlení, došlo k tzv. *automizaci rodiny* (každý bydlí ve svém). To ovšem v žádném případě neznamená, že by se jednotliví členové neměli rádi. Vznikla tzv. *intimita na dálku*. Rodiny chtějí žít odděleně, ale v blízkosti, aby si v případě potřeby mohli pomoci (Klevetová, Dlabalová, 2008). Jedním z období, kdy člověk je více závislý na pomoci svých nejbližších, je období nemoci a stáří. Spousta seniorů chce zůstat i v této době ve svém přirozeném prostředí a zachovat si svůj způsob života. Pro dobré soužití všech členů rodiny je nutno vztahy postavit na demokratických principech, solidaritě a lásce (rodičovské, sourozenecké, dětí a vnuků k rodičům a prarodičům), v takové rodině si děti od mládí osvojují vzorce chování a učí se úctě k seniorům. Generační soužití může dále řešit problém opuštěnosti starých lidí. Hlavním předpokladem však je zapojit seniora do běžného rodinného života.

Jsou ale situace, kdy by se rodina ráda postarala o svého rodiče, prarodiče, ale nemá k tomu vhodné podmínky nebo dostatek potřebných informací. Pak se může stát, že senior, ač milován svými blízkými, se ocitne v institucionálním zařízení. Někdy k těmto situacím dochází jen proto, že absenuje pomoc profesionálů z řad sociálních a zdravotnických pracovníků. Jedním z úkolů společnosti je podporovat takové rodiny a vytvářet podmínky, aby co největší počet seniorů mohl strávit svůj „podzim života“ v prostředí, které má rád a kde se cítí bezpečně. Svého stáří se dožívá mnohem více osob než kdykoli v minulosti a každý člověk má právo na důstojné stáří a na při měřenou péči (Hermanová et al., 2008).

Jaké je však realita? Většina rodin, které se rozhodly pečovat o seniora v jeho přirozeném prostředí - tedy doma, po počátečním přesvědčení, že vše zvládnou sami, jsou časem konfrontováni se spoustou problémů, se kterými nepočítali. Navíc si musí přiznat únavu, často i vyčerpání. V příspěvku předkládáme dílčí výsledky průzkumu o informovanosti rodin pečujících o seniora v domácím prostředí, a to především v možnostech využívání

sociálně zdravotní péče, která by mohla pečujícím výrazně pomoci v jejich ušlechtilém rozhodnutí.

Cíl práce

Cílem průzkumu bylo zjistit:

- kde získávají rodiny pečující o svého blízkého v domácím prostředí potřebné informace;
- jaký typ služeb rodiny pečující o seniora v domácím prostředí nejvíce využívají;
- zda mají respondenti povědomí o možnosti využití *Odlehčovací služby*.

Soubor, metodika

Soubor tvoří 45 respondentů, a to 39 žen a 6 mužů – osob, které pečují o své blízké v domácím prostředí. Celkem 19 respondentů (42,22 %) současně pracuje, 16 (35,56 %) je ve starobním důchodu, 8 z celkového počtu respondentů (17,78 %) je v domácnosti, jeden respondent studuje a jedna osoba je výdělečně činná (OSVČ). Ve společné domácnosti s osobou, o kterou pečují, žije celkem 27 respondentů, zbývajících 18 respondentů za svými blízkými denně dochází.

Byla použita metoda dotazníku, položky tvořily otázky otevřené, uzavřené a polouzavřené.

Výsledky a interpretace

Převážná většina respondentů, celkem 27 pečují o své rodiče nebo rodiče svého partnera, 12 o svého manžela (manželku) a zbývajících 6 respondentů o jiného příbuzného. Je potěšující, že pouze 8 respondentů uvádí, že péči o svého blízkého zajišťují sami. Ve 12 případech se podílí celá rodina, 15 respondentů udává, že rodina pomůže pouze tehdy, kdy o pomoc požádají, v 10 případech se podílejí kromě členů rodiny jiné osoby (sousedé, přátelé ...). Sociální nebo zdravotní službu využívá 28 respondentů, v 16 případech se jedná o pečovatelskou službu, ve 12 případech o terénní ošetrovatelskou službu, dále dovožku obědů a služby fyzioterapeutické.

Prvním cílem šetření bylo zjistit, kde získávají členové rodiny pečující o svého blízkého v domácím prostředí potřebné informace. Z odpovědí vyplývá, že téměř polovina respondentů - 42,43 % si informace o možných službách hledala sama, většinou na internetu. Ve 12,12 % poskytli informace přátelé nebo jiný člen rodiny. V 18,18 % informoval ošetřující lékař, v 15,15 % poskytla důležité informace sociální pracovnice. Tento stav považujeme za alarmující, protože pečujícím rodinám by se měla dostat pomoc především od profesionálů. Zcela nezastupitelný význam má při péči o seniora *Příspěvek na péči*. Příspěvek pobírá 35 respondentů, 7 si jej právě vyřizuje a 3 respondenti tuto možnost dosud nevyužili. Zajímalo nás, kde se respondenti dozvěděli o možnostech této finanční pomoci. Největší skupinu – 38,60 % tvořili respondenti,

kterým informace o *Příspěvku na péči* poskytl ošetřující lékař. Druhou nejpočetnější skupinou - 31,58 % respondentů informoval jiný člen rodiny. Sami si zjišťovali informace v 10,52 %, od přátel v 7,02 %. Nejméně početnou skupinu - 3,51 % tvořili respondenti, kteří si informace získali naprosto náhodně, a to od personálu *Odlehčovací služby*, kterou pro svého blízkého využili. Překvapující bylo zjištění, že pouze 1,75 % respondentům poskytl informace sociální pracovník. Z výsledků našeho šetření se opět ukazuje nedostatečná komunikace sociálního pracovníka s pečujícími rodinami. Podobné výsledky se objevují také v poradenství k možnosti využívání kompenzačních pomůcek v domácnosti, kdy 34,21 % respondentů uvedlo, že informace jim poskytl ošetřující lékař, v 28,95 % si respondenti informace museli vyhledat sami. Odborný lékař doporučil kompenzační pomůcku v 15,79 % a ve 13,16 % poradil známý. Poslední skupinu tvořili respondenti, kterým poskytla informace sociální pracovnice 7,89 %. Z průzkumu opakovaně vyplynulo, že informovanost rodin pečujících v domácím prostředí o seniora je stále nedostačující a rodiny si často musí složitě získávat potřebné informace, které jim mnohdy ubírají síly a potřebnou energii, kterou by mohli věnovat svému nejbližšímu.

Druhým cílem bylo zjistit, jaký typ služeb rodiny pečující o seniora v domácím prostředí nejvíce využívají. Nejvíce využívanou službou byla pečovatelská služba - 41,03 %, druhou v pořadí byla terénní ošetrovatelská služba – 30,77 %. U této položky měli respondenti možnost uvést více odpovědí, nejčastěji se vyskytlo současné využívání pečovatelské služby a dovážky obědů.

Posledním cílem bylo zjistit, zda mají respondenti povědomí o možnosti využití *Odlehčovací služby (OS)*. Z celkového počtu 45 respondentů uvedlo 51,12 % dotazovaných, že o OS ještě neslyšeli. Ve 22,22 % respondenti o OS slyšeli, ale nevěděli o jaký typ služby se přesně jedná. Pouze 13,33 % respondentů se o možnost využití OS již zajímali a stejná skupina (13,33 %) již pro svého blízkého tuto službu využili. Služba, která může být velkou pomocí pro pečující o blízkého se ukázala jako málo využívaná, a to především proto, že pro mnohé pečující je neznámá.

Poslední dotazníkové položky byly zaměřeny na pocity a názory pečujících. Více jak 2/3 respondentů uvedla, že péče o blízkou osobu je pro ně náročná a cítí se být unaveni, což je pochopitelné. Za nejnáročnější respondenti uváděli nutnost nepřetržitě péče 24 hodin, noční vstávání několikrát v noci, zajišťování hygieny a udržování nemocného v pohodě, hlavně po psychické stránce. Na dotaz, kde respondenti získávají potřebnou energii byly odpovědi různorodé, ale nejvíce respondentů – 33,33 % získává potřebnou energii ve své rodině, u dětí a vnoučat. Druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti, kteří získávají potřebnou energii v duchovním životě – 20,37 %. Třetí a čtvrtá skupina byla početně stejná – 9,26 %. Tito respondenti načerpají nejvíce sil mezi svými přáteli či procházkou v přírodě.

Potvrdila se skutečnost, že péče o blízkou osobu zasahuje do chodu a vztahů celé rodiny, i když její členové nebydlí ve společné domácnosti s osobou, o kterou pečují. Respondenti velmi často zdůraznili nutnost přizpůsobení svého života ošetřované osobě, potřeba zapojení širší rodiny do poskytované péče a častý vliv péče na vztahy v manželství pečovatelů.

Respondenti uvádějí, že je pro ně obohacující setkávání s jinými osobami poskytujícími péči blízkému. Pečující získávají nové rady, zkušenosti a podporu, mají pocit prospěšnosti, když mohou předat naopak své zkušenosti. Velmi pozitivní je zjištění, že přes veškeré těžkosti a úskalí 80,00 % respondentů uvádí, že neuvažovali o možnosti umístění blízké osoby do pobytového zařízení pro seniory. O této možnosti uvažovalo 5 respondentů, ale nakonec plán nebyl realizován. Důvodem bylo sdělení, že *chtějí ponechat osobu blízkou v domácím prostředí a postarat se o ni až do konce života*.

Poslední dotazíkovou položkou byla otázka: **Co byste poradili lidem, kteří začínají pečovat o blízkou osobu v domácím prostředí?** Nejčastěji respondenti odpovídali, že je důležité mít pevné nervy, trpělivost a velkou lásku, nebát se požádat o pomoc ostatní členy rodiny a dokázat využít rozmanitých služeb. Některé odpovědi byly natolik inspirující, že si je dovolíme citovat:

„Mít velkou lásku. Dostatečně komunikovat s osobou o kterou pečujete a ostatními příbuznými“.

„Svou péčí vracíme blízkému to, co on pro nás udělal. Vše je o tom chtít pomáhat a nečekat za pomoc finanční odměnu, protože ta nebude nikdy dostačující“.

„Pevné nervy, stálý úsměv, podporu rodiny a umění naslouchat“.

„Trpělivost a vědomí skutečnosti, že ten, o koho pečujete nyní, se o vás od malička staral a možná na stará kolena budete stejnou péčí potřebovat i vy“.

„Udržovat si rodinnou soudržnost a zorganizovat si péči tak, aby zbylo trochu času na sebe sama. A především včasné pořízení kompenzačních pomůcek, které velmi usnadní péči o nemocného“.

„Dobře vše zvažte a veškerá rozhodnutí řešte s partnerem“.

„Udržujte seniora co nejdéle aktivního včetně jeho koníčků. Pomůže vám to při vaší péči“.

„Dobře zvážit, jestli zvládnou takové omezení a zapojit do péče více lidí, popř. některou službu, aby nemocný nebyl závislý pouze na jednom člověku“.

„Je prima Edukační schůzka s příbuznými na LDN v KNTB Zlín. Také poradí v ŠANCI či na sociálním odboru, ale ten první náraz, kdy někdo potřebuje hned vaši pomoc a teď nevíš, co dřív, tak to je velmi náročné. Naši lékařku to moc nezajímá. Napíše nám vše, co si domluvíme – číslo plen, podložek, pomůcek, ale NIKDY se nezeptá, jak to zvládáme“.

„Rozhodně bych se ještě lépe chovala, kdybych nechodila do práce. Připravte se na velké sebeodříkání“.

Doporučení pro praxi

Jsme si vědomy toho, že výsledky průzkumu nelze zevšeobecnit, ale přesto doporučujeme:

- zlepšit informovanost rodin pečujících o seniora v domácím prostředí - zdarma pořádat pravidelná setkání sociálních pracovníků s pečujícími v jednotlivých regionech, předávat ucelené informace o změnách a novinkách v sociální oblasti;
- posílit komunikační schopnosti a dovednosti sociálních pracovníků v předávání potřebných informací – pořádat workshopy, semináře, kde by si sociální pracovníci prakticky procvičili komunikaci s klienty a pečujícími osobami;
- zefektivnit spolupráci sociálních pracovníků s praktickými lékaři a sestrami, kteří velmi často jako první řeší problémy, které vznikají pečujícím osobám.

Závěr

Podle Jeřábka (2005), je péče o starého člověka v rodině prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne. Již samotný záměr, pečovat o svého blízkého v domácích podmínkách je velmi ušlechtilý a svědčí o vysokých morálních hodnotách členů rodiny. Za tuto službu je pečujícím osobám odměnou spokojený tatínek, maminka a vědomí, že pro něj udělali vše, co mohli a alespoň částečně jim vrátili jejich lásku a péči, kterou do nich vložili. Navíc je naděje, že dávají dobrý příklad svým dětem.

Rodina má velký význam pro vývoj a stálou obnovu života. Dává pocit jistoty. Onemocnění některého člena zasahuje a ovlivňuje celou rodinu. V praxi se často setkáváme z rozpadem rodin právě v situaci, kdy se objeví nějaký problém, zejména u mladších věkových skupin rodičů (Kadučáková, 2001 s.158).

Domníváme se, že morální povinností každé vyspělé společnosti je podporovat myšlenku účasti rodiny při péči o seniora v jeho domácím prostředí, a to vytvářením vhodných podmínek pro pečující osoby.

Seznam bibliografických odkazů

1. HARTLOVÁ, H., HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
2. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie : České ošetřovatelství, praktická příručka pro sestry*. Brno : NCO NZO, 2006. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
3. HERMANOVÁ, M., PROKOP, J., HERMAN, J. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 111 s. ISBN 978-80-7013-475-7.

4. JEŘÁBEK, Hynek, et al. *Rodinná péče o staré lidi* [online]. Praha : UK FSV CESES, 2005 [cit. 2011-05-22]. Dostupné z WWW: <http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf>. ISBN 1801-1519.
5. KADUČÁKOVÁ, H. Zdroje odolnosti v rodině při starostlivosti o chronicky choré dítě. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Zborník 8. medzinárodná vedecká konferencia, Martin 2011. Martin: Jesseniova lekárska fakulta, 2011. s. 152-159. ISBN 978-80-89544-00-4.
6. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha 7 : Grada Publishing, a.s., 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
7. NOVÁKOVÁ, H. *Informovanost rodin pečujících o seniora v domácím prostředí o možnostech využívání sociálně zdravotních služeb*. Bakalářské práce. Zlín : UTB, 2011.

Kontakt:

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
Fakulta humanitních studií
IZS Ústav ošetrovateľství
Univerzita Tomáše Bati Zlín
nám. T. G. Masaryka 5555
Zlín 760 01
Czech Republic
E-mail: kratka@fhs.utb.cz

RODINA AKO PARTNER V STAROSTLIVOSTI O DLHODOBO CHORÝCH

Helena Kuberová

Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

V súčasných spoločensko – politických podmienkach má veľký význam domáca ošetrovateľská starostlivosť v rodine, lebo je efektívna a pre spoločnosť aj ekonomicky výhodnejšia.

Rodinu, ktorá sa stará o svojho seniora, alebo dlhodobo chorú osobu je možné považovať za sociálne znevýhodnenú. Každý sociálne znevýhodnenej rodine, ktorá sa ocitne v ťažkostiach je potrebné venovať urgentnú profesionálnu tímovú starostlivosť. Pre zvýšenie kvality života seniorov a dlhodobo chorých v domácej starostlivosti je potrebné podporiť tímovú spoluprácu odborníkov z viacerých vedných oblastí. V tímovej spolupráci okrem sestier, lekárov a ďalších odborníkov môže zohrať významnú rolu aj pomoc liečebných pedagógov, ktorí sa venujú klientom aj prostredníctvom podporných skupín. V podporných skupinách sa dosiahne nielen spolupatričnosť jednotlivých členov rodín, ale sa im ukážu aj ďalšie možnosti a spôsoby spolupráce v starostlivosti o seniorov, či dlhodobo choré osoby.

Kľúčové slová: Domáca ošetrovateľská starostlivosť. Sociálne znevýhodnená rodina podporné skupiny.

Abstract

In the current socio - political conditions is of great importance in nursing care home in the family, because it is effective for the company and also economically advantageous. Family that cares for its elderly or long-term sick person can be considered socially disadvantaged. Each socially disadvantaged families who find themselves in difficulty should be given urgent professional care team. To increase the quality of life for seniors and long-term patients in home care is necessary to promote teamwork experts from various fields of science. In addition to teamwork of nurses, doctors and other professionals can play an important role and help medical educators who deal with customers through support groups. The support groups will be achieved not only togetherness of family members, but to show them other options and ways of cooperation in the care of elderly, sick or long term.

Key words: Home nursing care. Family support socially disadvantaged groups.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť

„Náš domov je odrazom nášho vlastného ja, predstav a prianí spojených so špecifickými potrebami“ (Farkašová a kol., 2005, s.182).

Na vznik a ďalší priebeh ochorenia má okrem fyzického i psychického zdravia aj prostredie v ktorom sa daný jedinec nachádza, v ktorom žije. Predovšetkým je to jeho rodina a podmienky tvorené jej jednotlivými členmi. V dobrých rodinách sú vytvorené vhodné podmienky pre vysokú mieru kvality života každého jej člena. Kvalita života všetkých členov rodiny sa dosahuje uspokojovaním potrieb z bio – psycho - sociálneho aj spirituálneho hľadiska.

Vzájomná pomoc, podpora a obetavá láska jednotlivých členov rodiny pri napínaní svojich povinností vyplývajúcich z prežívaných rolí syna, dcéry, matky, vnučky, atď., robí život v rodine zmysluplným aj naplneným v duchu dodržiavania Desatora Božích prikázaní, hlavne 4. prikázania. Deti, ktoré si ctia svojich rodičov, starajú sa o nich v ich starobe, chorobe, bezvládnosti sú tým najlepším vzorom pre svoje deti, ktoré sa takým praktickým spôsobom učia ako dodržiavať morálne zásady života.

V prípade ohrozenia chorobou, alebo v starobe sa znižuje obranný systém človeka. Tento stav sa výrazne môže zhoršiť v zlých biologických, či sociálnych podmienkach, ale rovnako sa zhorší aj z dôvodu nevhodných psychosociálnych vzťahov medzi členmi rodiny, z dôvodu osamelosti a opustenosti, kedy dochádza u chorého, či starého človeka k výrazným prejavom beznádeje a zúfalstva. V týchto chvíľach človek inštinktívne vyhľadáva prostredie bezpečia, nádeje, útechy a pohody. Pre chorých a seniorov je dôležité, aby takýmto prostredím bol predovšetkým ich domov. Bežný pracovný deň prináša mnoho stresových situácií, o to viac je potrebné zosúladiť a zharmonizovať náš život, hlavne vtedy, keď dochádza k narušeniu nášho zdravia.

„Čím viac je narušený náš fyzický stav, tým viac je nutné ovplyvňovať a starať sa o náš duševný stav, ktorý je spojený so stavom nášho sociálneho prostredia“ (Musilová, M., 1993).

Cudzie prostredie človeka mení a často aj výrazne poznačí. Anonymné prostredie, ako sú napr. nemocnice a liečebne je často doplnené sterilitou prostredia i vzťahov. Z ľudí sa stávajú čísla či diagnózy. Chorý človek netrpezlivo vyčkáva veci budúce, kedy toto prostredie bude môcť opustiť. Inštinktívne cíti, že doma to bude určite lepšie. Každý kontakt s domovom, či už je to návšteva príbuzných chorého posilní a aspoň na chvíľu mu dáva zabudnúť na problémy. Rozvoj medicíny a ošetrovateľstva dovoľuje poskytovať vysoký štandard odbornej špecializovanej komplexnej starostlivosti v našom vlastnom domácom prostredí.

„Odborníci z radov lekárov a sestier, ktorí pôsobia v primárnej sfére sú už dnes vyškolení pre poskytovanie domácej starostlivosti, a sú na to vybavení spoľahlivými technickými prístrojmi, ktoré umožňujú pobyt v domácom prostredí aj u tých klientov, ktorí boli v minulosti odkázaní na dlhodobý pobyt v nemocniciach a liečebniach“ (<http://www.aposs.zzz.sk/clanok=4>).

Vlastné skúsenosti i vedecké výskumy odborníkov opakovane dokazujú, že liečenie v domácom prostredí je pre klienta nielen príjemnejšie, ale aj preukázateľne účinnejšie. Porovnaním poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti je dokázané, (hoci aj rovnakého štandardu starostlivosti v nemocniciach a v domácnostiach), že pre chorých a starých klientov je vyhovujúcejšia domáca starostlivosť. V domácom prostredí klienti nepodliehajú tak rýchlo pasivite, stresovým situáciám a beznádeji. Domáca starostlivosť je poskytovaná vždy podľa rozhodnutia ošetrojúceho lekára. Môže to byť praktický lekár pre deti a dorast, praktický lekár pre dospelých, lekár špecialista (diabetológ, kardiológ, urológ, nefrológ, alergológ, neurológ, geriatier, gynekológ, psychiater, pri menej závažných chirurgických zákrokoch aj chirurg a mnohí ďalší. Z toho vyplýva, že: „domáca starostlivosť je určená všetkým klientom bez obmedzenia veku diagnostických skupín i druhu ochorenia. Je poskytovaná odbornými tímami deťom, ľuďom v produktívnom veku, seniorom i ľuďom umierajúcim“ (Hanzlíková, A., 2004, s.15).

Ošetrojúci lekár musí vždy veľmi zodpovedne posúdiť zdravotný stav klienta tak, aby rozhodnutie o poskytovaní domácej starostlivosti bolo pre stav klienta skutočným prínosom. Pri rozhodovaní má zásadný vplyv odbornosť a skúsenosť lekára a schopnosť chápať človeka v súlade s jeho vlastným sociálnym prostredím. Ordinácia domácej starostlivosti nie je možná u klientov, ktorí sú v akútnej fáze závažného ochorenia, či bezprostredne po operačnom zákroku. Ošetrojúci lekár zvažuje vždy aktuálne, či ďalšiu starostlivosť je možné poskytovať v domácom prostredí s ohľadom na celkový zdravotný a sociálny stav klienta. Lekár v takom prípade berie do úvahy všetky možnosti rodiny aj ďalšie možnosti tímovej spolupráce odborníkov, ktorí budú pôsobiť v domácej starostlivosti, ktorí musia byť vysoko kvalifikovaní.

Tímová spolupráca v domácej starostlivosti

Komplexná domáca starostlivosť je poskytovaná tímom odborníkov, ako sú lekári, sestry, sociálni pracovníci, liečební pedagógovia, psychológovia, RHB pracovníci ale i duchovní, rodinní príslušníci, priatelia, susedia, či pacient sám. Každý je v tomto tíme jedinečný a nenahraditeľný.

Kvalifikovaná časť tímu pôsobiaca v domácej starostlivosti je väčšinou organizovaná v agentúre DOS. „Agentúry DOS sú zriaďované lekármi, či sestrami, ktorí spĺňajú podmienky zákona č. 578 / 2004 Z. z. MZ SR (<http://www.sksapa.sk/Zákony/pravne-predpisy.html>).

Po pridelení klienta sestra preštuduje dostupné informácie a spoločne s ošetroujúcim lekárom vypracuje krátkodobý a dlhodobý plán ošetrovateľskej starostlivosti. Ten je v priebehu liečby aktuálne prispôsobovaný stavu klienta tak, aby liečba bola čo najefektívnejšia. *„Okrem toho sa spolupodieľa na aktivitách smerujúcich k prinavráteniu zdravia, pomoci ľuďom zlepšovať zdravie po prekonaní zdravotných problémov (Hanzlíková, A., 2002,s.98).*

Neoddeliteľnou súčasťou tímu pôsobiaceho v domácej starostlivosti je klient a jeho rodinní príslušníci, známi, susedia a dobrovoľníci. Sestra zväži stupeň mobility klienta a závislosť od pomoci druhej osoby. U klientov dlhodobo, alebo chronicky chorých sestry a fyzioterapeuti edukujú rodinných príslušníkov o postupoch domácej ošetrovateľskej starostlivosti a sebaopatery. Sestra následne edukuje rodinných príslušníkov o úprave domáceho prostredia vzhľadom na druh a stupeň ochorenia osoby závislej na starostlivosti. Samotného klienta edukuje o nových ošetrovateľských postupoch a možnostiach, aby dosiahla u neho čo najvyššiu možnú mieru nezávislosti na inom človeku. Pocit absolútnej závislosti znižuje u človeka sebavedomie, preto je nutné v medziach možností posilňovať, podporovať a rozvíjať nácvik sebaobslužných výkonov klienta. V nezávislosti pomáhajú aj mnohé technické a kompenzačné pomôcky. Poradenskou činnosťou v spolupráci so sociálnymi pracovníkmi sa môže výrazne ovplyvniť závislosť, resp. nezávislosť klientov.

Rodinní príslušníci v poskytovaní domácej starostlivosti pomáhajú klientovi prekonať hlavne stud, ostýchavosť pri vykonávaní intímnych ošetrovateľských postupov. *„Edukácia rodinných príslušníkov v jednoduchých ošetrovateľských postupoch je prínosom nielen pre klienta, ale hlavne pre rodinných príslušníkov, ktorí pri vykonávaní ošetrovateľských postupov získavajú prehľad o vývoji ochorenia a istoty vlastnej role a možného ovplyvnenia ďalšieho stavu klienta“([http://www.zdrav.cz /modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1666&mode=thread&order=0](http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1666&mode=thread&order=0)).*

Sociálny pracovník, ktorý je súčasťou ADOS stanoví sociálnu diagnózu u klientov, ktorým bude okrem zdravotnej starostlivosti poskytovaná aj sociálna starostivosť a sociálna pomoc (starostivosť o hygienu, stravu, opatrovateľská služba atď.). Každý klient má právo aby mu bola poskytovaná kvalitná sociálna starostivosť a pomoc, ako štátnymi tak i neštátnymi subjektmi.

„Komplexná domáca starostivosť teda nie je len formou zdravotnej či sociálnej starostlivosti, ktorá je pasívne prijímaná klientom a jeho blízkymi, ale formou aktívnej starostlivosti a pomoci - v rozsahu prevencie, monitoringu, diagnostiky a liečby, na ktorej sa podieľa rovnako klient ako poskytovatelia (Hanzlíková, A.,2002,s.90).

Sestry zamestnané v domácej starostlivosti sú väčšinou sestry s dlhodobou praxou a rozsiahlymi skúsenosťami. Zodpovednosť, ktorá je spojená s poskytovaním domácej

starostlivosti je tak vysoká, že kritéria ktoré sú kladené na výber sestier sú maximálne. „Sestry si musia priebežne dopĺňať vzdelanie v nových ošetrovateľských postupoch a technikách. Každá sestra pracujúca v ADOS musí mať špecializáciu v odbore Komunitné ošetrovateľstvo a minimálne bakalárske vzdelanie (Vyhláška MZ SR 366/2005 Z. z., <http://www.sksapa.sk/Zákony/pravne-predpisy.html>).

Fyzioterapeuti prispievajú v ADOS veľkou mierou k začleneniu klienta do spoločnosti. Rehabilitácia vo vlastnom domácom prostredí klienta je účinnejšia racionálnejšia a cielená. Rehabilitační pracovníci usilovne, kvalifikovane a optimálne prispôsobujú svoje odborné výkony a techniky tomu prostrediu v ktorom klient žije a bude ďalej žiť, ich rehabilitácii, resocializácii a integrácii.

Liečební pedagógovia sú ďalšími členmi tímu, ktorí môžu výrazne zlepšiť kvalitu života rodiny, ktorá sa stará o seniora, alebo o ťažko chorého člena rodiny. Prakticky v každej oblasti našej krajiny, rovnako v mestách i na dedinách sú rodiny v hmotnej núdzi. Nízke platy, nevhodné bytové podmienky, predražené služby (nájomné, energie a pod.), zadlženosť, exekúcie, majú charakter reálnej chudoby a často vedú k bezdomovectvu a iným následkom vysokej zaťažnosti ekonomiky štátu. Pod pojmom *výchova v rodine* by to mala byť: „...*cieľavedomá, systematická starostlivosť o zdravý telesný, duševný a duchovný rozvoj detí, ale aj: cieľavedomá, systematická starostlivosť o zdravý telesný, duševný a duchovný život seniorov v rodine*“. Najkrajšie je to vyjadrené v rozprávke „O troch grošoch“, kde pracujúci človek, ktorý zarobí len tri groše a musí mu to k životu stačiť, jeden groš požičiava dieťaťu, jeden vracia otcovi a z tretieho žije sám. Liečební pedagógovia majú možnosť pomôcť týmto rodinám prostredníctvom podporných programov rodiny. Sprevádzanie rodín, programy na podporu rodiny a podporné skupiny sú jednou z dôležitých ciest, ako eliminovať dôsledky týchto nepriaznivých situácií. V prípade keď sa spojí úsilie odborníkov v tímovej spolupráci, vtedy nemusia mať náročné životné situácie trvalý charakter. V spolupráci s liečebnými pedagógmi môžu zdravotníci posilniť osobné kompetencie a zručnosti, potrebné na posilnenie rodiny v svojom životnom cykle. Zároveň pri práci s rodinou, ktorá sa ocitla „v zlých časoch“, pri vypracovaní programu na ich sprevádzanie vychádzame z možností, že aj táto rodina má svoje prirodzené zdroje, kde každý člen má nielen svoje práva, ale aj povinnosti.

Podporné skupiny v starostlivosti o dlhodobo chorých

Tieto skupiny vzájomnej pomoci a svojpomoci pomáhajú posilniť dôveru v to, že tým čím rodina momentálne v živote prechádza, nie je ojedinelé. Podporné skupiny sú tým miestom stretnutia, kde môžu byť prezentované osobné skúsenosti, informácie, kde jednotliví členovia vzájomne zdieľajú, posilňujú a tým spoločne zvládajú náročné životné situácie.

V podporných skupinách sa tak dostáva pomoci rovnako dlhodobo chorým ako aj ich rodinným príslušníkom, ktorí sa o nich starajú. Jednotliví členovia skupiny spoločne riešia svoje osobné problémy, tiež problémy s ošetrovaním, opatrovaním (skupiny stomikov a pod.), sebestačnosťou chorého. Liečebný pedagóg sa časom stane výrazne podpornou osobou pre rodinu a vytvorí sa priestor pre ďalšiu podporu a pomoc pri hľadaní práce a uplatnení, pri problémoch s deťmi a ich zabezpečením, atď. Praktické uplatnenie liečebného pedagóga v tomto tíme je aj v rodinnej starostlivosti a asistencii v rodine, poradenstve pre rodinu, rodinnej terapii, rodinnej mediácii, tiež v intervenčných a podporných programoch pre rodinu. V súčasných spoločenských podmienkach je možné považovať za sociálne znevýhodnenú rodinu aj rodinu, ktorá sa stará o seniora, alebo dlhodobo chorú osobu. Každé sociálne znevýhodnenej rodine, ktorá sa ocitne v ťažkostiach je potrebné venovať urgentnú profesionálnu tímovú starostlivosť.

Cez proces postupného rozvoja pomoci a dôvery dochádza k pomalej zmene sebavedomia, sebaúcty a vzťahov v rodine. Čím viac dôvery si prejavujú členovia skupiny, tým otvorenejšie môžu hovoriť o svojich dobrých aj zlých skúsenostiach. Vo vzájomnej sociálnej interakcii sa tak vzájomne podporujú a pomáhajú si. Skupiny vzájomnej pomoci učia o tom, ako sa s podobnou situáciou vyrovnávajú iné rodiny, pomáhajú porozumieť, prečo senior, chronicky chorý člen rodiny, o ktorého sa starajú má svoje problémy. Členovia skupín sa podelia skúsenosti s inými ľuďmi v podobnej situácii, môžu získať priateľov, ktorých môžu kontaktovať alebo požiadať o pomoc. Napokon je dokázané, že celá rodina má z tohto procesu výhody, opatrovatelia sa cítia viac kompetentní v riešení problémov, lebo podporná skupina je určitým „ochranným faktorom“, čo v konečnom dôsledku posilňuje sociálne kompetencie všetkých. Liečebný pedagóg v praktickej činnosti s rodinou zostaví anamnézu rodiny, získa orientáciu v situácii klienta, aktualizuje korekčné opatrenia a sleduje ich účinnosť. Pokiaľ stanoví správne rodinnú diagnózu, potvrdí druh a stupeň napätia vo fungovaní rodiny, stanoví podľa priorít intervencie pre riešenie problémov a konfliktov, je reálna šanca aby sa rodine pomohla dosiahnuť vyššiu kvalitu života a odstránili sa závažné problémy a konflikty v chode a fungovaní rodiny, ktorá sa stará o seniora.

Domácu ošetrovateľskú starostlivosť je možné doplniť v prípade potreby aj formou starostlivosti v hospici, v ktorom starostlivosť tvorí súhrn lekárskejších, ošetrovateľských a rehabilitačno – ošetrovateľských činností, ktoré sú poskytované terminálne a preterminálne chorým, u ktorých boli vyčerpané možnosti kauzálnej liečby. U týchto chorých pokračuje liečba symptomatická, s cieľom minimalizovať bolesť, zmierniť všetky problémy vyplývajúce zo základnej diagnózy a jej komplikácií. Bezpodmienečne sa u každého chorého zohľadňujú bio – psycho – sociálne a spirituálne potreby.

Pokiaľ sa rodina dlhodobo stará o svojich blízkych – rodičov, či inak dlhodobo chorého príbuzného, je potrebné aby spoločnosť vytvorila vhodné ekonomické podmienky pre zabezpečenie týchto opatrovateľov, lebo tí touto starostlivosťou výrazne odbremeňujú štátny rozpočet v sociálnej oblasti. Opatrovanie v rodine je riadnym zamestnaním, preto by to malo byť v spoločnosti aj riadne legislatívne zabezpečené. Aby sa predišlo vyčerpaniu opatrovateľov v rodine, je potrebné aby mali takíto opatrovatelia v rodine nárok na dovolenku, či odpočinok, lebo chorí často potrebujú až 24 hodinovú starostlivosť. V takýchto prípadoch je potrebné aby tu ostala možnosť umiestniť seniora, či dlhodobo chorého na prechodný čas do príslušného zariadenia (hospic, doliečovacie oddelenie a pod.) .

Humánne aspekty tejto formy starostlivosti nie je nutné zdôrazňovať. Práve domáce prostredie a prítomnosť blízkych vytvára optimálne prostredie na dôstojný odchod zo života.

Zoznam bibliografických odkazov

1. FARKAŠOVÁ, D. a kol.: Ošetrovateľstvo teória, Osveta: Martin, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0
2. MUSILOVÁ M. a kol.: Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva, Osveta: Martin, 1993. 226 s. ISBN 80-217-0573-6
3. HANZLÍKOVÁ A. a kol.: Komunitné ošetrovateľstvo, Osveta: Martin, 2004. 279 s. ISBN 80-8063-155-7
4. <http://www.sksapa.sk/Zákony/pravne-predpisy.html>
5. <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1666&mode=thread&order=0>.
6. <http://www.aposs.zzz.sk/clanok=4>

Kontakt:

doc. PhDr. Helena Kuberová, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

E-mail: helena.kuberova@ku.sk

EMOCIONÁLNA ZÁŤAŽ RODINY V STAROSTLIVOSTI O ČLENA RODINY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Jana Virgulová

SZU Bratislava FZ so sídlom v Banskej Bystrici

Abstrakt

Starostlivosť o člena rodiny s Alzheimerovou chorobou je náročná, vyčerpávajúca po stránke fyzickej predovšetkým však po stránke emocionálnej. Ochoreniu čelí nielen samotný pacient, ale aj celá rodina. Na jej jednotlivých členov sa kladú nové nároky v spojitosti s budúcnosťou, s tým ako sa s ochorením vyrovnáť a primerane sa vysporiadať s problémami pacienta i svojimi vlastnými. Rodina si musí stanoviť hranice svojich možností v starostlivosti o člena rodiny s Alzheimerovou chorobou, podeliť si úlohy medzi sebou, prípadne priateľov rodiny, nebáť sa osloviť ľudí s podobným problémom, alebo ľudí zo svojpomocných skupín či profesionálov.

Kľúčové slová: Rodina. Alzheimerova choroba. Domáce prostredie. Pomoc.

Abstract

Caring for a family member with Alzheimer's disease is difficult, exhausting the physical site but especially the emotional aspect. Disease patients face not only itself but also the entire family. To its individual members to make new demands in connection with the future, with how to cope with disease and appropriately deal with patients' problems and their own. Families must provide their limits in the care of a family member with Alzheimer's disease, share the tasks among themselves, friends or family, not afraid to reach out to people with similar problems, or self-help groups of people or professionals.

Key words: Family. Alzheimer's disease. Home environment. Help.

ÚVOD

Starostlivosť o člena rodiny s Alzheimerovou chorobou je náročná, vyčerpávajúca po stránke fyzickej predovšetkým však po stránke emocionálnej. Ochoreniu čelí nielen samotný pacient, ale aj celá rodina. Na jej jednotlivých členov sa kladú nové nároky v spojitosti s budúcnosťou, s tým ako sa s ochorením vyrovnáť a primerane sa vysporiadať

s problémami pacienta i svojimi vlastnými. Rodina si musí stanoviť hranice svojich možností v starostlivosti o člena rodiny s Alzheimerovou chorobou, podeliť si úlohy medzi sebou, prípadne priateľov rodiny, nebáť sa osloviť ľudí s podobným problémom, alebo ľudí zo svojpomocných skupín či profesionálov. Keďže samotný pacient si svoje problémy často vôbec neuvedomuje, alebo si ich nechce pripustiť, dôležitú úlohu pri zachytení prvých signálov ochorenia majú najmä príbuzní, partneri, priatelia či známi. Práve blízki pacienta majú vďaka každodennému kontaktu možnosť všimnúť si, či sa v jeho správaní niečo zmenilo a v prípade podozrenia na prítomnosť Alzheimerovej choroby prekonzultovať ďalšie kroky s jeho praktickým lekárom.

VÝCHODISKÁ RIEŠENEJ PROBLEMATIKY



Demencia zahŕňa skupinu ochorení, pri ktorých nastáva v dôsledku chorobného procesu mozgu k úbytku kognitívnych funkcií, čo výrazne ovplyvňuje správanie postihnutého jedinca. Syndróm sa vyskytuje aj pri Alzheimerovej chorobe, ktorá primárne postihuje mozog a samotná demencia sa môže spájať preto s mnohými predsudkami (Slezáková, 2006, s.74). Príznaky demencie sa často krát nesprávne vysvetlia ako znaky staroby, pričom sa v skutočnosti jedná o devastujúce ochorenie so zákerným počiatkom a neúprosným postupom. Vytvára sužujúce zmeny pamäte, myslenia, vnímania a správania. Tieto zmeny stále viac dopadajú na život seniora, znižujúc jeho funkčnú nezávislosť až po úplnú závislosť od okolia, vrátane jeho vlastnej rodiny. Samotná staroba je pritom prirodzený proces, ktorý završuje biologický vývoj človeka. Kvalita života u starých ľudí sa dostáva do popredia hodnotového systému, hoci môže znamenať pre rôzne osoby rozličné hodnoty. Zdravé starnutie môžeme pokladať za komplexný proces, pozostávajúci z viacerých dôležitých komponentov ku ktorým radíme genetické faktory, vplyvy vonkajšieho prostredia, životný štýl, dobrá schopnosť adaptácie na zmenené podmienky, správna výživa a telesná aktivita. Dnes, keď vo svete prevládajú anonymné vzťahy a inštrumentálne väzby nad expresívnymi, potrebuje človek väčšmi ako inokedy vedieť a cítiť, že je potrebný, že je pre niekoho nepostrádateľný a že je niekým milovaný, že pre niekoho žije a hlavne, že nežije sám. Tieto potreby naplňuje predovšetkým rodina (Jankovychová, Belovičová, 2009, s. 90 -92). Každá rodina je sociálny

system, ktorý má svoje kultúrne hodnoty, špecifickú funkciu, štruktúru a prechádza cez rôzne vývojové štádiá (Hanzlíková et al, 2004, s.173). Rodinný život má pre starého človeka veľký význam a spravidla očakáva od rodiny určitú pomoc. Optimálnym riešením sa ukazuje „intimita na diaľku“, t.j. zachovanie úzkych citových väzieb pri oddelenom bývaní v nevelkej vzdialenosti, ktorá by umožňovala vzájomné návštevy a poskytovanie pomoci (Poledníková et al, 2006, s.23). Keďže život človeka nepozostáva iba z úspechov a radosti, ale je viac alebo menej premiešaný strádaním, rodina predstavuje inštanciu všestrannej prvej pomoci pre jej členov bez časového obmedzenia. Nejde tu len o opateru nemohúcich novorodencov a batoliat. Ide aj o liek podaný s pohárom vody v chorobe, alebo fyzickú oporu starým alebo postihnutým. Normálne fungujúca rodina nie je spoločenstvom, kde by sa nevyskytli napätia, nedorozumenia, konflikty a všeličo z toho plynúce. Na rozdiel od všetkých iných spoločenstiev, rodina je skupina, kde každý jej člen je akceptovaný (napriek negatívnym prejavom), je aj tolerovaný (napriek rôznym extravaganciám), je aj viac alebo menej milovaný (napriek odlišným až nepriateľským postojom i počínom). Rodina je mikrosvet každodenne preukazovanej lásky vyžadujúcej obeť a odpúšťanie (Kováč, 2007, s. 432-433). Ak sa chce rodina správne starať o seniora musí to predovšetkým chcieť, vedieť a môcť. V prípade Alzheimerovej choroby sú spomenuté aspekty oveľa závažnejšie a dynamickejšie. Žiaľ, starostlivosť v súčasnosti predstavuje pre rodinu rôzne komplikácie tak zo stránky osobnej, fyzickej, pracovnej a v nepodstatnej miere aj sociálno – ekonomickej. Hoci členovia rodiny uznávajú svoju povinnosť voči rodičom pod vplyvom rozličných okolností si mnohí vyberajú ľahší variant, ktorým je umiestnenie rodičov do sociálnych alebo zdravotných inštitúcií. Pobyt v inštitúcii je pre človeka s Alzheimerovou chorobou veľa ráz jediným reálnym a morálnym riešením (Poledníková et al, 2006, s.23). Najlepšie je, keď si starostlivosť o človeka s Alzheimerovou chorobou podelia viacerí členovia rodiny, poprípade priatelia. Chce to spravodlivé rozdelenie zodpovednosti, s ktorým musia všetci súhlasiť. Vhodnou alternatívou je tiež pomoc profesionálnych opatrovateľov v domácnosti a tiež pobyt chorého strávený v dennom stacionári alebo v sanatóriu. Rodina, ktorá čelí Alzheimerovej chorobe má pocit, že stratila v svojom blízkom členovi priateľa, spoločníka či rodiča a často žiali za tým, akým človekom predtým chorý bol. Zisťuje zmeny v jeho správaní, reakcie chorého sú čudné a iné. Je potrebné, aby rodina nadobudla dostatok vedomostí v tejto problematike, aby dokázala svojím prístupom čo najviac predĺžiť fázu, keď alzheimerik je ešte mobilný a funguje mu aspoň dlhodobá pamäť, takže si v istých momentoch uvedomuje svoju náležitosť ku konkrétnej rodine. Pri komunikácii a alzheimerikom rešpektuje rodina isté špecifiká nakoľko nevie čo od komunikácie očakáva. Je vhodné aby dala priestor vlastnej intuícii, nakoľko chorý komunikáciou oznamuje svoju zmätenosť, depresiu, vystrašenosť, hnev. Dôležitá je emocionálna stránka, pretože pretrvá v pamäti a prejavmi lásky,

úprimnosti, pravdy, rešpektu a skutočným záujmom podporia členovia rodiny autenticitu komunikácie a sprostredkovanie vlastných pocitov. Ľudia s demenciou žijú v prítomnom okamihu a preto aj rodina, aby sprostredkovala svoje pozitívne emócie, musí tiež byť v prítomnom okamihu. Kľúčom k tomu, aby rodina pochopila a pomohla svojmu blízkemu s Alzheimerovou chorobou je zachovanie dôstojnosti. Akceptuje zmysle pre realitu chorého, pretože popieraním reality zväčšuje pocit ochorenia, strachu a frustrácie. Nemá význam sa s chorým hádať o tom, kto má pravdu. Alzheimerik verí, že je v inom čase a na inom mieste. Ak bude rodina na niečom trvať, chorého to iba zmätie, ale nezmení to vnímanie jeho času a priestoru. Nie je potrebné ho klamať je potrebné počúvať so záujmom, pokývať sem tam hlavou, povedať „aha“, „rozumiem“ a pod. Pokiaľ môžu je dobré, aby rodina blízkemu s Alzheimerovou chorobou dovolila: prejavovať jeho starostlivosť voči členom rodiny, byť mu znovu rodičom, ktorý dáva inštrukcie ako aj rady a napomínania, dať mu možnosť hovoriť o jeho profesii, podeliť sa s ním o spoločné zážitky. Ak si blízky nepamätá členov rodiny, je vhodné povedať mu istým a pokojným hlasom svoje meno, bez pochybností, aby nemal pocit, že mal naše meno vedieť, ale že ho zabudol. Členovia rodiny by mali opakovane hovoriť o tom, že chorého ľúbia, že im chýba a že sú jeho blízke osoby. Mali by sa opýtať blízkeho či mu neprekáža ich prítomnosť a či ho nerušia. Nie je dobré aby rodina dávala chorému konkrétne otázky a hodnotila konkrétne situácie. Mala by skôr hovoriť o tom, že má napríklad pekný sveter, pozvať ho na prechádzku, poďakovať sa za informáciu, prejaviť radosť zo stretnutia. Rešpektovať vierovyznanie, kultúrne a náboženské zvyky. Prejaviť to napríklad v pomoci pri obliekaní, používaní šperkov, stravovaní, ale aj spôsobe vyzliekania, úpravy vlasov, umývania sa alebo toalety. Ďalej by mala rodina blízkemu pomôcť sa vyhnúť situácii, v ktorých musí nutne zlyhať, aby predišla jeho poníženiu. Je vhodné hľadať preňho úlohy, ktoré zvládne, bez toho, aby ho členovia rodiny kritizovali a karhali, ako malé dieťa. Mala by rešpektovať súkromie blízkeho a pri intímnych aktivitách, ako je napr. umývanie, použitie toalety, pristupovať citlivo. Rodina, ktorá sa stará o blízkeho s demenciou musí nájsť rovnováhu medzi jeho ochraňovaním a povzbudzovaním k určitej nezávislosti. Radšej nech akceptuje malé nehody, ako príbuzného zabaliť do „vatičky“ a vziať mu jeho slobodu. Blúdenie ľudí s alzheimerom je vážny problém, ktorému musí rodina čeliť. Nastáva keď chorý prestáva rozoznávať blízkych ľudí, cíti sa stratený v danom priestore, keď pociťuje nepokoj, má potrebu splniť nejaké záväzky, keď hľadá domov či niečo špecifické. Je žiaduce, aby rodina zapojila aj najbližšie okolie a upozornila susedov na zdravotný stav príbuzného a poprosiť ich, aby zavolali vždy, keď ho uvidia vonku bez dozoru. Vhodné je preto, aby si rodina urobila zoznam susedov a známych vrátane telefonického kontaktu. Vyhotovila aj zoznam miest, kam by mohol pacient odísť a vhodne si premyslieť kroky v prípade straty príbuzného. V domácom prostredí rodina musí zabezpečiť pre blízkeho s alzheimerom

bezpečné prostredie vrátane osvetlenia, hlavne v dňoch, v ktorých sa rýchlo stmieva, pripevnením kobercov predísť pádom, odstrániť rohože, šmyklivé podlahy, zabezpečiť poriadok a dostupnosť predmetov dennej potreby.

Členovia rodiny však nesmú zabúdať na seba a zároveň na rodinu ako celok. Je dobré ak sa podelia navzájom o svoje pocity, ktoré ako opatrovatelia zažívajú. Ak si ich nechajú pre seba, môže to byť pre nich v aktivitách pri starostlivosti o blízkeho s Alzheimerovou chorobou ťažšie. Ak si uvedomia, že to čo prežívajú, je prirodzenou reakciou v ich situácii, môže im to pomôcť vyrovnať sa s tým. Je žiaduce, aby sa rodina nebála prijať podporu od iných, ak ju ponúkajú, aj keď má a pocit, že ich možno obťažuje. Rodina musí myslieť dopredu a mať niekoho, na koho sa v naliehavom prípade môže obrátiť. Ak jednotlivci rodiny zúčastnení v opatrovaní blízkeho s alzheimerom sú znepokojení tým, že ostatní členovia rodiny im nepomáhajú, alebo ich dokonca kritizujú, pretože nerozumejú tomu, čo je Alzheimerova choroba, môže pomôcť, ak zvolajú stretnutie celej rodiny a porozprávajú sa o starostlivosti o blízkeho, ale aj o vlastných pocitoch. S právnikom musia prediskutovať všetko, čo sa týka zmenených schopností príbuzného. V pláne starostlivosti by mala rodina rozlišovať možnosti a schopnosti svojich jednotlivých členov spolupracovať na opatere blízkeho. Pomohlo by spísanie zoznamu činností, ktoré sa týkajú starostlivosti a pripísať k nim, koľko času ne jednotlivá činnosť zaberie a koľko finančných prostriedkov je potrebné vynaložiť. Predovšetkým však rodina musí pokračovať vo vzájomnej komunikácii. Nie je neobvyklým ak členovia rodiny sú v rozpakoch nad správaním príbuzného a pociťujú zlosť, nad svojim zlyhaním a uvažujú o umiestnení príbuzného do ústavu. Rodina prežíva stres tým, že preberá na seba povinnosti a zodpovednosti príbuzného, ako je platenie účtov, udržiavanie domácnosti, varenie. Je preto potrebné hovoriť často o vlastných pocitoch či prípadne vyhľadať profesionálnu pomoc. Ak niektorý člen rodiny potrebuje na nejaký čas vypnúť, pokúsiť sa nájsť niekoho, kto preberie starostlivosť o chorého, za neho, aby si mohol oddýchnuť. Každý jeden člen rodiny by mal poznať hranicu svojich možností (Nadácia MEMORY, 2011, www.alzheimer.sk).

„Z lásky sme dostali aspoň vo väčšine aj naše bytie, existenciu. Už sama skutočnosť, že ešte žijeme, hoci v dôsledku chorôb, katastrof, vojen a všeličoho ďalšieho predčasne

(E. M. Walker, 1997)

*Blahoslavení, čo chápu
môj pomalý krok a chvejúcu sa
ruku.*

*Blahoslavení, čo už vedia,
že moje uši s námahou
rozoznávajú slová.*

*Blahoslavení, ktorí akoby prijímali
môj zoslabnutý zrak
a ťažkopádneho ducha.*

*Blahoslavení, ktorí odvrátili zrak,
keď som ráno prevrhol svoju
kávu.*

*Blahoslavení, ktorí s úsmevom
Zastanú, aby si na chvíľku
pohovorili so mnou.*

*Blahoslavení, ktorí nepovedia:
„Dnes ste to už po druhý krát
zopakovali.“*

*Blahoslavení, ktorí vidia vo mne
bytosť hodnú lásky a úcta,
a nie opusteného starca.*

*Blahoslavení, ktorí prídu na to,
že už nemám viac síl niesť svoj
kríž.*

*Blahoslavení, ktorí ma svojou
láskou osladzujú
dni, čo mi ešte zostávajú
na mojej poslednej ceste do
Otcovho domu.*

vyhasína množstvo ľudských životov je predsa jedinečným darom; aj napriek tomu, že sa niekedy cítíme depresívne, až zúfalo. Žiaľ, hodnotu tohto daru vidia mnohí hlavne v materiálnom blahu a vo vyhľadávaní rôznych radostí a slastí. Život je však darom preto, že ešte môžeme konať dobro pre druhých; prosto z lásky – bez očakávania odmeny či zisku (Kováč, 20074, s.431).

(Kováč, 2007, s. 420).

ZÁVER

Stavy demencie kedysi ľudia automaticky prilepili ako logo k starobe. Dnes vieme vyšpecifikovať prípady Alzheimerovej choroby, ktorá má základ vo fyziologických zmenách mozgu. Štatistika je neúprosná, keď uvádza asi jedenásť miliónov takýchto pacientov na svete. A odborníci ešte viac, keď tvrdia, že vďaka modernej medicíne, ktorá predlžuje vek človeka, sa ich počet bude rapídne zvyšovať. Účinný liek však zatiaľ k dispozícii nemáme. Keď sa staráme o človeka s demenciou chceme si byť istí, že sa s ním zaobchádza vždy s rešpektom a dôstojne, ako s osobnosťou, napriek tomu, že má skreslené chápanie reality. Postihnutí demenciou, ktorých mentálne schopnosti sa zhoršujú, sa postupne stávajú zraniteľnejšími a potrebujú oporu a povzbudenie. Opatrovatelia by mali urobiť všetko, aby im pomohli udržať si pocit hodnoty človeka. Každý človek je dôležitý sám pre seba. Okrem toho je dôležitou osobou i v živote človeka s Alzheimerovou chorobou. Bez nás by bol stratený. To je ďalší dôvod, pre ktorý je nevyhnutné, aby sme sa o seba dobre starali. Rodina je súžitie dvoch a viacerých generácií. Vo svojom zrode dostáva dar štedrosti. No dar nie je len vec získaná bez protihodnoty. Dar je predovšetkým prejavom lásky. Hoci je pravda, že rodina ako ju poznáme z 19. storočia sa stráca, je nádej, že sa vytvorí model rodiny zodpovedajúci vývoju ľudstva v 3. miléniu. Pretože, naďalej platí, že rodina patrí pre väčšinu ľudí k univerzálnym hodnotám, k hodnotám označovaným niekedy ako večné. Preto je veľa pravdy v tom, že obroda spoločnosti, národa, ľudstva sa musí začať skvalitnením života rodiny (Kováč, 2007, s.431-434).

Zoznam bibliografických odkazov

1. HANZLÍKOVÁ, A. et. al. 2004. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. vyd. Martin: Osveta, 2004. s.275. ISBN 80-8063-213-8.
2. JANKOVÝCHOVÁ, L., BELOVIČOVÁ, M. 2009. Zdravé starnutie a kvalita života seniorov. In *Ošetrovatel'ský obzor*, 2009, roč. VI. Č. 3, s. 90- 92.
3. KOVÁČ, D. 2007. *Psychológiu k metanoi*. 1. vyd. Bratislava: Slovenská akadémia vied, 2007. s.477. ISBN 978-80-224-0965-0.
4. POLEDNÍKOVÁ, L. et. al. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. vyd. Martin: Osveta, 2006. s.216. ISBN 80-8063-208-1.
5. SLEZÁKOVÁ, Z. 2006. *Neurologické ošetrovatel'stvo*. vyd. Martin: Osveta, 2006. s. 165. ISBN 80-8063-218-9.
6. Centrum MEMORY, 2011, [Rodina s členom postihnutým Alzheimerovou chorobou - Alzheimer.sk](http://www.alzheimer.sk) [online]. cit. [2011- 27-07]
Dostupné internete: <<http://www.alzheimer.sk/informacie/alzheimerova-choroba/starostlivost-o-postihnuteho/rodina.aspx>

WIEDZA CHORYCH NA NADCIŚNIENIE TĘTNICZE JAKO ELEMENT POPRAWY JAKOŚCI ŻYCIA

Małgorzata Pasek, Małgorzata Madeja

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

Streszczenie

Celem pracy było zbadanie wiedzy i zakresu umiejętności chorych leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego krwi w zakresie samokontroli i samoleczenia. Badania zostały przeprowadzone w Specjalistycznym Szpitalu imienia L. Rydygiera w Krakowie. Wzięło w nich udział 30 pacjentów hospitalizowanych na oddziale chorób wewnętrznych. Wiedza pacjentów na temat farmakoterapii nadciśnienia tętniczego była duża i w znacznym stopniu przyczyniła się do wzrostu umiejętności radzenia sobie w sytuacji nagłego wzrostu ciśnienia tętniczego krwi. Pacjenci byli przekonani o konieczności dokonywania okresowych pomiarów ciśnienia, sami umieli to wykonać oraz odpowiednio zinterpretować wynik. W zdecydowanej większości przestrzegali zaleceń lekarza dotyczących farmakoterapii, nie modyfikując samodzielnie dawek leków. W opinii respondentów edukacja miała duży wpływ na rozwój choroby, polepszyła jej przebieg, zmniejszyła ilość powikłań narządowych, poprawiła jakość życia pacjentów.

Słowa kluczowe: Nadciśnienie tętnicze. Edukacja. Jakość życia.

Abstract

The goal of the research was to evaluate the knowledge and the level of skills considering self treatment and self control of patients treated on hypertension. Research was conducted in Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera in Cracow. 30 patients hospitalized in the department of internal diseases took part in it. Their knowledge considering pharmacotherapy of hypertension was high and significantly helped with managing the sudden increases of arterial blood pressure. Patients were convinced about the necessity of regular pressure measuring, they could do it by themselves with the proper interpretation of reading the results. Vast majority followed doctor's advice considering pharmacotherapy and did not modify the dosing of drugs. In their opinion education had a big influence on the disease's development, eased on its course, lowered the quantity of organ complications and improved their quality of life.

Key words: Hhypertension. Education. Qquality of life.

Wprowadzenie

Nadciśnienie tętnicze jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób na świecie, jest powodem dużej umieralności wśród mężczyzn i kobiet. Ocenia się że w Polsce choruje na nią około 29 % dorosłych Polaków, tj. 8,5 miliona osób, natomiast 30 % osób nie chorujących na nadciśnienie tętnicze znajduje się w grupie ryzyka, mając ciśnienie krwi określane jako prawidłowe wysokie. Jest to następne 8,9 miliona osób [3, 7].

Edukacja chorych na nadciśnienie tętnicze jest bardzo ważna, pozwala uzyskać pacjentom informacje na temat choroby, metod jej leczenia, daje poczucie bezpieczeństwa. Rozumiana jest jako świadome komunikowanie się z pacjentem w celu ułatwienia mu podjęcia decyzji dotyczących jego zdrowia oraz umocnieniu go w dążności do utrzymania prozdrowotnych zachowań [1,4]. Aby edukacja była skuteczna i spełniła swoją rolę należy w sposób zrozumiały przedstawić widzę na temat nadciśnienia tętniczego. Powinna ona zawierać informacje na temat:

- istoty choroby,
- konsekwencji zaniechania lub niewłaściwego leczenia,
- celów terapii hipotensyjnej oraz korzyści wynikających z prawidłowo prowadzonego leczenia,
- niefarmakologicznych sposobów leczenia z uwzględnieniem diety zmniejszającej nadwagę i ograniczającej spożycie soli,
- roli aktywności fizycznej, w farmakoterapii nadciśnienia tętniczego,
- samodzielnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi [2,6].

Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego wiąże się zwykle z nasileniem lęku u chorego oraz wystąpieniem licznych objawów subiektywnych jest to związane z efektem etykietowania. Zjawisko to wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie osoby w rodzinie, w życiu zawodowym powoduje wycofywanie się z dotychczas pełnionych ról społecznych, nasila absencję w pracy. Sytuacja często zmienia się z chwilą rozpoczęcia skutecznego leczenia połączonego z właściwie prowadzoną edukacją. Celem leczenia nadciśnienia tętniczego jest nie tylko ograniczenie śmiertelności i powikłań ze strony układu krążenia, ale dążenie do poprawy jakości życia chorych [5, 7].

Wysoka jakość życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest szeroko rozumianym celem edukacji zdrowotnej w tej chorobie [19].

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie wiedzy i zakresu umiejętności chorych leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego krwi w zakresie samokontroli i samoleczenia.

Metody badawcze

Do realizacji celu badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, zawierający 24 pytania. Przed rozpoczęciem badania wszystkie osoby biorące w nich udział zostały poinformowane o celu przeprowadzonych badań, respondenci zostali zapewnieni o zachowaniu całkowitej anonimowości oraz o dobrowolnym uczestnictwie w badaniu. Wszyscy badani wyrazili zgodę na udział w badaniu i wypełnienie ankiety.

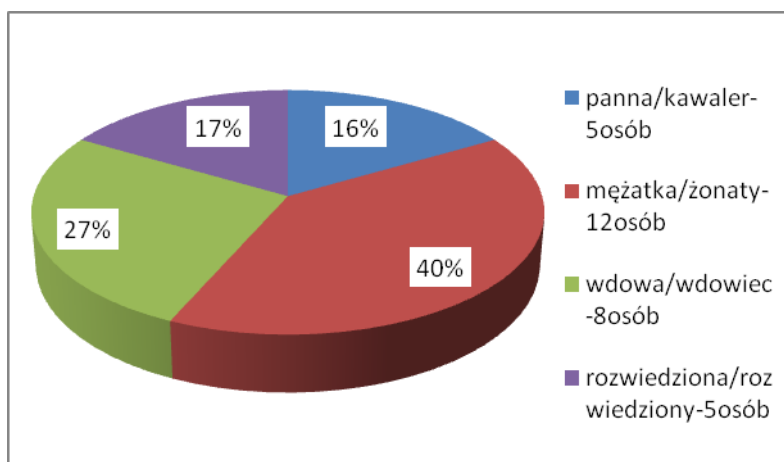
Charakterystyka badanej grupy

Badania zostały przeprowadzone w Specjalistycznym Szpitalu imienia L. Rydygiera w Krakowie. Wzięło w nich udział 30 pacjentów hospitalizowanych na oddziale chorób wewnętrznych, chorujących na nadciśnienie tętnicze

W badaniu uczestniczyło 53 % kobiet i 47 % mężczyzn. Naliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 61-70 lat 27 % oraz powyżej 70 lat – 23 % , 51-60 lat 20 %. Mniejszą grupę stanowili respondenci w wieku 41-50 lat – 13%, 20 - 30 lat – 4 %, do 20 roku życia – 3 %.

Blisko połowa respondentów deklarowała wykształcenie średnie (47 %), wyższe – 23 %, zawodowe – 13 %, a podstawowe – 17 %.

Aż 80 % badanych było mieszkańcami miasta, natomiast 20 % zamieszkiwała wieś.



Rycina 1 Stan cywilny badanej grupy

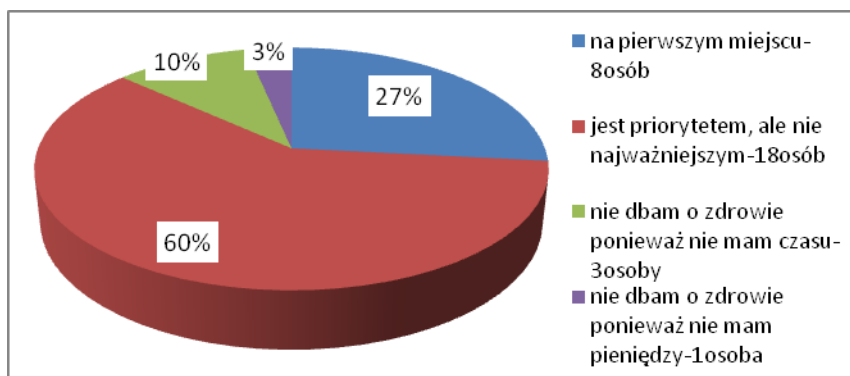
Dużą grupę ankietowanych stanowiły osoby zamężne (40%), pozostali - stanu wolnego.

Wyniki badań i ich omówienie

Okres chorowania badanych na nadciśnienie tętnicze był zróżnicowany. Aż 50 % osób chorowało powyżej 30 lat, 19 % - od 20 do 30 lat, od 15 do 20 lat chorowało 25 % badanych, a od 10 do 15 lat – 5 % ankietowanych. Nadciśnienie tętnicze, jak przedstawiają

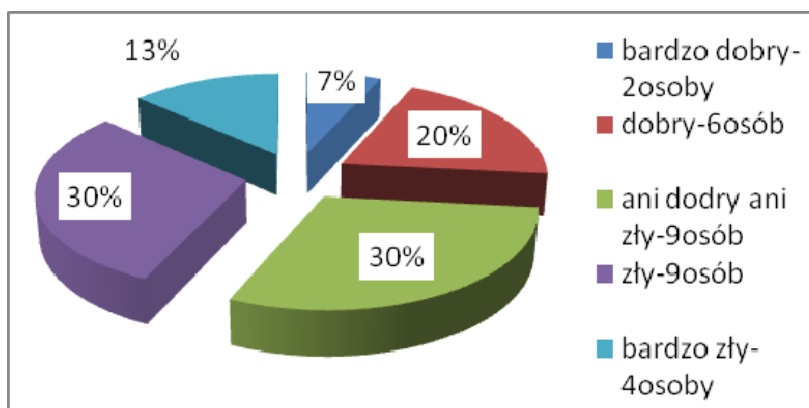
publikacje naukowe to choroba uwarunkowana czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. Przeprowadzone badania potwierdziły rodzinne występowanie chorób układu krążenia, aż 73% osób deklaruje obecność tych schorzeń wśród członków najbliższej rodziny, rodziców oraz rodzeństwa. Przyczyną takiej sytuacji są zarówno geny, jak również podobny styl życia preferowany w określonej rodzinie.

Struktura przeprowadzonych badań dotyczyła między innymi wskazania miejsca zdrowia w hierarchii wartości oraz oceny stanu zdrowia przez badanych.



Rycina 2 Miejsce zdrowia w hierarchii wartości w opinii badanych

Z badań wynika, że tylko dla ośmiu osób zdrowie było wartością, którą umieścili zdecydowanie na pierwszym miejscu, dla następnych osiemnastu osób zdrowie było priorytetem, ale nie najważniejszym, nie dbały o zdrowie z braku czasu trzy osoby, a jedna osoba nie dbała o zdrowie z powodu braku pieniędzy.



Rycina 3 Ogólny stan swojego zdrowia w interpretacji osób badanych

Pomimo, że dla większości respondentów, zdrowie było wartością bardzo ważną, to 30% oceniło swój stan zdrowia jako zły, a bardzo zły cztery osoby 13%. Natomiast dwie osoby (7%) uważały, że ich stan zdrowia jest bardzo dobry, 20% - dobry. 30% badanych stwierdziło, że ich stan zdrowia nie jest ani dobry ani zły.

Tabela 1 Objawy towarzyszące wzrostowi ciśnienia krwi u ankietowanych

objawy towarzyszące wzrostowi ciśnienia *	n badanych	% badanych
Bóle głowy	23	77
Szum w uszach	11	37
Kłucie w klatce piersiowej	8	27
Omdlenia	7	23
Bezsenna	16	53

* Możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Bóle głowy to objaw, który przy wzroście ciśnienia zgłosiło aż 77 % respondentów, bezsenność wskazało 53 % badanych, szum w uszach – 37 %, kłucie w klatce piersiowej - 27 %, omdlenia – 23 %.

Tabela 2 Pierwsza reakcja, po zmierzeniu ciśnienia tętniczego krwi, na jego wysoką wartość, u badanych respondentów

Pierwsza reakcja po zmierzeniu ciśnienia krwi na jego wysoką wartość*	n badanych	% badanych
Przyjęcie leku na obniżenie ciśnienia krwi	11	37
Przyjęcie leku stosowanego doraźnie podczas nagłych wzrostów ciśnienia krwi	19	63
Kontakt z lekarzem	5	17
Odpoczynek	21	70

*Możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Po pomiarze ciśnienia tętniczego krwi i stwierdzeniu wysokich wartości, 70 % badanych odpoczywa, 63 % - przyjmuje lek stosowany doraźnie w takiej sytuacji, 37 % - przyjmuje lek stosowany codziennie, a 17 % badanych kontaktuje się z lekarzem w sprawie modyfikacji farmakoterapii.

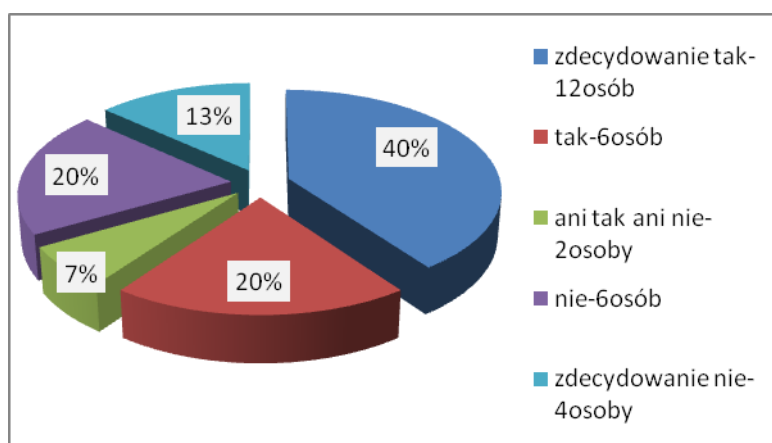
Tabela 3 Sposób pomiaru ciśnienia tętniczego krwi u badanych osób

Sposób pomiaru ciśnienia tętniczego krwi*	n badanych	% badanych
Samodzielnie w domu	21	70
W gabinecie lekarskim podczas wizyty kontrolnej	30	100
Nie mierzą ciśnienia krwi	0	0

*Możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

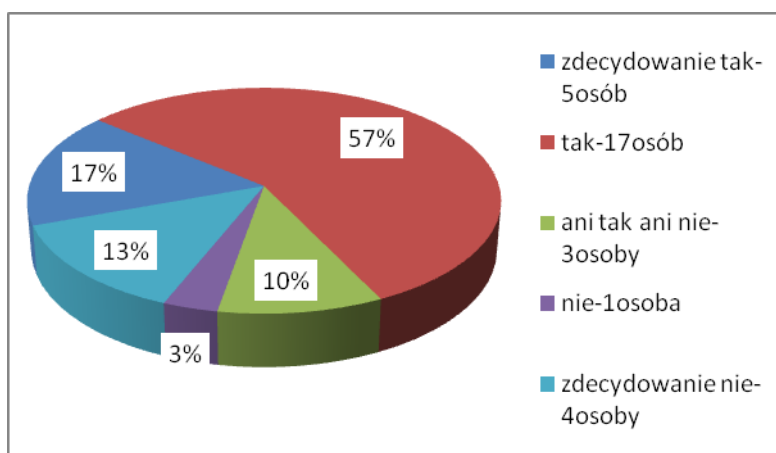
U badanych osób istniało głębokie przekonanie o konieczności wykonywania kontrolnych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi. Wszystkie badane osoby, miały mierzone ciśnienie podczas każdej wizyty kontrolnej w gabinecie lekarskim, a aż 70 % badanych osób wykonywało pomiary samodzielnie w domu, żadna osoba nie stwierdziła, że nie mierzy ciśnienia krwi.

Systematyczne zażywanie leków jest podstawą w skutecznej terapii nadciśnienia tętniczego. Leki systematycznie stosowało 77 % ankietowanych, natomiast 23 % przyznało się do tego iż samodzielnie modyfikuje leczenie bez konsultacji z lekarzem, zmniejsza dawki leków, gdy ciśnienie jest prawidłowe.



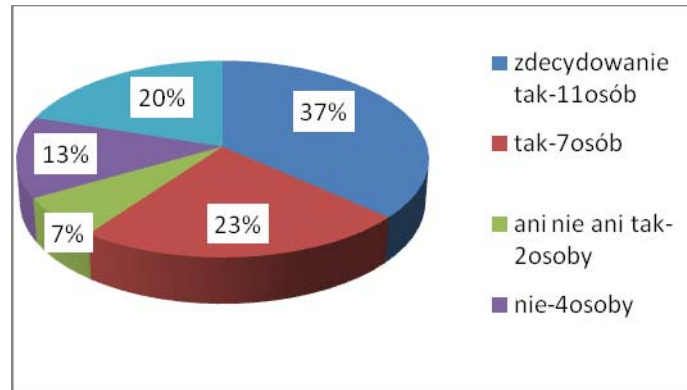
Rycina 4 Przekazanie respondentom wiedzy na temat istoty regularnego zażywania leków w nadciśnieniu tętniczym

Respondenci wypełniający ankietę stwierdzili, że mieli przekazaną wiedzę na temat istoty regularnego zażywania leków w nadciśnieniu tętniczym, zdecydowanie tak odpowiedzieli 40 % ankietowanych, tak 20 %. Tylko niewielka część ankietowanych na pytanie odpowiedziała negatywnie.



Rycina 5 Zopatrzenie osób badanych w materiały informacyjne dotyczące nadciśnienia tętniczego

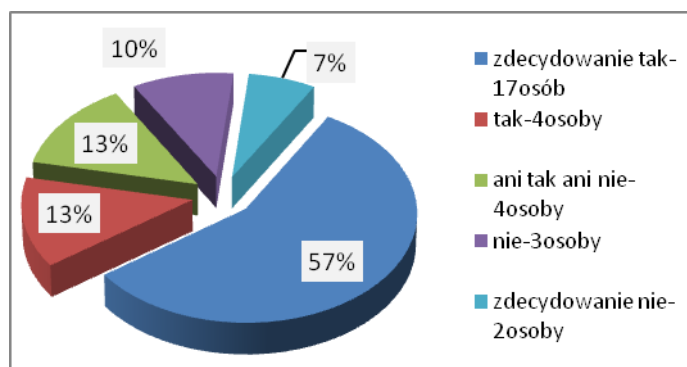
Badane osoby stwierdziły, że otrzymały materiały informacyjne na temat swojej choroby, tak odpowiedziało aż 57 %, zdecydowanie tak 17 %, ani tak ani nie 10 % ankietowanych. Tylko pięć osób stwierdziło, że nie zostało zaopatrzonych w materiały informacyjne.



Rycina 6 Poinformowanie osób badanych odnośnie roli diety w nadciśnieniu tętniczym

Z badań wynika, że respondenci w zdecydowanej większości 60 % zostali poinformowani o roli jaką pełni dieta w nadciśnieniu tętniczym.

Aż 54 % respondentów uważało, że ich codzienna dieta jest prawidłowa, jednak szczegółowe odpowiedzi w tym zakresie ukazały znaczny deficyt zdrowego odżywiania. Około 33 % badanych w ogóle nie jadło pieczywa razowego, kaszy ani mięsa drobiowego, rzadko spożywali nabiał, owoce i warzywa. W codziennym jadłospisie pojawiały się słodycze aż u 50 % respondentów, jak również czerwone mięso, które codziennie spożywało 50 % badanych. Duża ilość osób bo aż 87 % przyznało się do codziennego picia kawy, a 17 % sięgało codziennie po alkohol. Technika przyrządzania posiłków często sprawiała, że były one niezdrowe, obciążające serce, 30 % badanych osób preferowało smażenie, 20 % pieczenie na tłuszczu, aż 40 % osób spożywało tylko 1 do 2 posiłków w ciągu doby.



Rycina 7 Opinia badanych na temat zależności między przekazaną wiedzą a ograniczeniem ujemnych skutków choroby

Zdecydowana większość respondentów (70 %), biorąca udział w badaniu, uważała, że wiedza na temat nadciśnienia tętniczego, przekazana im przez pielęgniarkę miała istotny wpływ na ograniczenie ujemnych skutków choroby w życiu codziennym.

Wnioski

1. Wiedza pacjentów na temat farmakoterapii nadciśnienia tętniczego była duża i w znacznym stopniu przyczyniła się do wzrostu umiejętności radzenia sobie w sytuacji nagłego podniesienia się ciśnienia tętniczego krwi. Pacjenci byli przekonani o konieczności dokonywania okresowych pomiarów ciśnienia, sami umieli to zrobić oraz odpowiednio zinterpretować wynik. W zdecydowanej większości przestrzegali zaleceń lekarza dotyczących farmakoterapii, nie modyfikując samodzielnie dawek leków.
2. W opinii respondentów edukacja miała duży wpływ na rozwój choroby, polepszyła jej przebieg, zmniejszyła ilość powikłań narządowych, poprawiła jakość życia pacjentów.

Piśmiennictwo

1. FETLIŃSKA, J. ORMANOWKA, M. Wczesne wykrywanie nadciśnienia tętniczego krwi Magazyn Pielęgniarki i Położnej. (4) 2006, str.12-14.
2. HAJDUK, A. KASZUBA, D. Wskazówki edukacyjne dla pacjentów ze schorzeniami układu krążenia,[w]: Pielęgniarstwo internistyczne, pod red. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D., Wyd. PZWL, Warszawa, 2009, str.117-118.
3. JANUSZEWICZ, A. PREJBISZ, A. Nadciśnienie tętnicze [w]: Choroby wewnętrzne, pod red. [Szczeklika](#) A., Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2005, str.335-348.
4. PREJBISZ, A. JANUSZEWICZ, W. JANUSZEWICZ, A. Postępowanie z chorym na nadciśnienie tętnicze na podstawie najnowszych wytycznych(2007) [w]: Wybrane zagadnienia z kardiologii diabetologii i nadciśnienia tętniczego, pod red. Rużyło W., Sieradzkiego J., Januszewicza W., Januszewicza A., Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2007, str.415-479.
5. SZNAJDERMAN, M. JANUSZEWICZ, W. Leczenie nefarmakologiczne, [w]: Nadciśnienie tętnicze pod red. J., Januszewicza W., Januszewicza A., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M., Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2004, str.817-823.
6. SZYNDLER, A. SZCZECH, R. Edukacja chorych na nadciśnienie tętnicze,[w]: Nadciśnienie tętnicze pod red. J., Januszewicza W., Januszewicza A., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M., Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2004, str.971-975.
7. WYRZYKOWSKI, B. Nadciśnienie tętnicze: patofizjologia i terapia, Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2008.

PROBLÉMY RODINY ONKOLOGICKY CHORÉHO

Anna Herinková¹, Katarína Zrubáková²

¹Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok –fakultná nemocnica,
Klinika radiačnej a klinickej onkológie

²Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Onkologické ochorenie predstavuje pre chorého a pre jeho rodinu nesmiernu záťaž. Od členov rodiny očakávame, že budú schopní a ochotní sa o chorého postarať a že mu budú počas celej liečby a v závere života oporou. Chorý je často prepustený do domáceho prostredia a rodina preberá na seba povinnosti, ktoré sú často nad ich sily alebo ich nemá kto vystriedať pri opatere. Výsledkom je únavy, vyčerpanie, podráždenie, sťažnosti a pod. Podľa štatistických údajov, počet ľudí s onkologickým ochorením neustále pribúda a čoraz častejšie sa objavuje u ľudí v produktívnom veku. To znamená, že pribúda aj počet rodín, ktoré musia riešiť ako skíbiť starostlivosť o blízkeho, s pracovnými povinnosťami a starostlivosťou o ostatných členov rodiny. V našom príspevku sa pokúsime popísať prežívanie rodiny v priebehu starostlivosti o terminálne chorého. Na konkrétnom príklade 2 kazuistík porovnáme rozdiely v prežívaní a náročnosti opatery rodiny v závislosti od pohlaví pacienta.

Kľúčové slová: Onkologické ochorenie. Rodina. Problémy rodiny.

Abstract

Oncological diseases is for the patient and his family the enormous burden. Family members are expected to be able care for the sick during the treatment and give him support in the end of life . The sick are often placed into the home environment and family assumes the obligations, which are often over their power, or no one has alternated them in care. The result are: tired, exhaustion, irritation, complaints and so on. According to statistics, the number of people with oncological diseases hes been steadily growing and accrue people in productive age. This means that increas the number of families which must combine care with work responsibilities and with caring for other family members. In our contribution we try to describe the survival in families during the care of the terminally ill. For example, in two specific case we compared the differences in survival and intensive family care, depending on gender.

Key words: Oncological diseases. Family. The family problems.

Úvod

Chronické ochorenie, so zlou prognózou, mení- niekedy nepredvídateľne, rodinné vzťahy a nielen to- odкрýva ich silné a slabé stránky, učí rodinu novým spôsobom komunikácie, vyžaduje nový životný štýl, reviduje hodnotový systém rodiny a skúša charakter jej členov.

Onkologické ochorenie predstavuje pre chorého a pre jeho rodinu nesmiernu záťaž. Od členov rodiny očakávame, že budú schopní a ochotní sa o chorého postarať a že mu budú počas celej liečby a v závere života oporou. Chorý je často prepustený do domáceho prostredia a rodina preberá na seba povinnosti, ktoré sú veľakrát nad ich sily alebo ich nemá kto vystriedať pri opatere. Výsledkom je únava, vyčerpanie, podráždenie, sťažnosti a pod. Ak nie sú uspokojované vlastné potreby opatrujúcich členov rodiny, sú menej schopní starať sa o svojho blízkeho a častejšie majú fyzické a psychické problémy. (O'Connor, 2005)

Na rozdiel od chorého, príbuzní nie sú v centre záujmu ako zdravotníkov, tak aj širšieho okolia. Každý sa pýta: „*Ako sa má vaša mama, otec, stará mama...?*“, ale ako sa majú opatrujúci členovia rodiny, to zaujíma málokoho. Od príbuzných sa očakáva, že sa vyrovnajú s každodennou starostlivosťou o svojho chorého, zmenami rolí, rozdelením úloh medzi jednotlivými členmi rodiny. Pritom aj príbuzní musia čeliť veľkým nárokom, ktoré na nich ochorenie blízkeho kladie a musia byť často pripravení na to, že po dlhé mesiace, niekedy aj roky, bude chorý do veľkej miery určovať rytmus a štýl života celej rodiny. Príbuzní po celú dobu hľadajú odpovede na otázky, či bude liečba úspešná, ako sa bude ochorenie vyvíjať, kto im pomôže, keď nebudú mať dosť síl, ako dlho to vydržia a pod.

Rodina sa musí vyrovnávať so zdravotným, ekonomickým, sociálnym a iným obmedzením chorého partnera/ rodiča. Tieto reakcie úzko súvisia s postojom rodiny k utrpeniu a so zvykom vyjadrovať svoje emócie. Ak rodina nie je schopná prejavy chorého kompenzovať, ohrozí samú seba závislosťou na rozmaroch svojho chorého člena. Rodina potrebuje najmä:

- uistenie, že ich blízky netrpí, nemá žiadne ťažkosti,
- dostatok informácií,
- praktické zručnosti starostlivosti,
- emocionálnu podporu rodiny.(O'Connor, 2005)

Výber problému a stanovenie cieľa

Člen rodiny, ktorý sa rozhodne starať o svojho blízkeho v závere života musí čeliť množstvu problémov. Na jednej strane je tu chorý, ktorý si vyžaduje maximálnu starostlivosť a opateru 24 hodín denne, 7dní v týždni. Na druhej strane sú ostatní členovia rodiny, deti rôzneho veku, prípadne starí rodičia, ktorí bývajú v spoločnej domácnosti a nesmieme

opomenúť ani potreby opatrujúceho, ktorý v záujme zabezpečenia 100 % chodu domácnosti často odsúva svoje potreby na posledné miesto. A tak sa stáva, že stretávame unavených, vyčerpaných príbuzných, ktorí majú rôzne problémy a nevedia ako ich riešiť, prípadne ich neriešia v očakávaní blízkeho konca- „*ved' potom to vyriešim, potom si oddýchnem, už tu nebude dlho ...*“. Treba si uvedomiť, že vďaka modernej medicíne môže trvať umieranie dlhú dobu, ktorú nedokáže nik odhadnúť. Môže to trvať dni, týždne, ale aj mesiace. Vidíme to u našich onkologických pacientov, kedy sa „*zlé obdobia striedajú s lepšími obdobiami*“. Blízki sú na začiatku plní ideálov ako všetko zvládnu, zabezpečia, ako zorganizujú domácnosť, ale tento „maratón“ málokto zvládne bez toho, aby ho to nejakým spôsobom nepoznačilo, po telesnej, psychickej, emocionálnej či sociálnej stránke.

Definovanie problému

1. Dokážu členovia rodiny umierajúcemu, resp. terminálne onkologicky chorému poskytnúť dostatočnú psychickú podporu, ak sa oni sami nenachádzajú vo fáze vyrovnávania sa so zmierením?
2. Ak sa o terminálne onkologicky chorého stará iba jeden člen rodiny, zvládne to tak, aby neohrozil na zdraví seba a ostatných členov svojej rodiny?
3. Umierajúcemu, by sme mali splniť všetky prania. Ako dlho vydrží plniť všetky požiadavky chorého jeden opatrujúci a pritom nevyhorieť?

Cieľ

Zistiť, aké problémy opatrujúci člen/členovia rodiny prekonávajú, ak sa rozhodnú sami starať o terminálne chorého partnera.

Zistiť rozdiel v prežívaní- člen rodiny (opatrujúci) verzus onkologicky terminálne chorý Zistiť rozdiel v prežívaní- člen rodiny (opatrujúci) verzus onkologicky terminálne chorý.

Metódy

Ako hlavnú metódu sme zvolili kazuistiku, ktorá obsahuje anamnézu, katamnézu, analýzu, interpretáciu, diskusiu a záver.

Doplňujúce metódy: neštruktúrovaný rozhovor- s príbuznými pacientov, náhodné pozorovanie situácii (reakcie chorého a opatrujúceho pri starostlivosti a na priebeh ochorenia) a obsahovú analýzu dokumentácie.

Charakteristika prípadov

Na porovnanie sme si vybrali dvoch pacientov liečených na našom oddelení (oddelenie klinickej a radiačnej onkológie UVN/FN Ružomberok), rôzneho veku a pohlavia.

Výber bol zámerný.

1. prípad

Pacient XY, 36r., vysokoškolsky vzdelaný, predtým vo vedúcej funkcii, ženatý, býval v spoločnej domácnosti s manželkou a dvoma deťmi (8,10) v 3 izbovom byte. Manželka dlhodobo nezamestnaná.

Liečený na našom oddelení s dg. Ca obličky, MTS OSS približne 5 rokov. Opakovane bol hospitalizovaný za účelom aplikácie paliatívnej chemoterapie a rádioterapie pre MTS OSS. Na liečbu ho takmer vždy sprevádzala manželka.

2. prípad

Pacientka AB, 47r., stredoškolské vzdelanie, bývala v spoločnom dome s manželom, 2 deťmi (17, 20 ročnými) a s čiastočne imobilnou matkou jej manžela. Pred diagnostikovaním ochorenia pacientka spolu s manželom podnikala, boli živnostníci. Liečená na našom oddelení pre ca vaječníkov jeden rok. Absolvovala chemoterapiu striedavo ambulantnou formou alebo počas hospitalizácie v závislosti od zdravotného stavu. Na liečbu prichádzala vždy v doprovode manžela.

Kazuistika č.1

Anamnéza a katamnéza¹

Pacient bol prijatý v marci 2007 za účelom analgetickej RT na oblasť chrbtice, kde udával najväčšie bolesti. Bol nastavený na pravidelnú opioidnú liečbu, ktorú doteraz odmietal, lebo mal obavy zo závislosti. Vzhľadom k jeho výške a hmotnosti (199cm, 105kg) bol problém pri premiestňovaní a každej manipulácii, takmer vždy udával vystupňovanie bolesti. Napriek tomu, že mal naložený hrudný korzet došlo k zrúteniu stavcov a vzniku paraplégie. Po absolvovaní RT, ktorá trvala 2 týždne, sa pacient dožadoval prepustenia do domácej starostlivosti. Po dohode s manželkou a edukácii – polohovanie, aplikácia Morfinu subcutánne- sme pacienta prepustili domov. Manželka dostala telefonické čísla na našu ambulanciu a oddelenie, kde mohla v prípade potreby zavolať. Následná liečba už bola realizovaná v domácom prostredí.

Analýza a interpretácia

Po týždni starostlivosti sa pacientovi začali tvoriť dekubity v sakrálnej oblasti a na oboch päťach. Chorý začal mať opäť bolesti v oblasti chrbtice, ktorá už bola ožarovaná, preto lekár rozhodol o zvýšení dávky analgetík. Chorý odmietal ísť do nemocnice, lebo každý prevoz mu robil veľké ťažkosti a bolesti boli neznesiteľné. A tiež bol problém ako ho dostať

¹ u oboch prípadov je spojená anamnéza a katamnéza, nakoľko oddeliť informácie aktuálneho stavu a priebehu ochorenia bolo problematické.

do sanitky- v paneláku bol malý výtah a tak na každý prevoz bolo potrebné zabezpečiť 2 sanitkárov alebo poprosiť suseda, aby ho pomohol znieť v plachte alebo na sedačke. Bývali na 3 poschodí. Uvítali návrh, realizovať ošetrovanie dekubitov sestrou v domácom prostredí. Keďže, som bývala v ich blízkosti, po dohode s manželkou som chodila á 2 dni vykonávať preväzy dekubitov. Ostatné dni mu dekubity ošetrovala manželka.

Približne druhý týždeň návštev sa nedalo nevšimnúť si, „komandovanie“ manželky- podaj, dones, prelož. Na manželke bolo vidieť, že jej je to nepríjemné. Na moju otázku, kde sú deti, mi odpovedala, že sú vonku“ „ Od poslednej hospitalizácie sú s nim deti málo, a ani sa im nečudujem, keď je aj ne takýto nepríjemný. Cez víkendy chodia k starým rodičom“. Na manželke som si všimla prvé známky únavy, ktoré sa stupňovali v priebehu nasledujúcich týždňov.

Koncom apríla, pri jednej návšteve, po ošetrovaní dekubitov ma manželka ponúkla kávou a pozvala do obývačky. Kým stihla urobiť kávu musela pár krát odbehnúť do spálne, k manželovi, ktorý na ňu neprestajne vykrikoval- „pod' mi preložiť nohu, pod' mi podložiť vankúš pod koleno, pod chrbát, potrebujem dať na bok, nedala si mi čaj,...“ Na moju otázku, či sa aspoň v noci vyspí, my odpovedala- „Viete sestrička, cez deň sa to dá zvládnuť, ale v noci som na zruštenie, on zaspí a ja ho sledujem ako dýcha, či nemá bolesti, či nestene. Aj som si preľahla do obývačky, ale keď sa zobudil a nenašiel ma pri sebe v izbe hneval sa.“ Keď na chvíľku prestal vyvolávať, sadla si a opýtala sa: „ Som zlý človek, zlá manželka, keď si prajem, aby už zomrel“. Rozplakala sa. O chvíľu sa znovu manžel ozval, utrela slzy a opýtala „ Nezbadá, že som plakala?“ Opýtala som sa, či jej nemá kto pomôcť, alebo neuvažuje o dočasnom umiestnení v LDCH. „Všetci príbuzní bývajú mimo, chodia do práce a majú vlastné rodiny a do Štiavničky ho nedám a ani on by nechcel“.

Chorý zomrel v na začiatku mája 2009.

Prípád č. 2

Anamnéza a katamnéza

Pacientka prijatá v júli 2011 s cieľom aplikácie chemoterapie. Keďže bola prítomnosť manžela pre pacientku dôležitá, umožnili sme mu stráviť pri manželke čas- koľko bude chcieť a kedykoľvek. Keďže pacientka bola na izbe sama, ostával pri manželke aj cez noc. Spal resp. snažil sa spať, ak mu to manželka umožnila, v kresle. Manželke vždy maximálne vyhovel. Personál uvítal pomoc manžela, pretože s pacientkou bol problém vzhľadom k jej obezite pri manipulácii pri polohovaní, pri podkladaní podložnej misy a pod.

Analýza a interpretácia

Manžel každý deň „odbehol na jednu, dve hodiny“ domov skontrolovať deti, matku, firmu a potom sa vracal k manželke do nemocnice. V čase jeho neprítomnosti sa o ich firmu

snažila starať 20 ročná dcéra, ktorá sa taktiež starala o starú matku. Druhý týždeň pacientkinej hospitalizácie sme zbadali na manželovi známky vyčerpania, na čo upozornil aj ošetrojúci personál, a navrhli sme mu, aby cez noc ostával doma s ubezpečením, že o manželku bude postarané po všetkých stránkach. Najprv súhlasil, ale následne sa vyjadril „Ako ju tu môžem nechať samu, prídem domov a už mi telefonuje, kedy sa vrátim“. Ani náš ďalší návrh, aby cez noc spal v druhej izbe neuspel. Na otázku ako spal, či si aspoň trochu oddýchol odpovedal „Nedá sa mi spať, mám strach, že má bolesti, lebo v spánku stene“. V noci jej 2x aplikovali Morfin subcutánne na požiadanie manžela, že má bolesti. Pri nočnej kontrole sestra prišla na izbu, pacientka bola hore, potrebovala misu, sestrička jej ju chcela podložiť, napriek tomu pacientka zobudila manžela, aby jej pomohol. Táto situácia sa opakovala niekoľko nocí po sebe. Tretí týždeň došlo k vystupňovaniu príznakov stresu, napätia, vyčerpania- oči červené, prepadnuté líca, chvel sa na celom tele, bol rozržitý. „Dovoliť“ si krátke prestávky na cigaretu a kávu z automatu. Stretli sme sa pri automate, na moju otázku ako to funguje doma, len kývol rokov. Ešte si ani neodpil z kávy, keď mu zazvonil telefón – „Už ma volá“. Usmial sa. Vrátil sa na izbu. Na druhý deň pacientku navštívili deti, až do večera bola skleslá a komunikovala veľmi málo.

Koncom týždňa sa pacientkin stav zhoršil, preto sme navrhli manželovi, či neuvažuje o prevoze manželky domov. Manžel po dohovore s rodinou súhlasil. Zistili sme, že majú k dispozícii ADOS a v susedstve býva sestrička, ktorá je ochotná, ak bude potrebné prísť pomôcť. Pacientka zomrela 3 dni po prevoze domov. Odmietala až do konca akúkoľvek inú pomoc okrem manžela.

Diskusia

Členovia rodiny trpia spolu s pacientom, naviac sa od nich očakáva niekedy až nadľudský výkon, preto musí byť niekde rozumná hranica. Okrem toho rodina musí často riešiť otázku, aké prostredie je pre chorého vhodnejšie.

V 1. aj v 2. kazuistike sa rozhodli partneri starať o blízkych sami a zvolili si domáce prostredie. Ako ideálne sa javí samozrejme domáce prostredie, niekedy ale zdravotný stav a nemožnosť starať sa o chorého doma, núti rodinu umiestniť chorého do nemocnice alebo iného zdravotného zariadenia. To, že sa chorý nachádza v nemocnici, neuberá zo záťaže rodiny. „Balansujú“ medzi požiadavkami chorého a požiadavkami ostatných členov rodiny. Musia rozdeliť svoj čas medzi starostlivosťou o rodinu a dochádzaním za blízkym. Nech sa rozhodnú akokoľvek, môže to u nich vyvolať pocit viny a hanby. (Tschuschke, 2004) Ak sa chorý nachádza väčšinou doma a vyžaduje úplnú opateru, je závislý od pomoci členov rodiny, čo ich zaväzuje a pripútava k chorému. Rodina sa musí naučiť akceptovať prejavy chorého ako je úzkosť, agresivita, depresia, hnev. Je svedkom, ako ich blízky trpí

symptómami sprevádzajúcimi ochorenie, liečbou a nevedia, ako mu pomôcť. Čo sa v oboch prípadoch prejavilo požiadavkami na zvýšenie dávok analgetík, úzkostným sledovaním akýchkoľvek zmien stavu chorého.

Podľa E. Kübler- Ross, existujú určité zákonitosti, ktorými prechádzajú chorý a ich blízki. Málokedy sa však nachádzajú v rovnakej fáze. Pacient už mohol dosiahnuť fázu zmierenia, zatiaľ čo jeho okolie ešte stále prežíva fázu vyjednávania.

V 1. kazuistike bola manželka vo fáze depresie na rozdiel od chorého, ktorý bol vo fáze agresivity. Je to pochopiteľné- muž, živiteľ rodiny, stratil postavenie a autoritu, bol odkázaný na pomoci partnerky, čo mu spôsobuje pocit bezmocnosti a beznádeje a tiež ťažko prijíma fakt, že jeho zdravotný stav sa zo dňa na deň zhoršuje. Manželka nemôže slobodne hospodáriť so svojim časom, všetko prispôsobuje starostlivosti o chorého manžela. Jeho zvýšená závislosť ovplyvňuje aj citový vzťah k nemu. Výsledkom je pocit hnevu, odpor, pocit izolácie a strata duševnej rovnováhy. Túžba zbaviť sa bremena umiestnením do ústavu alebo dokonca pranie smrti je častá. Toto pranie je vzápätí nasledované pocitom viny. Podobné reakcie popisuje aj Tošnerová (2007) a hovorí, že *„opatrojúceho je potrebné ubezpečiť, že takéto pranie je časté, hlavne ak ochorenie trvá dlho a pacient je agresívny, resp. nedosiahol štádium akceptácie ochorenia.“*

V 2. kazuistike boli obaja, tak pacientka aj manžel vo fáze vyjednávania. Stále verili, očakávali „zázrak“, o čom svedčí aj výpoveď manžela „chemoterapia ešte pomôže, vždy keď ste ju prijali na oddelenie tak ste jej pomohli“. V tejto fáze je potrebné, aby dostali členovia rodiny dostatok relevantných informácií a mohli sa rozhodnúť, čo bude správne a dobré pre pacienta.

Napriek tomu, že sa manžel intenzívne o terminálnu manželku staral relatívne krátko, počas hospitalizácie sa u neho prejavili príznaky vyhorenia. V jeho prípade bola záťaž zvýšená aj denným dochádzaním domov (bývali 50 km od ústavného zariadenia), vedomím presunu zodpovednosti za opateru starej mamy a firmy na 20 ročnú dcéru a pocitom zodpovednosti za zamestnancov. Toto všetko sa nakoniec prejavilo negatívnym postojom k sebe samému a utiahnutím sa do izolácie k manželke. A. Pines a E. Aronson (in Křivohlavý, 1998) však tvrdia, že títo ľudia vyhorenie nemusia v tom momente cítiť.

Viktor E. Frankl (1994) zdôrazňuje: *„Človek má vždy možnosť výberu“*. V našich kazuistikách sa partneri rozhodli opatrovať svojich najbližších sami. Takéto rozhodnutie nemusí byť vykonané z vlastnej vôle opatrojúceho. Dôvody, pre ktoré sa členovia rodiny sa rozhodnú opatrovať svojho blízkeho môžu byť rôzne: z lásky, dlhoročnej väzby, pre spirituálne naplnenie, z pocitu povinnosti, viny, ako odpoveď na sociálny tlak alebo kultúrne zvyklosti, pre finančný alebo majetkový prospech.

Starostlivosť o chorého môže vyvolať záťaž, ktorá ovplyvňuje schopnosť opatrojúceho člena rodiny poskytovať starostlivosť na potrebnej a hlavne bezpečnej úrovni. Pociťovaná záťaž môže byť:

Objektívna: vyjadruje praktické problémy súvisiace s opatrovaním ako: *fyzicky ťažká práca, sociálna izolácia, finančná záťaž, problémy v zamestnaní, zanechanie zamestnania.*

Subjektívna: vyjadruje **emočnú reakciu** opatrovateľa- vyplýva z riešenia stresových situácií, trvalej blízkosti smrti, uvedomovania si vlastnej smrteľnosti, smútku, únavy, depresívnej nálady. Neriešené konflikty môžu spôsobiť pocit bezmocnosti, pocit bezvýchodiskovej situácie, pocit straty, poníženia, stigmatizácie, beznádeje, pocitu viny, smútku, úzkosti, depresie, dokonca môže dôjsť k násilnému správaniu (Tošnerová, 2007).

Chronické ochorenie, jeho „dĺžka“ a neistota, ako dlho bude trvať starostlivosť o blízkeho, ako sa bude meniť jeho zdravotný stav a s tým súvisiaca potreba pravidelnej starostlivosti a tiež postupne sa zvyšujúci počet hodín strávených pri chorom, vedú k narušeniu bio- psycho- sociálnej a duchovnej pohody členov rodiny. Narušenie jednotlivých aspektov sa môže prejavovať problémami ako:

Fyzická nepohoda- pocit únavy, porucha spánkového režimu, nechutenstvo,...

Psychická nepohoda- pocit úzkosti, depresia, pocit bezmocnosti, zníženie koncentrácie, problémy so zvládaním situácie, pocit straty kontroly,

Krischke (In Tschuschke, 2004) zhrnul výsledky rôznych štúdií týkajúce sa psychických problémov a záťaže jednotlivých podporných osôb:

- *problémy partnerov-* v popredí je zúfalstvo, depresia, pocit viny, ťažkosti s akceptovaním nádorového ochorenia. Zmena role je prežívaná ako zaťažujúca.

-*problémy detí-* u detí sa objavujú poruchy správania, problémy v škole. Dochádza k preťaženiu v dôsledku úloh navyše a zosilnenému pocitu zodpovednosti.

Sociálna nepohoda- izolácia, porucha v prispôsobení sa novej role, narušenie vzťahov s ďalšími blízkymi, zanechanie zamestnania.

Duchovná nepohoda- pocit neistoty, strata nádeje, viera v náboženstvo môže byť posilnená alebo oslabená.

Návrhy pre prax

Na základe vlastných skúseností z dlhoročnej praxe na onkologickom oddelení a doplnení informácií z použitej literatúry, navrhujeme tieto možnosti pre zlepšenie starostlivosti o pacienta a jeho rodinu.

1. Podporovať rodinu pri starostlivosti v domácom prostredí. Táto podpora by mala zahŕňať:

- prístup k informáciám o starostlivosti, sociálnej pomoci, iných neústavných formách pomoci pri starostlivosti,

- školenia, kurzy v oblasti opatrovania a starostlivosti o chorého,
- poradenstvo v sociálnej oblasti,
- pomoc psychológa.

2. Venovať pozornosť problémom rodiny pri každej návšteve, či už v nemocnici alebo v domácom prostredí- so zameraním na psychický stav, známky vyčerpania, vyhorenia.

3. Zlepšovať koordináciu sociálnych a zdravotníckych služieb na zabezpečenie kontinuity starostlivosti.

4. Vytvoriť podmienky na uľahčenie poskytovania starostlivosti resp. rozšírenie terénnych, ambulantných a komunitne orientovaných služieb.

5. Rozvíjať odľahčovacie služby, podporovať vznik respitných zariadení- pomoc na krátke obdobia (hodina, časť dňa).

6. Používať v praxi vhodné nástroje na hodnotenie záťaže a vyčerpania u domácich opatrovateľov. Využívať pri tom skúsenosti a osvedčené metódy z iných krajín.

Záver

Zmeny v jednotlivých oblastiach- fyzickej, psychickej, sociálnej, spirituálnej, ale aj ekonomickej sa menia v závislosti na zdravotnom stave chorého, jeho odkázanosti na pomoci od druhých, ale aj v závislosti na zdravotnom stave opatrovateľa, na tom, či má pri sebe osobu/osoby, schopné a ochotné ho vystriedať, v čase, keď už nevládze. Ak tomu tak nie je, v dôsledku neustálej pohotovosti stráca kontakt s okolitým svetom, ocitá sa v sociálnej izolácii. Často trpí psychickým a fyzickým vypätím, ktoré sa môže odraziť na jeho zdraví a je vo zvýšenej miere ohrozený syndrómom vyhorenia. Na to, aby boli tieto problémy eliminované, potrebujú rodinní opatrovatelia rady, inštrukcie, podporu a samozrejme aj pomoc od nás, profesionálov. Musíme si uvedomiť, že rodina, bez pomoci, sa môže postarať o svojho chorého, len do určitej miery, za istých okolností a v istom čase. Ľudia, ktorí sa rozhodnú opatrovať svojich blízkych si zaslúžia našu úctu, ale aj úctu a ohodnotenie spoločnosti.

Zoznam bibliografických odkazov

1. FRANKL E.,V.,1994. *Hľadanie zmyslu života*. Úvod do logoterapie.Praha:Psychoanalytické nakladatelství, 1994. ISBN 80-901601-4-X.
2. KŘIVOHLAVÝ, J. 1998. *Jak nestrátit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998.131 s. ISBN80-7169-551-3
3. O´CONNOR, M, ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4

4. OPATRŇÝ, A., 2001. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, [online]. [citované 2008- 09-20]. Dostupné na internete:
http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&selchar=N&seltema=111&sel_podtema=651
5. OPATRŇÝ, A., 2001. *Těžce nemocný člověk v domácím prostředí*. [online]. [citované 2008-09-20]. Dostupné na internete: <http://www.hospice.cz/hospice1/data/nemocny.html>
6. OPATRŇÝ, A., 2005. *V Kde síly v péči o druhé ztrácíme a kde je hledáme*. [online]. [citované 2008-09-20]. Dostupné na internete: <http://www.hospice.cz/literatura>
7. TOŠNEROVÁ, T., 2007. *Příručka pečovatele*. [online]. 3. vydanie. [citované 2008-10-07]. Dostupné na internete: [http://www.pecujici.cz/priruckykestazeni.shtml?cmd\[814\]=c-1-p%F8%EDru%E8ka%](http://www.pecujici.cz/priruckykestazeni.shtml?cmd[814]=c-1-p%F8%EDru%E8ka%)
8. TSCHUSCHKE, V., 2004. *Psychoonkologie*. Praha: Portal. 2004. 216 s. ISBN 80-7178-826-0

Kontakt:

Mgr. Herinková Anna

Ústředná vojenská nemocnica Ružomberok- FN

Klinika klinickej a radiačnej onkológie

ul. M. Vesela 21

034 01 Ružomberok

OŠETROVATEĽSKÝ PROCES PRI UPEVŇOVANÍ ZDRAVIA RODINY

Mária Novosedláková, Zuzana Hudáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Príspevok je zameraný na upevňovanie zdravia rodiny z hľadiska ošetrovateľského procesu. V príspevku uvádzame posúdenie rizikových faktorov životného štýlu rodiny z hľadiska Klasifikačného systému NANDA – International. Klasifikačný systém umožňuje sestru posúdiť jednotlivé domény NANDA – International a stanoviť ošetrovateľskú diagnózu. Pri vypracovaní plánu a intervencií na upevnenie a ochranu zdravia môže sestra využívať odporúčania programov podpory zdravia.

Kľúčové slová: Rodina. Životný štýl. Klasifikačný systém NANDA – International. Sestra.

Abstract

The contribution is aimed at strengthening family health nursing in terms of process. Here the contribution of risk factors assessment of the family lifestyle in terms of NANDA classification system - International. The classification system allows the nurse to assess each domain NANDA - International and determine nursing diagnoses. In developing the plan and interventions to strengthen and protect the health nurse may use the recommendations of health promotion programs.

Key words: Family. Lifestyle. Classification system NANDA - International. The nurse.

Úvod

Komunitné ošetrovateľstvo definuje rodinu ako sociálny systém zložený z dvoch alebo viacerých ľudí žijúcich spolu, ktorých spája legálny a pokrvný vzťah narodenia alebo adopcia dieťaťa (Hanzlíková a kol., 2004).

V ošetrovateľskej profesii sa zvyšuje záujem o rodinu ako základnú jednotku spoločnosti. Skúma sa jej vplyv na zdravie ako celku i na zdravie jej jednotlivých členov. Príslušnosť k rodine znamená, že každý jej člen sa v rámci celku vyvíja z hľadiska dedičnosti, etnického pôvodu, rozvoja osobných, sociálnych, morálnych a kultúrnych hodnôt (Kozierová a kol., 1995).

Metodika

Rizikové faktory, ktoré vplyvajú na zdravotný stav rodiny sa môžu rozdeliť do 4 komponentov:

1. biologické faktory,
2. prostredie (fyzikálne, psychologické, sociálne),
3. zdravotný štýl,
4. zdravotnícky systém (Hanzlíková a kol., 2004).

Literárny prehľad súčasného výskumu upevňovania zdravia v rodine odhalil nedostatok výskumov zameraných na oblasť upevňovania zdravia. Zo 105 článkov len 5 (4,8 %) ponúkalo činnosti na upevnenie zdravia rodiny (Kozierová a kol., 1995).

Vhodnou metódou na posúdenie stavu potrieb a rizikových faktorov životného štýlu rodiny môže byť diagnostický systém NANDA – International. Systém umožňuje sestre posúdiť potreby jedinca a rizikové faktory vzniku ochorenia v logicky na sebe nadväzujúcich krokoch pri posúdení životného štýlu jednotlivcov, rodín alebo komunity (Bužgová, Sikorová, 2008). Komponenty rizikového životného štýlu sa premietajú do NANDA domén.

Hlavná časť

Životný štýl vzniká vtedy ak sa jedinec, sociálna skupina alebo celá spoločnosť vyvíja úsilie, aby súbor podmienok, ktoré ovplyvňujú ich život pôsobil v prospech ich záujmu (Kozierová a kol., 1995). Pre sestru je východiskom pre posúdenie a hodnotenie členov rodiny i rodiny ako celku dostatočné poznanie rizikových faktorov zdravia i systém domén v klasifikačnom systéme NANDA – International. Marečková, 2006 celý systém posúdenia uvádza v algoritme posúdenia stavu potrieb jednotlivca, rodiny alebo komunity. V príspevku uvádzame najčastejšie rizikové faktory životného štýlu rodiny v systéme domén NANDA – International.

1. doména Podpora zdravia – trieda manažment zdravia pomenúva ošetrovateľské problémy z oblasti udržiavania zdravého života a pohody (Marečková, 2006). V rámci tejto domény môže sestra odhaľovať jednotlivcov, rodiny a skupiny u ktorých je vyššie riziko zdravotných problémov. Riziko môže súvisieť s genetickými faktormi, životným štýlom, návykmi, faktormi životného prostredia, sociálnymi faktormi a pod.

Aktuálne ošetrovateľské diagnózy:

1. Trieda manažment zdravia

- neefektívna podpora zdravia 00099
- neefektívny liečebný režim rodiny 00081
- zhoršenie udržiavanie domácnosti pre rodinu 00098

Ošetrovateľské diagnózy na zlepšenie zdravia:

- efektívny liečebný režim rodiny 00082
- ochota k zlepšeniu liečebného režimu 00162
- hľadanie zdravého životného štýlu 00084 (Marečková, 2006).

2. doména Výživa – pri posúdení stavu výživy a rizika ochorenia je doména zameraná na prijímanie potravy, trávenie a vstrebávanie, metabolizmus a dostatok tekutín. Dôležité sú informácie o skladbe a zložkách potravy, ktoré majú vzťah ku kardiovaskulárnemu ochoreniu. Podľa Kaplana (1996) ide predovšetkým o celkový príjem energie v kalóriách, množstvo cholesterolu v krvi, množstvo tuku a príjem vláknin v potravinách, minerálov, udržiavanie vhodnej hmotnosti.

Aktuálne ošetrovateľské diagnózy:

1. Trieda: prijímanie potravy

- nedostatočná výživa 00002
- nadmerná výživa 00001
- riziko nadmernej výživy 00003

Ošetrovateľské diagnózy na zlepšenie zdravia:

- ochota k zlepšeniu bilancie tekutín 00160 (Marečková, 2006).

4. doména Aktivita – odpočinok: pri posúdení potreby aktivity, odpočinku sa sestra zameriava na hodnotenie spôsobu udržiavania telesnej kondície cvičením alebo inými aktivitami vo voľnom čase, pri relaxácií a športovej aktivite. U jednotlivcov je potrebné zistiť frekvenciu a dĺžku cvičebnej aktivity.

Aktuálne ošetrovateľské diagnózy:

Trieda: 2 aktivita – pohyb

- nedostatok záujmových aktivít 00097
- sedavý životný štýl 00168

7. doména Vzťahy – doména sa orientuje na oblasť medziľudských kontaktov, spolunažívania človeka so skupinou ľudí a na prejavy sociálnych kontaktov. Posúdenie a diagnostika sa zameriava na vyrovnávanie sa so životnými udalosťami. Doména ponúka aktuálne ošetrovateľské diagnózy ošetrovateľských problémov :

1. Trieda: rola opatrovateľa

- zhoršená rodičovská rola 00056

2. Trieda: rodinné vzťahy

- prerušený život rodiny 00060
- dysfunkčný život rodiny s alkoholizmom 00063

Ošetrovateľské diagnózy na zlepšenie zdravia:

- ochota k zlepšeniu funkcie rodiny 00159

3. Trieda: vykonávanie rolí

- neefektívne plnenie role 00055
- konflikt rodičovskej roly 00064
- poškodená sociálna interakcia 00052 (Marečková, 2006).

8. Doména Sexualita – pri posúdení tejto domény sestra posudzuje sexuálnu identitu, sexuálne funkcie a sexuálnu reprodukciu. Machová, Hamanová, (2002) charakterizujú reprodukčné zdravie ako zdravie, ktoré sa týka ľudského rozmnožovania. Pojem nezdravý sexuálny život úzko súvisí s existenciou pohlavných chorôb, ktoré poukazujú na rizikové správanie v sexuálnej oblasti.

Výsledok posúdenia tejto domény môže poukázať na potrebu výchovného pôsobenia v oblasti pohlavne prenosných chorôb, nechcenej tehotnosti, umelé ukončenie tehotenstva a pod.

Aktuálne ošetrovateľské diagnózy:

1. Trieda: sexuálna identita

- sexuálna dysfunkcia 00059
- neefektívny sexuálny život 00065 (Marečková, 2006).

9. Doména – Zvládanie záťaže – odolnosť voči stresom – diagnostická doména poskytuje informácie z oblasti zvládania životných udalostí. Ponúka ošetrovateľské diagnózy pre ošetrovateľské problémy zvládnutie odozvy na traumy, zvládnuť záťaž a zvládnuť reakcie mozgu a nervov (Marečková, 2006). Psychická záťaž je faktorom, ktorý významne ovplyvňuje zdravie jedinca. Stres je fenomén, ktorý vzniká v dôsledku nerovnováhy medzi úrovňou najrôznejších životných nárokov a adaptívnych schopností človeka. Miera a povaha nerovnováhy určuje dopad stresu na kvalitu zdravia a choroby (Mičák, 2005).

Aktuálne ošetrovateľské diagnózy:

1. Trieda: postraumatická odozva
 - postraumatický syndróm 00141
2. Trieda: reakcia na zvládanie záťaže
 - strach 00148
 - úzkosť 00146
 - neefektívne zvládanie záťaže 00069
 - defenzívne zvládanie záťaže 00071 (Marečková, 2006).

Na rozpoznanie ošetrovateľských diagnóz sa orientujeme podľa diagnostických prvkov, medzi ktoré patria určujúce znaky a súvisiace faktory. Intervenčné postupy pri jednotlivých ošetrovateľských diagnózach z oblasti rizikových faktorov životného štýlu rodiny sú definované programami WHO na podporu zdravia. Analýza zdravotného stavu obyvateľstva preukázala zhoršenie zdravia v niektorých ukazovateľoch stavu zdravia. V porovnaní s 28 európskymi štátmi sa SR ocitla na predposledných miestach.

Na zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva, zabezpečenie prevencie a ochrany zdravia jednotlivcov, rodiny a skupín vypracovalo Ministerstvo zdravotníctva SR Národný program podpory zdravia (NPPZ). Súčasná aktualizácia Národného programu podpory zdravia (NPPZ) nadväzuje na úlohy vyplývajúce zo vstupu SR do EU, ako aj na prijaté rozhodnutia a odporúčania parlamentu a rady EU, taktiež na súčasne zmeny v legislatíve a stratégii zdravotníctva na Slovensku (www.uvzsr.sk).

Záver

Zhodnotenie biologických aspektov, prostredia a životného štýlu v rámci rodiny má poskytnúť sestre všeobecné poznatky o zdravotnom stave rodiny. Klasifikačný systém NANDA umožňuje asociovať sestre vedomosti o rizikových faktoroch životného štýlu a plánovať stratégie, ktoré môžu využívať členovia rodiny, aby zostali zdraví.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. 2008. *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 2008. 88 s. ISBN 978-80-7368-499-0.
2. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2004. 280 s. ISBN 80-8063-155-7.
3. KAPLAN, R.M., SALLIS, J.F., PATTERSON, T.L. 1996. *Zdravie a správanie človeka*. Bratislava SNP, 1996, 450 s. ISBN 80-08-00332-4.
4. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
5. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. 2002. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Jinočany: H&H, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
6. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
7. MLČÁK, Z. 2005. *Psychologie zdraví a nemoc*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 2005. 84 s. ISBN 80 – 7368 – 035 - 1.
8. Národný program podpory zdravia. Citované [6.09.2011]. Dostupné na internete http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/narodny_program_sk.pdf

Kontakt:

PhDr. Mária Novyzedláková, PhD.

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E –mail: maria.novyzedlakova@ku.sk

RODINA AKO HLAVNÝ POSKYTOVATEĽ POMOCI ĽUĎOM V STAROBE

Peter Laca

Gréckokatolícka teologická fakulta, Prešov

Abstrakt

Staroba je prirodzeným procesom v živote človeka a starí ľudia si právom zasluhujú pozornosť, trpezlivosť a predovšetkým pomoc rodiny. Starnutie a staroba prinášajú pre väčšinu ľudí mnohé problémy, s ktorými sa vyrovnávajú buď sami alebo v kruhu svojej rodiny, prípadne za pomoci spoločnosti. Preto je spoločensky, odborne aj ľudsky dôležité venovať sa problematike starších ľudí, ktorí sa nachádzajú v pokročilom veku svojho života. Príspevok je obsahovo zameraný na charakteristiku starnutia a staroby a na problematiku rodiny ako základnej jednotky spoločnosti a poskytovania pomoci ľuďom v starobe.

Kľúčové slová: Staroba. Starí ľudia. Rodina. Starostlivosť. Ľudskosť. Dôstojnosť. Sebestačnosť.

Abstract

Old age is a natural process in human life and the elderly the right attention, patience and above all help the family. Ageing and old age for most people bring many problems, which are cleared either by themselves or in their family circle, or in the circle of his family or for the company. Therefore, it is socially, professionally and humanly important to address the issue of older people who are at an advanced age of his life. Post content is focused on the characteristics of aging and old age and family issues as the fundamental unit of society and helping people in old age.

Key words: Old age. Elderly. Family. Care. Humanity. Dignity. Self-sufficiency.

Úvod

Významným spoločenským fenoménom a predmetom mnohých diskusií sa za posledné desaťročie stalo starnutie a z neho vyplývajúca staroba, ako jeden zo základných demografických faktorov. Najpevnejšie putá starostlivosti, ľudskosti, pomoci a pocitov spolupatričnosti vždy vznikali v rodine, kde aj starší ľudia majú svoje určité miesto. V súčasnej modernej spoločnosti dochádza k zmenám vnímania staroby a zároveň pohľadu na ľudí dosahujúcich pokročilý vek života. V dávnych časoch boli starí ľudia nositeľmi

múdrosti, vedomosti a tradície. Nie je žiadnym tajomstvom, že v terajšej dobe prevláda tzv. kult mladosti, krásy, sily, radosti, hýrenia a bohatstva (Laca, 2011). Jedinci, ktorí tieto prednosti nespĺňajú a nezodpovedajú uznávaným normám, nie sú pre spoločnosť príťažliví a ich potreby sú často zanedbávané a pomoc sa im odkladá.

Ešte skôr, v predchádzajúcich storočiach sa pomoc starším ľuďom chápala ako morálna povinnosť, keď mladší a zdravší členovia rodiny mali zodpovednosť postarať sa o starších členov rodiny. Súčasná situácia v rodinách sa mení a mení sa i vzťah k staršej generácii. Zároveň sa mení aj samotný pohľad na starnutie a starobu. Rodina je síce jedným z najstarších fenoménov sprevádzajúcich človeka, ale zároveň je v nej veľa meniacich sa faktorov, ktoré je dôležité spoznávať a rozvíjať vzhľadom k jej významu pre staršiu generáciu.

Starnutie a staroba

Každá etapa ľudského života má svoj pôvab, krásu i užitočnosť. Medzi ne patrí proces starnutia a staroby. Je to prirodzený proces v živote človeka, pri ktorom dochádza k osobnostným zmenám, k zmenám v medziľudských vzťahoch, k zmene záujmov, k zmenám v oblasti citových reakcií, etických názorov, náboženského presvedčenia a najmä života. V tomto období sa zvyšuje úsilie o dôstojné a zmysluplné prežitie života v jeho poslednej fáze. Starnutie a staroba sú podľa Schlosserovej (2009, s. 345) významnou etapou ontogenetického vývinu jednotlivca a predstavujú prirodzenú súčasť životného cyklu človeka. Pritom je však potrebné rozlišovať starnutie a starobu, pretože „kým starnutie je zákonitý biologický proces, staroba je posledným obdobím života a je vždy zakončená smrťou“ (Krajčík 2000, s. 20). Starobu charakterizujeme ako etapu ľudského vývoja, ako časový úsek s biologickými a sociálnymi zvláštnosťami.

Žijeme v 21. storočí, v ktorom sa predpokladá rýchle starnutie svetovej populácie. Preto je potrebné venovať sa problematike starnutia a staroby s plnou vážnosťou a rozoberať ju z rôznych uhlov pohľadov. Problematika staroby je vždy komplexná, keďže má súčasne biologický, psychologický a sociálny charakter. V období staroby dochádza k určitým životným zmenám. Starší človek, ktorého označujeme za človeka nachádzajúceho sa v pokročilom veku života stráca určité sociálne úlohy, značne sa menia jeho perspektívy a hodnotový systém. Starnutie nastáva spoločne so zmenami organizmu a jeho funkciami, ktoré však nemusia mať vždy a v každom prípade iba negatívny charakter. Človek v pokročilom veku života síce nie je až taký rýchly, silný, obratný a zručný, ale je zato oveľa viac skúsený, rozvážny, kritický a vyrovnaný.

Zvyčajne veľkým prelomom v jeho živote je vstup do dôchodku, odchod detí z rodiny alebo strata blízkej osoby, partnera, partnerky. Vstup do dôchodkového veku, resp.

sociálneho veku, to znamená do veku po ukončení zamestnaneckej (pracovnej) činnosti, prináša riziká malej adaptácie na pokojný stav dôchodku, stratu životného programu a spoločenskej prestíže. Medzi ďalšie riziká prináleží stav osamelosti, pokles životnej úrovne², nesebestačnosť, ageizmus³ a pod.

Vstupom do dôchodkového veku môže viesť u niektorých starších ľudí k predstave stareckej neužitočnosti. Títo ľudia nie sú ohrození biedou a núdzou, lenže sú ohrození zásadnou zmenou spoločenskej roly, ide o stratu životnej roly, životného programu. Dôchodkový človek sa dostáva do roly, do úlohy „nemať rolu – nemať úlohu“ (Kalvach 1995). Takýto človek sa náhle obáva množstva voľného času, ako ho vlastne naplniť.⁴ A tak chce vykonávať akúkoľvek činnosť, ktorá by ho zamestnala, zabavila. Okrem prarodičovskej roly seniori často inú funkciu nemajú, a preto ani žiadny status. Strata statusu, a tým aj podstatnej časti vlastného sebavedomia a hodnoty, je ťažkou ujmov v poslednej fáze života. V zamedzení alebo zmiernení straty statusu alebo následkov sociálnej deprivácie má nezastupiteľnú úlohu rodina, ktorá ma k danému seniorovi najbližšie.

Rodina ako základná jednotka spoločnosti a ako hlavný poskytovateľ pomoci

Rodina sa už mnoho rokov považuje za základnú jednotku spoločnosti. Považuje sa tiež za prirodzené spoločenstvo rodičov a detí. Je tajomstvom manželskej, materinskej, otcovskej, detskej, bratskej lásky a lásky starých rodičov a vnúčat i lásky vnúčat k starým rodičom. Rodina poskytuje svojim členom, deťom aj dospelým, potrebné zázemie, uspokojuje ich potreby a sprostredkováva skúsenosti, ktoré nie je možné získať nikde inde. Rodina je miestom, v ktorom sa realizuje najvýznamnejšia etapa procesu socializácie, kde sa jednotlivec stáva spoločenskou bytosťou, kde rozvinie svoje potenciality (Vanková, 2009, s. 125).

Vo všeobecnosti rodinu chápeme ako jednu z najvýznamnejších inštitúcií, v ktorej ako primárnej sociálnej skupine prevažujú najmä biologické a osobné vzťahy. Má „svoje pravidlá a riadi sa platnými zákonmi spoločnosti“ (Hotúr, Paška, Perhács, 2000, s. 547).

Z hľadiska jednotlivca a spoločnosti sa význam rodiny v jednotlivých historických obdobiach mení. K tomu vo veľkej miere prispieva celkový vývoj spoločnosti. Na základe týchto zmien sa dejú rôzne vnútorné premeny rodiny, odrážajúce sa hlavne v postavení jej jednotlivých členov. Súžitie viac členov v domácnosti pod jednou strechou ako uvádza

² Mení sa finančná situácia človeka, je nútený zaoberať sa myšlienkou zmeny životného štandardu a jeho doterajšieho životného priestoru a prostredia. Často je to spôsobené aj zhoršením zdravotného stavu, kedy sa samotný starší človek nedokáže sám o seba postarať a kvalita jeho života je narušená.

³ Pojem ageizmus použil prvýkrát Róbert Butler, riaditeľ National Institute on Aging v USA roku 1969. Toto slovo nemá zatiaľ v slovenčine, ani v češtine presný ekvivalent. Ageizmus znamená diskrimináciu na základe veku, v súvislosti so spoločenskou skupinou seniorov alebo diskrimináciu osôb vyššieho veku.

⁴ Jednou z podmienok spokojnej staroby je udržanie aktivity, samozrejme s rešpektovaním individuálnych možností a želaní. Naopak nedostatočná aktivita vedie k apatii, vystavuje deprivácii emočnej, senzorickej, depresii, pocitu bezmocnosti, neschopnosti niečo zmeniť a rýchlej strate telesných a duševných síl.

Dvořáčková (2009, s. 58) je už prežitkom a dospelé deti mnohokrát strácajú kontakt so svojimi rodičmi. Tendencia mladých ľudí osamostatňovať sa, prináša nový jav. Ide o jav osamelosti starších ľudí v prežívaní staroby. Práve starší ľudia v prebiehajúcej etape svojho života sú tým prirodzeným mravným pilierom, potrebnou, nezastupiteľnou vzpruhou v smere ľudskosti a dôstojnosti, o ktorý sa dá v rodine oprieť.

Starší ľudia tak môžu byť pre rodinu prínosom v každom smere. Záleží len na rodine ako sa rozhodne, či sa stane príjemcom, a zároveň aj poskytovateľom pomoci starším ľuďom vo svojej rodine. Lebo každý človek si určite praje stráviť poslednú fázu svojho života v kruhu svojej rodiny a najnovšie trendy v starostlivosti o ľudí v starobe (seniorov) potvrdzujú, že najvhodnejšími formami starostlivosti sú tie, ktoré im umožňujú zotrvať v domácom prostredí tak dlho, ako je len možné. Pritom sa vynára otázka povinnosti detí voči rodičom, ktorá je veľmi stará a každá rodina si vytvára vlastný ideál známeho štvrtého biblického Božieho prikázania: „Cti otca svojho i matku svoju“.⁵

Na zabezpečenie potrebnej starostlivosti o staršieho človeka počas staroby v rodine alebo s pomocou rodinných príslušníkov v jeho vlastnej domácnosti je možné pri splnení troch základných bodov, ako ich uvádza Pacovský (1990) A to konkrétne:

1. Rodina má záujem postarať sa o svojho staršieho člena, chce mu byť hlavným poskytovateľom pomoci vo fáze jeho života. Rodina sa v tomto prípade drží morálnych zásad, ktoré hovoria, že morálnou povinnosťou dospelých detí je poskytnúť svojim starším rodičom a prarodičom starostlivosť. Na druhej strane však rozpory v rodine, odchody od detí, rozvody, alkoholizmus, zlé správanie k manželke, manželovi a deťom a iné príčiny môžu zapríčiniť, že rodina nemá záujem zabezpečiť patričnú starostlivosť.
2. Rodina sa môže starať o svojho staršieho člena. V značnej miere by sa v podstate každá rodina chcela starať o svojich najbližších členov, nakoľko starší ľudia neľahko znášajú inštitucionalizáciu a dostatočne ju odmietajú. Lenže príjmy mnohých rodín sú nízke a sú potrebné na zabezpečenie vlastných rodín po stránke ekonomickej (Laca, 2010). Aj z tohto dôvodu sa nemôžu starať o svojich starších členov rodiny, ktorí to potrebujú.
3. Rodina dokáže poskytnúť požadovanú starostlivosť. Opatrovanie staršieho a chorého človeka je často náročné a vyčerpávajúce. Vyžaduje si to vedomosti hlavne v oblasti opatrovateľskej činnosti, poznatky o charaktere ochorenia a niektoré pomôcky na uľahčenie opatery danej osoby.

Starostlivosť poskytovaná ľuďom v starobe a chorobe vo vlastnej rodine sa dá len veľmi ťažko vynútiť. Rozhodnutie musí byť eticky motivované a tiež s pochopením prijímané.

⁵ Toto štvrté Božie prikázanie vo svojej afirmatívnej forme prikazuje piete, úslužnosť a poslušnosť voči rodičom, nepriamo aj povinnosti rodičov voči deťom. V negatívnej forme zakazuje všetko, čo by mohlo rodičov zneuctiť.

Záver

Starí ľudia sú nenahraditeľným bohatstvom rodiny a celej spoločnosti. A preto hlavným cieľom starostlivosti v rodinách by malo byť čo najlepšie uspokojenie reálnych potrieb vlastných členov, ktorí prežívajú starobu, a ktorí potrebujú vzhľadom na svoj vek, zdravotný stav, osobnostný a psychický rozvoj, podmienky bežného života. Lebo staroba nie je choroba a aj ľudia v starobe môžu ešte prinášať ovocie pre ostatných členov rodiny v podobe múdrosti, zhovievavosti, humoru a nachádzania zmyslu života a smrti. Záverom môžeme konštatovať, že rodina je najdôležitejším článkom v živote človeka prežívajúceho starobu, pomáha mu vyrovnávať sa so zmenami, ktoré mu toto obdobie života prináša.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DVOŘÁČKOVÁ, D.: *Postavení seniorů v současné společnosti*. In: Zdravotnictví a sociální práce. Vědecký časopis. Plzeň : SAMOSATO, 2009, 95s. ISSN 1336-9326.
2. HOTÚR, V., PAŠKA, P., PERHÁCS, J.: *Výchova a vzdelávanie dospelých*. Andragogika. Terminologický a výkladový slovník. Bratislava : SPN, 2000, 547s. ISBN 80-08-02814-9.
3. LACA, S.: *Etické princípy v zdravotnej starostlivosti*, In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi, Ružomberok : Verbum, 2010, 189 s. ISBN 978-80-8084-616-9.
4. LACA, S.: *Vybrané kapitoly z etiky pre sociálno-zdravotnícke profesie*, Bratislava : Beki desing, 2011, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, s. 264, ISBN 978-80-8132-015-6.
5. KALVACH, Z.: *Vybrané kapitoly z geriatrickej a medicíny chronických stavů II. díl*, 1. vyd. Praha: Karolinum 1995.
6. KRAJČÍK, Š.: *Geriatrickej*. Trnava : SAP, 2000, 82s. ISBN 80-88908-68-X.
7. PACOVSKÝ, V.: *O stámuti a stáří*. Praha : AVICENUM, 1990, 136s. ISBN 80-201-9076-8.
8. VANKOVÁ K.: *Sociálna a ekonomická núdza jej dopad na rodinný a spoločenský život*. In: Zborník príspevkov Sociálna a ekonomická núdza – bezpečnosť jedinca a spoločnosti. Bratislava 2009. ISBN 978-80-89271-63-4.
9. SCHLOSSEROVÁ I.: *Fenomén staroby v Slovenskej republike*. In: Zborník príspevkov Sociálna a ekonomická núdza – bezpečnosť jedinca a spoločnosti. Bratislava 2009. ISBN 978-80-89271-63-4.

Kontakt:

Peter Laca

Gréckokatolícka teologická fakulta

Ulica biskupa Gojdiča 2, Prešov

E-mail: peter.laca@post.sk

RODINNÉ OŠETROVATEĽSTVO

Lukáš Kober

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Vo svojej každodennej praxi sestry spolupracujú nie len s pacientmi, ale aj s rodinami a komunitami. V zahraničí, najmä v USA je samotná prax a štúdium rodinného ošetrovateľstva na vysokej spoločenskej a profesionálnej úrovni. Rodinná sestra je sestra, ktorá plní viacero úloh, ktoré zvyčajne vykonáva lekár. Často spolupracuje s pacientmi v priebehu celého cyklu rodinného života. Rodinná sestra ponúka vzdelávanie a poradenstvo, vykonáva testy a vyšetrenia samostatne. Rodinné ošetrovateľstvo pomáha rodine pri udržiavaní zdravia a vysporiadaní sa so zdravotnými problémami (Szabóová, 2003). Zabezpečuje spoluúčasť rodiny na prevencii, zabezpečuje ošetrovateľskú starostlivosť o dlhodobu a chronicky chorých a spoluúčasť rodiny pri umieraní člena rodiny.

Kľúčové slová: Rodina. Rodina ošetrovateľstvo. Sestry komunity. Vzťahy.

Summary

In his daily practice nurses collaborate not only with patients but also with families and communities. Abroad, particularly in the U.S. itself is a family practice and study nursing at a high social and professional level. Family nurse is a nurse who performs many tasks usually performed by a doctor. It often works with patients throughout the family life cycle. Family nurse offers education and counseling, tests and examinations carried out separately. Family nursing helps the family in maintaining health and coping with health problems (Szabóová, 2003). Ensures the participation of families in prevention, provides long-term nursing care and the chronically ill and the family involvement in the dying family member.

Key words: Family. Family nursing. Nurses. Community relations.

Úvod

Rodinné lekárstvo je oblasť praxe, ktorá slúži celej rodine v zdraví aj chorobe od narodenia, počas života až po smrť. Rodinné lekárstvo vzniklo v USA ako dôsledok nedostatku praktických lekárov najmä vo vidieckych oblastiach, rýchleho starnutia populácie

a komplikácií s populáciou bez zdravotného poistenia. V USA pochopili nevyužitý potenciál sestier a tie začali v praxi dopĺňať nízky stav lekárov v rodinnom lekárstve.

Systém rodinného ošetrovateľstva je navrhnutý v dvoch úrovniach. Úroveň jednotlivých členov rodiny založená na individuálnosti. Interpersonálna úroveň sa zaoberá väčším celkom, rodinným systémom, ktorý zahŕňa štrukturálne a funkčné komponenty rodiny v interakcii s prostredím. Zatiaľ, čo rodina spadá do ošetrovateľskej praxe sestier, intervencie zamerané na zmenu systému vyžadujú komplexné pochopenie zložitých vzťahov medzi jednotlivými komponentmi systému rodiny a samotnej zručnosti klinického odborníka. (Friedemann, M. L., 2006)

Metodika

Rodinné ošetrovateľstvo v našich podmienkach neexistuje a preto predkladaný text má slúžiť ako krátky súhrn toho, čo v USA existuje a funguje už niekoľko desaťročí. Práve táto forma kvalifikácie sestier otvorila nové možnosti, ktoré ponúka potenciál sestier, na Slovensku tak podceňovaný. Agentúry domácej starostlivosti sú síce poskytované formou rodinného ošetrovateľstva, ale ich úloha je obmedzená či už samotnými kompetenciami sestier, ich kvalifikáciou a rozsahom poskytovaných služieb, preto porovnávanie týchto systémov by nebolo možné.

Rodinné sestry sú špecialistky vyškolené poskytovať široké spektrum starostlivosti rôznorodej skupiny pacientov. Zameriavajú sa na podporu zdravia a prevenciu chorôb od detstva až do staroby a sú vyškolené k diagnostike a k liečbe v rámci plánovania ošetrovateľskej starostlivosti v akútnych a chronických fázach ochorení. Rodinné sestry, alebo v USA tzv. Family Nurse Practitioner (FNP) sú manažérmi a administrátormi pacientov, pedagógmi a podieľajú sa na výskume v oblasti rodinného lekárstva. Rodinná sestra je schopná a autonómna. Má schopnosti liečiť pacientov samostatne, rovnako ako lekár. Rodinné sestry sú licencované rovnako, ako všetky praktické sestry v USA. Každý štát má radu ošetrovateľstva, ktorá vydáva licencie pre sestry s pokročilou praxou. Väčšinu času s rodinou sestry strávia s pacientom na klinike, ambulancii, príp. prostredníctvom telefónu.

Rodinná sestra sa špecializuje na rodinnú alebo všeobecnú starostlivosť. V niekoľkých štátoch v USA je možné, že rodinná sestra praktizuje svoju prax samostatne, zatiaľ čo v iných štátoch musí spolupracovať s lekárom. Podľa toho má rodinná sestra obvykle väčšiu nezávislosť a samostatnosť ako sestra inej špecializácie.

Rozsah praxe rodinnej sestry:

- 1) Starostlivosť o chronicky chorých pacientov.
- 2) Stanovenie diagnózy ochorenia a sprostredkovanie liečby.

- 3) Predpisovanie liekov podľa požiadaviek liečby.
- 4) Vyhodnotenie a spracovanie rôznych diagnostických vyšetrení u pacientov.
- 5) Vedenie fyzických testov.
- 6) Poskytovanie fyzikálnej terapie spolu s ďalšími rehabilitačnými metódami.
- 7) Vzdelávanie pacientov, podpora zdravého života a životného štýlu. (Family Nurse Practitioner Salary, 2011)

Ďalšie úlohy rodinnej sestry:

- starostlivosť o rodiny, kde matka má rakovinu prsníka;
- starostlivosť o osobu trpiacu metastázujúcim karcinómom prsníka;
- ošetrovanie člena rodiny pri problémoch spojených s užívaním alkoholu;
- starostlivosť o rodinu s novým dieťaťom;
- starostlivosť o starší manželský pár, obaja sú v zlom zdravotnom stave;
- starostlivosť o starších polymorbidných vdovcov;
- starostlivosť o rodiny, kde otec je silný fajčiar, ktorý chce prestať fajčiť;
- starostlivosť o diabetika, ktorý sa postupne stratil nezávislosť a musí byť prijatý do ústavnej starostlivosti;
- príprava matky prvoroďičky, príprava rodiny na prírastok v nového člena rodiny;
- starostlivosť o drogovu závislú tehotnú členku rodiny;
- starostlivosť teenagerku, ktorá je tehotná,
- starostlivosť o etnické menšiny, rodiny utečencov;
- prevencia nehôd, odchýlok od zdravého životného štýlu.

Rodina sestra sa môže starať o svojich pacientov v rôznych fázach života. On alebo ona môže tiež vykonávať celý rad úloh, ako je prenatálna starostlivosť a starostlivosť o seniorov. Od profesionálnej praktizujúcej rodinnej sestry, sa očakáva, že bude pracovať v primárnej starostlivosti, avšak môže mať oprávnenie aj na prax v nemocnici. Rodinné sestry majú uplatnenie aj v rôznych neziskových organizáciách, kde poskytujú zdravotnícke služby, vykonávajú pedagogickú činnosť, ktorej cieľom je podpora vzdelávania verejnosti o zdravom životnom štýle, príp. pôsobia na vysokých školách. O rodinné sestry je v USA veľký dopyt, pretože sú vnímané ako vysoko kvalifikované odborníčky, ktoré môže poskytovať špičkové a cenné služby jednotlivcom. (Family Nurse Practitioner Salary, 2011)

Teória rodinného ošetrovateľstva od Marilyn M. Friedman



Obrázok 1 Dr. Marilyn M. Friedman, RN, MS, MA
Zakladateľka teórie, vedy a praxe rodinného
ošetrovateľstva

Dr. Marilyn M. Friedman, RN, MS, MA, emeritný profesor, School of Nursing at California State University, Los Angeles. Ako prvá začala realizovať výučbu rodinného ošetrovateľstva v rámci komunitného ošetrovateľstva u študentov ošetrovateľstva v 70. rokoch minulého storočia. V týchto časoch zostavila učebné texty, kde sa venovala ošetrovateľstvu v rodine. Mala víziu o definovaní rodinného ošetrovateľstva a rozhodla sa vytvoriť rámce hodnotenia rodiny pre sestry na podklade vedomostí zo sociológie. V roku 1981 vydala

prvú knihu pod názvom Family Nursing: Theory and Assessment (Rodinné ošetrovateľstvo: Teória a hodnotenie). (Bell, J. 2007)

Vzdelávanie rodinných sestier v USA

Rodinné sestry sú praktické sestry so špecializáciou v rodinnom lekárstve (NPS). Väčšina rodinných sestier v USA študuje bakalársky stupeň vzdelania Bachelor of Science in Nursing (BSN) a následne pokračuje v magisterskom stupni vzdelania Master of Science in Nursing (MSN). Následne sa sestra stáva tzv. „modernou sestrou“, resp. ide o sestru s pokročilou praxou [Advanced practitioner nurse](#) (APN). APN sú špecializované sestry s úrovňou vzdelania zodpovedajúcou magisterskej alebo doktorskej úrovni. Takéto sestry poskytujú služby na úrovni, ktoré podáva praktický lekár. Okrem FNP existujú ďalšie stupne špecializácie, ktoré môžu APN získať a to:

- certifikovaná anesteziologická sestra (CRNA)
- certifikovaná pôrodná asistentka (CNM)
- klinická sestra špecialistka (CNS)
- pediatria, vrátane detskej akútnej / chronickej starostlivosti, detská intenzívna starostlivosť, detská onkológia a všeobecná pediatria (PNP),
- neonatológia (NNP),
- gerontológia (HNP),
- zdravie žien (WHNP),
- psychiatria a duševné zdravie (PMHNP),
- akútna starostlivosť (ACNP),
- zdravie dospelých ľudí (ANP),
- onkológia (FNP, ACNP, ANP, PNP alebo ANP)
- ochrana zdravia pri práci (ako ANP alebo FNP) ([List of nursing credentials](#), 2011)

Ohodnotenie sestier v USA podľa úrovne kvalifikácie

Tabuľka 1 Licencovaná praktická sestra (LPN)

(Zdroj: U.S. Bureau of Labor Statistics, 2010, www.salary.com, 2011)

Priemysel	Ročný priemer miezd
Dom ošetrovateľskej starostlivosti	42.590 dolárov
Nemocnica	40.250 dolárov
Ordinácia lekára	37.480 dolárov
Komunitná starostlivosti	42.270 dolárov

Tabuľka 2 Registrovaná sestra (RN)

Priemysel	Ročný priemer miezd
Nemocnica	68.610 dolárov
Ordinácia lekára	70.530 dolárov
Hlavná zdravotná starostlivosti	63.850 dolárov
Dom s opatrovateľskou službou	59.990 dolárov
Ambulantná starostlivosť	67.550 dolárov

Tabuľka 3 Sestra s pokročilou praxou (APN)

Pokročilá prax ošetrovateľstva	Ročný priemer miezd
Kategória	
Certifikovaná anesteziologická sestra (CRNA)	156.032 dolárov
Certifikovaná pôrodná asistentka	91.242 dolárov
Klinická sestra-špecialistka (CNS)	87.867 dolárov
Rodinná sestra (FNP)	89.787 dolárov

Záver

Rola rodinnej sestry je u nás v súčasnosti neznáma - neexistuje! Jej prijatie vyžaduje ďalšiu stratégiu zmeny, jasné a vzájomné chápanie rolí. Naše vzdelané sestry pociťujú deficit v kompetenciách, ktoré stále neriešia kvalifikačný a špecializačný stupeň vzdelania sestier a preto pevne veríme, že inovačné trendy v ošetrovateľstve tento nedostatok postupne odstránia. Predpokladáme, že pojmy rodinný lekár, rodinná sestra budú obsahom učebných textov vo vzdelávacom systéme zdravotníckych pracovníkov. Vhodné vzdelávacie programy,

zavedenie zodpovedajúceho legislatívneho rámca a prostriedkov na jeho uplatnenie je ďalším dôležitým krokom moderného ošetrovateľstva.

Zoznam bibliografických odkazov

1. ALEXANDRE, M. et al. 2000. *The Family Health Nurse. Context, Conceptual Framework*. Kodaň: WHO, 2000, s. 7. ISBN 92 890 1172 6
2. BELL, J. 2007. Distinguished Contribution to Family Nursing Award. In: *Journal of Family Nursing*. Volume 13. Number 3, p. 287 – 289.
3. Family Nurse Practitioner Salary. 2011. [cit. 2011-09-22]. Dostupné na internete: <http://www.familynursepractitionersalary.org/>
4. FRIEDEMANN, M. L. 2006. *The concept of family nursing*. Article first published online: 22 DEC 2006. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1989.tb01527.x
5. [List of nursing credentials](#). 2011. [cit. 2011-09-22]. Dostupné na
6. internete: http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_credentials_and_certifications
7. SZABÓOVÁ, Ž. 2003. Rodinná sestra. In: *Súbor dokumentov Svetovej zdravotníckej organizácie pre sestry a pôrodné asistentky*. 1 vyd.. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. 2003, s. 147-158.

Kontakt:

Lukáš Kober

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: lukas.kober@ku.sk

PARKINSONOVA NEMOC – RODINA V ROLI PEČOVATELE

Jarmila Verešová¹, Eva Winklerová²

¹Nemocnice Vsetín a.s.,

²UTB ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií, Ústav ošetřovatelství

Resumé

Parkinsonova nemoc je pomalu se rozvíjející onemocnění, které svými zdravotními důsledky závažně postihuje své nositele, ale také jejich partnery, děti a ostatní příbuzné, kteří o nemocné pečují. Nelze brát domácí péči o osobu v pokročilém stadiu nemoci za zcela samozřejmou a soukromou záležitost rodiny. Všichni, kteří převzali roli pečovatele, mají právo na všestrannou pomoc, odborné poradenství, možnost využití podpůrné a respitní péče, ale hlavně mají právo na svůj život a mít čas na své aktivity.

Klíčová slova: Parkinsonova nemoc. Rodina. Úloha rodiny. Laický pečovatel. Psychohygiena pečovatele.

Resume

Parkinson's disease is slowly evolving illness, which its medical consequences seriously affects its holders, but their partners, children and other kinsmans, who care for sick, too. Unable to take home caring for a person with advanced disease as totally obvious and a private family matter. Everybody, who took role of caregiver, have the right to full help, expert advice, possibility of using support and respite care, but mainly have the right for their life and have a time for their activities.

Key words: Parkinson's disease. Family. Role of the family. Laical caregiver. Caregiver's mental hygiene.

Úvod

Přibližně každý tisící člověk trpí Parkinsonovou nemocí, postihuje všechny kultury a rasy na tomto světě (Schwarz, 2008, s. 103). Jde o neurologické onemocnění, pomalu se rozvíjející, které nelze vyléčit, lze však potlačit či omezit příznaky nemoci a to dlouhodobě. Průběh nemoci a míra obtíží jsou závislé stejně tak na léčbě, jako na duševním stavu pacienta (Roth et al., 2009, s. 10). Během posledních let léčba Parkinsonova choroby velmi pokročila. Výzkum nových léků neustále probíhá v různých částech světa a několik nových

léků se právě testuje. Zkoumají se také nové operační metody a genové terapie, možnost léčby Parkinsonovy choroby se tedy časem bude postupně zlepšovat

(<http://www.parkinsonsawareness.eu.com/campaign-literature/diagnosis-and-treatment>).

První léta je pacient obvykle schopen plné pracovní zátěže, stresující je obava z budoucnosti. Často až po mnoha letech nastoupí problémy pozdních stádií onemocnění, které mohou působit omezení v denních aktivitách i v soběstačnosti. Omezení mohou být taková, že nemocný potřebuje stálou kontrolu, dopomoc až trvalou péči. To může vést k chronickému vyčerpání, depresi, k úzkosti partnera a dalších pečujících (Uhrová et.al., 2004, s. 17). Cílem tohoto příspěvku je poukázat na laickou pomoc rodinných příslušníků pečujících o nemocné s Parkinsonovou nemocí. Jsou zde zmíněny hlavní faktory působící stres pečovatelů, pravidla osobní psychohygieny, obecné principy laické domácí péče.

Rodina a úloha rodiny při péči

Rodina, je přirozenou primární skupinou, institucí, i přes veškeré krize, jimiž prošla a stále prochází, tvoří základní článek společnosti. Po staletí plní své poslání v oblasti reprodukční, ekonomické, výchovné, socializační, ochranné a emocionální (Jankovský, 2003, s. 78).

V současné době se dostávají do popředí zájmu otázky týkající se optimální péče o pacienty, kdy nezastupitelnou úlohu pro úspěšnou léčbu zastává rodina. Úlohu rodiny při péči o nemocné, postižené členy, staré lidi nemůže nahradit sebelepší zdravotnické zařízení (Ryšavá, 2008, s. 10). Onemocnění jedince ovlivňuje celou rodinu, jen málo z nás je připraveno na diagnózu tak závažné nemoci, jakou je Parkinsonova nemoc (Schwarz, 2006, s. 75). Přijmout tuto roli není jednoduché, vyrovnat se s touto skutečností je mnohdy nemožné. Vážná nemoc však může přimět pacienta k přehodnocení jeho dosavadního žebříčku hodnot a to se samozřejmě týká i člověka, jenž o nemocné pečuje. Dle M. Svatošové může být nemoc tím neplodnějším a nejcennějším úsekem života (Svatošová, 2003, s. 38). Žít vedle člověka, kterého nemoc omezila takřka ve všech oblastech života, být mu na blízku, starat se o něj, vyslechnout, pomoci, poradit, potěšit a zároveň jej neomezovat, ale naopak podporovat v každodenních aktivitách je velmi náročné a kromě teoretických znalostí je také nutné, aby byl pečovatel v neustále dobré fyzické a psychické kondici.

Stresory v péči o nemocné s Parkinsonovou nemocí

Každý jedinec má vrozenou individuální míru odolnosti vůči nepříznivým okolnostem, stresu, pohybuje se v určitém prostředí, které mu buď situaci pomáhá zvládnout, nebo mu naopak ještě přitěžuje. Faktory působící stres pečovatelům o nemocné v pozdním stádiu Parkinsonovy nemoci lze rozdělit na zevní a vnitřní. Mezi zevní patří např. fyzická náročnost

úkonů související s péčí o pacienta, nutnost vykonávat veškeré domácí práce, převzetí role a odpovědnosti nemocného, výsledkem může být pocit neschopnosti v důsledku nedostatku zkušeností s novými úkoly, s opakovanou kritikou ze strany nemocného. Poruchy nálady, nesrozumitelnost řeči, poruchy paměti a chování (vede k nutnosti trvalého dohledu), sociální problémy (nedostatek pomůcek, byrokratické překážky, nedostatek sociálních služeb). Vnitřními faktory jsou např. omezení vlastního života, volného času, lítost, smutek, zadržování emocí, pocit povinnosti, obětování se, omezení společenského života, adaptace na soužití se „změněným člověkem“ (Uhrová et al., 2004, s. 16). Abychom zjistili, jakému stresu jsme vystaveni, lze použít orientační „*Stresový test pro pečovatele*“, který nám pomůže si uvědomit své pocity, tlaky a stresy, které vnímáme. Každý výrok se označí písmenem podle toho, jak často s ním souhlasíme (N = někdy, Č = často, O = obvykle).

- Myslím, že nemám dost odpočinku.
- Nemám pro sebe dost času.
- Nemám čas k tomu, abych pro péči o svého svěřence byl/a pohromadě s ostatními členy rodiny.
- Cítím se vinen/a svou situací.
- Již na mnoho nestačím.
- S příjemcem péče jsem v konfliktu.
- Mám konflikty s ostatními členy rodiny.
- Denně pláči.
- Mám nesnáze s tím, abych vyšel/a s penězi.
- Mám pocit, že nebudu mít dost znalostí nebo zkušeností k tomu, abych poskytoval/a péči tak, jak bych si přála.
- Moje zdraví není v pořádku.

Pokud je Vaše odpověď na jednu nebo více položek O = obvykle nebo Č = často, nastává chvíle k tomu, abyste se poohlédli po pomoci při poskytování péče o svého svěřence a také po pomoci pro sebe samého (Tošnerová, 2002, <http://www.pecujici.cz/>).

Oč má usilovat laický pečovatel u osob s PN

MUDr. Kalvach ve své příručce „*Pečujeme doma*“ zmiňuje obecné principy a priority domácí laické péče, kdy při splnění těchto náležitostí by nemělo docházet k ohrožení pacienta ani k zanedbání péče.

Spokojenost pacienta – až na výjimky je subjektivní pocit pacienta spolehlivým vodítkem (základem je komunikace a přímé reagování na jeho přání).

- Bezpečnost a jistota pacienta - vysokou hodnotu má v pečování bezpečné prostředí, zajištění trvalé možnosti kontaktu pro případ náhlého problému (např. pád) a přiměřené sledování stavu.
- Dodržování léčebného a rehabilitačního plánu se zajištěním pravidelných kontrol (konzultací, supervizí) pacienta ze strany profesionálních zdravotníků.
- Zajištění základních ošetrovatelských povinností.
- Nabídka aktivit, komunikace a smyslových podnětů ke smysluplnému trávení času, rozvoji schopností pacienta.
- Mít vypracovaný „krizový scénář“ pro případ očekávaných komplikací vzhledem ke stavu pacientova onemocnění (Kalvach, 2009, s. 18).

Psychohygiena pečovatelů

Role pečovatele je nesmírně náročná záležitost, jsme vystaveni psychické i fyzické zátěži. Je tedy nutné věnovat pozornost tělesnému i psychickému zdraví, pečovat o sebe sama je důležité. Pokud tak pečovatel nekoná, časem může dojít k vyvolání řady nepříjemných pocitů vůči příjemci péče (např. hněv, odpor, znechucení, vztek ze ztráty společenských kontaktů).

Mezi pravidla osobní hygieny patří:

- Najít si denně chvilku času jenom pro sebe – věnujte se svým koníčkům, naučte se relaxovat.
- Starat se o své zdraví – dostatek spánku, jíst kvalitně a pravidelně, dostatek tělesného pohybu, umět využít volný čas (Tošnerová, 2002, <http://www.pecujici.cz/>).
- Snažit se vyhledat co nejvíce informací o daném problému a zprostředkovat je ostatním – dostatek informací vede ke zmírnění strachu z neznámého.
- Naučit se přijmout nabízenou pomoc – je nutné si uvědomit omezenost lidských možností, uvědomte si, že nikdo není dokonalý, neumí a nestačí vše.
- Najít si „svůj ventil napětí“ – je zapotřebí věnovat dostatek času hledání vlastního uspokojivého ventilu (sport, posezení s přáteli, relaxace, pláč).
- Otevřeně komunikovat o problémech – jasná a srozumitelná rodinná pravidla, společné řešení problémových situací.
- Dovolit si uspokojení nad vlastními schopnostmi – umět se pochválit, za neobvyklé, nepříjemné práce se odměnit.
- Stanovit si reálné cíle – cíle musí mít reálný obsah, rozlišujeme, co se změnit nedá, od toho co se změnit dá. Splnění cíle nesmí být závislé na jiné osobě, ovládám jen to, co dělám JÁ SÁM (Uhrová et al., 2004, s. 18).

- Nezapomínat na opěrné berličky – rodinné zázemí, ošetřující lékař, rehabilitační pracovníci, sestry z agentury domácí péče, sociální pracovníci, pečovatelská služba, agentury osobní asistence, patientská sdružení a patientské organizace sdružující nemocné s určitou chorobou či s určitým typem postižení a jejich rodinné příslušníky, půjčovny zdravotnických pomůcek atd. (Kalvach, 2009, s. 22 - 23).
- Je možné absolvovat i kurz „*Pečuj doma*“, který je určen pro laickou veřejnost a pořádá ho občanské sdružení Moravskoslezský kruh v Brně.

Závěr

Pokud nás navštíví Parkinsonova choroba, rozhodí naši mysl i tělo. Přichází neohlášeně, plíživě, pomalu je to host nezvaný a zůstává s rodinou navždy. Tento nezvaný host změní život nejen pacientův, ale i celé rodiny. Zpočátku se snažíme tohoto hosta ignorovat, nebrat ho příliš vážně, ale nakonec jej musíme přijmout mezi sebe a naučit se s ním žít. Na závěr nám dovolte malou citaci z odborného časopisu (Křivohlavý, 2009, s. 7), která je velmi poučná a nutí nás k zamyšlení.

"Vedle životních cílů, kterými je Mít – rozumějme mít hodně peněz, moci a vysokého společenského postavení, existují i cíle jiné. Ty je možno zahrnout pod plášť termínu Být. Co to však znamená? Být může znamenat být člověkem, který se k druhým lidem nechová namyšleně. Být člověkem, kterého druzí lidé mají rádi, protože je k nim laskavý, nedává jim najevo svou nadřazenost, má s nimi soucit, nesnaží se nad nimi zvítězit, ale naopak jim pomáhá, případně se o ně stará a pečuje. Být znamená i být člověkem spravedlivým, důvěryhodným, slušným a spolehlivým. Být člověkem zmužilým a statečným – to platí jak pro muže, tak i pro ženy! Být znamená i být člověkem, který má druhé lidi rád – a zvláště pak ty, s nimiž přichází každý den do osobního styku, který se dokáže ovládat, na němž je možno vidět, že se dovede sám z vlastní vůle ukázat, člověkem, který si váží krásy a vidí ji všude, kde se jen objeví – v přírodě, v hudbě, ve výtvarném umění i v knihách, dramatech a poezii. Být znamená být skromný, nenáročný a pokorný, znamená i být ochoten odpouštět druhým i sobě."

Seznam bibliografických odkazů

1. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 21. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6
2. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie chronické nemoci. In *Časopis Společnosti Parkinson*. 2009, č. 27, s. 7.
3. ROTH, J., SEKYROVÁ, M., RŮŽIČKA, E. et al. *Parkinsonova nemoc*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 222 s. ISBN 978-80-7345-178-3

4. RYŠAVÁ, D., 2008. Význam rodiny pro nemocného. *In* Podpora péče v rodině – úloha sestry. Brno: LF MU Brno, 2008, s. 10.
5. SCHWARZ, S. P. *Parkinsonova nemoc*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing a.s., 2008. 109 s. ISBN 978-80-247-2321-1
6. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5
7. 80-902049-4-5
8. UHROVÁ, T., ROTH, J., 2004. Psychohygienu pečovateli o nemocné. *In* *Parkinson*, 2004, č. 16, s. 16-19.
9. *Informační prameny v elektronické formě:*
10. KALVACH, Z. *Pečujeme doma*. Příručka pro laické pečující. [online]. 2009 [cit. 2011-08-30] Dostupné z internetu: <http://www.pecujdoma.cz/>
11. STOCCHI, F. Life with Parkinson's. *In* *European parkinson's disease association*. [online]. 2009 [cit. 2009-05-06]
12. Dostupné z internetu: <http://www.parkinsonsawareness.eu.com/campaign-literature/diagnosis-and-treatment/>
13. TOŠNEROVÁ, T. *Péče o pečovatele*. *In* Příručka pečovatele [online]. 2002 [cit. 2011-08-25] Dostupné z internetu: <http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml?x=141111>

FAKTORY DETERMINUJÚCE RIZIKOVÚ A PATOLOGICKÚ TEHOTNOSŤ

Eva Moraučíková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Príspevok poukazuje na pôsobenie rizikových faktorov, ktoré zvyšujú u tehotnej pravdepodobnosť vzniku patologického tehotenstva a na prínos prenatálnej starostlivosti v tejto oblasti. Súčasťou prenatálnej starostlivosti by mala byť návštevna služba v domácnosti tehotných. Benefit návštev v domácom prostredí a práca s tehotnými u ktorých sa vyskytol rizikový faktor je v príspevku podložený výsledkami viacerých výskumov (EBM, EBMid).

Kľúčové slová: Rizikový faktor. Prenatálna starostlivosť. Tehotnosť. Pôrodná asistentka.

Abstract

The report points out the effects of risk factors that increase the probability of pathologic pregnancy of a pregnant woman and the benefits of prenatal care in this area. The part of prenatal care should be a visiting service of pregnant women at their home. The benefit of visits at home and the work with pregnant women who experienced a risk factor is supported in the contribution by the results of several researches (EBM, EBMid).

Key words: Risk factor. Prenatal care. Pregnancy. Midwife.

Anglická terminológia diferencuje tehotenstvo na non-risk, low-risk a high-risk, čo zodpovedá nášmu fyziologickému, rizikovému a patologickému tehotenstvu. U ženy s rizikovým tehotenstvom sa nejedná o chorobný stav, ktorý by ženu zaradil do patologického tehotenstva, ale jedná sa o prítomnosť rôznych rizikových faktorov. Pôsobenie rizikových faktorov zvyšuje u tehotnej pravdepodobnosť vzniku patologického tehotenstva. Cieľom prenatálnej starostlivosti je identifikovať výskyt rizikových faktorov u tehotných, poprípade včas zachytiť patologický stav (Roztočil et al, 2008).

Patologické tehotenstvo predikuje stavy vzniknuté pred tehotnosťou a stavy súvisiace s priebehom terajšieho tehotenstva. Patologické tehotenstvo si nevyžaduje len preventívnu starostlivosť/intervencie, je nevyhnutná liečba.

Rozdelenie patologickej tehotnosti:

1. Chronické ochorenia ženy pred otehotnením:

- Esenciálna hypertenzia
- Kardiopatia
- Diabetes mellitus
- Ochorenie štítnej žľazy
- Ochorenie pľúc
- Ochorenie obličiek
- Kolagenóza
- Ochorenie krvi
- Genetické ochorenie
- Porucha funkcie adenohipofýzy
- Porucha funkcie nadobličiek
- Porucha funkcie prištítnych teliesok
- Porucha pečene
- Neurologické ochorenie
- Liečená sterilita
- Porucha menštruačného cyklu
- Vývojová anomália

2. Patologické stavy vzniknuté v súvislosti s prebiehajúcim tehotenstvom:

- Krvácanie (I., II., III. trimester)
- Predčasný nástup pôrodnej činnosti
- Inkompetencia krčka maternice
- Predčasný odtok plodovej vody
- Preeklampsia
- Rh- inkompatibilita
- Gestačný diabetes mellitus
- Anémia
- Vrodené vývojové chyby
- Viacpočetná tehotnosť
- Hypotrofia
- Nepravidelné polohy
- Infekčné ochorenia (Hájek et al, 2004).

Rizikové faktory v tehotenstve môžeme rozdeliť :

- Vonkajšie
- Vnútorne
- Kombinované

- Fyzikálne
- Chemické
- Biologické
- Sociálne
- Psychické

Etiologické faktory ktoré na tehotnú a prenatálne dieťa pôsobia sú rôznorodé, môžu pôsobiť multifaktoriálne a vzájomne sa podmieňovať (Čech et al, 1999).

Medzi **fyzikálne faktory** môžeme zaradiť RTG, MNR žiarenie, ultrazvukové vlnenie, elektromagnetické vlnenie, prehriatie, ionizujúce žiarenie, neionizujúce žiarenie. Írsky vedci v roku 1999 prišli so zistením, že ultrazvuk s nízkou frekvenciou môže vyvolať nebezpečné zmeny v stavbe buniek. Pri prehriatí organizmu napr. počas chrípky nie je jednoznačne dokázané, či má negatívny vplyv len vírus chrípky, alebo aj zvýšenie telesnej teploty. V súvislosti s prehriatím sa v tehotenstve neodporúča saunovanie.

K **chemickým faktorom** patria chemikálie (organické uhľovodíky, ťažké kovy, organofosfáty), fajčenie (aj pasívne)- počet cigariet priamoúmerne zodpovedá problémom počas tehotnosti (Martius, Breckwoldt, Pfeleiderer, 1996), alkohol- viac ako 25 cl tvrdého alkoholu denne, pravidelne konzumovaného, môže viesť k rozvoju fetálneho alkoholového syndrómu (Javorka, 2008), káva- konzumácia nad 3 šálky denne, „3 šálky denne v rannom štádiu tehotenstva nemajú žiadny vplyv na pôrodnú hmotnosť, predčasný pôrod a retardáciu rastu“ (Jahanfar, Sharifah, 2009), drogy- závisí od typu drogy, väčším problémom sú drogy aplikované i.v., kde hrozí aj riziko prenosu infekcie (hepatitída, HIV...) a zneužívanie liekov.

Pod **biologické faktory** môžeme zaradiť vírusy (cytomegalovírus, Epstein Barrovej, parvovírus, herpes, chrípka), baktérie a parazity (toxoplazmóza). Do tejto skupiny faktorov patrí aj hmotnosť ženy, ktorá je dôležitá už v čase počatia. Rizikové ženy sú tie, ktoré majú hmotnosť nižšiu ako 45 kg a obézne ženy (nad 90 kg). Nárast hmotnosti počas tehotnosti je tiež dôležitý. Problematické v oblasti výživy sú ženy, ktoré majú vo výžive extrém (vegetariánky, vegánky...) a ženy, ktoré majú poruchu GITu. Rizikovejšie sú ženy s výškou pod 150/155 cm a multipary (Hájek, 2004).

V rámci **sociálnych faktorov** je dôležitý vek ženy. Dolná hranica veku je v odbornej literatúre nejednotná, ale priemerne to vychádza 17 rokov. Horná hranica je v odbornej

literatúre jednoznačná 35 rokov. U žien, ktoré otehotnejú vo veku 15 rokov a menej nesmieme zabudnúť na pohlavné zneužitie, čo sa v praxi javí ako ďalší rizikový faktor. Do sociálnych faktorov zaraďujeme vzdelanie- u žien s nižším vzdelaním sa predpokladá nízke zdravotné uvedomenie. Nedostatok ekonomických zdrojov predstavuje sociálny rizikový faktor, ktorý úzko súvisí so stavom výživy (kombinácia rizikových faktorov). Zamestnanie žien ovplyvňuje priebeh tehotenstva- rizikové pracovisko, nevhodné pracovné zaradenie, fyzicky alebo psychicky náročná práca, stres. Do tejto skupiny rizikových faktorov môžeme zaradiť aj správanie sa- promiskuita, nevhodné sexuálne praktiky a fyzická aktivita. V súčasnej dobe môžeme ženy rozdeliť do dvoch skupín. V prvej skupine sú ženy, ktoré majú počas života minimálny pohyb a tehotenstvo/pôrod je častokrát ich prvou fyzickou záťažou. Na druhej strane je skupina žien, ktoré vedú aktívny spôsob života a nie sú ochotné vzdať sa fyzickej záťaže/cestovania (dopravné nehody, preprava lietadlom) ani v čase tehotenstva. V neposlednom rade sem patria aj ženy bez domova a týrané ženy. V súvislosti s rodinným stavom sa uvádza ako riziková žena slobodná, čo v dnešnej dobe nemusí automaticky znamenať aj osamelu žijúca alebo žijúca na hranici sociálnej biedy. Sociálny faktor, vyskytujúci sa na Slovensku v menšej miere je nemožnosť včasnej prenatalnej starostlivosti- cudzinky bez zdravotného poistenia.

Psychické faktory zahŕňajú situácie, ktoré ovplyvňujú matky a pôsobia stresujúco: emocionálne a fyzické zneužívanie, nevera, nedostatočná podpora, nezáujem manžela, traumy v priebehu tehotnosti, ochorenia matky, teratogénne agensy a iné (Matulníková, 2009).

Cieľom prenatalnej starostlivosti je včas detegovať rizikové faktory s ich následnou elimináciou. Pri zbere anamnézy počas návštev v prenatalnej poradni je potrebné aktívne (cielené otázky) vyhľadávať rizikové faktory. K dôležitým intervenciám okrem pravidelných návštev v prenatalnej poradni pri rizikovej tehotnosti patria edukácia tehotnej a návštevná služba v domácnosti. Len pravidelné návštevy ženy v prenatalnej poradni ale situáciu neriešia komplexne. *„Rutinný počet kontrol (testy, prehliadka, edukácia, návštevná služba) sa stanovil bez predchádzajúcich dôkazov. Zníženie počtu návštev nemá za následok zhoršenie rizikových faktorov a perinatálnych výsledkov, môže ale znížiť spokojnosť žien“* (Dowswell, Carrol, Dôle et al, 2010).

V rámci prenatalnej diagnostiky uplatnenie etického princípu autonómie predpokladá informovaný súhlas s navrhovaným postupom (podanie adekvátnych informácií, overenie porozumenia, dobrovoľné rozhodnutie tehotnej prijať resp. odmietnuť navrhovaný postup). Väčšina žien má obavy z neznámeho výkonu, z bolesti, poškodenia plodu, prípadne vlastného poškodenia. Pri informovaní o výsledkoch prenatalnej diagnostiky je potrebné oznámiť ich čo najcitlivejšie, pretože každý nenormálny výsledok testu v gravidite je spojený

so stresom obdobnej intenzity ako noc pred veľkým chirurgickým zákrokom. Čakanie na výsledok je plné emočnej záťaže, najvýraznejšie sa to prejavuje pri manželstvách, ktoré už mali negatívnu reprodukčnú skúsenosť. Je celkom možné, že matka, ktorá čaká na výsledky prenatalnej diagnostiky bude graviditu zatajovať, alebo naopak dávať výrazne najavo za účelom získania psychologickkej podpory (Lehotská, Džumelová, 2008).

Návštevná služba v domácnosti, ktorá na Slovensku absentuje, má aj na základe výsledkov výskumov pozitívny dopad na zdravie ženy a prenatalného dieťaťa. Novorodenecké oddelenie v Camperdown, Austrália realizovalo návštevne služby v domácnosti u žien po pôrode, ktoré mali problém s alkoholom a drogami. Výsledkom bolo aktívnejšie zapojenie sa žien do protidrogovej liečby. Odborníci odporučili *„rutinné využívanie návštevnej služby v domácnosti so začiatkom už v čase tehotenstva“* (Dogget, Burett, Osborn, 2005).

V nemocnici Sv. Marie v Menšestry, UK boli sledované ženy, ktoré mali problém s alkoholom, fajčením a zlým stavom výživy. Cieľom bolo zistiť či prednášky o podpore zdravia budú mať prínos na ich stav zdravia a stav zdravia ich dieťaťa. Jednoznačný prínos sa zatiaľ nedokázal (výskum stále pokračuje), ukázalo sa, že vplyvom prednášok došlo ku zmene správania. *„Rutinná podpora zdravia (poradenstvo, vzdelávanie, skrining) prispieva k zlepšeniu správania“* (Whitworth, Dowswell, 2009).

Fakulta ošetrovateľstva, Univerzita Toronto, Kanada robila poradenstvo (o výžive, odpočinku, zvládání stresu, alkohole, fajčení, drogách) a poskytovala hmotnú pomoc (zaplatenie cestovného na edukačný program, postráženie detí) pre ženy zo sociálne slabších vrstiev, u ktorých sa predpokladá novorodenec s nižšou pôrodnou hmotnosťou. Štúdie poukázali na to, že ak ženy dostali počas tehotenstva podporu, mali menej komplikácií a nižšie percento cisárskych rezov no nepreukázal sa jednoznačný vplyv na hmotnosť novorodenca. T.j. poradenstvo, hmotná pomoc a emocionálna podpora znižujú počet komplikácií počas tehotenstva u žien so sociálne slabších skupín (Hodnett, Fredericks, Weston, 2010).

„Do intervencií je nevyhnutné zahrnúť fyziologický, psychologický a sociálny komponent pri riešení rizikových situácií, s cieľom pomôcť tehotnej žene identifikovať sa s materstvom, napomáhať jej v psychosociálnej adaptácii na tehotnosť a pripraviť ju na pôrod a tak podporiť dôveru v schopnosť tehotnej ženy porodiť dieťa a u rodičov vytvoriť si istotu pri plnení požiadaviek rodičovstva“ (Matulníková, 2009).

Návštevná služba u rizikových tehotných v domácnosti je jedna z oblastí, kde by bola samostatná činnosť pôrodnej asistentky veľkým prínosom. Je možné pozorovať správanie ženy a prítomnosť rizikových faktorov v jej prirodzenom prostredí, skontroluje sa domáce prostredie a vytvára sa priestor na individuálnu edukáciu.

Zoznam bibliografických odkazov

1. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. 1999. *Porodnictví*. Praha: Grada. 1999. s. 432, ISBN 8071693553.
2. DOGGET, C., BURETT, S., OSBORN, D. 2005. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. In *Cochrane Database of systematic Reviews*. 2005. [online]. Dostupné na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004456.pub2/abstract>. [citované 20.9. 2011].
3. DOWSWELL, T., CARROL, G., DÔLE, L., GATES, S., NEELOFUR, K., PIAGGIO, G., GÜLMEZOGLU, M. 2010. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. In *Cochrane Database of systematic Reviews*. 2010. [online]. Dostupné na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000934.pub2/abstract>. [citované 20.9. 2011].
4. HÁJEK, Z. et al. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada. 2004. s. 443, ISBN 80-247-0418-8.
5. HODNETT, E., FREDERICKS, S., WESTON, J. 2010. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. In *Cochrane Database of systematic Reviews*. 2010. [online]. Dostupné na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001803.pub2/abstract>. [citované 20.9. 2011].
6. JAHANFAR, S., SHARIF, H. 2009. Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcome. In *Cochrane Database of systematic Reviews*. 2009. [online]. Dostupné na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006965.pub2/abstract>. [citované 20.9. 2011].
7. JAVORKA, Ľ. 2008. *Maternálne faktory a ich možný vplyv na plod a novorodenca*. 2008. Ružomberok: Pedagogická fakulta Katolícka univerzita. 2008. s.99, ISBN 978-80-8084-343-4.
8. LEHOTSKÁ, M., DŽUMELOVÁ, M. 2008. Etické aspekty prenatalnej diagnostiky. In *Nové poznatky v oblasti medicínskych vied, ošetrovateľstva a vojenského zdravotníctva - zborník z konferencie Ružomerské zdravotnícke dni 2007 / zost. Ján Svorad*. - Ružomberok : Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity. 2008. - ISBN 978-80-8084-306-9. s. 161-165.

9. MATULNÍKOVÁ, L. 2009. Vplyv stresu na tehotnú ženu. In *Prenatálne dieťa*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety. 2009. roč. 2, číslo 1, ISSN 1337-7744.
10. MARTIUS, G., BRECKWOLDT, M., PFLEIDERER, A. 1996. *Gynekologie a porodnictví*. Martin: Osveta. 1996. s. 648, ISBN 80-88824-56-7.
11. ROZTOČIL, A. et al. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. 2008. s. 403, ISBN 978-80-247-1941-2.
12. WHITWORTH, M., DOWSWELL, T. 2009. Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes. In *Cochrane Database of systematic Reviews*. 2009. [online]. Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007536.pub2/abstract>.
[citované 20.9. 2011].

Kontakt:

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra pôrodnej asistencie
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: eva.moraucikova@ku.sk

RODINA AKO SÚČASŤ KOMPLEXNEJ STAROSTLIVOSTI O CHORÉHO S BOLEŠŤOU V DOMÁCOM PROSTREDÍ

Mária Tebeľáková

Ústav nelekárskych študijných programov JLF UK, Martin

Abstrakt

Rodina ako súčasť multidisciplinárneho tímu podieľajúceho sa na komplexnom managemente bolesti zohráva dôležitú a nezastupiteľnú úlohu v starostlivosti o chorého člena rodiny trpiaceho bolesťou v podmienkach domáceho ošetrovania. Prítomnosť bolesti u člena rodiny zasahuje a ovplyvňuje celú rodinu. Nastávajú zmeny v biologickej, psychickej, sociálnej a duchovnej oblasti u jednotlivca, ale aj rodiny.

Cieľom práce bolo pomocou dotazníka vlastnej konštrukcie zistiť, koľko pacientov s bolesťou v domácom prostredí žije osamote, kto je ich podpornou osobou a či existuje súvislosť medzi očakávaním podpory a pohlavím pacientov.

V sledovanom súbore v domácnosti žije osamote 39 zo 144 respondentov. 38,9% respondentov uviedlo, že ich podpornou osobou je pokrvná rodina, medzi ktorú na základe odpovedí patrí matka, dcéra, syn, vnuk, vnučka, brat, deti. 36,1 % respondentov uviedlo ako podpornú osobu partnera, medzi ktorého z uvedených odpovedí patrí manžel, manželka, družka. 9% respondentov uviedlo ako podpornú osobu zaťa, nevestu, neter. 13,2 % respondentov uviedlo podpornú osobu priateľov, sestry z Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, opatrovateľku, susedu, Boha, knihu. Bol zistený významný vzťah medzi očakávaním podpory a pohlavím pacientov ($\chi^2 = 17$; $P = 0,001$ štatisticky významné). Dobré fungujúce rodinné zázemie vytvára optimálne podmienky pre úspešnú liečbu bolesti pacienta v podmienkach domáceho prostredia.

Kľúčové slová: Rodina. Pacient. Bolesť. Domáca ošetrovateľská starostlivosť.

Abstract

A family as part of a multidisciplinary team involved in the complex management of pain plays an important and irreplaceable role in taking care for an ill family member suffering from pain in conditions of nursing home care. The presence of pain in a family member interferes and affects the whole family. Changes in the biological, psychological, social and spiritual part of the individual as well as the whole family occur.

The aim of the thesis was to determine how many patients with pain in home environment live alone, who is the person who takes care of the patient, and whether a relationship between expectations of a person who takes care of the patient and the patients' gender exists. A questionnaire of its own construction was used.

39 respondents out of 144 respondents among the studied group live at home alone. 38.9% of respondents indicated that the person who takes care of them is a family member, either a mother, daughter, son, grandson, granddaughter, brother, children. 36.1% of respondents indicated as a person who takes care of them their partner, which includes spouse, partner. 9% of respondents indicated as a person who takes care of them son-in-law, daughter-in-law, niece. 13.2% of respondents indicated as a person who takes care of them friends, nurses from home healthcare agencies, nurse, neighbour, God, book. A significant relationship between expectations of a person who takes care of patients and the patients' gender was found ($\chi^2 = 17$, $P = 0.001$ statistically significant).

Good family background creates optimal conditions for the successful treatment of pain of patients in home environment.

Key words: Family. Patient pain. Nursing home care.

Úvod

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je zaisťovaná multidisciplinárnym tímom pracovníkov poskytujúcich starostlivosť podľa aktuálneho stavu pacienta v jeho vlastnom prostredí (rodina, sestra, lekár, sociálny pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, psychológ, nutričný terapeut a i.). Pacient spolu so svojou rodinou je aktívny participant – starostlivosť o seba a vzájomná pomoc (Jarošová, 2007, s. 61). Rodina je základnou sociálnou jednotkou spoločnosti. Kramer (1980) definuje rodinu ako skupinu ľudí so spoločnou históriou, súčasnou realitou a budúcim očakávaním vzájomne prepojených transakčných vzťahov. Členovia sú často viazaný hereditou, legálnymi manželskými zväzkami, adopciou (Sobotková, 2007, s. 24).

Rodiny sa musia postupne prispôbovať zmenám, ktoré prináša životný cyklus (Sobotková, 2007, s. 26), medzi ktoré patrí aj ochorenie člena rodiny.

Úloha rodiny v účasti na starostlivosti o chorého člena rodiny sa veľmi zmenila. V minulosti bolo zvykom v rodine starať sa o tých jedincov, ktorí z rôznych dôvodov stratili schopnosť sa o seba postarať v zdraví a v chorobe. V priebehu historického vývoja sa rodina ako centrum starostlivosti o svojho chorého člena rodiny dostala do pozadia. Zodpovednosť v starostlivosti o chorých sa preniesla vo väčšej miere na zdravotnícke

zariadenia (Bártlová, 2009, s. 80). Avšak v súčasnej dobe, kedy sa nemocnice snažia skracovať dobu hospitalizácie, prepúšťajú pacientov čo najskôr do domáceho prostredia.

Z ošetrovateľského hľadiska existujú dve základné oblasti, v ktorých je účasť a zapojenie rodiny v starostlivosti o chorého nezastupiteľná: rodina ako zdroj informácií – pre ošetrovateľskú, prípadne liečebnú starostlivosť môže byť rodina významným zdrojom informácií a rodina ako aktívny účastník priamej starostlivosti – druhou oblasťou je aktívna spoluúčasť rodiny na starostlivosti, pričom objektom sa sám chorý (Bártlová, 2009, s. 80). Dôležitý je vzťah a kontakt s rodinou. Spolupráca s rodinnými príslušníkmi je dôležitý faktor ovplyvňujúci starostlivosť o člena rodiny. Úloha rodiny v starostlivosti o chorého člena rodiny trpiaceho bolesťou je významná a nemôže ju nahradiť žiadne zdravotnícke zariadenie. Prítomnosť bolesti spôsobená onkologickým ochorením nezasahuje samotného jednotlivca, ale negatívne ovplyvňuje všetkých členov rodiny. Northouse (2005, s. 744 – 745) uvádza, že výsledky štúdií poukazujú na to, že onkologické ochorenie vplyva nielen na psychickú pohodu pacienta, ale aj na rodinných príslušníkov.

Zmeny, ktoré vznikajú vplyvom ochorenia u jednotlivca zasahujú jednotlivé dimenzie života rodiny – biologickú, psychickú, sociálnu a duchovnú. Northouse (2005, s. 746) uvádza, čím viac sú rodiny schopné nájsť zmysel v onkologickom ochorení, tým je lepšia ich pozitívna adaptácia na ochorenie.

Jednou z dôležitých úloh rodiny je poskytovanie starostlivosti chorému členovi rodiny trpiaceho bolesťou, vrátane ochrany a citovej podpory, taktiež pomoc pri riešení problémov v chorobe.

Tak ako u pacienta trpiaceho bolesťou, rovnako aj u rodinných príslušníkov sa snažíme o dosiahnutie čo najvyššej spokojnosti s poskytovanou domácou ošetrovateľskou starostlivosťou o ich člena rodiny (Tebeláková, 2008), ktorá je jedným z cieľov a dôležitým ukazovateľom kvality poskytovania domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Ošetrovateľskú starostlivosť je preto potrebné plánovať v spolupráci s rodinou, ktorá pomáha zisťovať zvláštnosti pacienta, jeho želania, zvyky a osobitosti a umožňuje nám individualizovať plán domácej ošetrovateľskej starostlivosti (Tebeláková, 2008) a zabezpečiť tak zmiernenie, resp. odstránenie bolesti.

Súbor, metodika

Prieskum bol realizovaný v siedmich samosprávnych krajoch Slovenska v spolupráci s odbornými zástupcami ôsmich agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS – Slnčnica v Bratislave, ADOS – RIA v Prievdzi, ADOS Repiská s.r.o. v Nitre, ADOS ŽIVOT v Hurbanove, ADOS Daniela Šolonyová v Turčianskych Tepliciach, ADOS – Elena v Mýtnej, ADOS – NÁDEJ vo Vyšnom Orlíku, ADOS – SRDCE, s.r.o. v Jaklovciach).

Jednotlivé agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti boli telefonicky kontaktované a písomne požiadané o súhlas s umožnením vykonania prieskumu. Zber údajov prebiehal v období november 2008 až január 2009. Prieskum bol realizovaný osobným kontaktom a prostredníctvom odborných zástupcov agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Návratnosť dotazníkov bola 90 %.

Vzorku tvorilo 144 zo 160 oslovených respondentov (pacientov) v domácej ošetrovateľskej starostlivosti vo veku od 29 do 97 rokov, ktorých vekový priemer bol 67,19 ($\pm 14,08$) roka. Z toho bolo 91 žien a 53 mužov.

Pre zber informácií bol použitý štandardizovaný dotazník Brief Pain Inventory (BPI) – Stručné vyhodnotenie bolesti. Dotazník BPI skúma nielen intenzitu bolesti v priebehu 24 hodín, ale aj vplyv bolesti na jednotlivé dimenzie života pacienta. Dotazník pozostáva z deviatich otázok, pričom využíva neštrukturované (otvorené) a štrukturované (zatvorené) otázky. Záver dotazníka je doplnený položkami vlastnej konštrukcie, ktoré sa týkajú pohlavia, veku, najvyššieho ukončeného vzdelania, dĺžky starostlivosti v ADOS, spolužitia v domácnosti, vplyvu podpornej osoby, subjektívneho údaja o etiológii bolesti, vypíňania podobného alebo iného dotazníka a samosprávneho kraja, v ktorom je ADOS lokalizovaná.

Výsledky

Dotazníky boli spracované v programe Microsoft Word, výsledky odpovedí dotazníka sme zaznamenali v absolútnych v tabuľkách, vytvorených prostredníctvom programu Microsoft Office Excel 2003. Na spracovanie údajov bola použitá jednorozmerná deskriptívna štatistika, ktorá umožnila súbor uvedených dát opísať pomocou frekvenčných tabuliek pre kategorické premenné (počty a %) a Chi – kvadrat test nezávislosti pre dve kategorické premenné.

Tabuľka 1 Charakteristika vzorky z hľadiska spolužitia v domácnosti

		N	%	Platné %	Kumulatívne %
Platné	Áno	39	27,1	27,1	27,1
	Nie	105	72,9	72,9	100,0
	Spolu	144	100,0	100,0	

Zo 144 respondentov žije v domácnosti osamote 27,1 % respondentov a 72,9 % respondentov v domácnosti nežije osamote.

Tabuľka 2 Charakteristika vzorky z hľadiska podpory

		N	%	Platné %	Kumulatívne %
Platné	pokrvná rodina	56	38,9	40,0	40,0
	Partner	52	36,1	37,1	77,1
	viacerí	13	9,0	9,3	86,4
	iní	19	13,2	13,6	100,0
	Spolu	140	97,2	100,0	
Chýbajúce		4	2,8		
Spolu		144	100,0		

Na otázku odpovedalo 140 zo 144 respondentov. Táto otázka bola otvorenej formy s možnosťou voľného vyjadrenia sa. Respondenti uviedli niekoľko možností odpovedí, kto je ich podpornou osobou. Všetky možnosti, ktoré respondenti v odpovediach uvádzali sú usporiadané do štyroch skupín. 38,9 % respondentov uviedlo, že ich podpornou osobou je pokrvná rodina, medzi ktorú na základe odpovedí patrí matka, dcéra, syn, vnuk, vnučka, brat, deti. 36,1 % respondentov uviedlo ako podpornú osobu partnera, medzi ktorého z uvedených odpovedí patrí manžel, manželka, družka. 9% respondentov uviedlo ako podpornú osobu zaťa, nevestu, neter, pričom boli zaradení do skupiny viacerí. 13,2 % respondentov uviedlo podpornú osobu priateľov, personál útulku, sestry z ADOS, Alenku, opatrovateľku, susedu, Boha, knihu a títo odpovedajúci respondenti patria do skupiny iní.

Tabuľka 3 Porovnanie vzájomnej súvislosti medzi očakávaním podpory a pohlavím pacientov

		Pohlavie		Spolu
		Ženy	Muži	
Osoba	pokrvná rodina	51,6	18,4	40,0
	partner	26,4	57,1	37,1
	viacerí	8,8	10,2	9,3
	iní	13,2	14,3	13,6
Spolu		100,0	100,0	100,0

Chi 2 = 17; P = 0,001 štatisticky významné

Predpokladaná vzájomná súvislosť medzi očakávaním podpory a pohlavím pacientov sa potvrdila. Z uvedených výsledkov je zrejmé, že existuje korelácia medzi danými veličinami ($\chi^2 = 17$; $P = 0,001$ štatisticky významné).

Interpretácia

Liečba bolesti a ošetrovanie ľudí trpiacich bolesťou si vyžaduje multidisciplinárny prístup (Žiaková, 2004, s. 164), ktorého súčasťou je rodina. Ošetrovateľská starostlivosť zahrňujúca rodinu sa zakladá na spojení emocionálnych, sociálnych a prípadne morálnych aspektov. Je nesporná súvislosť medzi liečebným procesom a vplyvom rodinných príslušníkov a priateľov na jeho pozitívny, prípadne negatívny priebeh (Bártlová, 2009, s. 81).

V sledovanom súbore tretina respondentov trpiacich bolesťou žije v domácom prostredí osamote. Je to obzvlášť závažná situácia nielen pre samotného jednotlivca, ale aj pre ošetrojúcu sestru z agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá prichádza za chorým do domáceho prostredia. Úlohou sestry je uspokojovať potreby pacienta vo všetkých rovinách – biologickej, psychickej, sociálnej a spirituálnej. Nemčeková, Žiaková (1997, s. 52 – 54) uvádzajú, že pre pacienta je dôležité, aby mal istotu, že mu má kto pomôcť. V procese ošetrovateľskej starostlivosti je dôležité oboznámiť pacienta, akú formu pomoci môže očakávať od sestier a iných odborníkov (lekári, rehabilitační pracovníci, diétne sestry, psychológovia, kňazi, sociálni pracovníci a i.) prípadne od ľudí s podobnými ťažkosťami a problémami.

Charakter ochorenia môže ovplyvniť využívanie sociálnej opory – rodina, priatelia (Holmanová, Čáp, 2008, s. 163). V sledovanom súbore 38,9% respondentov uviedlo, že ich podpornou osobou je matka, dcéra, syn, vnuk, vnučka, brat, deti. 36,1% respondentov uviedlo ako podpornú osobu partnera, medzi ktorého z uvedených odpovedí patrí manžel, manželka, družka. 9 % respondentov uviedlo ako podpornú osobu zaťa, nevestu, neteť. 13,2 % respondentov uviedlo podpornú osobu priateľov, personál útulku, sestry z ADOS, opatrovatelku, susedu, Boha.

Únava, vyčerpanosť, intolerancia aktivity môžu do značnej miery obmedzovať spoločenský život jednotlivca (Holmanová, Čáp, 2008, s. 163) trpiaceho bolesťou v domácom prostredí, ale aj rodiny. Dôležité je posúdenie s kým a akým spôsobom človek potrebuje komunikovať. Niekedy to môže byť modlitba, inokedy človek, od ktorého pomoc očakávame (Nemčeková, Žiaková, 1997, s. 52 – 54). Postoj rodiny a jej ochota starať sa o chorého v domácom prostredí bezprostredne ovplyvňujú faktory, ako je ochorenie člena rodiny, jeho závažnosť, či prognóza (Bártlová, 2009, s. 81). Jobánková (2004, s. 119) vytýčila tri podmienky, pričom za ich splnenia je rodina schopná postarať sa o chorého doma: aby to rodina chcela, mohla a vedela urobiť.

Fertaľová, Ondriová (2008, s. 36) uvádzajú, že je potrebné, aby príbuzní boli viac informovaní o tom, že aj rodina zohráva dôležitú úlohu v komplexnej starostlivosti o chorého, že správnym prístupom k chorému môžu prispieť k úspešnej liečbe.

Pre členov rodiny je najdôležitejší pocit, že ich blízky netrpí. Bolesť pacienta má veľký dopad na blízkych. Naučiť rodinu základným princípom liečby bolesti spočíva v posudzovaní, znalosti rôznych typov bolesti a priebehu ochorenia. Sestra spolu s pacientom a jeho rodinou vytvára plán starostlivosti (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006, s. 166). Schopnosť členov rodiny poskytnúť pacientovi podporu a postarať sa oň, závisí do značnej miery na tom, koľko podpory sa dostane im samotným. Je potreba venovať pozornosť emocionálnym potrebám členom rodiny, aby boli schopní sa o pacienta postarať a nevyčerпали sa (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006, s. 166).

Skutočnosť, že blízky je ťažko chorý, vyvoláva v rodine negatívne emócie. Členovia rodiny reagujú úzkosťou, strachom, depresiou, prežívajú pocity viny a bezmocnosti (Vágnerová, 2004, s. 93). Významnú oblasť emocionálnej zložky sociálnej podpory tvorí pozitívne posilňovanie, hľadanie pozitív, poskytovanie spätnej väzby a praktických rád v rodine, čo signifikantne prispieva ku zlepšeniu sociálnej pohody (Holmanová, Čáp, 2008, s. 166). Príbuzní by mali u chorého trpiaceho bolesťou posilňovať pozitívne emócie, predovšetkým vzbudzovať dôveru.

Takmer jednoznačne možno povedať, že komunikácia pomáha zlepšovať stav trpiaceho s bolesťou (Žiaková, 2004, s. 175), čo potvrdzuje aj Sigurdardottir (1996), ktorý uvádza, že dobrá komunikácia a interakcia zlepšujú výsledky starostlivosti. Pre pacienta je dôležité, aby nezostal s bolesťou sám, aby ho mal kto vypočuť, kedykoľvek to potrebuje. Ak človeku pomáha rozprávanie o bolesti, vyjadrovanie emócií, treba ho v tom podporovať (Žiaková, 2004, s. 175).

Predpokladali sme, že existuje vzájomná súvislosť medzi očakávaním podpory a pohlavím pacientov. Pomocou chi – kvadratového testu sa zistil signifikantný vzťah medzi očakávaním podpory a pohlavím pacientov, hypotéza sa potvrdila ($\chi^2 = 17$; $P = 0,001$ štatisticky významné).

Dušová (2006) uskutočnila výskum na vzorke 240 respondentov s cieľom zistiť, do akej miery ovplyvňuje chronická bolesť partnerské či rodinné vzťahy. Z výsledkov vyplýva, že muži pri bolesti viac vyhľadávajú prítomnosť iného človeka častejšie než ženy. Muži častejšie uvádzajú, že ochorenie im prináša iba bolesť a utrpenie, ale bolesť upevnila vzťahy v ich rodinách. Holmanová, Čáp (2008, s. 163) uvádzajú, že ženy majú častejšiu frekvenciu kontaktov s rodinou ako muži a ľahšie získavajú sociálnu oporu. V záťažových situáciách vyhľadávajú ženy častejšie pomoc od svojho okolia ako muži, čo potvrdzuje aj Badger

(1995), ktorý uvádza, že muži vzhľadom na sociálnu rolu radšej volia pri bolesti samotu, i keď je známa skutočnosť, že muži horšie znášajú osamelosť.

Jarošová (2003) uskutočnila štúdiu u 102 respondentov s cieľom posúdiť, ako chronická nenádorová bolesť ovplyvňuje kvalitu života starých ľudí. Uvádza, že partnerské, rodinné alebo priateľské vzťahy neboli narušené, tretina respondentov udávala výraznejšie zmeny v medziľudských vzťahoch.

Záver

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je nielen pre pacienta prínosom, pretože ponúka starostlivosť v prirodzenom sociálnom prostredí a taktiež individualizovanú starostlivosť na základe potrieb, ale aj pre rodinných príslušníkov, ktorí sa môžu tiež zapojiť do poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. V dosiahnutí pozitívnych výsledkov práce sestry v domácom prostredí zohráva dôležitú úlohu rodina pacienta.

Úloha rodiny v starostlivosti o člena rodiny trpiaceho bolesťou je náročná, dochádza k zmene rodinných hodnôt, mení sa štýl rodinného života. Príbuzní musia zvládať aj určité praktické zručnosti, ako je podávanie liekov proti bolesti, či vedenie denníka bolesti. V súvislosti s bolesťou prežíva človek utrpenie, ktoré mu odoberá energiu, je preto potrebné zo strany rodiny vytvoriť optimálne rodinné prostredie, či pestovať pozitívne rodinné vzťahy. Zanedbateľná nie je ani skutočnosť, že k ich príbuznému prichádza do domáceho prostredia aj sestra z agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá zabezpečuje uspokojenie potrieb, je pre pacienta a rodinu fyzickou či psychickou oporou.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BÁRTLOVÁ, S. 2009. Pacient a jeho rodina. In BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. s. 80 – 81. ISBN 978-80-8063-306-6.
2. BADGER, J.M. 1995. Reaching out to the Suicidal Patient. In *American Journal of Nursing*, 1995, Vol. 95, No. 3, p. 24 – 31.
3. DUŠOVÁ, B. 2006. Aspekty kvality života klientů trpících chronickou bolestí. In *Trendy v ošetrovatelství IV*. Eds. B. Dušová et al. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, s. 52 – 57.
4. FERTAL'OVÁ T., ONDRIOVÁ, I. 2008. Rodina ako súčasť komplexnej starostlivosti o chorého s depresiou. In *Medicínsko – ošetrovateľské listy Šariša*. Eds. M. Šanta et al. Prešov: Prešovská Univerzita, 2008, s. 36 – 37.
5. HOLMANOVÁ, E., ČÁP, J. 2008. Sociálne potreby. In TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008. s. 161 – 168. ISBN 80-8063-270-0.

6. JOBÁNKOVÁ, M. 2004. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelekárskych zdravotníckych oborů, 2004. 225 s. ISBN 80-7013-390-12.
7. JAROŠOVÁ, D. 2003. K problematice chronickej bolesti u seniorů. In *Trendy v ošetrovatelství II*. Eds. D. Jarošová et al. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, s. 58 – 59.
8. JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitného ošetrovatelstva*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
9. NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. 1997. *Kvalita života ľudí trpiacich bolesťou*. 1. vyd. Martin: JLF UK, 1997. 70 s. ISBN 80-88866-03-0.
10. NOORTHOUSE, L., L. 2005. Helping Families of Patients With Cancer. In *Oncology Nursing Forum*, 2005, Vol. 32, No. 4, p. 743-750.
11. SIGURDARDOTTIR, A.K. 1996. Satisfaction among ambulatory surgery patients in two hospitals in Iceland. In *Journal of Nursing Management*, 1996, No. 4, s. 69-74.
12. SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., VORLÍČKOVÁ, H. 2006. Péče o rodinu pacienta In VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. eds. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. s. 165 – 167. ISBN 80-247-1716-6.
13. SOBOTKOVÁ, I. 2007. *Psychologie rodiny*. 2. preprac. vyd. Praha: Portal, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
14. TEBELÁKOVÁ, M. 2008. Spokojnosť pacientov a rodiny s poskytovaním domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia*, 2008, roč. VI, č. 6, supl.
15. VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. preprac. a rozšir. vyd. Praha: Portal, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
16. ŽIAKOVÁ K. 2004. Bolest. In NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K., MIŠTUNA, D. *Práva pacientov: medicínske, ošetrovateľské a filozoficko – etické súvislosti*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. s. 163 – 176. ISBN 80-8063-162-X.

Kontakt

PhDr. Mária Tebeľáková

Ústav nelekárskych študijných programov JLF UK

Malá Hora 5

036 01 Martin

OCENA SATYSFAKCJI Z ŻYCIA MŁODZIEŻY NISKOROSŁEJ

Grażyna Cepuch¹, Katarzyna Kozień²

¹ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków
Krakowska Akademia im AFM, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Kraków

² Absolwentka Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, WNZ, CM UJ, Kraków

Streszczenie:

Wstęp: Niskorosłość jest narastającym problemem, wpływającym na wiele obszarów życia młodego człowieka i jego rodziny.

Cel badań: Ocena poziomu odczuwanej satysfakcji z życia młodzieży niskorosłej

Materiał i metody: Badaniem objęto 35 osób niskorosłych, w tym 17 pacjentów leczonych i 18-scie osób nie leczonych hormonem wzrostu, w wieku 11-16 r.ż, będących pod opieką medyczną Kliniki Endokrynologii Dzieci i Młodzieży w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz drabinę „Cantrila”.

Wyniki: Niskorosłość stanowi głównie problem w zdobywaniu wykształcenia, nawiązywaniu kontaktów z płcią przeciwną. Satysfakcja z życia wg drabiny „Cantrila” została oceniona na 5 pkt .

Wnioski: Młodzież niskorosła ma niskie poczucie satysfakcji z życia, co może stać się przyczyną zaburzeń psychologicznych i społecznych.

Słowa kluczowe: Niskorosłość. Satysfakcja z życia. Hormon wzrostu.

Admission: Short stature is growing problem, affecting many areas of young person's life and his family

Purpose: Estimate the level of perceived satisfaction from life of young people with short stature

Material and methods: Research includes 35 young people from 11 to 16 years old with short stature. 17 patients cured and 18 not cured by growth hormone, which are under medical supervision in Klinika Endokrynologii Dzieci i Młodzieży in Cracow. In this research author used her own questionnaire and the Cantril Ladder.

Results: Short stature is the main reason of problems in canvass of education and contact with the opposite sex. Satisfaction from life according to the Cantril Ladder has been evaluated by 5 points.

Conclusions: Young people suffering from short stature have lower satisfaction from life, what can become reason of psychological and social disturbances.

Keywords: Short stature. Satisfaction from life. Growth hormone.

Wstęp

Niskorosłość, to dotyczący różnych sfer życia problem ludzi na całym świecie, a w szczególności wchodzącej w dorosłe życie młodzież- w samej Europie dotyczy on ponad półtora miliona dzieci [1].

Przyczyny niskorosłości możemy dopatrywać się w zaburzeniach genetycznych prowadzących do zmniejszonego potencjału wzrastania (dzieci i rodziny wymagają wczesnej i szybkiej interwencji psychologicznej) takich jak np.: niedobór wzrostu rodzinny czy zespół Turnera, zaburzeniach metabolicznych- np. galaktozemia lub hiperkalcemia samoistna, zakłóceniach neurohormonalnych (niezbędna jest opieka psychologiczna lub współdziałanie lekarza z psychologiem) np. niedobór wzrostu towarzyszący zespołom mózgowym, zakłócenia strefy emocjonalnej, niedoczynność przysadkowo - podwzgórzowa itd. Poza wyżej wymienionymi uwarunkowaniami należy wziąć pod uwagę czynniki uznane za szkodliwe które prowadzą do niedożywienia lub niedoboru tlenu [1].

Naprzeciw problemowi niskorosłości w teraźniejszym czasie wychodzą media. W marcu 2008 roku ruszyła kampania społeczno-edukacyjna „Rosnę Zdrowo”, której inicjatorem jest firma Pfizer, mająca na celu promowanie problemu związanego z niskorosłością. W akcje zaangażowane zostało Polskie Towarzystwo Endokrynologów Dziecięcych oraz Polskie Towarzystwo Pediatryczne.

Nie ulega wątpliwości, że „na straży” prawidłowego rozwoju dziecka stoją rodzice, których problem niskiego wzrostu swoich pociech powinien zaalarmować pierwszy. Nie bez znaczenia jednak pozostają badania bilansowe dzieci przeprowadzane w pierwszych latach życia przez lekarza pierwszego kontaktu, ale również w późniejszym okresie życia badania przesiewowe w szkole, realizowane przez pielęgniarkę szkolną.

Problem niskorosłości dotyka różnych dziedzin życia dziecka począwszy od obrazu samego siebie poprzez atrakcyjność fizyczną, samoakceptację i poczucie akceptacji przez otoczenie. Najczęściej w sferze fizycznej schorzenie może mieć wpływ na zdolność chorego do brania udziału w fizycznych aktywnościach. Jeżeli choroba obejmuje zmianę wyglądu u dziecka często pojawia się poczucie wstydu, skrępowania oraz inności, gdyż pierwsze porównania z rówieśnikami dotyczą najczęściej wyglądu zewnętrznego [2,3].

W gatunku ludzkim od zawsze stawiano wysokich na pierwszym miejscu i cieszących się większym zaufaniem. Niejednokrotnie niżsi przegrywali z konkurencją z wyższymi, mimo

iż ich wartości intelektualne czy moralne, umiejętności i cechy korzystne dla powierzanego im zadania nie są mniejsze, niż ich wyższych konkurentów [4,5,6].

W sferze psychologicznej- Alfred Adler [7] głosił tezę o zdecydowanym i bardzo silnym wpływie defektów fizycznych na psychikę. Wpływ ten wyraża się poczuciem niższości, które wynika z posiadania cechy innej niż większość bądź niepełnowartościowego narządu. Poczucie niższości rodzi się z posiadanego defektu, właściwości odbiegających od modelu, standardu urody i atrakcyjności, czy braku posiadanych uzdolnień. Dodatkowo uczucie to często jest potęgowane postawą rodziców, a w szczególności brakiem serdeczności, zaniedbywaniem czy nawet w skrajnych przypadkach ośmieszaniem.

W poczuciu niższości, często wyzwala się tzw. dążenie do mocy a więc chęć do osiągnięcia sukcesów, wykazania się w jakiejś innej dziedzinie. Nie zawsze jednak rodzi się motywacja do efektywnego działania, bardzo często niepełnowartościowość bywa powodem unikania i ucieczki [7].

Przeprowadzane badania wskazywały, iż samo bycie niskim nie przesądza jeszcze o powstaniu poczucie mniejszej wartości. Ujawnia się ono głównie wtedy, kiedy dziecko uświadomi sobie własne zaburzenia wzrostu, jako coś co odróżnia je od rówieśników. Czynnikiem sprzyjającym temu procesowi jest to, jak do problemu niskiego wzrostu ustosunkuje się najbliższe otoczenie chorego. Jeśli młody człowiek spotka się z przewagą negatywnych uczuć z pewnością dozna poczucia mniejszej wartości, a wtedy jego odmienność spowoduje, iż funkcjonowanie społeczne szeroko rozumiane będzie niebywale trudne [2,7].

W sferze społecznej- funkcjonowanie osób niskorosłych jest uwarunkowane nie tylko podejściem do samego siebie, ale również rodzajem interakcji z rodzicami, którzy często niskie dzieci traktują jako znacznie młodsze, zgodnie z poziomem rozwoju fizycznego a nie z wiekiem, przyczyniając się jednoznacznie do ograniczenia aktywności i samodzielności własnych pociech [7]. Obraz psychologicznych konsekwencji niedoboru wzrostu nie jest jednoznaczny. Małe dzieci w bardzo małym stopniu przywiązują uwagę do wyglądu zewnętrznego, a więc i do wzrostu. Zainteresowanie to wzrasta wraz z wiekiem szkolnym, a szczególnie w wieku dojrzewania gdzie wygląd fizyczny nabiera coraz większego znaczenia. W literaturze znajdziemy badania potwierdzające generalne pogorszenie się sytuacji osób niskorosłych (mała liczba przyjaciół, brak zainteresowania płcią przeciwną, nastolatki miały poczucie, iż rodzice się ich wstydzą) [4,6,7].

Wg Tyborskiej [7] - w szczególności dla chłopców niski wzrost jest silnym stresorem, wyzwalamym w nich poczucie lęku przed agresją ze strony wyższych rówieśników, przeszkodą w uzyskiwaniu sukcesów sportowych, wymarzonych zawodów, przyjaciół wśród chłopców a także powodzeniu u dziewcząt.

W nowszych badaniach nad dziećmi poddanymi kuracji hormonem wzrostu Stabler opisuje zaburzenia, które występują przed rozpoczęciem leczenia oraz zestawia je w porównaniu z wynikami uzyskanymi po rocznym leczeniu. Wyniki wskazują na różne zaburzenia zachowania i trudności szkolne przed rozpoczęciem leczenia, naprzeciwko przeprowadzonych rok później badaniom, gdzie zaobserwowano spadek zaburzonych zachowań i poprawę wyników w nauce, przy nie zmieniającym się ilorazie inteligencji [7].

Należy zastanowić się zatem jak można pomóc dziecku choremu? Przede wszystkim główny ciężar odpowiedzialności spada na rodziców, którzy jako pierwsi dowiadują się o chorobie swojego dziecka. Rodzice muszą wiedzieć nie tylko o istocie choroby ale będą zmuszeni zmierzyć się z redukcją lęku i poczucia chaosu, pomocą w poszukiwaniu nowych wartości, ewentualnej zmiany planów życiowych, umacnianiu poczucia wpływu na zdarzenia, przeciwdziałaniu poczuciu osamotnienia i bezradności (stworzenie atmosfery w której dziecko z chęcią podzieli się swoimi negatywnymi przeżyciami), znajdowaniu nowych obszarów aktywności dających zadowolenia i poczucie sukcesu (np. jazda konna, rozwijanie zainteresowań) [3,7].

W opiece nad dzieckiem niskorosłym nienależy również zapominać jaki wpływ ma postawa i oferowana pomoc pielęgniarska, lekarska. Ważną rolę może tu odgrywać pomoc psychologiczna, z której skorzystać mogą zarówno pacjenci jak i ich rodzice [3]. Niskorosłość jest problemem w którym wzajemne wsparcie, współpraca mogą pomóc dziecku stawiać mocne, odważne kroki w walce o swoje marzenia.

Celem pracy była ocena poziomu odczuwanej satysfakcji z życia młodzieży niskorosłej pod kątem postaw wobec siebie i swojej choroby, wpływu niskorosłości na realizację zadań życiowych, nawiązywanie kontaktów, satysfakcji z leczenia oraz otrzymywanego oczekiwanego wsparcia.

Materiał i metody

W badaniu wykorzystano: autorski kwestionariusz ankiety i drabinę „Cantrila”. Kwestionariusz ankiety składał się z 18 pytań (16 zamkniętych i 2 otwarte). Analizowano takie dane jak płeć, data urodzenia (posłużyły one oszacowaniu wartości centylowych), waga, wzrost, czas leczenia hormonem wzrostu. Dodatkowo poruszono zagadnienia dotyczące samoakceptacji, akceptacji otoczenia, reakcji w sytuacjach nawiązujących do choroby pacjenta, nawiązywania kontaktów z rówieśnikami a także płcią przeciwną. W pytaniach poruszono również kwestie wsparcia, zarówno tego otrzymywanego jak i oczekiwanego.

Dodatkowo w badaniu zastosowano drabinę Cantrila, służącą do ogólnej oceny satysfakcji z życia. Pozwoliła ona na ocenę poziomu satysfakcji życia młodzieży niskorosłej w chwili obecnej (ocena bieżąca) i na jakim poziomie oczekują, że znajdzie się ona za rok

(ocena perspektywiczna). Metoda ta została przedstawiona graficznie w postaci drabiny, gdzie na dole przy wartości „0” widniał komentarz: najgorsze życie, jakiego mógłbym się spodziewać, potem kolejne liczby wznosiły się w górę drabiny aż do „10” do której przypisany był komentarz: najlepsze życie jakiego mógłbym się spodziewać. Zadaniem badanego było zaznaczenie na drabiny cyfry, która zgodnie z odczuciem odzwierciedla satysfakcję z życia na chwilę obecną i jakim spodziewa się znaleźć za rok. W kolejnym zadaniu zmodyfikowano drabinę, tak aby pozwoliła na ocenę satysfakcji z leczenia hormonem wzrostu. Z badań, które w Polsce przeprowadził Czapliński wynika, iż 60 % Polaków umieszcza swoje poczucie satysfakcji z życia na pozycjach 4-6, dlatego za niski wskaźnik i brak zadowolenia należy traktować punkty poniżej 4, a za wysoki poziom należy uznać wynik powyżej 6 [9].

Badania przeprowadzono w Przyszpitalnej Poradni Endokrynologicznej, należącej do Kliniki Endokrynologii Dzieci i Młodzieży w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.

Na badania uzyskano pisemną zgodę Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Kierownika Kliniki Endokrynologii. Przeprowadzona ankieta została dodatkowo przeanalizowana i zatwierdzona przez szpitalnego psychologa, zajmującego się dziećmi i młodzieżą z niskorosłością.

Badania zostały przeprowadzone zgodnie z zachowaniem praw, obowiązujących w Konwencji Praw Dziecka oraz Konwencji Helsińskiej i miały charakter anonimowy.

W badaniach wzięło udział 35 losowo wybranej młodzieży niskorosłej w wieku od 11-16 roku życia, z której zostały wyodrębnione dwie grupy: pacjenci leczeni hormonem wzrostu (17 osób- 9 dziewczynek, 8 chłopców) oraz pacjenci nie leczeni hormonem wzrostu (18 osób-8 dziewczynek, 10 chłopców). Mała ilość badanych nie pozwoliła na dokonanie analizy statystycznej.

Wyniki

W grupie pacjentów nie leczonych hormonem wzrostu zdecydowanie przeważała młodzież w wieku 14-16 lat w porównaniu do grupy leczonej hormonem wzrostu, gdzie dominowali pacjenci we wieku 11-13 lat

Analiza wyników badań antropometrycznych wykazała, że w grupie młodzieży leczonej hormonem wzrostu najliczniejszą grupę stanowiły dziewczynki o masie na poziomie 10 percentyla, wzroście na poziomie 10 percentyli i poniżej oraz chłopcy o masie na poziomie powyżej 25 percentyla, wzroście na poziomie powyżej 3 percentyli. W grupie młodzieży nie leczonej hormonem wzrostu wśród dziewczynek najliczniejszą grupą były pacjentki o masie na poziomie 25 percentyla i poniżej 3 percentyla oraz wzroście na poziomie poniżej 3 percentyli a także chłopcy o masie na poziomie 3 percentyli i wzroście poniżej 3 percentyla.

Analiza wyników ankiety własnej konstrukcji:

- czas leczenia: zdecydowana większość (58 %) w grupie osób leczonych hormonem wzrostu przyjmowała hormon wzrostu powyżej 1 roku, ale krócej niż 5 lat,
- akceptacja: 33,3 % młodzieży nie leczonej hormonem wzrostu zdecydowanie nie akceptuje swojego wzrostu, w przeciwieństwie do pacjentów poddanych terapii-0 %. Zarówno młodzież leczona (47 %) i nie poddawana hormonoterapii (44,4 %) czuje się akceptowana przez otoczenie, jednak niski wzrost jako barierę w realizacji codziennych zadań uznaje (38,9 %) pacjentów nie leczonych hormonem wzrostu jak i (35,3 %) leczonych. Dla większości młodzieży poddanej hormonoterapii, wzrost nie był nigdy (41,1 %) przyczyną rezygnacji z zamierzonego celu, natomiast dla blisko 50 % młodzieży nie leczonej stanowił on jego bezpośrednią przyczynę,
- relacje społeczne: grupa nie leczona hormonem wzrostu (50 %) jak i leczona (47 %) nie uważa swojego wzrostu za przeszkodę w relacjach z rówieśnikami. Młodzież leczona raczej nie uznaje (47 %) wzrostu jako bariery w nawiązywaniu kontaktów z osobami płci przeciwnej w przeciwieństwie do grupy nie leczonej (38,9 %), gdzie problem ten ma dla nich ważne znaczenie,
- akceptacja samego siebie: nieznaczna większość pacjentów nie leczonych hormonem wzrostu, w pytaniu wielokrotnego wyboru (max 2 odpowiedzi) nadmieniła, iż jest jej źle z własnym wzrostem (45,4 %), natomiast pacjenci leczeni hormonem pomimo, że jest im źle z własnym wzrostem (35 %) potrafią dostrzec jego zalety (35 %). Niewielki procent uważa swój wzrost za atut (5 %),
- wsparcie: zarówno w grupie młodzieży nie leczonej hormonem wzrostu (78 %) jak leczonej (69 %) największego wsparcia badanym udzielali rodzice. Dla pacjentów leczonych hormonem wzrostu największym rodzajem wsparcia jest akceptacja (23,5 %), natomiast dla pacjentów nie leczonych ważna jest bliskość innych (11,1 %), bądź nie życzą sobie pocieszenia (11,1 %). Ponadto 41,2 % poddanej i 72,3 % młodzieży nie poddanej hormonoterapii nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie,
- radzenie sobie z problemem niskorosłości: zdecydowana większość młodzieży niskorosłej nie leczonej hormonem sytuacje nawiązujące do ich wzrostu obracają w żart (33,3 %). Młodzież poddana terapii hormonem wzrostu również obraca zaistniałą sytuacje w żart (29,4 %), bądź denerwuje się (29,4 %). Spośród badanych, 11,8 % osób poddanych i 16,7 % pacjentów nie poddanych hormonoterapii nie udzieliło odpowiedzi na postawione pytanie,
- o bawy związane z niskorosłością: w grupie osób nie leczonych hormonem wzrostu większość (33,3 %) nie ma obaw związanych z własnym wzrostem, choć niektórzy (16,7 %) obawiają się o niepowodzenie terapii którą mają podjąć. W grupie osób leczonych hormonem również większość (23,5 %) nie ma obaw związanych ze

wzrostem, choć także w porównaniu do grupy przeciwnej obawia się niepowodzenia terapii oraz dodatkowo pogorszenia stanu zdrowia.

Analiza wyników z drabiny Cantrila:

Zarówno młodzież nie leczona hormonem wzrostu (27,7 %) jak i leczona (47 %) ocenia obecnie satysfakcję z życia na poziomie 5 pkt. Pacjenci nie leczeni zgodnie z własnym odczuciem spodziewają się iż za rok będą mogli ocenić satysfakcję z życia na 10 pkt (33,3 %), przeciwnie uważają natomiast pacjenci leczeni, którzy swoją satysfakcję za rok oceniają na 7 pkt (35,3 %)

Tab. I Satysfakcja z życia przy użyciu drabiny „ Cantrila”

	Obecnie			Za rok	Za rok		
	Pkt skala Cantrila	Pacjenci nie leczeni hormonem wzrostu	Pacjenci leczeni hormonem wzrostu		Pkt skala Cantrila	Pacjenci nie leczeni hormonem wzrostu	Pacjenci leczeni hormonem wzrostu
	10	11,1%	17,7%		10	33,3%	23,5%
	9	5,5%	0%		9	11,1%	17,7%
	8	22,2%	11,8%		8	27,7%	11,7%
	7	5,5%	5,8%		7	5,5%	35,3%
	6	11,1%	17,7%		6	5,5%	5,9%
	5	27,7%	47,0%		5	11,1%	5,9%
	4	11,1%	0%		4	0%	0%
	3	5,5%	0%		3	0%	0%
	2	0%	0%		2	0%	0%
	1	0%	0%		1	0%	0%

Spośród pacjentów leczonych hormonem wzrostu, na chwilę obecną 35,3 % ocenia satysfakcję z leczenia na 7 pkt, natomiast za rok taki sam procent młodzieży spodziewa się ocenić leczenie na 9 pkt

Tab. II Satysfakcja z leczenia przy użyciu drabiny „Cantrila”

	Obecnie				Za rok		
	Pkt skala Cantrila	n	%		Pkt skala Cantrila	n	%
	10	3	17,7		10	4	23,5
	9	1	5,9		9	6	35,3
	8	2	11,7		8	3	17,7
	7	6	35,3		7	1	5,9
	6	2	11,7		6	1	5,9
	5	3	17,7		5	1	5,9
	4	0	0		4	1	5,9
	3	0	0		3	0	0
	2	0	0		2	0	0
	1	0	0		1	0	0

Omówienie

Niskorosłość jest bez wątpienia zauważalną chorobą, która wywiera wpływ na życie młodzieży. Odbiegające od normy różne funkcje czy budowa organizmu są natychmiast dostrzegane nie tylko przez rodziców i ich dzieci, ale również komentowane przez otoczenie. To jak będą radzić sobie z zaistniałą sytuacją zależy od ich stosunku do samego siebie, ale również od reakcji rodziców i otoczenia.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż młodzież nie leczona nie akceptuje swojego wzrostu w przeciwieństwie do rówieśników poddanych terapii hormonem wzrostu. Pociuszającym jest fakt iż pomimo trudności w samoakceptacji, badani (obydwie grupy) czują się nie tylko akceptowani przez otoczenie, ale również w zdecydowanej większości wspierani przez rodziców. To właśnie oni są pierwszymi, a zarazem najważniejszymi obserwatorami rozwoju dziecka. Akceptacja ze strony osób bliskich, w szczególności rodziny buduje w młodym człowieku poczucie wartości, a wspieranie miłością i zrozumieniem dla jego problemów, dodaje siły i kształtuje umiejętności radzenia sobie z tą trudną dla niego sytuacją.

W realizacji codziennych zadań takich jak np. zdobywanie wykształcenia niski wzrost stanowi problem. Dla grupy poddanej terapii hormonem, własny wzrost nie był nigdy bezpośrednią przyczyną rezygnacji z zamierzonego celu w przeciwieństwie do drugiej grupy, gdzie otrzymane odpowiedzi były mało zróżnicowane. Sytuację taką może tłumaczyć fakt, iż młodzież leczona (pozostająca już od dłuższego czasu w terapii hormonalnej) w okresie

badania osiągnęła pewien wyższy wzrost, co mogło zmienić punkt widzenia tej grupy respondentów, w przeciwieństwie do osób nie leczonych.

Dla większości obu grup wzrost nie stanowi bariery w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami. W kontaktach z płcią przeciwną ze względu na swój wzrost, trudności w stopniu średnim mają głównie pacjenci nie leczeni hormonem wzrostu, a więc głównie dziewczynki i chłopcy ze wzrostem znajdującym się poniżej 3 centyla oraz wagą w zakresie od poniżej 3 do 25 centyla.

Każdy człowiek inaczej radzi sobie z sytuacją stresującą, jednak ukazywanie negatywnych emocji przez grupę leczoną hormonem wzrostu powinno zwrócić większą uwagę psychologów i rodziny. Sytuację taką wzmacnia zapewne fakt, iż pomimo sporej grupy pacjentów nie wykazującej obaw związanych ze swym wzrostem, niektórzy zmagają się z przecuciem niepowodzenia terapii i konsekwencji niskiego wzrostu w przyszłości: trudności w życiu towarzyskim, pogorszeniu stanu zdrowia, trudności w znalezieniu pracy. Zastanawiające pozostają wyniki dotyczące sposobu udzielanego wsparcia dla młodzieży- nie udzielenie przez większość ankietowanych odpowiedzi na to pytanie może świadczyć zarówno o niechęci w stosunku do pytań otwartych jak i o braku konkretnego rodzaju wsparcia.

Różny jest punkt odniesienia, utożsamienia się z określoną wartością na drabinie „Catrila”, przedstawia on bowiem satysfakcję z życia na chwilę obecną i w przyszłości. Człowiek zdrowy posiadający z obiektywnego punktu widzenia wszystko, ale o wielkich ambicjach, może swoje życie ocenić nisko, natomiast człowiek chory, doświadczony przez ból czy chorobę, która zaburza jego funkcjonowanie w różnych aspektach życia, w chwili poprawy, może ocenić je wysoko. Zarówno pacjenci leczeni jak i nie leczeni hormonem wzrostu ocenili satysfakcję z życia na chwilę obecną na 5 pkt. Należy pamiętać, iż za wyższe zadowolenie przyjmuje się wynik powyżej 6 pkt, natomiast za skrajnie niski- poniżej 4. Młodzież nie poddana terapii, zgodnie z własnym odczuciem i zapewne pragnieniem, prezentuje postawę życzeniową spodziewając się, iż za rok będą mogli je ocenić na 10 pkt. Inaczej jest w przypadku młodzieży już leczonej- za rok spodziewają się ocenić swoją satysfakcję na 7 pkt. Dodatkowo zapytani o satysfakcję z leczenia, na chwilę obecną oceniają ją na 7 pkt i z przekonaniem patrzą w przyszłość oceniając leczenie za rok na 9 pkt. Zaprezentowany wynik świadczy o wyższym stopniu zadowolenia z przeprowadzanej hormonoterapii.

Temat niskorosłości i jego wpływu na różne aspekty życia z pewnością wymaga przeprowadzenia jeszcze wielu badań, gdyż badana grupa wymaga poszerzenia, jednak ze względu na ograniczony czas i dostęp do młodzieży niskorosłej badania objęły tylko 17 osób leczonych i 18 osób nie leczonych hormonem wzrostu.

Wnioski

1. Młodzież niskorosła u progu wchodzenia w dorosłe życie, ma niskie poczucie satysfakcji z życia, co może stać się przyczyną rozwinięcia wielu zaburzeń, zarówno sfery emocjonalnej jak i funkcjonowania społecznego
2. Na młodzież pokładającą ogromne nadzieje związane z terapią hormonem wzrostu należy zwrócić szczególną uwagę, gdyż oczekiwania osoby niskorosłej mogą okazać się zbyt wielkie, a brak bądź powolny postęp terapii może negatywnie wpłynąć na obciążoną już psychikę pacjenta
3. Pacjenci leczeni hormonem wzrostu, ze względu na dużą ilość negatywnych emocji związanych z sytuacją nawiązującą do ich wzrostu, powinni zostać otoczeni szczególną opieką

Piśmiennictwo

1. ROMER T.: Niedobór wzrostu. W.: Korman E.(red): Podstawy endokrynologii wieku rozwojowego., PZWL, Warszawa 1999, s. 88-89.
2. ROMER T. i wsp.: Dzieci z zaburzonym procesem wzrastania, kwalifikowane w Polsce do leczenia hormonem wzrostu. *Pediatrica Praktyczna* 2001, 9(1);41-48, 50-53.
3. SKÓRZYŃSKA M. :Przewlekła choroba dziecka w aspekcie realizacji zadań życiowych jednostki i rodziny. (W): Cytowska B., Wilczura B. (red): Dziecko chore, zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2007, s. 39, 43-45, 47-48.
4. KĘDZIA A., KORMAN E.: Diagnostyka różnicowa somatotropinowej niedoczynności przysadki. *Pediatrica Praktyczna* 2001, 9(1);25-26.
5. ROMER T.: Niedobór wzrostu. W.: Korman E.(red): Podstawy endokrynologii wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 1999, s. 85,87-88, 92-99, 100-109, 111,
6. WALCZAK M., ROMER T., KORMAN E. i wsp.: Zasady postępowania w przypadku niskorosłości uwarunkowanej somatotropinową niedoczynnością przysadki. *Klinika Pediatryczna* 2005, 13(2);213-216.
7. ZIENIEWICZ H.: wpływ niskiego wzrostu na życie osoby nim dotkniętej. *Current Problems of Psychiatry* 2010,11(4);339-345.
8. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=1&dzialnr=4&artnr=1218> załącznik nr 3. z dnia 24.03.2008

Kontakt:

Dr n. med. Grażyna Cepuch

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu,

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kraków

DETERMINANTY ZDRAVIA VO VZŤAHU K JEHO PODPORE A UDRŽANIU

Iveta Strážiková

Stredná zdravotnícka škola Štefana Kluberta Levoča

Resumé

Úroveň zdravia členov v rodine je determinovaná mnohými, vzájomne sa ovplyvňujúcimi faktormi. Z kvalitatívneho hľadiska rozoznávame ochranné faktory, ktoré zvyšujú schopnosť organizmu odolávať, prípadne sa prispôsobovať škodlivým vplyvom prichádzajúcim zvonku. Oslabujúce faktory znižujú schopnosť organizmu čeliť škodlivým agensom prichádzajúcim zvonku, ale samy osebe nevyvolávajú ochorenie. Príkladom je oslabenie imunity, umožňujúce fakultatívne patogénnym mikroorganizmom vyvolať po infekcii generalizované ochorenie.

Rodina je univerzálna sociálna skupina, v ktorej prebiehajú významné sociálno-psychologické javy každého jedinca. V rodine sa prvýkrát prejavuje prosociálne správanie človeka, ktoré ak je personálnym okolím i podnetným predmetovým prostredím rozvíjané sa mení na vyspelejšie formy sociálneho styku. V rodine sa vytvára dôvera v seba, motivačne voľné charakteristiky, postoj k sebe samému i personálnemu okoliu všeobecne. V rodine sa formujú modely správania, prijímajú sa regulačné činitele týchto foriem správania, dochádza k predávaniu a interiorizácii noriem, k zoznamovaniu sa s rôznymi druhmi sankcií. V rodine sa osvojujú formy komunikácie ako verbálnej, tak aj neverbálnej.

Kľúčové slová: Zdravie. Podpora zdravia. Faktory. Prevencia. Ochorenia. Výchova. Rodina.

Resumé

Please enter translated textResumé level of health in family members is determined by many, mutually influencing factors. In qualitative terms, we distinguish the protective factors that increase the body's ability to resist or adapt to adverse impacts coming from outside. Debilitating factors reduce the body's ability to deal with harmful agents coming from outside, but do not cause disease themselves. An example is the weakening of immunity, allowing facultative pathogenic microorganisms cause generalized disease following infection. Family is a universal social group in which there is substantial socio-psychological phenomena of each individual. The family was first seen prosocial behavior of man, that if the personnel area and stimulating environment developed predmetovým becomes more advanced forms of social intercourse. The family creates confidence in yourself, free

motivating characteristics, attitude towards oneself and personal surroundings in general. In a family shaped by patterns of behavior, taken by regulatory factors such forms of behavior, there is a marketing and interiorizácii standards for familiarization with various types of sanctions. The family is embracing forms of communication such as verbal, nonverbal as well.

Key words: Health. Health promotion. Factors. Prevention. Disease. Education. Family.

Rodina má medzi prirodzenými výchovnými prostrediami osobitný význam pre vývoj a výchovu mladej generácie. V rodine dieťa dostáva základnú výchovu a uvádza sa do širších spoločenských stykov. Auguste Comte nazval rodinu spojovacím mostíkom medzi jedincom a spoločnosťou a tak poukazoval na jej základnú úlohu v spoločnosti. Túto rolu neraz podčiarkovali pedagógovia, psychológovia, sociológovia, ktorí osvetľovali funkciu rodiny v spoločnosti a v procese výchovy z rôznych hľadísk. Už Platón považoval rodinu za základnú bunku spoločenského života a hlavnú výchovnú inštitúciu. Ideu o potrebe starostlivosti o rodinu ako o inštitúciu výchovy možno sledovať vo formuláciách pedagógov a organizátorov spoločenského života až po súčasnosť, hoci sa v priebehu spoločenského vývoja značne zmenila štruktúra i spoločenská funkcia rodiny. Tieto premeny sa prejavujú v zmene veľkosti rodiny, v zániku širších rodinných zväzkov a vo vzniku tzv. malej rodiny, ktorá sa zakladá na zväzkoch priamej príbuznosti. Zmenila sa aj výchovná funkcia rodiny, najmä jej úloha v procese učenia a výchovy mladej generácie.

Najvšeobecnejšia definícia rodiny hovorí, že je to skupina osôb spojených zväzkami manželstva, krvi alebo adopcie, ktoré obyčajne bývajú spolu a v rámci skupiny postupujú podľa spoločensky určenej a uznanej del'by práce a podľa spoločensky vymedzeného súhrnu úloh. V priebehu spoločenského vývoja dochádza k dezintegrácii rodiny. Zaniká jej tradičná výchovná funkcia. Dostáva však nové úlohy a utvára sa novým spôsobom chápaná výchovná funkcia. O novej výchovnej funkcii rodiny píše W.D Wall, popredný predstaviteľ sociálnej pedagogiky v Anglicku, takto: "Reformátori 19. a začiatku 20. storočia sa nazdávali, že dokážu premeniť svet podľa svojich úprimných snáh len pomocou školy. Ich optimizmus bol úplne nepodložený, a dnes sme opatrnejší. Vieme, že výchova dieťaťa má svoje ťažisko v prvých rokoch jeho života, oveľa skôr ako dieťa prestúpi prah školy. Všetko, čo sa dieťa učí v škole i mimo školy, formuje správnym alebo nesprávnym smerom jeho postoje a jeho osobnosť. Práve preto, ale aj preto, že v každom dieťati je nezvládnutá individualita, vieme, že úloha školy ako spoločenského nástroja je skôr obmedzená.

Rozvoj telesných síl a pohybovej koordinácie dieťaťa, vývin jeho rozumových schopností ustavične rozširuje okruh jeho stykov s predmetmi, a súčasne prostredie, ktoré

predstavujú najskôr rodičia, najbližšia rodina a neskôr svet mimo rodiny, ukazuje čoraz viac cieľov, ktoré môže dosiahnuť. Dieťa v mladšom školskom veku nadväzuje širšie spoločenské styky najmä prostredníctvom rodiny. V období dospievania rodina môže mládeži poskytnúť najúčinnejšiu pomoc a môže byť jej oporou pri riešení vlastných psychických konfliktov. Napokon osobitnou úlohou rodiny je uvádzať a zasväcovať mládež do zložitých javov súčasného spoločenského života, do sveta konfliktov a rôznorodých interpretácií základných javov života a spoločenského vývoja.

Úloha rodiny ako prostredia výchovy nie je obmedzená len na prvé roky života dieťaťa, ale trvá až po dosiahnutie samostatnosti, ukončenia vzdelávania a navyknutie si na povolanie, k čomu dochádza okolo 20.roku života. Mimoriadnu podporu rodiny si vyžaduje obdobie dospievania, počas ktorého sa zintenzívňuje duševný život a formuje sa vzťah k problémom vlastného života v živote spoločnosti. *„V rodine dochádza ku poskytovaniu potrebných skúseností pre plynulé začlenenie sa do spoločnosti ako celku v procese socializácie, ale tiež k formovaniu vlastnej osobnosti, jedinečnosti, svojbytnosti v procese individualizácie. Je to práve rodinné prostredie, ktoré - aj keby sme nepodceňovali biologické determinanty vývoja človeka - dá špecifické rysy každému jednotlivcovi“* (Bartlová, Matulay, 2009, s. 117-118).

Na vývoj osobností vplýva mnoho faktorov zo životného prostredia, spoločenských pomerov, prírodných podmienok, práce, celkového spôsobu života a v neposlednej miere aj zážitky, skúsenosti a udalosti z osobného života. Za najvýznamnejšie výchovné činitele sú považované rodina, škola, školské výchovné zariadenia a cirkev. Ako druhotné výchovné činitele sa chápu masmédiá (tlač, rozhlas, televízia), umenie, ľudová kultúra, tradície a rôzne spoločenské organizácie. Rodina je prvotný prirodzený spoločenský útvar, založený na historických, psychických a spoločenských väzbách. Jej funkcia, poňatie, organizácia a etika sa vyvíjali v závislosti na ekonomickom vývoji spoločnosti. Rodina pre dieťa je prvou skupinou, kde sa zaradí už vo chvíli narodenia. Dieťa si svoju rodinu nevyberá, ale sa jej súčasťou. Na vzniku choroby členov rodiny sa priamo podieľajú etiopatogenetické faktory. Často sa používa pojem rizikové faktory, ktorých prítomnosť u jedinca zvyšuje pravdepodobnosť ochorenia na danú chorobu (Hanzlíková, 2006).

Podľa Lasta sa dá hodnotiť vplyv faktorov a následky na komunitu. Ide najčastejšie o tieto spôsoby hodnotenia, a to relatívne riziko, atributabilné riziko, atributabilná frakcia a výskyt a stupeň ovplyvniteľnosti. Podľa pôvodu možno uvedené faktory zjednodušene rozdeliť na tieto základné skupiny: osobnostné faktory, faktory životného štýlu, environmentálne faktory a sociálne faktory.

Osobnostné faktory delíme na biologické, psychologické, sociálne a spirituálne.

Biologické faktory vyplývajú z biologických funkcií organizmu, delia sa na vrodené a získané. Vrodené, čiže dedičné faktory si jedinec prináša so svojím genetickým vybavením. Včasnou diagnostikou týchto faktorov a následnou liečbou možno predchádzať vzniku chorôb vyvolaných týmito faktormi. Okrem toho existujú aj ochranné dedičné faktory, ale často je príčina zmien genetického materiálu neznáma. Získané biologické faktory zdravia a choroby vznikajú počas života človeka antenatálne, perinatálne alebo postnatálne. Spôsobujú ich vonkajšie príčiny, ale aj psychologické, sociálne a duchovné faktory, hoci predisponujúco môžu pôsobiť aj genetické faktory. Ich prevencia spočíva v odstraňovaní, prípadne ovplyvňovaní týchto vonkajších príčin.

Psychologické, sociálne a duchovné faktory spolu s biologickými faktormi ako súčasť komplexného ponímania osobnosti navzájom súvisia a podieľajú sa na celkovom stupni zdravia a ochorenia jednotlivca. Sociálna zložka osobnosti je determinovaná hlavne sociálnym prostredím (Kaplan, 1996.s. 345).

Faktory životného štýlu (behaviorálne faktory) súvisia so správaním človeka, ktoré nemožno chápať izolovane od environmentálnych faktorov, pôsobiacich zvonku, ani od psychologických, sociálnych a duchovných. Prostredie formuje správanie sa jedinca, ale aj správanie sa jedincov v komunite má vplyv na celkové prostredie v danej komunite. Toto všetko je ovplyvňované aj osobnými faktormi jedinca. Aj v našej krajine viac ako polovicu chorôb tvoria ochorenia vznikajúce vplyvom nesprávneho životného štýlu. Životný štýl a správanie jedinca možno hodnotiť a ovplyvňovať prostredníctvom vedomostí, postojov a praxe. Aby mohol jedinec hodnotiť svoj životný štýl, musí mať informácie o tom, čo je škodlivé a čo zdraviu prospešné.

Cieľom je, aby ľudia získali správny pohľad na zdravý spôsob života, aby vedeli o faktoroch, edukácia nemá obsahovať len negatívne informácie o tom, čo je škodlivé, ale má sa zameriavať na informovanie o možnostiach ochrany zdravia. Je nutné zohľadňovať vek, vzdelanie, skúsenosti, charakter komunity. Aby edukácia pomohla vytvoriť správne postoje k zdraviu, dôležité je prihliadať aj na spôsob informovania, klient nesmie získať dojem, že sa mu zakazuje niečo príjemné alebo sa mu zasahuje do života. Nakoľko nezdravé návyky si človek osvojuje preto, lebo mu prinášajú niečo príjemné, je dôležité poskytnúť pozitívnu a príťažlivú alternatívu zdraviu škodlivej zložke životosprávy. Okolie má výrazný vplyv na vytváranie postojov, preto je účinnejšie pôsobiť na celú komunitu ako na jednotlivcov.

To, či sa postoje prenesú aj do spôsobu života, závisí aj od mnohých osobnostných faktorov ako sú hierarchia hodnôt, morálka, pocit zodpovednosti, zdravotné uvedomenie, skúsenosti, sila vôle. Do úvahy treba brať aj psychologický tlak okolia, tzv. peer pressure, ktorý často zabraňuje zmenám, i keď zdanlivo nie je prítomná zjavná prekážka (Wall, 1995).

Spoločným znakom **enviromentálnych faktorov** je to, že pôsobia na jedinca zvonku, z prostredia, ktoré ho obklopuje. Možno ich rozdeliť na prírodné, pôsobiace mimo ľudskej spoločnosti, a na sociálne, prameniace z komunity, prípadne z celej spoločnosti. **Prírodné faktory** sú s činnosťou ľudí úzko prepojené, podľa mechanizmu pôsobenia ich možno rozdeliť na fyzikálne, chemické a biologické. **Fyzikálne faktory** sú teplota, vlhkosť, prúdenie vzduchu, slnečné žiarenie, ale aj iné druhy žiarenia, napr. elektromagnetické, ionizačné. Škodlivým faktorom je aj hluk, ktorý okrem poškodenia sluchu je zdrojom stresu.

Chemické faktory môžu vznikať aj bez pričinenia človeka, ale hlavne jeho pôsobením. Vzduch sa najčastejšie znečisťuje produktmi spaľovania, chemickými látkami z tovární, skládok, bežne používanými predmetmi. Znečistenie vody zapríčiňuje používanie chemických látok v poľnohospodárstve, nedostatočné čistenie priemyselne vyžívanj vody, vypúšťanie odpadu, únik chemických látok. Významným zdrojom kontaminácie vôd je znečistenie pôdy. Dôsledkom sú akútne otravy, mutagénne účinky, karcinogénne účinky, chronické otravy prejavujúce sa poškodením nervového, kardiovaskulárneho systému, imunity, tráviacich orgánov, pečene, obličiek. Cudzorodé látky - xenobiotiká sa dostávajú do potravín cez kontaminované suroviny, počas prípravy a spracovania, v dôsledku nesprávneho skladovania.

„Biologické faktory predstavujú pôsobenie živých organizmov prítomných v životnom prostredí človeka. Infekčné choroby spôsobené patogénnymi mikroorganizmami majú stále v zdravotníctve veľký význam. V rozvojových krajinách predstavujú najčastejšiu príčinu smrti“ (Hanzlíková, 2006, s. 93 - 94).

Sociálne faktory vychádzajú z ľudskej spoločnosti, z jej činnosti a vzájomných vzťahov. Nemožno ich chápať oddelene od ostatných faktorov, ovplyvňujú ich prírodné environmentálne faktory, ale aj osobnostné. Na druhej strane aj správanie sa jedinca je determinované aj sociálnymi faktormi. Podľa charakteru ich možno deliť na ekonomické, etické, kultúrne a religiózne.

Ekonomické faktory ovplyvňujú schopnosť jednotlivcov, rodín aj komunít obstarávať si svoje životné potreby. Úroveň zdravotnej starostlivosti závisí aj od ekonomickej úrovne spoločnosti, okrem toho ekonomický rozvoj krajiny ovplyvňuje aj rozsah zásahov do ekologických systémov s následným vplyvom na životné prostredie. Možno povedať, že ekonomika ovplyvňuje všetky zložky spoločnosti. Aktuálne problémy vzťahov medzi ekonomikou a zdravím možno zhrnúť do niekoľkých skupín:

- a) Pomocou nových metód možno zachraňovať a predlžovať život jedincov, ktorí by predtým ochoreniu podľahli. Existencia moderných metód zvädza k ich používaniu i tam, kde by sa rovnaký efekt dosiahol i lacnejšou starostlivosťou.

- b) Lepšie financovanie liečby ako preventívnych opatrení, zvyšovanie byrokracie a administratívy, spôsob financovania zdravotníckych služieb.

Etické faktory. Etika určuje hodnoty a možnú voľbu v starostlivosti o komunitu, vymedzuje aj morálku spoločnosti. Ovplyvňuje ju najmä kultúra spoločnosti, ale aj iné faktory. Etické dilemy nastávajú v prípadoch, keď sa dostanú do konfliktu viaceré hodnoty. Z hľadiska zdravia komunity zdrojom etických konfliktov môže byť miera zodpovednosti spoločnosti a jednotlivca za zdravie, rozhodovanie pri rozdeľovaní nedostatočných prostriedkov, rozpor medzi záujmami spoločnosti a záujmami jednotlivca, postoj k interrupcii, postoj k eutanázii a smrti. Úlohou zdravotníckych pracovníkov je poukázať na existenciu týchto problémov ako faktorov ovplyvňujúcich zdravotnú starostlivosť a vzťah komunity k zdraviu.

Kultúrne a religiózne faktory. Kultúra usmerňuje postoje, hodnoty, názory o svete a určuje aj vzťah k svetu, ovplyvňuje taktiež správanie sa komunity súvisiace so zdravím. Kultúru ovplyvňujú mnohé geografické, klimatické, socioekonomické, sociálne, psychologické, duchovné, rasové, etnické faktory. Do akého stupňa určuje správanie jednotlivca jeho kultúra, závisí od jeho vzdelania, socioekonomického postavenia, vplyvu väčšej kultúry, bydliska, ako aj používania jazyka svojej kultúry. Vplyvy kultúry a náboženstva na zdravie sú priame a nepriame. Priame sa týkajú špecifických zvykov a predpisov vzťahujúcich sa na stravovanie, odievanie, bývanie, nepriame vplyvy závisia od kultúrnej definície zdravia a choroby, hodnotového systému a morálky a z toho vyplývajúcich postojov k príznakom ochorenia, zdravotníckych programov a prijímaniu liečebných postupov. Náboženstvo tiež ovplyvňuje zdravotné uvedomenie a zodpovednosť človeka za vlastné zdravie. Rôzne formy úrazov a hromadných nešťastí či násilných úmrtí predstavujú osobitnú skupinu faktorov ovplyvňujúcich významnou mierou zdravie komunit. V prevencii rizikových faktorov životného štýlu nemožno zabudnúť ani na spomínané etické faktory, ktoré pri riešení problematiky otvárajú autori Ewles a Simnett (2003). Ide o tieto aspekty:

- Určovanie miery zodpovednosti jednotlivca za zdravie.
- Rozpory medzi záujmami spoločnosti s jednotlivca.
- Model zmien správania sa.
- Transteoretický model.

Prevenciu treba chápať ako dynamický ambivalentný proces. Transteoretický model vychádza z toho, že viaceré zmeny správania sa riadia spoločnými zákonitosťami. Každé štádium zmeny správania sa vyžaduje špecifický prístup a intervenčné techniky. Model má dve základné dimenzie: štádiá zmeny a procesy zmeny. Model rozlišuje ľudí, ktorí nemajú v úmysle zmeniť správanie a ľudí, ktorí rozmyšľajú, že zmenu uskutočnia, tzv. kontemplátori čiže rozmyšľajúci ľudia. V štádiu akcie sa osoba zapája do procesu zmeny správania a v štádiu udržiavania sa osobe darí zmenu správania sa zachovať. Štádiá zmeny možno

zmerať pomocou dotazníka. Tento model sa využíva pri štúdiu viacerých druhov zdravotného správania. Využíva sa pri odvykaní od fajčenia, pri liečbe alkoholizmu a kontrole hmotnosti. Uplatnil sa aj v oblasti telesného cvičenia, mamografii, v prevencii AIDS. Pri navrhovaní nových preventívnych programov je užitočné pracovať s teoretickým modelom ako východiskom. Môže pomôcť pri voľbe priorít a môže zabrániť prehliadnutiu dôležitých faktorov. Niektoré modely majú predovšetkým usmerňovať správanie jedinca, iné prispievajú k pochopeniu správania sa skupín alebo komunit.

Na základe poznania zmien správania je dôležitý výber vhodnej stratégie na podporu zdravia a edukáciu. Edukátor vždy zváži, ktorý prístup je v danej situácii vhodný, ktorý sa najlepšie zhoduje s jeho vlastným profesionálnym kódexom správania a na ktorý najlepšie reaguje správanie jedinca. Ani jeden z modelov by sa nemal vnímať izolovane od ostatných. Jasný priamo úmerný vzťah medzi subjektívnym pocitom vedomostí a skutočnými vedomosťami reprezentovanými priemerným počtom správne vymenovaných rizikových faktorov vo všetkých troch súboroch však poukazuje na to, že subjektívny pocit vedomostí pomerne dobre koreluje s objektívnou skutočnosťou.

„Ak považujeme subjektívne posudzovanie vlastnej životosprávy za prejav postojov k zdravému spôsobu života, možno na základe priamo úmerného vzťahu medzi odpoveďami na otázky týkajúce sa pocitu životosprávy a vedomosťami o rizikových faktoroch vo všetkých troch súboroch usudzovať, že vedomosti a postoje sa vzájomne podmieňujú. To naznačuje, že získanie správnych postojov nie je potrebné len pre osvojenie zdravej životosprávy v praktickom živote, ale zároveň aj motivuje jedinca k nadobúdaniu nových vedomostí. Vzťah vedomostí, postojov a praxe by sa preto nemal chápať ako lineárny, kde sa na základe vedomostí formujú postoje a na ich základe sa ovplyvňuje prax, ale ako kruhový, kde sa všetky tri zložky navzájom podmieňujú a ovplyvňujú“ (Bašková,2009, s. 19).

Politické faktory. Politika predstavuje spôsob správy verejných vecí. Je obrazom spoločnosti a rozhodujúcou mierou určuje život ľudí v nej. Prostredníctvom nej sa v spoločnosti rozdeľujú existujúce prostriedky a určujú sa pravidlá fungovania spoločnosti. Uskutočňujú sa prostredníctvom legislatívy, exekutívy a aj súdnictva. Tieto zložky štátnej moci majú výrazný vplyv na zdravie populácie priamo, keď vhodné legislatívne normy môžu významnou mierou ovplyvňovať správanie a životný štýl ľudí, chrániť životné prostredie, vytvoriť podmienky na fungovanie systému zdravotníctva.

Nepriamy vplyv politiky nie je natoľko výrazný, no výraznou mierou sa podieľa na zdraví a kvalite života obyvateľov. Podmienkou dlhodobého fungovania ekonomiky a spoločnosti ako celku sú racionálne rozhodnutia politikov. Takéto prostredie môže trvalo vytvárať jedine uplatňovanie zásad demokracie, slobody, ochrany ľudských práv spolu s rešpektovaním morálky. Na druhej strane demokratické princípy nie sú automaticky zárukou rozumnej politiky.

Z toho vyplýva zodpovednosť každého občana za politiku uplatňovanú v spoločnosti, ktorá sa v konečnom dôsledku vždy prejaví aj na úrovni zdravia populácie.

Mieru zdravia určuje stupeň telesného, duševného a sociálneho blaha. Nejde teda len o neprítomnosť choroby alebo poruchu funkcie. Výchova k zdraviu je významnou súčasťou širšie ponímanej celospoločenskej ochrany a podpory zdravia s cieľom motivovať obyvateľstvo k aktívnej účasti na upevňovaní, ochrane a podpore svojho zdravia, a tým aj zdravia celej populácie. Zdravotná výchova je mnohostranná vzdelávacia činnosť, zameraná na utváranie uvedomelého a zodpovedného konania človeka so zreteľom na podporu, zachovanie a udržiavanie zdravia. Zdravotná výchova ovplyvňuje vedomosti, postoje, presvedčenie, motiváciu a správanie človeka z hľadiska zdravia a choroby a je súčasťou ako celkového vzdelávania a výchovy, tak aj systému zdravotnej starostlivosti (Závodná, 2005).

Koniec 20. a začiatok 21. storočia sa nesú v znamení aktivít Organizácie spojených národov (OSN), zameraných na problematiku celosvetového starnutia populácie a na opatrenia, ktoré by mali pomôcť riešeniu sociálneho a ekonomického dopadu v jednotlivých krajinách. Stratégia Zdravie pre všetkých do roku 2000 bola zameraná hlavne na oblasti životného štýlu a zdravia, elimináciu rizikových faktorov, ktoré súviseli so zdravím a prostredím, na zmenu systému poskytovania zdravotníckej starostlivosti a na podporu nevyhnutných zmien. Zmeny a trendy si vyžiadali inováciu niektorých cieľov. V súvislosti s týmito zmenami vypracovala Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) program Zdravie pre všetkých v 21. storočí. Základným dlhodobým zámerom je dosiahnuť úplný potenciál zdravia pre všetkých. Zdravie 21 je aktivita regionálneho úradu WHO, podľa ktorej sa má v rozpätí rokov 2005 – 2020 splniť 21 cieľov globálnej stratégie zdravia, ktorá poskytuje rámec pre politiku zdravia v európskom regióne.

Vláda Slovenskej republiky v tomto zmysle schválila Národný program podpory zdravia, ktorý sa periodicky dopĺňa a koriguje. Jedným z cieľov je aj skracovanie hospitalizácie pacientov v nemocničných zariadeniach, čo si vyžaduje zabezpečenie kontinuálnej starostlivosti o pacientov po prepustení z nemocnice, ale i prehodnotenie kvality primárnej zdravotnej starostlivosti. Medzi významné projekty WHO realizované aj na Slovensku patrí : MONIKA – program zameraný na dôkladné sledovanie a získavanie údajov o rizikových faktoroch aterosklerózy. CINDI – integrovaný program prevencie chronických neinfekčných ochorení (Bašková, 2009).

Ošetrovateľstvo svojím zameraním na zdravie a jeho podporu plní dôležitú rolu v oblasti prevencie. Sestry sa svojou činnosťou (priamo konkrétnymi ošetrovateľskými intervenciami alebo edukáciou) podieľajú na prevencii na všetkých jej úrovniach: primárnej, sekundárnej i terciárnej.

Úlohou *primárnej prevencie* je posilniť zdravie človeka a zvýšiť jeho odolnosť proti chorobám: pôsobí pred vznikom ochorenia. Patrí sem i včasné vyhľadávanie rizikových faktorov a úsilie o kontrolu a intervenciu u rizikových osôb. Primárne ošetrovatelstvo zahŕňa všetky aspekty profesionálnej roly vrátane výchovy, advokácie, rozhodovania a kontinuálnej starostlivosti (Kuberová, 2008).

Sekundárna prevencia (preventívne zameraná liečba) sa uplatňuje až po vzniku choroby. Jej cieľom je zvládnuť vývoj chorobného procesu, zabrániť tvorbe komplikácií, trvalých následkov, invalidity alebo prechodu do chronického štádia ochorenia. Pomoc pacientovi, aby si udržal alebo znovu získal čo najvyšší možný stupeň sebestačnosti, je cieľom sekundárnej prevencie v ošetrovatelstve. Nácvik sebestačnosti predpokladá aktívnu účasť chorého a jeho rodiny, ich aktívnu spoluprácu. O spoluprácu a aktivitu chorého a jeho rodiny je treba sa trpezlivo usilovať. Úspech tejto práce je limitovaný množstvom faktorov. Medzi základné patrí predovšetkým získanie ochoty pacienta a jeho rodiny podieľať sa na uzdravovaní vlastnou aktívnou účasťou. Pacient by mal pochopiť význam svojej vlastnej úlohy v zachovaní alebo vrátení sebestačnosti a často z jeho hľadiska zmenenou rolou sestry, ktorá chce pracovať nielen pre neho, ale hlavne s ním, s jeho spoluúčasťou. Tento moment významne posilňuje potrebu pedagogickej kvalifikácie sestry – v modernom ošetrovatelstve sa mimo iné stáva aj edukačným pracovníkom pre svojho chorého a jeho rodinu (Farkašová, 2005).

„Terciárna prevencia učí chorých a invalidných ľudí čo najlepšie využiť možnosti zdravého života. Integrálne nadväzuje na predchádzajúcu liečebnú starostlivosť v prípade, že nenastalo uzdravenie. Jej cieľom je obnoviť zdravie a zabezpečiť optimálne fungovanie organizmu v rámci možností daným ochorením“ (Bašková, 2009, s.15).

Dunkey (2000) rozlišuje podpora zdravia a pojem primárna prevencia. Podporu zdravia definuje ako aktivity, ktorých cieľom je zvýšiť telesnú pohodu (zdravie). Primárnu prevenciu definuje ako aktivity zamerané na zníženie výskytu špecifického ochorenia. V tomto prípade sa ako podpora zdravia hodnotí také správanie, ktoré sleduje zachovanie východiskového stavu, určitý cieľ, zatiaľ, čo primárnou prevenciou sa chápu aktivity, ktorými sa niečo predchádza.

Podpora zdravia sa nezameriava na chorobu, čo znamená, že netreba predchádzať nejakému špecifickému problému. Naopak aktivity primárnej prevencie sú zamerané na predchádzanie špecifickým zdravotným ťažkostiam (Bašková, 2009).

ZÁVER

Zdravie v rodine ovplyvňujú mnohé faktory, ktoré možno rozdeliť na osobnostné, behaviorálne a environmentálne. Osobnostné faktory vychádzajú z biologickej,

psychologickej, sociálnej a z duchovnej zložky osobnosti. Správanie človeka určujú predovšetkým tri zložky, a to vedomosti, postoje a prax. Prírodné environmentálne faktory vznikajú mimo ľudskej spoločnosti a majú charakter fyzikálny, chemický a biologický.

Sociálne faktory prostredia vznikajú v rámci ľudskej spoločnosti a majú ekonomické, etické a kultúrne aspekty. Z hľadiska pôsobenia na človeka sa tieto faktory kvalitatívne delia na ochranné, oslabujúce a etiopatogenetické. Kvantitatívne sa hodnotia najčastejšie pomocou relatívneho a atributabilného rizika, ako aj atributabilnej frakcie rizika. Hoci sú tieto faktory rozdelené do skupín a podskupín, nemožno ich chápať izolovane, lebo sa vzájomne mnohorakým spôsobom ovplyvňujú a na človeka pôsobia ako celok.

Podpora zdravia nie je výlučne úlohou zdravotníctva, prekračuje hranice zdravého životného štýlu a smeruje k optimálnemu bytiu, aby jedinci v komunite mali tie najlepšie podmienky pre zdravý životný štýl, ak sa preň rozhodnú. Aktivity na podporu zdravia sa uskutočňujú skôr, než sa choroba prejaví, a tak ich možno pokladať za súčasť primárnej prevencie. Celková stratégia smeruje k zlepšeniu zdravia a pohody jednotlivca, rodiny a celej populácie.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BAŠKOVÁ, M. et al. 2009. *Výchova k zdraviu*. Martin : Osveta, 2009. s.227. ISBN 978-80-8063-320-2
2. DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.přepr. a rozš. vyd. Praha : Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
3. FARKAŠOVÁ, D. et al. 2001. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin : Osveta, 2001. 135s. ISBN 80-8063-086-0
4. FARKAŠOVÁ, D. et al. 2006. *Výskum v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063 – 228 – 6
5. FIŠEROVÁ, J. 1998. *Etika v ošetrovateľství*. Brno : IDVPZ, 1998. 60s
6. HANZLÍKOVÁ, et al. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2006, s. 280. ISBN 80-8063-213-8.
7. KADUČÁKOVÁ, H. a kol. 2008. *Zdravotná a sociálna starostlivosť o človeka*. Ružomberok: KU PF, 2008. s.159. ISBN 978-80 – 8084-369 – 4
8. KAPLAN, et al. 1996. *Zdravie a správanie človeka*. Bratislava: SPN, 1996.s. 345
9. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1,2*. 1.slov.vyd. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
10. KUBEROVÁ, H. 2008. *Didaktika ošetrovateľstva*. FZ KU, 2008. s. 196. ISBN 978-80-8084-386-1
11. MAGERČIAKOVÁ, M. 2007. *Edukácia v ošetrovateľstve*. Ružomberok: FZ Katolícka univerzita, 2007.s 105. ISBN 978-80-80-8084-221-5

12. NEMCOVÁ, J. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 2010.s.260.
ISBN 978- 80-8063- 321-9
13. WALL, S. 1995. *Epidemiology for prevention*. Int J Epid, 1995, č. 4, s.665
14. ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005. s. 117.ISBN
80- 8063-193-X
15. ŽÁČEK, A.2000. *Determinanty zdraví a zdravotní politika*. In: Časopis Lék.Čes.,139,č.5,s.
131-134

Kontakt:

PhDr. Iveta Strážiková, PhD.

Stredná zdravotnícka škola Štefana Kluberta Levoča

Kláštorská 24 A, Levoča

E-mail:iveta.strazikova@post.sk,iveta.strazikova@gmail.com,iveta.strazikova@ku.sk

TRADÍCIA A SÚČASNOSŤ RÓMSKEJ RODINY

Mária Šupínová

Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Súhrn

Článok prináša pohľad do histórie života rómskej komunity. Ponúka komplexný pohľad na tradičnú rómsku rodinu. Jej štruktúru, spôsob života, interakciu s majoritným obyvateľstvom ako aj determináciu života rómskej rodiny meniacimi sa sociálnymi podmienkami. V druhej časti článku autorka poukazuje na súčasnú nepriaznivú situáciu v rómskych rodinách. Analyzuje príčiny zmien a ich dopad na funkčnosť rodiny. Článok umožňuje čitateľovi porovnať rozdiel medzi tradíciou a súčasnosťou v živote rómskych rodín ako aj zamyslieť sa nad príčinami.

Kľúčové slová: Rómovia. Rodina. Populačné zdravie. Sociálna situácia. Asimilácia.

Summary

The article brings a look into history of living in gypsy communities. It offers a complex look on traditional gypsy family. Its structure, way of life, interaction with majority population as well as determination of gypsy family lifetime alternating with sociable condition. In the second part of the article author mentions contemporary unfavourable situation in gypsy families. She analyses reasons of changes and their impact on functionality of family. The article allows the reader to compare distinction between tradition and contemporary life in gypsy families as well as the possibility to think about reasons of it.

Key words: Gypsies. Family. Population health. Social situation. Assimilation.

Úvod

Rómska rodina prešla počas historického vývinu mnohými zmenami. Nie všetky však boli pozitívne. Väčšinu z nich pripisujeme asimilačným snahám majoritnej spoločnosti a neschopnosti Rómov prispôbiť sa meniacim podmienkam pre život. Vo všeobecnosti môžeme povedať, že rómska rodina i v súčasnosti reprezentuje tradičný typ viacgeneračnej rodiny. Existujú však výnimky, ktoré sú podmienené mierou segregácie. Čím sú rómske komunity chudobnejšie a segregovanejšie, tým je ich sociálny status nižší. Iná je aj situácia v týchto rodinách.

Rómovia pochádzajú zo severnej Indie, kde patrili k chudobnej vrstve. Živili sa najmä kováčstvom, spracovaním kože, dreva, predajom a chovom koní, hudbou a tancom (Matejovič, 1999).

Do Európy prišli po roku 1100. Na území Slovenska sa usadili už v období stredoveku. Spočiatku ich obyvatelia prijímali pohostinne, a dokonca boli chránení glejtami Žigmunda Luxemburského, ktoré im okrem iného, umožňovali cestovať (Matejovič, 1999). Neskôr začali snahy o reguláciu spôsobu života Rómov.

Habsburskí panovníci Mária Terézia a jej syn Jozef II. sa usilovali Rómov asimilovať s ostatným obyvateľstvom. Vydali zákaz kočovania, používania vlastného jazyka, uzatvárania vzájomných sobášov, nesmeli sa nazývať Rómami ani hovoriť rómskym jazykom. Protirómske, regulačné opatrenia pokračovali kontinuálne až do konca 20. Storočia.

V rokoch 1933-1945 zažili Rómovia najhorší holokaust na svojom národe.

V roku 1958 bol vydaný zákon zamedzujúci pohyb rómskeho obyvateľstva. Na základe tohto zákona im pobrali kone a kolesá od vozov. Zákon potláčal prejavy vlastnej kultúry Rómov, ich jazyka, jeho kultivovania a využívania vo výučbe. Štát direktívnymi rozpismi umiestňoval rómske pracovné sily a demotivujúcou mzdovou politikou orientoval Rómov na robotnícke profesie. Vládne opatrenia nariaďovali zaškoľovanie rómskych detí, zaraďovanie mládeže do učilíšť, stanovovali kvóty na likvidáciu osád, chatrčí, na umiestňovanie detí do detských domovov.

Proti-rómske opatrenia boli prijímané regionálne. Getizácia zruinovala Rómov ekonomicky i spoločensky. Územný pohyb bol totiž nevyhnutný na to, aby mohli vykonávať svoje tradičné profesie a služby. Proti-cigánske opatrenia tak znemožnili Rómom poctivú obživu. Množiaci sa krádeže, často krádeže z hladu, robili z nich v očiach tých, ktorí ich ku krádežiam donútili, asociálov. Getizácia týmto spôsobom narušila tradičné etické normy. Príkladom je svadba medzi príbuznými. Najťažší hriech u slovenských Rómov bol partnerský vzťah medzi bratrancom a sesternicou. Rodičia vyhľadávali nevesty pre svojich synov na dedinských púťach, kde sa schádzali Rómovia z celého kraja, mladíci chodili na pytačky do piatej, šiestej dediny, aby sa vyhli riziku oženit' sa s príbuznou. Getizácia spôsobila, že výber partnera bol obmedzený na jednu osadu. (Antalová, Vrzgulová, 2000).

Komunistický režim predpokladal, že ak dôjde k vyrovnaniu životnej úrovne Rómov s priemernou životnou úrovňou ostatných, bude odstránená príčina ich odlišností. Malo sa to uskutočňovať prostredníctvom rozptylu Rómov v rámci Slovenska i zo Slovenska do Čiech, rozkladom prirodzených rómskych komunít, sťahovania Rómov z vidieka do miest, necitlivého a násilného pridelovania bytov Rómom zo sociálne znevýhodneného prostredia, donútenia k plneniu všeobecnej pracovnej povinnosti pod hrozbou odňatia slobody,

vynucovanej povinnosti dochádzky detí do škôl a povinnej účasti Rómov na zdravotnej prevencii (Jurová, 1997).

Tieto zdanlivo pozitívne výsledky boli dosahované násilnou formou, bez participácie a akceptácie samotných Rómov. Komunistický režim zabezpečil prispôsobenie sa nátlakom, neuvažoval o symetrickom systéme integrácie, tak vo sfére práce, ako aj v oblasti vzdelávania. Hoci väčšina Rómov začala žiť lepšie ako v predchádzajúcich obdobiach, pretrvávali rómske tradície ako komunitný spôsob života, absencia hranice medzi súkromným a verejným, chápanie obydlia ako dočasného, provizórneho, mnohopočetnosť rodín a pod.

Väčšina Rómov žijúca na našom území, sa hlási k Rímsko – katolíckemu vierovyznaniu. Ich viera je však spojením náboženstva s ich vlastnými poverami, ktoré si priniesli z Indie. Náboženstvo a viera sú pre nich spôsobom života. Rómovia neskoro vstávajú a zle sa orientujú podľa hodín. Majú radi humor, ale nechápu iróniu. Nie sú zvyknutí ďakovať a prosiť. Majú iný postoj k pravde ako Nerómovia. Za dôležitejšie ako presné informácie považujú celkový dojem rozhovoru a momentálnej situácie. Žijú v súčasnosti, uznávajú len dnes a teraz – nemyslia na budúcnosť. Jedným z najkrajších rysov rómskej kultúry, je ich úcta k rodičom a k starým ľuďom. Pre Rómov je vek niečím prirodzeným, čo nie je potrebné nijako zakrývať. Vyšší vek znamená zároveň vyššie postavenie v hierarchii rodiny a v rómskej spoločnosti vôbec .

Rómski starí ľudia sa takmer nevyskytujú v domovoch dôchodcov. Postarať sa o svojich starých rodičov je pre Rómov úplne prirodzené (Hájková, 2001). V tradičných rómskych rodinách chorých členov rodiny berú z nemocnice a sú pri nich až do jeho konca. Chorý blízky človek neodchádza z tohto sveta sám.

Rómovia nikdy netvorili agrárnu kultúru, nemali vzťah k pôde, či k akumulácii majetku. Ich sociálne štruktúry sú založené na pokrvných väzbách. Radičová vo svojich prácach upozorňuje na pretrvávajúcu dôležitosť tradícií rómskej rodiny, ktorá sa vyznačuje životom v širšej rodine, komunitným spôsobom života, absenciou hranice medzi súkromným a verejným, chápaním obydlia ako dočasného, provizórneho, zreteľnou deľbou práce medzi mužom a ženou a mnohodednými rodinami (Radičová, 2002).

Rómska rodina znamená široké spoločenstvo dvoch až troch generácií. Vyznačuje sa mnohopočetnosťou. Rómska rodina je definovaná ako rodina Rómov identifikujúcich sa svojou etnicitou, či už podľa princípu lokálnej príslušnosti, alebo povedomím subetnickej, a etnickej príslušnosti (Kumanová, Džambazovič, 2002). V živote Rómov mala rodina vždy mimoriadne veľký význam. Predstavovala základnú sociálnu jednotku, ktorá okrem reprodukčnej funkcie plnila aj funkciu ochrannú a výchovnú. Rómska rodina predstavovala

súdržný celok. Jedinec konal vždy v mene rodiny. Hlavou rodiny bol vždy otec. Starosť o zabezpečenie jedla pre rodinu mala matka, ktorej Rómovia prejavovali veľkú úctu. Za váženú a požehnanú bola však považovaná len plodná žena. Tehotná žena mala v rómskej komunite zvláštne postavenie. Tešila sa zvýšenej pozornosti, dostávala tie najchutnejšie potraviny, nesmela byť smutná, ani nahnevaná. Budúca matka sa nesmela pozeráť na škaredých a chorých ľudí, na hady, žaby, alebo iné zvieratá, ktoré vzbudzovali odpor. Deti sú pre Rómov veľkým bohatstvom. Pre rómsku ženu je jej poslaním a zároveň požehnaním, mať väčší počet detí. Rómovia sa pri výchove väčšinou venovali iba starším deťom, tie sa neskôr starali o svojich mladších súrodencov. Deti prechovávali k svojim rodičom, starým rodičom a starším členom rodiny veľkú úctu. Syn, znamenal pre rodinu silu a moc rodu. Podľa vzoru svojich otcov preberali ich remeslo. Dievčatá, sa od matky učili starostlivosťou o rodinu. O intímnych otázkach sa v rómskych rodinách pred cudzími nikdy nehovorilo.

Puto medzi deťmi a rodičmi bolo a stále je, veľmi silné. Matka nikdy neopúšťala svoje dieťa a ani Rodičia nepúšťali svoje deti do neznámeho prostredia, aj keď išlo o školu. Školu Rómovia nepotrebujú. Tak bolo pre rodičov prirodzené, že deti ostávali doma. Na druhej strane deti len nerady odchádzali od rodičov, a to aj v dospelosti, keď si založili vlastné rodiny. Viacgeneračné rodiny preto boli a stále sú prirodzeným modelom spolužitia Rómov. Manželstvo, ako úradný zväzok, Rómovia poväčšine neuznávali, čo platí aj v súčasnosti. Ak žije chlapec s dievčaťom intímnym životom a chlapec má vážny záujem o dievča, dajú si sľub vernosti. V takomto partnerskom zväzku často žijú od 16. roku života. Veľkú rolu pri výbere budúcej nevesty mala matka syna. Ak sa matke nevesta nepáčila, bola budúcnosť mladého páru ohrozená. Kým po sobáši dievča prijalo tradície novej rodiny, chlapec, ktorý sa priženil do novej rodiny, dodržiaval zvyky svojej rodiny a len málokedy sa prispôboval zvykom novej rodiny. Ak Rómovia uzavrujú manželstvo, trvá až do smrti. Len zriedkavo končí rozvodom.

Súčasná situácia v rodine

Rómska rodina v posledných generáciách výrazne zoslabla. V mnohých aspektoch už len veľmi málo pripomína tradičnú rómsku rodinu. Azda najvýraznejšie sa negatívne zmeny prejavujú v starostlivosti a následne aj vo vzťahoch rodičov a detí. Mladá rómska matka si nevytvorí vzťah k svojmu novonarodenému dieťaťu a nechá ho v pôrodnici, dieťa sa dostane do detského domova a získa rovnaký defekt. Ide o sociálnu dedičnosť (Bakalář, 2004).

Nepriaznivá populačná situácia sa prejavuje skorým začiatkom pohlavného života rómskych dievčat a chlapcov. Kým v tradičných rómskych rodinách bol začiatok intímnych vzťahov povolený v 16. roku života, v súčasnosti už nie je zriedkavosťou 14 ročná rómska

matka. Na skorý začiatok pohlavného života upozorňujú mnohí odborníci zaoberajúci sa životným štýlom Rómov, ale aj skúsenosti z priameho pozorovania života v rómskych osadách. Dôsledkom tohto nepriaznivého javu je vysoký podiel mladistvých rodičiek, prevažná väčšina ktorých sú slobodné bez vzdelania a zamestnania. Zároveň je medzi nimi vysoký podiel multiparity. Alarmujúci je vysoký podiel gravidných žien, ktoré nenavštevovali vôbec alebo len sporadicky perinatálnu poradňu. Vyše 40 % rómskych žien po pôrode utečie z nemocnice (Dianišková, 2004). Čoraz častejšie sa stretávame s prípadmi nezáujmu rómskych matiek o svoje deti. Nie sú zriedkavé ani prípady týrania, zneužívania a zanedbávania rómskych detí v rodinnom prostredí. Okrem vysokej chorobnosti, je aj zanedbávanie starostlivosti príčinou vysokej dojčenskej úmrtnosti rómskych novorodencov a dojčiat. Perinatálnu a novorodeneckú úmrtnosť rómskych detí zvyšuje vysoký počet predčasne narodených a nezrelých novorodencov. Svoj diel na úmrtnosti rómskych detí vyššieho veku má úrazovosť. V dôsledku nevyhovujúceho domáceho prostredia, sa každoročne mnohonásobne zvyšuje percento rómskych detí v detských domovoch. V niektorých dosahuje až 70 %. Ak porovnáваме súčasný stav s predchádzajúcimi skúsenosťami s rómskymi matkami, ktoré len s problémami nechali svoje dieťa v nemocnici, ide o nečakaný jav.

V rómskych rodinách nebolo potrebné vzdelanie. Tento vzorec správania Rómov pretrváva aj v súčasnosti. Rómske deti neradi navštevujú školu a len málo z nich po ukončení základnej školy pokračuje v štúdiu na strednej alebo vysokej škole.

Výsledkom asimilačných snažení majoritnej spoločnosti sa Rómovia po roku 1989, nevedeli prispôsobiť novej situácii výsledkom čoho je vysoká nezamestnanosť. Nedostatok vzdelania len prehľbuje nemožnosť ich uplatnenia na trhu práce. Znevýhodnené sú predovšetkým mladé rómske ženy. Rýchle vstupujú do partnerských vzťahov a v nedospelom veku sa stávajú matkami. Vzhľadom na nízku odbornú a vzdelanostnú prípravu patria do početnej skupiny nezamestnaných. Nemajú záujem o zamestnanie. Pre rómske ženy je podľa tradície starostlivosť o rodinu povolaním. Rodinu po finančnej stránke zabezpečoval muž. Ženy sú pod tlakom tradičných i novodobých faktorov odkázané na príjem zo sociálnej siete.

Ponovembrové zmeny majú pre život Rómov aj iný rozmer: je ním, strata sociálnych istôt, v chudobných rómskych osadách vzrastá bieda, s pocitom beznádeje a neschopnosti riešiť vlastné existenčné problémy narastá alkoholizmus a kriminalita (Jurová, 1999).

Chudobné príbytky Rómov sú spojené so zlou dostupnosťou vzdelania a zdravotnej starostlivosti. V tomto prostredí vznikajú v dôsledku chudoby javy, ako je rezignácia, alkoholizmus, požičiavanie peňazí na vysoký úrok, gamblerstvo a pod. Naplno sa prejavuje

kultúra chudoby. Kultúra chudoby predstavuje v marginalizovaných osadách osobitnú kultúru. Deti narodené v takejto kultúre, sú vedené k prispôsobovaniu sa znevýhodneným podmienkam života. Ich životné postoje, stratégie a hodnoty sa odvíjajú cez mechanizmy adaptácie, vyrovnania sa s marginálnou situáciou, v ktorej sa ocitajú. Tým sa táto kultúra generačne reprodukuje (Magdolenová, 2002).

Katastrofálne životné podmienky v osadách a v lokalitách s vysokou koncentráciou rómskeho obyvateľstva, ako aj nízke zdravotné uvedomenie, majú vplyv na častý výskyt infekčných ochorení. Hepatitída, dyzentéria, giardióza, svrab a zavšivavenie, sú závažným problémom mnohých rómskych komunít. Rozrastajúca sa prostitúcia a drogová závislosť medzi Rómami sa tiež pokladá za veľký zdravotný problém, pretože predstavuje zvýšené riziko pohlavne prenosných chorôb (Zdravotná... , 2007).

Záver

Rómovia sa líšia spôsobom života, životnými prioritami, úrovňou vzdelania, informovanosti a chápaním významu niektorých zákonitostí spoločnosti. Najdôležitejšiu úlohu v živote Rómov zohrávala rodina. Rozšírená rodina bola pre Rómov základnou ekonomicko-profesijnou jednotkou a poskytovala sociálne zabezpečenie svojim členom. Na zabezpečovaní prostriedkov na živobytie sa podieľali všetci členovia domácnosti podľa svojich schopností a možností. Tradičná rómska rodina v minulosti zabezpečovala všeobecné vzdelanie, ako i profesijnú kvalifikáciu a plnila socializáciu v zmysle výchovy.

Vplyvom politických, ekonomických, sociálnych a kultúrnych vplyvov, ktoré siahajú do osvietenských dôb Márie Terézie a Jozefa II., sa tradičné vzory rodinného správania Rómov zmenili. Tradičná štruktúra rodiny sa tak postupne v dôsledku makrospoločenských premien ako aj silnejúcich inštitucionálnych asimilačných a integračných tlakov rozbila. Na postupnú premenu rodinného správania Rómov vplyvajú determinujúce faktory ako miesto bydliska (mesto - vidiek, segregovane - nesegregovane žijúca rómska komunita), stupeň ekonomickej a kultúrnej vyspelosti konkrétnej rómskej komunity, socio-ekonomický status konkrétnej rodiny, ako aj miera pozitívnych kontaktov s nerómskymi obyvateľmi či miera koncentrácie rómskeho obyvateľstva v tej ktorej lokalite (Kumanová, Džambazovič, 2002). Na druhej strane je však ešte aj v súčasnosti možné v tradičných rómskych komunitách identifikovať charakteristické znaky tradičnej rómskej rodiny.

Zoznam bibliografických odkazov

1. ANTALOVÁ, I., VRZGULOVÁ, M.: *Porraimos*. In: Domino fórum, 2000, č. 16, roč. 9. s.8.
2. BAKALÁŘ, P.: *Psychologie Romu*. Votobia Praha, 2004, ISBN 80-7220-180-8.

3. DIANIŠKOVÁ, I., a kol.: *Sú gravidity rómskych žien medicínskym problémom?* Lekárske listy, Odborná príloha Zdravotníckych novín, s.4, 2004.
4. HÁJKOVÁ, M.: *Rodina a zvyky slovenských Romů usazených v České republice.* In: Menšiny a migranti v ČR. My a oni v multikultúrní spoločnosti 21 století. Praha 2001, ISBN 80-7178-48-9.
5. KUMANOVÁ, Z., DŽAMBAZOVIČ, R.: *Rómska rodina na rozhraní medzi tradicionalitou a modernitou.* In: Vašečka, M.: Čačipen pal o Roma: Súhrn správa o Rómoch na Slovensku. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky, 2002. ISBN : 80-88935-41-5.
6. MAGDOLENOVÁ, K.: *Slovenská spoločnosť ešte stále nie je pripravená na riešenie rómskej otázky.* Roma Press Agency, 18.6.2002, Dostupné na internete: www.inforoma.sk
7. MATEJOVIČ, P.: *Cigán i Róm.* In: Domino fórum, 1999, roč.8, č.35, s.7-9.
8. JUROVÁ, A.: *História Rómov – zdroj pozitívnej etnickej emancipácie?* In: Identity v meniacej sa spoločnosti. Košice, 1997.
9. RADIČOVÁ, I.: *Chudoba Rómov vo vzťahu k trhu práce v Slovenskej republike.* Sociológia, 33, 2001, 5, s. 439-455.
10. ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ V SOCIÁLNE VYLÚČENÝCH RÓMSKYCH KOMUNITÁCH. FSG, Kolektív autorov. Zostavila Straková, M. - Bratislava: PDCS - Partners for Democratic Change Designed and printed: A.D.I. Madrid 2007. Slovakia, 2007.

Kontakt:

PhDr. Mária Šupínová

FZ SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Sládkovičova 21

985 01 Banská Bystrica

E-mail: maria.supinova@szu.sk

INTERVENCIE RODINY PRI POPÔRODNÝCH PORUCHÁCH NÁLADY

Viera Simočková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra pôrodnej asistencie

Súhrn

Poruchy nálady patria k častým psychickým poruchám v popôrodnom období. Tieto stavy súvisia predovšetkým s hormonálnymi zmenami, ktoré nastávajú po pôrode, ale aj s adaptačnou reakciou na novú životnú situáciu. Významnú úlohu pri týchto stavoch zohráva rodina, ktorá pomáha nájsť žene zdroje emocionálnej podpory a dodáva jej pocit bezpečia. Je dôležité, aby rodinní príslušníci poznali správne intervencie ako postupovať pri popôrodných poruchách.

Kľúčové slová: Popôrodné poruchy nálady. Rodina. Intervencie.

Summary

Mood disorders are among the common mental disorders in the postpartum period. These conditions relate mainly to the hormonal changes that occur after childbirth, but also in adaptive responses to the new living situation. The family has the important role during these stages to help a woman to find sources of emotional support and to feel secure. It is important that family members know the correct intervention how to act in postpartum disorders.

Key words: Postpartum Mental Disorder. Family. Intervention.

Úvod

V popôrodnom období – šestonedelí dochádza k náhlym neurohumorálnym zmenám, ktoré silne ovplyvňujú psychickú rovnováhu ženy. Uvedené obdobie predstavujú pre ženu značnú fyzickú a psychickú záťaž, čo môže viesť až k výskytu psychickej poruchy. Väčšinou ide o depresívne stavy rôzneho stupňa. Podľa klinického obrazu rozoznávame tri hlavné typy popôrodných psychických porúch: popôrodné blues, popôrodná depresia, popôrodná psychóza.

Takmer u 80 % žien sa vyskytuje najčastejšia psychická porucha, označovaná ako **popôrodné** alebo **baby blues**. Objavuje sa druhý alebo tretí deň po pôrode. Žena je

zvýšene plačlivá, emočne labilná, horšie sa sústreďuje, má pocit smútku, bezmocnosti, je úzkostná, má sklón izolovať sa. Poruchy obyčajne do týždňa spontánne vymiznú. Uvedené stavy súvisia predovšetkým s hormonálnymi zmenami, ktoré nastávajú po pôrode, ale aj s adaptačnou reakciou na novú životnú situáciu. Obyčajne si nevyžadujú žiadnu liečbu.

Úlohou zdravotníckych profesionálov je všímať si a hodnotiť prejavy popôrodných psychických porúch u šestonedielky a poskytnúť jej emocionálnu podporu. Blízke rodinné okolie by sa malo usilovať pomôcť nájsť žene zdroje emocionálnej podpory vo vlastnej rodine a dodať jej pocit bezpečia.

Popôrodná depresia je stav, keď popôrodné blues pretrváva dva a viac týždňov, resp. zmeny nálady sa objavia kedykoľvek počas prvých šiestich mesiacov po pôrode. Depresia sa podobá na normálnu depresiu, ktorej hlavné symptómy sú smútok, nezáujem o druhých, problémy so spánkom a s chuťou do jedla, neustupujúca únava, pocity chorobnosti, vtieravé myšlienky na samovraždu. Tento typ depresie sa dá liečiť psychoterapeuticky alebo antidepresívami.

Aj tu je dôležitá emocionálna a fyzická podpora zo strany partnera a rodiny. Matka má na určitý čas prenechať chod domácnosti a niektoré úkony v starostlivosti o dieťa na členov rodiny. Odporúča sa konzultácia so psychoterapeutom alebo psychiatrom, ktorý pomôže upraviť režim domácnosti.

Popôrodná psychóza je vážne psychotické ochorenie vyžadujúce hospitalizáciu ženy na psychiatrickom oddelení s neodkladnou psychiatrickou starostlivosťou. Pri tomto stave dochádza k poruche vnímania skutočnosti, v dôsledku čoho je ohrozený život matky i dieťaťa. Pri popôrodnej psychóze je reálna nádej, že sa žena vylieči. Vždy je tu ale riziko, že psychické poruchy sa prejavia pri ďalšom tehotenstve. Preto je potrebné o prekonanej psychóze vždy informovať pôrodníka, aby bolo možné včas nasadiť liečbu.

Podpora zo strany blízkych by mala pomôcť žene prispôbiť 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 so ženou. Prístup k chorej a k jej rodine má byť taktný a empatický.

Pri ošetrovaní žien s poruchami nálady v popôrodnom období je potrebné identifikovať aktuálne problémy a podľa nich plánovať špecifické intervencie a zároveň do nich zapájať aj rodinných príslušníkov. Intervencie rodiny sú vhodné pri nasledujúcich narušených potrebách: potreba bezpečia, komunikácia, spánok, výživa, hygiena, pohybová aktivita, informovanosť, psychický komfort, sociálny kontakt.

Potreba bezpečia. V rámci možnosti je potrebné zabezpečiť vhodnú úpravu prostredia, odstrániť z dosahu všetky nebezpečné predmety, ktoré by mohla žena použiť k prípadnému sebapoškodeniu, pravidelne kontrolovať užívanie liekov. Akékoľvek narážky na samovraždu zo strany matky treba brať vážne a zaistiť stály dozor rodiny (Janosiková,– Daviesová, 1999).

Komunikácia. V období ťažkej depresie ženu nenútime ku komunikácii, nevyhovárame jej smútok prípadne bludy. Pri komunikácii kladieme jasné, jednoduché otázky, usilujeme sa, aby sa žena snažila vyjadriť svoje pocity čo najpresnejšie. Depresia postihuje aj myslenie, ktoré je u chorej spomalené, preto je pri ošetrovaní dôležitá trpezlivosť a pokojné jednanie. Pri dávaní pokynov a informácií je potrebné ich pomaly niekoľkokrát zopakovať. Ženu nenútime k rýchlemu rozhodovaniu. Vhodnejšie je navrhnúť jej niekoľko variantov, rozoberieme s ňou výhody a nevýhody a necháme ju vybrať vhodné riešenie.

Spánok. Pri depresii vznikajú vážne problémy so spánkom. U ženy, ktorá je fyzicky vyčerpaná z dôvodu starostlivosti o dieťa, mali by sme sa snažiť jej pomôcť pochopiť, že uspokojovanie jej potrieb neznamená sebeckvo. Je ich však nutné riešiť, aby sa mohla ďalej starať o dieťa. Dôležitú úlohu pri riešení problému so spánkom zohráva zabezpečenie pokojného prostredia, pohody a relaxácie. Uvoľnenie môžeme tiež dosiahnuť pri úprave režimu a za podpory rodiny. Príbuzní by mali zastúpiť ženu pri starostlivosti o dieťa a tak jej zaistiť dostatočne dlhý spánok.

Výživa. Nechutenstvo, odmietanie potravy je častým symptómom pri depresii. Dôvodom je nedostatok síl, vôle, môže byť aj sebatrestanie v rámci depresívneho sebaobviňovania. Preto u ženy sledujeme pravidelný príjem potravy a tekutín. Dbáme na správnu teplotu jedla a jeho estetickú úpravu. Pri ťažkých depresiách sa v nevyhnutných prípadoch aplikuje parenterálna výživa (Marková et al., 2006).

Hygiena. V dôsledku spomalenej psychomotoriky a neustupujúcej únavy dochádza u depresívnych pacientok k narušeniu osobnej hygieny, úprave zovňajšku a vhodnému obliekaniu. Treba dbať aspoň na základný štandard dodržiavania hygieny a úpravy zovňajšku.

Pohybová aktivita. Pri ťažkých depresiách dochádza k obmedzeniu pohyblivosti až k stuporu. Spočiatku sú aj najmenšie a najjednoduchšie úkony pre ženu zložité a ťažko realizovateľné, preto volíme jednoduché a krátko trvajúce činnosti. Postupne pohybovú aktivitu zvyšujeme. Prehnané požiadavky môžu vyvolať opačný efekt a utvrdiť ženu o jej neschopnosti. Pri každej príležitosti ženu pochválime, čím jej poskytujeme pozitívnu spätnú väzbu.

Informovanosť. Metóda psychoedukácie, pomocou ktorej sa sprostredkávajú potrebné informácie žene a jej príbuzným, patrí v súčasnosti k moderným terapeutickým postupom (Zamboriová, 2004). Edukácia je zameraná na predchádzanie relapsom, na spôsob liečby, užívanie liečiv, na identifikovanie včasných symptómov. Žena by mala

poznať, resp. mať prístup k informáciám týkajúcim sa názvu a účinkov liekov, ktoré užíva pri poruche nálady. Dôležitý je spôsob dávkovania liekov, príznaky toxicity, potreba pravidelných prehliadok vrátane laboratórnych vyšetrení, účinok alkoholu pri súčasnom príjme liekov, diétne opatrenia pri podávaní liekov. Žena a jej príbuzní majú právo na pravdivé informácie podané zrozumiteľnou formou. Žene sa stále snažíme zdôrazňovať možnosti produktívneho života, ak si kontroluje výkyvy nálady a nenechá sa nimi ovládať.

Psychický komfort. Rodinní príslušníci by sa mali snažiť vytvoriť priaznivú emočnú klímu, ktorá by pomohla žene prekonať náročné obdobie. Mali by ovládať vlastné emócie, neodplácať hnev chorej tým, že sa tiež nahnevajú. Dôležité je voliť vhodné formy komunikácie. Využitím terapeutickú komunikáciu je potrebné dať žene príležitosť vyjadriť svoje pocity, frustrácie a obavy. Pre chorú je dôležité mať zdroj emocionálnej podpory v rodinnom kruhu. Podpora zo strany blízkych pomáha žene prispôbiť sa liečebným postupom. Nie je vhodné používať slová, ktoré posilňujú strach a úzkosť. Prístup k chorej má byť taktný a empatický.

Sociálny kontakt. Pri ťažkých depesiách je nutná hospitalizácia. To môže ešte viac prehĺbiť stavy smútku predovšetkým u tých žien, ktoré čerpajú podporu z domáceho prostredia. V tomto období je veľmi dôležitý sociálny kontakt s rodinnými príslušníkmi, čo pozitívne vplyva na zdravotný stav chorej. V čase hospitalizácie musí žena dodržiavať liečebný režim oddelenia pozostávajúci z denného programu orientovaného na aktívnu liečbu. Neprijemné požiadavky zamerané na bezpečnosť chorých, ku ktorým patrí sústavné kontrolovanie, narušenie intimity, obmedzenie sociálnych kontaktov by mali zdravotnícki profesionáli vykonávať ohľaduplne.

Záver

Matka a dieťa tvoria biologickú jednotu. Všetky stresy a vnútorné konflikty, ktoré matka po pôrode prežíva, sa odrážajú na dieťati, preto by sme mali urobiť všetko, aby bola matka v pohode a mohla sa naplno venovať dieťaťu. Intervencie zo strany rodiny predstavujú významnú úlohu v prevencii popôrodných porúch nálad.

Aktuálne a potenciálne ošetrovateľské diagnózy pri ošetrovaní žien s popôrodnými poruchami nálad

Doména	Trieda	Ošetrovateľská diagnóza
1. Podpora zdravia	2. Manažment zdravia	Neefektívny manažment vlastného zdravia 00078
2. Výživa	1. Prijímanie potravy	Nevyvážená výživa – menší príjem ako telesná potreba

Doména	Trieda	Ošetrovateľská diagnóza
		00002
4. Aktivita / Odpočinok	1. Spánok / odpočinok	Spánková deprivácia 00096
4. Aktivita / Odpočinok	3. Energetická rovnováha	Únava 00093
4. Aktivita / Odpočinok	4. Kardiovaskulárna / pulmonálna odpoveď	Intolerancia aktivity 00092
4. Aktivita / Odpočinok	4. Kardiovaskulárna / pulmonálna odpoveď	Riziko intolerancie aktivity 00094
5. Vnímanie / Poznávanie	4. Poznávanie	Deficit vedomostí 00126
6. Vnímanie seba samého	1. Sebakoncepcia	Bezmocnosť 00125
6. Vnímanie seba samého	1. Sebakoncepcia	Beznádej 00124
6. Vnímanie seba samého	1. Sebakoncepcia	Riziko bezmocnosti 00152
6. Vnímanie seba samého	2. Sebaúcta	Riziko situačne zníženej sebaúcty 00153
6. Vnímanie seba samého	3. Obraz vlastného tela	Narušený obraz tela 00118
7. Rola / Vzťahy	1. Rola opatrovateľa	Narušená rodičovská rola 00056
7. Rola / Vzťahy	1. Rola opatrovateľa	Riziko narušenej rodičovskej roly 00057
7. Rola / Vzťahy	2. Rodinné vzťahy	Riziko oslabenia vzťahu 00058
7. Rola / Vzťahy	3. Rolové správanie	Neefektívne dojčenie 00104
7. Rola / Vzťahy	3. Rolové správanie	Konflikt v rodičovskej role 00064
7. Rola / Vzťahy	3. Rolové správanie	Narušená sociálna interakcia 00052
8. Sexualita	2. Sexuálna funkcia	Sexuálna dysfunkcia 00059
9. Zvládanie záťaže / Tolerancia stresu	2. Zvládanie záťaže	Strach 00148
9. Zvládanie záťaže / Tolerancia stresu	2. Zvládanie záťaže	Úzkosť 00146
9. Zvládanie záťaže / Tolerancia stresu	2. Zvládanie záťaže	Neefektívne zvládanie záťaže 00069
9. Zvládanie záťaže / Tolerancia stresu	2. Zvládanie záťaže	Smútenie 00136
9. Zvládanie záťaže /	2. Zvládanie záťaže	Riziko dysfunkčného smútku

Doména	Trieda	Ošetrovateľská diagnóza
Tolerancia stresu		00172
9. Zvládanie záťaže / Tolerancia stresu	2. Zvládanie záťaže	Riziko straty reziliencie 00211
10 Životné princípy	3. Súlad hodnôt, presvedčení a činov	Morálny distres 00175
10 Životné princípy	3. Súlad hodnôt, presvedčení a činov	Duchovná tieseň 00066
10 Životné princípy	3. Súlad hodnôt, presvedčení a činov	Konflikt v rozhodovaní 00083
10 Životné princípy	3. Súlad hodnôt, presvedčení a činov	Riziko duchovnej tiesne 00067
11. Bezpečnosť / Ochrana	3. Násilie	Sebapoškodenie 00151
11. Bezpečnosť / Ochrana	3. Násilie	Riziko sebapoškodenia 00139
11. Bezpečnosť / Ochrana	3. Násilie	Riziko násilia voči iným 00138
11. Bezpečnosť / Ochrana	3. Násilie	Riziko samovraždy 00150
12. Komfort	1. Komfort telesný	Narušený komfort 00214
12. Komfort	3. Komfort sociálny	Sociálna izolácia 00053

Zoznam bibliografických odkazov

1. JANOSIKOVÁ, E. – DAVIESOVÁ, J. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1. slovenské vyd. Martin : Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
2. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. et al. 2006. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha : Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
3. ZAMBORIOVÁ, M. 2004. In J. KAFKA et al. *Mentálne zdravie, psychiatria a ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Košice : Mercury – Smékal, 2004. 286 s. ISBN 80-89203-01-9.
4. ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Osveta, 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

Kontakt:

doc. PhDr. PaedDr. Viera Simočková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva,

Katedra pôrodnej asistencie

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: viera.simockova@ku.sk

PRÍNOS FILIÁLNEJ TERAPIE VO VZŤAHU RODIČ – DIEŤA

Monika Naďová¹, Martin Naď²

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

²Detská psychiatrická ambulancia, Dolný Kubín

Abstrakt

Prítomnosť psychickej poruchy u dieťaťa výrazne zasahuje do fungovania rodiny a ovplyvňuje vzťahy medzi rodičmi a dieťaťom. Východiskom v tejto náročnej situácii môže byť aj filiálna terapia, ktorá pomáha pri obnovení narušeného vzťahu s dieťaťom a adaptácií rodiny na záťaž. Filiálna terapia využíva princípy na dieťa zameranej terapie hrou, pri ktorej je terapeutom dieťaťa rodič. V príspevku autori vysvetľujú pojem filiálna terapia, jej ciele, základné princípy a možnosti využitia. V závere uvádzajú kazuistiku, v ktorej prezentujú prínos filiálnej terapie pre rodiča a dieťa s psychickou poruchou.

Kľúčové slová: Filiálna terapia. Rodič. Dieťa. Psychická porucha. Vzťah

Abstract

The presence of mental disorder in a child significantly interferes with the functioning of family and affects the relationship between parents and a child. The starting point in this difficult situation may be a filial therapy, which helps to restore a disturbed relationship with the child and helps the family adapt to the difficulty. Filial therapy uses the principles of child-orientated play therapy, in which the parent of the child is the therapist. In the article the authors explain the concept of filial therapy, its objectives, basic principles and applications. In conclusion, they mention a case report in which they present contribution of filial therapy for parent and children with mental disorder.

Key words: Filial therapy. Parents. Child. Relation. Mental disorder

Prítomnosť psychickej poruchy u dieťaťa má vplyv nielen na jeho prežívanie, ale i na život celej rodiny. Ovplyvnené sú vzájomné vzťahy rodičov a dieťaťa, pričom nemusia byť novo sa formujúce vzťahy oboch rodičov k chorému dieťaťu významovo podobné. Zmeny nastávajú v súrodeneckých vzťahoch, ktoré sú zvyčajne o to náročnejšie, čím menej je zdravý súrodenec schopný akceptovať odlišnosť svojho chorého súrodenca (Ondrejka, Mažgútová, 2003, s. 109). Súrodenecká rivalita je exacerbovaná do takej miery, do akej

choré dieťa dostáva špeciálnu starostlivosť. Ochorenie dieťaťa významne ovplyvňuje vzťah medzi manželmi a môže byť zdrojom zvýšeného napätia, konfliktov, zlosti a pocitov viny (Dulcan, Martini, 2004, s. 175). Psychická porucha dieťaťa vždy nastoľuje otázku aké bude emočné prijatie rodičmi, súrodencom, širšou rodinou, rovesníkmi, širokou societou (Ondrejka, Mažgútová, 2003, s. 112). Rodičia vo vzťahu k chorému dieťaťu zaujímajú rôzne postoje, ktoré sa prenášajú do výchovy dieťaťa. Najčastejšie nevhodné postoje jedného alebo oboch rodičov k dieťaťu sú:

- 1. Hyperprotektivita** – nadmerné ochraňovanie až obmedzovanie dieťaťa . Príčinou týchto tendencií je najmä nedostatočná schopnosť matky vnímať potreby a prejavy dieťaťa, pretrvávajúce pocity viny alebo hanba za negatívny postoj k dieťaťu. Druhý z rodičov aj ostatné deti sa môžu cítiť zanedbávané a môže dôjsť k narušeniu rodinných aj partnerských vzťahov. Takéto deti nemajú dostatok stimulov na pohybový, intelektový či emocionálny rozvoj, sú menej samostatné a majú oslabené sebavedomie. Nadmerná starostlivosť a ochrana sa prejavuje pripútavaním dieťaťa k sebe a úplným rozhodovaním za dieťa i vtedy, ak by mohlo vzhľadom na svoju inteligenciu konať samostatne (Tichá, 2010, s. 42).
- 2. Emočné odmietanie dieťaťa** – rodičia pociťujú, že im dieťa prináša plno ťažkostí, dochádza k frustrácii ich životných cieľov. Ochorenie dieťaťa mení bežný spôsob života negatívnym spôsobom, najčastejšie sú to rôzne obmedzenia, ktoré človek subjektívne prežíva ako dočasné alebo trvalé zníženie kvality svojho života. Je nútený sa s týmito deficitmi citovo vyrovnáť, často musí preorientovať nielen spôsob života, trávenie voľného času a záujmy, ale niekedy musí zmeniť zamestnanie. Pri odmietnutí sa rodič vnútorne vzdáva dieťaťa. Odmietanie dieťaťa rodičia spravidla nepriznávajú, ani si to neuvedomujú, ale prejaví sa podráždenosťou, nadmernou kritickosťou a neúmernými požiadavkami.
- 3. Ambivalentné postoje** – často sa obidva extrémne postoje prelínajú a ústia v ambivalenciu: netrpezlivosť a hostilita a po nich nasleduje pocit viny so stupňovanou snahou odčiniť negatívne prejavy. Niekedy je ambivalentný postoj vyjadrovaný v odlišných očakávaniach rodičov - nadmerne ochraňujúci postoj matky kontrastuje s odmietaním, či ľahostajnosťou otca (Pešová, Šamalík, 2006, s. 31).

Uvedené postoje neprospievajú k stabilite rodiny a nevedú k akceptácii psychicky chorého dieťaťa. Pre vývoj dieťaťa je najideálnejšie, keď sa rodičia dokážu vyrovnáť so všetkými zmenenými okolnosťami, a zaujať pozitívny postoj dieťaťu. Pomôcť rodičom zaujať tento postoj je tiež úlohou odborníkov – lekárov, sestier, psychológov a zástupcov pomáhajúcich profesií. Jedným z východísk, ktoré môže viesť k akceptácii dieťaťa a

obnoveniu narušeného vzťahu medzi rodičom a dieťaťom s psychickou poruchou je filiálna terapia.

Filiálna terapia (FT) je metóda na posilnenie vzťahu rodiča a dieťaťa, pri ktorej rodič vystupuje ako spojenec v terapeutickom procese a stáva sa primárnym terapeutickým činiteľom (Landreth, 1991). *“Cieľom tohto prístupu je pomôcť rodičovi stať sa terapeutickým agentom v živote svojho dieťaťa s využitím prirodzeného puta medzi rodičom a dieťaťom, preto sa používa termín „filial“ alebo filiálna, čo znamená synovský alebo dcérsky“* (Tatárová, 2007). Ide o špeciálny druh terapie hrou, kde dospelý – obyčajne rodič – absolvuje hrové stretnutia s vlastným dieťaťom. Hra je prirodzený prostriedok detského sebvýjadrenia. V hre má dieťa možnosť prežiť znovu svoje pocity napätia, frustrácie, agresie, strachu, neistoty (Vymětal, Rezková, 2000, s. 160). Hra je možnosťou a príležitosťou rodiča ako lepšie porozumieť svojmu dieťaťu, ako s ním nadviazať kontakt a hodnotnú komunikáciu. Autorom filiálnej terapie je Bernard Guerney, ktorý v 60-tych rokoch 20-teho storočia zostavil štruktúrovaný program pre deti s emocionálnymi problémami vo veku od 3 do 10 rokov. V súčasnosti je často používaný 10 týždňový model filiálnej terapie, ktorý vypracoval Garry Landreth. Hrové stretnutie prebieha raz týždenne, v rovnakom čase a trvá 30 minút (hrová polhodinka). Terapeut rodiča trénuje niekoľko týždňov, aby nadobudol potrebné zručnosti v terapii hrou. Rodičia absolvujú tréningový program filiálnej terapie v rozsahu 10 stretnutí, každé trvá 1 - 1,5 h. Tréningový program vedie odborník, ktorý absolvoval výcvik v oblasti filiálnej terapie. Môže to byť psychológ, lekár - detský psychiater, špeciálny pedagóg, sestra, prípadne zástupcovia iných pomáhajúcich profesií. Najvhodnejšie je, keď má terapeut absolvovaný dlhodobý psychoterapeutický výcvik a skúsenosti s prácou s deťmi a ich rodičmi. Školiteľ rodičom počas tréningových sedení demonštruje, ako viesť hrové polhodinky pomocou prehrávania videozáznamov, rolou hrou s rodičmi alebo tréningom medzi rodičmi navzájom. Dôležitou časťou tréningu filiálnej terapie je supervízia, kedy rodičia prinesú videozáznam zo svojho sedenia s dieťaťom doma a počas tréningového stretnutia sa záznamy analyzujú. (Tatárová, 2007).

Terapeutické ciele pre rodičov: Podľa VanFleeta (1994, s. 3) FT dáva deťom príležitosť k tomu, aby boli počuté, možnosť spoznať a vyjadriť svoje city naplno a konštruktívne, pomáha deťom nájsť efektívne spôsoby riešenia problémov a efektívne copingové zručnosti, zvýšiť sebavedomie a sebahodnotenie detí, zvyšuje dôveru detí voči rodičom, redukuje a eliminuje maladaptívne správanie a aktuálne problémy, pomáha deťom vyvinúť aktívnejšie správanie podporuje, otvorenú a súdržnú atmosféru v rodine, ktorá prispieva k zdravému a vyváženému vývinu dieťaťa vo všetkých sférach: sociálnej, emocionálnej, intelektuálnej, behaviorálnej, fyzickej a duchovnej.

Terapeutické ciele pre deti: FT pomáha vo všeobecnosti zvýšiť u rodičov pochopenie špecifik detského vývinu a dôležitosť hry a emócií v živote ich dieťaťa, ako aj v ich vlastnom, znižuje pocity frustrácie týkajúce sa ich dieťaťa, pomáha rozvíjať zručnosti, ktoré pravdepodobne prinesú lepšie výsledky vo výchove ich dieťaťa, zvyšuje dôveru v ich rodičovské schopnosti, umožňuje rodičom pracovať lepšie spolu ako tím, zvyšuje rodičovské pocity vrúcnosti a dôvery voči svojim deťom, poskytuje rodičom bezpečnú atmosféru, v ktorej sa neboja postaviť vlastným problémom, ktoré súvisia s ich deťmi alebo ich rodičovstvom.

Indikácie filiálnej terapie: FT je najvhodnejšia pre deti vo veku 3 až 10, resp. 12 rokov. Existujú aj verzie FT špeciálne prispôsobené pre staršie deti a adolescentov. Uplatnenie filiálnej terapie je vhodné pre rôzne sociálne, emocionálne, a behaviorálne problémy detí (VanFleet, 1994). Opodstatnenosť použitia tohto druhu terapie u detí bola dokázaná štúdiami v prípadoch, akými sú úzkosť, strach, depresia, reakcia na traumu, chronické ochorenie spojené s opakovanými hospitalizáciami, problémy s nadviazaním rovesníckych a priateľských kontaktov, agresívne prejavy, psychosomatické problémy: neorganická enuréza, enkopréza, nutkavé vracanie, nechutenstvo, bolesti brucha bez organického nálezu, tikové poruchy (Reichelová, 2010, s. 5-7). Pozitívny vplyv má FT pri stavoch ako: emočné poruchy so začiatkom špecifickým pre detstvo (separačná úzkostná porucha, fobická úzkostná porucha, sociálna úzkostná porucha), selektívny mutizmus, poruchy správania, poruchy učenia, poruchy reči, ďalej pre telesne postihnuté deti a deti s mentálnym postihnutím (Tatárová-Dubeková, 2007). Filiálna terapia má dôležitý prínos aj pre prevenciu (VanFleet, 1994). Posilňuje interakciu medzi rodičom a dieťaťom, učí rodičov nadobúdať efektívne rodičovské zručnosti, znižuje rodičovský stres, čím napomáha k pokojnejšej atmosfére v rodine. Zistená je aj zvýšená citlivosť rodičov voči svojmu dieťaťu v zmysle jeho lepšieho pochopenia, čím sa predchádza rôznym komunikačným a iným nedorozumeniam v rodine. (Bavin-Hoffman, Jennings, Landreth, 1996, s.45-58).

Základné princípy filiálnej terapie

Skôr než sa začne rodič hrať s dieťaťom, osvojuje si na tréningových stretnutiach základné zručnosti: stopovanie (slovné nasledovanie hry), zrkadlenie (reflektívne počúvanie), pomenúvanie pocitov a zadávanie hraníc. Rodičia dostanú zoznam hračiek, ktoré by si mali zaobstaráť a používať ich iba pri hrovej polhodinke.

Počas filiálnej terapie:

- rodič dovoľuje dieťaťu viesť hru a nasleduje ho bez otázok alebo robenia návrhov,
- reč tela tiež vyjadruje záujem a plnú pozornosť,
- rodič sa aktívne zapojí do hry, len ak o to dieťa požiada,

- rodič sa snaží vidieť a prežívať hru dieťaťa jeho očami, porozumenie hry komunikuje rodič tým, že popisuje to, čo dieťa robí, s čím sa hrá, ako a na čo sa hrá,
- nevyhnutná je jednoznačnosť a dôslednosť pri zadávaní hraníc, hranice sa zadávajú počas hrovej polhodinky, ak dieťa ubližuje rodičovi, sebe, keď poškodzuje hračky a miestnosť,
- v tomto špeciálnom vzťahu nie je priestor na výčitky, kritiku, ponižovanie, požiadavky, hodnotenie,
- rodič sa nepýta otázky, nedovolí, aby niekto alebo niečo prerušilo hrovú polhodinku, nie je pasívny a verbálne neaktívny,
- hrové stretnutia rodiča s dieťaťom by sa mali uskutočňovať v miestnosti bez rušenia ostatnými členmi rodiny (Tatárová-Dubeková, 2008, s. 4-5).

Výsledky výskumu filiálnej ferapie

Podľa Rennieho a Landretha, (2000, s. 19-37) filiálna terapia vedie k zvýšeniu rodičovskej akceptácie dieťaťa, zvýšeniu empatie, zníženiu rodičovského stresu a k pozitívnym zmenám v rodinnom prostredí. U detí je zistené zvýšenie prispôsobivosti, sebavedomia a zníženie problémového správania. Kimberly (2001, 18-19) publikuje výsledky výskumu Guerneyho (1976), ktorý zisťoval účinnosť filiálnej terapie u detí s emočnými poruchami. Výsledky výskumu ukazujú na skutočnosť, že deti dosiahli významné zlepšenie v sociálnej prispôsobivosti, zníženie konfliktov s rodičmi, učiteľmi a rovesníkmi a tiež zníženie nespokojnosti matiek s deťmi. Tew (2001, s.79-100) použila 10-týždňový Landrethov model filiálnej terapie pri práci s rodinami chronicky chorých detí. V porovnaní s kontrolnou skupinou bolo v štúdiu zistené zníženie rodičovského stresu, zvýšená akceptácia dieťaťa vlastnými rodičmi a tiež znížený výskyt problémového správania chronicky chorých detí. Niektoré štúdie (Guerney et al., 1968, s. 49-55; Stoveret al.,1971, s. 110-115) zisťujú na základe škály na Meranie empatie v interakcii dospelého a dieťaťa (MEACI - Measurement of Empathy in Adult-Child Interactions Scale, ďalej MEACI) prírastok rodičovskej empatie ako úspech filiálnej terapie. MEACI je päťbodová stupnica, ktorá využíva hodnotenie troch oblastí interakcie dospelý - dieťa: 1. oblasť- verbálne vyjadrenie prijatia/odmietnutia; 2. oblasť - umožniť dieťaťu robiť samostatne riadenú činnosť; 3. oblasť - zúčastnená pozornosť a účasť na činnosti dieťaťa. Hodnotenie prebieha na základe priameho pozorovania hrových sedení rodičov s deťmi. Najvyššiu úroveň empatie dospelý dosahuje, keď často komentuje vyjadrenie pocitov dieťaťa alebo jeho správanie akceptujúcim spôsobom, keď jasne ukazuje, že dieťa má plné právo venovať sa samostatne riadenej činnosti a plne venuje pozornosť správaniu dieťaťa. Najnižšia miera empatickej komunikácie nastane, keď je rodič verbálne kritický, odmieta pocity a správanie dieťaťa, prehovára, požaduje a neustále mení činnosť dieťaťa, je zahľadený do seba, zamyslený, alebo sa

uzavrie. Škála MEACI je významná, pretože hodnotenie je založené na priamom pozorovaní špecifického správania rodičov tréňovanými terapeutmi a nie na nástrojoch sebareflexie (Kimberly, 2001, s. 102).

Kazuistika

V ambulantnej pedopsychiatrickej praxi sa stretávame s deťmi a rodičmi, pre ktorých je filiálna terapia vhodným prostriedkom pri riešení náročnej situácie, ktorú psychická porucha prináša. Uvádzame kazuistiku 5 ročného chlapca, narodeného v apríli 2006, s ktorým filiálnu terapiu realizovala matka počas 10 týždňového tréningového programu.

RA: Matka 46 ročná, vzdelanie SŠ, pracuje ako farmaceutický laborant, sledovaná pre prevodovú poruchu sluchu a hypothyreózu. Otec 48 ročný, zdravý, elektrikár. Sestra 19 rokov, sledovaná na alergológii a nefrológii, 16 ročný brat sledovaný na alergológii. V rodine sa nikto psychiatricky neliečil, problémy s návykovými látkami sa nevyskytli.

SA: Dieťa býva s rodičmi a 2 staršími súrodencami v 4 izbovom byte, súrodenci sú aktuálne na internáte. Vzťahy medzi súrodencami sú dobré. Vo výchove je dominantná matka a prevláda hyperprotektívny postoj k dieťaťu. Matka málo rešpektuje pranie dieťaťa, robí za dieťa takmer všetky rozhodnutia, používa odmenu a trest, aby ovládla správanie dieťaťa, udeľuje mu málo slobody. Povzbudzovanie dieťaťa vo výchove zo strany matky je slabé, prevláda kritika. Matka má nereálne očakávania a nadmerné nároky na dieťa. Otec vzhľadom k neskorým príchodom domov kvôli vyťaženiu v práci a dominantnému postaveniu matky sa venuje výchove dieťaťa minimálne. Vzťah medzi rodičmi je od vzniku problémov dieťaťa konfliktný, vyskytujú sa výčitky a vzájomné obviňovanie medzi rodičmi.

OA: Dieťa je z 3 fyziologickej gravidity, pôrod per s.c. (pre stav po opakovaných sekciách), 3800 g, 52 cm, Apgar 10/10, popôrodná adaptácia primeraná, bez novorodeneckej žltacky. Tehotenstvo bolo neplánované, vzhľadom k veku rodiča prežívali obavy, či bude dieťa zdravé. Dieťa dojčené 9 mesiacov. V 2 rokoch hospitalizácia na detskom oddelení s dg. laryngitis acuta subglotica a enteritis acuta. Ranný psychomotorický vývin v norme, okrem vývinu reči - prvé slová až po 3. Roku. MŠ navštevuje od svojich 3,5 rokov. V začiatkoch začlenenia do MŠ sťažená adaptácia dieťa .

Realizované vyšetrenia:

- **Foniatrické vyšetrenie** (apríl 2009) - kvôli oneskorenému vývinu reči a pozitívnej RA zo strany matky. Záver. ORL nález v norme, sluch dostatočný na rozvoj reči, R47.8 Iné a presne neurčené poruchy reči, doporučené neurologické vyšetrenie.
- **Neurologické vyšetrenie** (máj 2009) so záverom oneskorený vývoj reči, známky ADHD, ďalej dispenzarizácia v neurologickej ambulancii.

- **Psychologické vyšetrenie** (december 2009): Počas vyšetrenia dieťa na oslovenie reaguje až po opakovaných výzvach, pozorovaný je výrazný psychomotorický nepokoj, predráždenosť, vzdorovité prejavy až negativizmus. Verbálne sa prejavuje minimálne, reč nezrozumiteľná, uprednostňuje neverbálny prejav. Voľná hra bez známk konštruktivity. Spolupráca pri vyšetrení sťažená, potrebné je sústavné motivovanie a pozitívne podmieňovanie. Dieťa plní úlohy neverbálneho charakteru, t.č. na úrovni 3 rokov. Prítomné známky oneskoreného mentálneho vývinu v popredí s oneskorením vývinu reči. Grafomotorický prejav na úrovni bezobsažného čmárania. Záver: V aktuálnom náleze dominujú prejavy hyperkinetickej poruchy, oneskorovanie vývinu reči, mierne oneskorovanie mentálneho vývinu. Doporučené špeciálno-pedagogické vyšetrenie, logopedická starostlivosť, vhodné zvážiť integráciu v rámci bežnej MŠ.
- **Špeciálno pedagogické vyšetrenie** (február 2010): Ku obom rodičom prítomným pri vyšetrení sa správa milo, úctivo, snaží sa rešpektovať ich požiadavky. Počas vyšetrenia prítomná motorická instabilita, zvýšená tenzia. Pozornosť je krátkodobá, ľahko rozptýliteľná. Výdrž pri riadenej, ale aj spontánnej činnosti je krátkodobá. Rečový prejav takmer absentuje, prítomné echolálie, preferuje neverbálnu komunikáciu. Očný kontakt je len sporadický útržkový. Úroveň kresebných činností zaostáva, obľubuje prácu na počítači, s písadlom narába neobratne. Záver: Zistené mierne oneskorenie mentálneho vývinu, narušená komunikačná schopnosť, oneskorený vývin reči, echolália a vývinové poruchy aktivity a pozornosti. Boli vypracované odporúčania a podklady pre tvorbu individuálneho vzdelávacieho programu.

Prvé vyšetrenie v detskej psychiatrickej ambulancii (február 2011; vek 4 roky a 10 mes.)

Subjektívne údaje : Podľa matky je syn živý, neposedný, nedokáže sa dlhšiu dobu sústrediť na činnosť, býva vzdorovitý. Reč sa zlepšila hlavne po podaní liekov od neurológa (Cerebrolysin i.m.). Matka opisuje tiež problémy v MŠ, kde sa odmieta prispôbiť spoločným aktivitám, aj keď obľubuje spoločnosť, kde rád určuje vlastné pravidlá. Pri ich neakceptovaní útočí na deti. Rád sa hrá sám. Má časté zmeny nálad, poslúcha na slovo alebo vôbec nie.

Objektívne: dieťa v ambulancii komunikuje s matkou, dáva jej veci, pri hre s ňou spolupracuje. Neustále je v pohybe, koncentrácia pozornosti počas vyšetrenia kolíše, prítomný je psychomotorický nepokoj. V oblasti hrubej motoriky dosahuje veku primerané výsledky, úroveň jemnej motoriky zaostáva (ceruzku drží neobratne, nevie si zapnúť gombík, zaviazať šnúrky na topánke). Zaostávanie v mentálnom vývine (nerozozná farby, nerozlišuje

veľkosti, vzdialenosti, slovná zásoba je slabá, reč stereotypná, menej zrozumiteľná, bez echolálií, vety jednoduché 2-3 slovné, uprednostňuje neverbálne vyjadrovanie).

Záver: Oneskorenie mentálneho vývinu, Hyperkinetický syndróm.

Odporúčania: Pokračovať v medikácii podľa neurológa, zopakovať psychologické vyšetrenie a špeciálnopedagogické vyšetrenie, filiálna terapia.

Priebeh filiálnej terapie:

Matka absolvovala tréningový 10-týždňový kurz filiálnej terapie. Od kurzu očakávala zmenu postoja k dieťaťu. Sama uznáva, že sa cíti preťažená, v kontakte s dieťaťom je podráždená, nadmerne kritická, robí činnosti, ktoré by dieťa svojim tempom zvládlo. Pri komunikácii dáva matka malú šancu dieťaťu sa vyjadriť, keď dieťa dlho rozmýšľa nad odpoveďou, matka sa vyjadrí namiesto neho. Matka sa snaží riešiť situáciu za dieťa, chráni dieťa pred zážitkom neúspechu, očakáva od neho bezchybný výkon. Prejavujú sa u nej neefektívne spôsoby zadávania a vyjadrovania požiadaviek na dieťa s tendenciou k direktívnosti. Čo sa týka problémov dieťaťa, matka dúfa že nastane aspoň malé zlepšenie, hlavne v oblasti rečového prejavu a správania dieťaťa, pretože, keď mu niečo nedovolí, chlapec reaguje silným plačom a hnevom, je vzdorovitý. Keď prichádza otec z roboty neskôr domov a dieťa takto „vyvádza“, otec s ním nemá toľko trpezlivosti a ich vzťah sa zhoršuje, „odcudzujú sa“.

Počas analýzy prvého hrového stretnutia sme použili škálu na meranie empatie v interakcii dospelý a dieťa (MEACI). Zistili sme nižšiu mieru empatickej komunikácie vo vzťahu matka - dieťa. V priebehu hry matka používa slovnú kritiku, absentuje pomenúvanie pocitov dieťaťa (hodnotenie 4 na škále). dieťa vedie, poučuje ako sa má hrať (hodnotenie 3). V oblasti pozornosti a účasti na činnosti dieťaťa je prítomná okrajová pozornosť (hodnotenie 3) – bez spoločnej hry, matka je zaujatá vlastnou činnosťou, občas má pripomienky k činnosti dieťaťa.

Po skončení tréningového kurzu sme zistili podľa škály MEACI zvýšenie úrovne empatickej komunikácie u matky. Matka verbálne vyjadruje akceptáciu pocitov dieťaťa (hodnotenie 1), dáva dieťaťu možnosť riadiť hru, ale stále ešte kladie otázky (hodnotenie 2), venuje dieťaťu úplnú pozornosť, čo vyjadruje aj očný kontakt a fyzický postoj (hodnotenie 1). Okrem zmeny u matky sme zistili aj pokroky u dieťaťa. Dieťa bolo počas hrových stretnutí spokojné, verbálne aktívnejšie, keďže matka mu dáva možnosť sa vyjadriť a často ho povzbudzuje. Správanie dieťaťa bolo sústredené, smelé, uvoľnené, radostné. Môžeme konštatovať, že v priebehu terapie hrou sa dieťa naučilo akceptovať zadané hranice, zvýšila sa jeho sústredenosť pri hre, zároveň sa hra stala konštruktívnejšou, čistejšou, tvorivejšou, s menšou závislosťou na matke. Matke sme odporučili, aby informovala manžela o postupoch filiálnej terapie, pretože tiež prejavil záujem o hrové stretnutia s dieťaťom.

Celkovo je atmosféra v rodine pokojnejšia a niektoré princípy filiálnej terapie využívajú rodičia aj mimo hrových stretnutí s dieťaťom.

Záver: Pre vývoj dieťaťa s psychickou poruchou je veľmi dôležité, aby sa rodičia dokázali vyrovnáť so zmenenými okolnosťami a zaujali k nemu pozitívny postoj. Filiálna terapia umožňuje rozvíjať emočne bližší vzťah medzi rodičom a dieťaťom a rozumieť správaniu a problémom dieťaťa. Predmetom filiálnej terapie je zmena percepcie rodiča, ktorá vedie k akceptácii dieťaťa, podporuje pohodu jednotlivých členov rodiny i celkovú pozitívnu atmosféru v rodine.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BAVIN-HOFFMAN, R., JENNINGS, G., LANDRETH, G. 1996. Filial Therapy: Parental Perceptions of the Process. In *International Journal of Play Therapy*, 1996, vol. 5, no.1, p.45-58. ISSN 1555-6824
2. DULCAN, K. M., MARTINI, R. D. 2004. *Detská a dorastová psychiatria*. 1. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2004. 279 s. ISBN 80-88952-12-3
3. GUERNEY, B. 1976. In. KIMBERLY, A. 2001. Facilitating Healthy Parenting Attitudes Among Adolescents Using Filial Therapy in a High School Curriculum, Doctor of Philosophy : dissertation work. University of NorthTexas, 2001. p.119.
4. LANDRETH, G. 1991. *Play therapy: The art of relationship*. Florence: Accelerated Development Inc, 1991. ISBN 1-55959-017-3
5. ONDREJKA, I., MAŽGÚTOVÁ, A. 2003. Chronická psychická porucha v kontexte rodiny. In *Psychiatria*, 2003, roč. 10, č. 3, s. 109-113. ISSN 1335- 423 X
6. PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1.vyd.Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216-4
7. REICHELOVÁ, E.2010. *Na chvíľu Freudom: Filiálna terapia*. Druhé upravené vydanie.Košice: Integrity Solutions, 2010.63 s. ISBN 978-80-970592-1-7
8. TICHÁ, E. 2010. Výchovné tendencie rodičov detí s postihnutím v ranom veku. In. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, roč.45, č.1, s.31-45. ISSN 0555-5574
9. RENNIE, R., LANDRETH, G. 2000. Effects of Filial Therapy on Parent and Child Behaviors. In: *International Journal of Play Therapy*, 2000, vol. 9, no..2, p. 19-37.
10. STOVER, L., GUERNEY, B., O'CONNELI, M. 1971. The efficacy of training procedures for mothers in filial therapy. In *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 1971, vol.4, no. 3, p. 110-115. ISSN 0033-3204
11. TATÁROVÁ-DUBEKOVÁ, Z. 2007. Filiálna terapia. Aplikácia na dieťa zameranej terapie hrou do práce s rodičmi [online]. .September 2007. [cit. 2011 -09-10].
.Dostupné na internete <
http://pca.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=63&Itemid=118>

12. TATÁROVÁ-DUBEKOVÁ, Z. 2008. Filiální terapie: Tréning rodičovských zručností (manuál pre trénerov), 2008. 43 s.
13. TEW, K., LANDRETH, G., JOINER, K., SOLT, M. 2002. Filial Therapy with Parents of Chronically Ill Children. In: *International Journal of Play Therapy*, 2002, roč. 11, č. 1, s. 79-100. ISSN 1555-6824
14. VYMĚTAL, J., REZKOVÁ, V. 2000. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2000. 236 s. ISBN 807178561X
15. VanFLEET, R. 1994. *Filial Therapy: Strengthening Parent-Child Relationships Through Play*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press, 1994. ISBN 1-56887-007-8

POSTOJ RÓMSKÝCH MATIEK K OČKOVANIU DETÍ V KONTEXTE OŠETROVATEĽSTVA

Mariana Magerčiaková¹, Veronika Jastrabíková²

¹Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

²Ambulancia všeobecného lekára pre deti a dorast, Východná

Abstrakt

Očkovanie predstavuje významnú súčasť ochrany pred vážnymi infekčnými ochoreniami. Nevhodný prístup k očkovaniu a nižšia zaočkovanosť je zvláštnym problémom, ktorý sa dotýka predovšetkým rómskej komunity. Rómovia sú z hľadiska očkovania problémovou skupinou, ktorá často nedodržiava imunizačný program. Tento fakt v spojení s nevyhovujúcimi životnými podmienkami a nízkym zdravotným uvedomením poukazuje na pretrvávajúce riziko výskytu infekčných ochorení u obyvateľov rómskeho etnika. Zvláštnu skupinu predstavujú deti v rómskych rodinách, u ktorých je uplatňovanie imunizačného programu vo veľkej miere závislé od prístupu ich matiek, resp. rodičov k očkovaniu. Cieľom príspevku je prezentovať výsledky prieskumu zameraného na zistenie informovanosti a záujmu rómskych matiek o imunizáciu ich detí, ako aj zistenie príčin zanedbávania očkovania detí. Súčasťou príspevku je aj náčrt možností zlepšovania postoja rómskych matiek k očkovaniu detí, predovšetkým v kontexte ošetrovateľstva.

Kľúčové slová: Očkovanie detí. Rómske matky. Ošetrovateľstvo. Sestra.

Abstract

Immunisation represents a significant part of protection against serious infectious diseases. Improper attitude towards immunisation and lower immunisation rate is a specific problem concerning the Roma community the most. The Roma are a difficult group when talking about immunisation, and they often do not keep the immunisation program. This issue combined with unsuitable living conditions and low health awareness creates a persisting risk of infectious diseases in inhabitants of Roma ethnicity. Children in Romavillages represent a specific group, as the implementation of immunisation program depends on their mothers' or parents' attitude towards immunisation. This contribution aims to show the results of the survey focused on foreknowledge and interest of Romamothers in vaccination for their children as well as to define reasons for neglecting it. The article also contains an outline of options to improve Roma mothers' attitude towards vaccination for their children, seen from the nursing perspective.

Key words: Children immunisation. Romany mothers. Nursing. Nurse.

Úvod

Očkovanie a ním navodená individuálna a kolektívna imunita sú jednými z najdôležitejších spôsobov prevencie vzniku a šírenia infekčných ochorení v populácii (Beran in Fait a kol., 2008). Stratégiu očkovania v každej krajine presne definuje očkovací kalendár, a to od raného detstva až do vysokého veku jedinca. Všeobecné pravidlá platia na celom svete a sú definované Svetovou zdravotníckou organizáciou ako celosvetový program imunizácie. Očkovací kalendár si pritom definuje každá krajina samostatne. Slovenský systém svojou efektivitou- s viac ako 98% zaočkovanosťou detskej populácie, elimináciou väčšiny detských infekčných ochorení a operatívnym doplňovaním nových, vysoko účinných očkovaní patrí medzi špičkové v celosvetovom hodnotení (Dluholucký a kol., 2011). Rómovia sú z hľadiska očkovania problémovou komunitou, ktorá často nedodríava imunizačný program. Nevyhovujúce životné podmienky (predovšetkým v rómskych osadách), nízke zdravotné uvedomenie a nízka zaočkovanosť Rómov majú vplyv na častý výskyt infekčných ochorení, pričom trend zvýšeného rizika výskytu infekčných ochorení u obyvateľov rómskeho etnika bude pokračovať (Kolektív autorov, 2007). Zvláštnu skupinu predstavujú deti v rómskych rodinách, u ktorých je uplatňovanie imunizačného programu vo veľkej miere závislé od prístupu ich matiek, resp. rodičov k očkovaniu.

Cieľ práce

Pediatrické ambulancie, resp. ambulancie všeobecných lekárov pre deti a dorast, ktoré zastrešujú aj rómske spoločenstvá, sú často konfrontované s problémami pri očkovaní rómskych detí. Ide predovšetkým o odmietavý postoj rómskych matiek k očkovaniu ich detí a o ich neschopnosť alebo nevoľu dostaviť sa na očkovanie v stanovených termínoch, čo so sebou prináša nemálo problémov v udržaní úrovne štandardnej zdravotnej starostlivosti u rómskych detí a v zabránení prevalencii infekčných ochorení, ktorá je práve imunizáciou ovplyvniteľná. Veľmi významný je aj fakt, že rómske matky nemajú dostatočné vedomosti o dôležitosti a potrebe očkovať, nemajú informácie o ochoreniach, proti ktorým sa očkuje. Tiež im nie sú známe poznatky o ochoreniach, proti ktorým sa realizuje očkovanie. Riešenie a predchádzanie problémov je skomplikované aj tým, že väčšina rómskych matiek má ukončené iba základne vzdelanie, čo sa odráža aj na úrovni komunikácie a edukácie.

Ciele realizovaného prieskumu boli nasledovné:

- Zistiť úroveň informovanosti rómskych matiek o imunizácii detí,
- Zistiť príčiny zanedbávania očkovania zo strany rómskych matiek,
- Overiť záujem rómskych matiek o poskytovanie imunizácie.

Metodika a súbor

Na získanie relevantných údajov sme použili empirickú metódu zberu informácií – anonymný dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý obsahoval 16 položiek, z toho 10 poloopených a 6 zatvorených.

Prieskumný súbor tvorili rómske matky, ktoré žijú v rómskej osade, v nevyhovujúcich hygienických a sociálnych podmienkach. Všetky matky mali základné vzdelanie, vo vekomom rozhraní od 17 do 35 rokov. Výber respondentov bol zámerný.

Prieskum bol realizovaný v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast vo Východnej, kde boli zaznamenané problémy pri očkovaní rómskych detí. Rozdaných bolo 40 dotazníkov, vrátených bolo 30 dotazníkov, čo predstavuje 75 % návratnosť.

Interpretácia výsledkov

Tabuľka 1 Zdroj informácií o očkovaní

Možnosti odpovede	n
Z televízie	10
Od sestry	5
Od lekára	25
Od známym a príbuzným	0
Z časopisov, novín	0
Iné	10
Spolu	50

Na otázku, odkiaľ získavajú respondentky informácie o očkovaní, 25 matiek uviedlo, že je to lekár, 10 ich získava z televízie a taktiež 10 matiek uviedlo iné, a to sociálny pracovník. Len 5 matiek získava informácie od sestry.

Tabuľka 2 Aktívne a samostatné vyhľadávanie informácií o očkovaní

Možnosti odpovede	n
Áno	3
Nie	27
Spolu	30

Na otázku, či samé rómske matky vyhľadávajú nejaké informácie o očkovaní, čiže či majú vôbec záujem o túto tému, sme zistili, že až 27 respondentiek nejavi žiadnu iniciatívu

v získavaní týchto informácií a len 3 respondentky potvrdili ochotu dozvedieť sa niečo z oblasti týkajúcej sa očkovania.

Tabuľka 3 Preferovanie zdroja informácií o očkovaní

Možnosti odpovede	n
Letáky, brožúry	5
Časopisy, noviny	2
DVD, CD	11
Prednášky	0
Rozhovor so sestrou, lekárom	28
Nemám záujem o žiadny zdroj informácií	0
Spolu	46

Z dôvodu zviditeľnenia problematiky očkovania u rómskych matiek sme sa opýtali, aký zdroj informácií by privítali alebo uprednostnili. Až 28 respondentiek uviedlo, že je to rozhovor s lekárom alebo sestrou, 11 by uvítalo informácie prostredníctvom DVD alebo CD nosičov a 5 respondentiek označilo možnosť letáky, len 2 respondentky by uvítali informácie prostredníctvom tlače. Všetky respondentky však vyjadrili svoj záujem o informácie týkajúce sa očkovania, pričom ani jedna z nich by neuvítala ako zdroj informácií prednášky na tému očkovanie.

Tabuľka 4 Dôvod očkovania detí

Možnosti odpovede	n
Aby neboli často choré	25
Aby nezomierali na závažné ochorenia	12
Neviem	3
Iné	0
Spolu	40

Rómskych matiek sme sa opýtali, či vedia prečo je potrebné očkovanie detí. Až 25 matiek považuje očkovanie za ochranu pred častým ochorením detí, 12 z nich vie, že sa ním znižuje úmrtnosť na závažné infekčné ochorenia a 3 z opýtaných nepoznajú dôvod očkovania.

Tabuľka 5 Potreba očkovania detí lokalite bydliska dieťaťa

Možnosti odpovede	n
Áno, napíšte prečo	16
Nie	4
Neviem posúdiť	10
Spolu	30

Na otázku, či je potrebné očkovanie detí v oblasti, kde žijú (napr. v ich osade), sa vyjadrilo až 16 respondentiek, že áno, 10 z nich nevedelo túto skutočnosť posúdiť a 4 respondentky nepovažujú očkovanie detí v ich lokalite za potrebné.

Tabuľka 6 Vedomosti o zákonom určenom očkovaní

Možnosti odpovede	n
Áno, viem	10
Nie, neviem	20
Spolu	30

Až 20 respondentiek nevie o tom, že povinnosť očkovania vyplýva zo zákona, naopak 10 respondentiek uviedlo, že vedia o zákonom určenom očkovaní.

Tabuľka 7 Povinné očkovanie detí

Možnosti odpovede	n
Tetanus, záškrt, čierny kašeľ, zápal mozgových blán, žltáčka typu B, obrna, pneumokokové infekcie	7
Chrípka	11
Osýpky, mumps, rubeola	5
Žltáčka typu A	2
Neviem	5
Spolu	30

Snažili sme sa zistiť, či rómske matky vedia, ktoré infekčné ochorenia sú zahrnuté v povinnom očkovaní. Až 11 z nich označilo chrípku, 7 respondentiek označilo správnu možnosť, v ktorej bol vypísaný celý komplex ochorení zahrnutých do povinného očkovania. 5 respondentiek považuje za povinné očkovanie iba očkovanie proti osýpkam, mumpsu

a rubeole a 2 respondentky označili ako súčasť povinného očkovania hepatitídu typu A. 5 respondentiek však na otázku o povinnom očkovaní odpovedať nevedelo.

Tabuľka 8 *Následky neplnenia si povinností v očkovaní detí*

Možnosti odpovede	n
Peňažná pokuta	3
Pozastavenie sociálnych dávok	12
Slovné napomenutie od lekára	8
Nič sa mi nemôže stať	7
Iné (dopíšte)	0
Spolu	30

Na otázku týkajúcu sa následkov neplnenia povinností súvisiacich s očkovaním detí 12 respondentiek odpovedalo, že by im mohli byť pozastavené sociálne dávky, 8 z nich počítala s napomenutím od lekára, až 7 respondentiek si myslí, že neplnenie očkovacej povinnosti ostane bez postihu a 3 respondentky sa priklonili k peňažnej pokute.

Tabuľka 9 *Preferovaný typ dobrovoľného očkovania*

Možnosti odpovede	n
Chrípka	14
Žltáčka typu A	5
Rakovina krčka maternice	5
Iné, dopíšte	0
Nechcem žiadne očkovanie	6
Spolu	30

Na otázku, proti ktorým ochoreniam by matka chcela dať zaočkovať svoje dieťa, sa 14 respondentiek vyjadrilo, že je to chrípka, 6 respondentiek nechce dať očkovať dieťa v rámci dobrovoľného očkovania, 5 respondentiek by uprednostnilo očkovanie na prevenciu rakoviny krčka maternice a rovnako 5 respondentiek proti hepatitíde typu A.

Tabuľka 10 *Názor na nebezpečenstvo očkovania pre dieťa*

Možnosti odpovede	n
Myslím si, že áno	6
My Myslím si, že nie	12
Neviem to posúdiť	12
Spolu	30

12 respondentiek zastáva názor, že očkovanie nie je pre dieťa nebezpečné, rovnako 12 respondentiek nevie túto skutočnosť posúdiť a 6 respondentiek považuje očkovanie svojho dieťaťa za nebezpečné.

Tabuľka 11 *Negatívna skúsenosť pri očkovaní dieťaťa v minulosti*

Možnosti odpovede	n
Áno (dopíšte akú)	18
Nie	9
Len som o tom počula	3
Spolu	30

Rómske matky nám na otázku, či mali nejakú zlú alebo negatívnu skúsenosť pri očkovaní dieťaťa, odpovedali nasledovne: 18 respondentiek malo zlú skúsenosť, akou bola zvýšená teplota, začervenanie miesta vpichu a plač dieťaťa. 9 respondentiek nemalo negatívnu skúsenosť pri očkovaní a 3 respondentky síce nemali zlú skúsenosť, ale počuli o tom, že niekto mal negatívnu skúsenosť v súvislosti s očkovaním.

Tabuľka 12 *Faktory odrádzajúce od očkovania dieťaťa*

Možnosti odpovede	n
Bolesť, opuch	12
Plač, nepokoj dieťaťa	8
Injekcia, samotné pichnutie	2
Cestovanie k lekárovi	6
Iné (dopíšte)	2
Spolu	30

Rómske matky od očkovania dieťaťa najviac odrádza bolesť a opuch miesta vpichu (12 respondentiek), potom plač a nepokoj dieťaťa (8 respondentiek), cestovanie k lekárovi (6 respondentiek), samotná injekčná aplikácia (2 respondentky). V možnosti iné vyjadrili 2 respondentky svoj nezáujem o očkovanie dieťaťa.

Tabuľka 13 Dôvod doterajšieho nezáujmu o očkovanie dieťaťa

Možnosti odpovede	n
Nedostatok informácií	11
Nedôvera v účinnosť očkovania	9
Strach z vedľajších účinkov	10
Iné (dopíšte)	0
Spolu	30

Zaujímalo nás, čo býva dôvodom nezáujmu rómskych matiek o očkovanie. Zistili sme, že 11 opýtaných má nedostatok informácií, 10 má strach z vedľajších účinkov očkovania a 9 z nich nedôveruje účinnosti očkovania.

Diskusia

Informovanosť je jednou z ťažiskových oblastí riešenia vhodného postoja a prístupu rómskych matiek k očkovaniu detí. Rómske matky uviedli ako hlavný zdroj vyhľadávania informácií o očkovaní lekára, sestru a terénneho sociálneho pracovníka, ktorý pracuje v tejto komunite. Rozhovor s lekárom a so sestrou uviedli aj ako preferovaný zdroj informácií o očkovaní v budúcnosti. Potvrdili však, že informácie o očkovaní samy aktívne nevyhľadávajú. Zrejme si neuvedomujú význam očkovania pre dieťa z dlhodobého hľadiska, čo vyplýva z ich kultúrnych charakteristík. „Zložitá práca pri prevencii ochorení, samotnom liečení a hlavne v doliečovacích fázach je skomplikovaná životným postojom orientovaným na prítomnosť s minimálnym zameraním na budúcnosť“ (Kolektív autorov, 2007).

Rómske matky vo všeobecnosti poznajú dôvody očkovania, absentujú však u nich informácie o povinnom očkovaní detí a dokonca uvádzajú aj dôvody odrádzajúce od očkovania dieťaťa. V prevažnej miere poznajú aj následky neplnenia si povinností v očkovaní detí aj v podobe rôznych postihov. Postihy vo forme zadržania sociálnych dávok alebo prídavkov na deti nesúvisia výlučne len s očkovaním, ale sú spojené aj s inými problémami, pomocou ktorých sa spoločnosť snaží riešiť rôzne situácie týkajúce sa predovšetkým školskej dochádzky rómskych detí. Aj napriek týmto opatreniam rómske matky nerešpektujú povinnosť súvisiacu s očkovaním dieťaťa, nakoľko naša spoločnosť ešte nie je pripravená na

to, aby radikálnejšie riešila tento problém. Zanedbávanie očkovania zo strany rómskych matiek je spájané aj s negatívnou skúsenosťou s očkovaním v minulosti. Rómske matky veľmi citlivo vnímajú imunizáciu u svojich detí. Najviac ich odrádza bolesť a opuch. Veľmi častým dôvodom odmietania očkovania je plač dieťaťa a nepokoj. Aj keď tieto vedľajšie nežiaduce účinky považujeme za fyziologické, pre rómske matky sú významné a uvádzané ako dôvody, pre ktoré odmietajú očkovať svoje deti.

Významnou súčasťou zvyšovania informovanosti a formovania správneho zdravotného uvedomenia Rómov je edukačná činnosť sestier, ale aj ostatných zdravotníckych pracovníkov. Edukácia rómskych jednotlivcov, rodín či komunit je veľmi náročná z časového hľadiska, ale aj z hľadiska obsahu. Tým, že Rómom chýba orientácia na budúcnosť, riešia len aktuálne otázky. Význam edukátora spočíva v ovplyvňovaní rómskych jednotlivcov v ich prirodzenom prostredí so zreteľom na ich kultúru a potreby (Nemcová, Hlinková, 2010).

Jedným z ďalších dôvodov odmietania je samotné cestovanie k lekárovi. Tento dôvod síce nie je naviazaný priamo na očkovanie, ale je veľmi častou príčinou absencie. Tým, aký majú životný štýl rómske rodiny, ktoré nemajú napr. dostatok financií, očkovanie odkladajú alebo celkom vylúčia zo svojho rebríčka hodnôt.

Záver

Matky rómskych detí sú zamerané predovšetkým na aktuálne potreby detí. Najviac ich zaujíma to, ako sa deti momentálne cítia, čo chcú a čo nechcú. Aktuálna spokojnosť detí je pre nich na prvom mieste, preto sa v prvom rade snažia uspokojovať ich potreby. Tým, že rómske rodiny teda aj rómske matky inak chápu čas, žijú predovšetkým prítomnosťou a budúcnosť je pre nich veľmi ďaleko. A tento kultúrne iný prístup môže byť bariérou pri napíňaní očkovacieho kalendára u rómskych detí v opozícii s chápaním očkovania ako istej vízie do budúcnosti v zmysle prevencie ochorení u dieťaťa. Každé dieťa, a teda aj rómske, má právo byť chránené pred infekčnými chorobami. Matka nesmie zabrániť svojou nedbanlivosťou alebo nezaujmom, aby došlo k ochoreniu, ktoré by sa vôbec nemuselo vyskytnúť.

V tejto súvislosti je nevyhnutné zlepšovať všetky aktivity, ktoré môžu akýmkoľvek spôsobom napomôcť nielen zlepšeniu informovanosti rómskych matiek, resp. rodičov o problematike očkovania detí, ale aj ich aktívnemu prístupu a vhodnej spolupráci pri očkovaní detí. Medzi tieto aktivity môžeme zaradiť nasledovné:

- Hľadať vhodné prístupy k členom rómskej minority na základe spoznávania a chápania ich sociokultúrnych charakteristík (odborná, etická a komunikačná pripravenosť zdravotníckych pracovníkov),

- Uplatňovať špecifické aspekty komunikácie a edukácie pri starostlivosti o rómske rodiny,
- Edukovať rómske matky o dôležitosti imunizácie dieťaťa, zamerať sa predovšetkým na oblasť motivácie s cieľom podpory ich účasti na očkovaní dieťaťa,
- Edukovať rómske matky o možných vedľajších a nežiaducich účinkoch očkovania,
- Edukovať rómske matky o rizikách, následkoch a priebehu infekčných ochorení,
- Vytvárať a poskytovať edukačný materiál s obsahovým zameraním na očkovanie prispôsobený z hľadiska špecifik rómskeho etnika,
- Využívať na propagáciu očkovania rôzne formy spolupráce s obcou, terénymi sociálnymi pracovníkmi, pracovníkmi komunitných centier, vzdelávacími inštitúciami, občianskymi združeniami a podobne.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DLUHOLUCKÝ, S., ŠIMURKA, P., URBANČÍKOVÁ, I.: *Sprievodca očkovaním*. [citované 31.8.2011]. Dostupné na internete: http://www.sprievodcaockovanim.sk/uploaded/files/brozura/so_brozura_3.pdf
2. FAIT, T., VRABLÍK, M., ČEŠKA, R. a kol. 2008. *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf, 2008. 551 s. ISBN 978-80-7345-160-8.
3. KOLEKTÍV AUTOROV. 2007. *Zdravotná starostlivosť v sociálne vylúčených rómskych komunitách*. Madrid: FSG, 2007. 67 s.
4. NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010. 260s. ISBN 978-80-8063-321-9.

Kontakt:

PhDr. Bc. Mariana Magerčiaková, PhD.

Katolícka univerzita

Fakulta zdravotníctva

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: magerciakova@ku.sk

MOŽNOSTI POUŽÍVANIA HODNOTIACICH A MERACÍCH NÁSTROJOV A ŠKÁL U RODINY

Zuzana Šenkárová

Katolícka Univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, doktorandské štúdium

Resumé

Článok spracováva tému meracích nástrojov, ktoré môžeme využiť v rodine. Meracie nástroje a škály sú dôležitou súčasťou práce sestry v zdravotníckych zariadeniach. Škály sú používané ako pomoc pri získavaní objektívnych dát. Keď chceme posudzovať a plánovať ošetrovateľskú starostlivosť mali by sme mať informácie taktiež o pacientovej rodine. Príbuzní hrajú dôležitú úlohu v živote pacienta. Niekedy pomáhajú s liečbou, niekedy ovplyvňujú negatívne, preto je dôležité posúdiť rodinu pacienta. Jednou z najznámejších škál na Slovensku je Apgarovej skóre rodiny.

Kľúčové slová: Rodina. Posudzovanie. Plánovanie. Meracie nástroje. Apgarovej skóre rodiny.

Resumé

This article covers the topic a Measurement tools, which can we use at family. Measurements tools and scales are a important part of nursing's work in health institution. The scales are used as a help by acquiring objective data. When we want to assess and planning nursing care, we should have intormation also about pacient's family. Relatives play an important role in patient's live. Sometimes they help whit a treatment and sometimes they affect the pacient in negative way, therefore it is important to assess pacient's family. One of the most famous scales in Slovakia is Family Apgar.

Key words: Family. Assessment. Planning. Measurement tools. Family Apgar.

Úvod

Meracie a hodnotiace nástroje a škály majú široké uplatnenie v slovenskom zdravotníctve. Na základe nástrojov a škál vieme získať objektívne informácie, ktoré pomáhajú pri posudzovaní pacienta, plánovaní individuálnej starostlivosti, diagnostikovaní, realizácii a v hodnotení poskytnutej starostlivosti. Zvyšujú teda kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Rodinné zázemie vo veľkej miere ovplyvňuje celkový priebeh liečby,

dodržiavanie liečebného režimu. Z tohto dôvodu je potrebné, aby sestry vedeli posúdiť pacientových príbuzných. Toto bola hlavná motivácia k spracovaniu tejto problematiky. Cieľom práce je hlavne oboznámiť širokú verejnosť o možnosti používať meracie nástroje a týmto spôsobom zefektívniť starostlivosť o pacienta a následne zlepšiť zdravotný stav pacienta. Pri spracovaní témy sme použili analýzu dostupnej slovenskej aj zahraničnej literatúry. Na začiatku príspevku je charakteristika meracích nástrojov. Príspevok hovorí aj o dôležitosti vplyvu rodinného prostredia na liečbu. Postupne sa prechádza ku konkrétnym škálam, ktoré môžu sestry použiť v ošetrovateľskom procese.

Metodika: Analýza dostupnej literatúry

Text: Merací nástroj definoval Department of Health in England (DH) v širšom slova zmysle ako „kolekciu škál, otázok a iných informácií, ktoré poskytujú obraz o požiadavkách jednotlivca a súvisiacich faktoroch“ v kontexte všetkých domén a ich dimenzií, pre potreby rôznych typov posúdenia: kontaktný, prehľadový, špecializovaný, komprehenzívny (DH, 2002). V užšom slova zmysle definuje posudzovací nástroj ako „prostriedok na identifikáciu a meranie špecifickej zdravotnej kondície, napr. mobility, schopnosti sebaopatery, depresie, kognitívnej poruchy“ (DH, 2002). Hodnotiace škály pomáhajú určiť sestrám, aká efektívna je ich starostlivosť o pacienta. Ďalej pomáhajú spojiť materiály nachádzajúce sa v empirickej literatúre a klinickú prax. Poskytujú klinickým pracovníkom systematickú metódu, kľúč pri získavaní informácií od pacienta. Použitie hodnotiacich nástrojov pomáha zlepšiť spoluprácu s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi (vlastný preklad autora). Toto platí aj v ambulantnej starostlivosti. V domácej starostlivosti je situácia špecifickejšia, pretože o chorého sa starajú prevažne príbuzní. Sestra z ADOS chodí len na nejaký čas. Je v podstate hosťom u chorého.

„Škály slúžia na číselné vyjadrenie určitého javu väčšinou na základe subjektívneho odhadu (Žiaková et al., 2009, s. 213).“ Z toho vyplýva, že pri škálach sa využíva subjektívny

odhad. Sú vhodnejšie, keď potrebujeme zistiť pacientove subjektívne pocity. Nespornou výhodou je aj možnosť spracovať veľký počet dát za krátky čas. Nevýhoda je ich sporná vedecká hodnota.

Príbuzní sú ďalšími členmi interdisciplinárneho tímu. Nemusí to byť len priamy rodinný príslušník, ale aj podporné osoby, ktoré sú pre pacienta dôležité. Fyzický, duševný stav príbuzných sa odzrkadľuje aj na zdravotnom stave pacienta. Prípadné rodinné problémy pôsobia na hospitalizovaného pacienta intenzívnejšie, lebo ich nemôže ovplyvniť. Číti bezmocnosť a tým sa zhoršuje psychický stav, čo nepriaznivo pôsobí aj na ten fyzický. Bez

príbuzných by sa však chorý nemohol liečiť v domácom prostredí. Čo veľmi prispieva k zníženiu nákladov za hospitalizáciu.

Rodinný príslušníci sa často obracajú na sestru, ako podpornú osobu o radu. Preto by mal zdravotník vystupovať profesionálne. Profesionálnemu vystupovaniu a teda podpore dôvery v sestru napomáhajú aj meracie nástroje a škály. Pomáhajú získať objektívne informácie, efektívnemu plánovaniu starostlivosti a samotnému hodnoteniu, do akej miery bola starostlivosť úspešná, alebo treba zmenu, aby účinok starostlivosti bol čo najvyšší a splnili sa ciele ošetrovateľského procesu. Ak rodina vidí výsledky práce sestry objektívne zaznamenané do škál, sú pokojnejší, spolupráca sa zlepšuje. To všetko platí v prípade funkčnej rodiny.

Rodinné prostredie hrá dôležitú úlohu pri starostlivosti o pacienta a je jedno, kde sa starostlivosť poskytuje, či v nemocničnom, ambulantnom, alebo domácom prostredí.

Apgarovej skóre rodiny (Family Apgar) je merací nástroj, ktorý bol vytvorený na zistenie spokojnosti člena rodiny v piatich dimenziách funkčnosti rodiny: adaptácia, partnerstvo, rast, náklonnosť, rozhodnutia (APGAR je akronym anglických slov: Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve). Ukazuje zhodu členov rodiny, teda jej funkčnosť, spokojnosť so vzťahmi. Cieľovú skupinu môže tvoriť každý pacient u ktorého chceme zistiť akú má funkčnú rodinu a nakoľko môžeme rátať s pomocou príbuzných pri starostlivosti. Ak sa preukáže funkčnosť rodiny na základe tohto dotazníka, vieme predpokladať, že v domácej starostlivosti bude pacient dodržiavať terapeutický režim. Práca s týmto nástrojom trvá približne 5 minút, administratíva je minimálna a zaškolenie posudzovateľa rovnako minimálne. Vyhodnotenie sa robí odpoveďami pacienta: takmer vždy za 2 body, niekedy za 1 bod a takmer nikdy za 0 bodov. Crombachov koeficient alfa je v rozmedzí 0,80-0,85. Validita bola popisovaná 0,80, neskôr 0,64. Tak môžeme tvrdiť, že nástroj je validný a reliabilný.

Ošetrovateľská záťaž sa odvíja od pacientovej schopnosti sebaopatery. Čím je pacient sebestačnejší, tým potrebuje menej starostlivosti a rodinný príslušník, ktorý sa o neho stará v domácom prostredí je menej zaťažovaný. Na meranie záťaže slúži test ošetrovateľskej záťaže. „Identifikovanie miery opatrovateľskej záťaže môže byť východiskom pre adekvátne naplánovanie ošetrovateľských intervencií realizovaných sestrou z agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti a môže prispieť k lepšiemu pochopeniu potreby využívania rôznych zdrojov pomoci (Tabaková, Václavíková, 2008, <http://www.pouzp.cz/text/cs/zataz-opatrovatela-v-domacom-prostredi.aspx>).“ Cieľovou skupinou môžu byť príbuzní, ktorí sa starajú o chorého. Pozostáva z 8 bodov. Hodnotí sa pohybová schopnosť, hygiena, jedlo, inkontinencia moču a stolice, návšteva toalety, dekubity, spolupráca s chorým. Vyplnenie dotazníka zaberie sestru z ADOS asi do 10 minút, administratíva je rovnako minimálna ako pri predchádzajúcom nástroji. Každá z ôsmich

hodnotených položiek má svoju pridelenú hodnotu. Body sa nakoniec spočítajú, pričom 0 je úplne sebestačný a 38 úplne závislý. Z dostupnej literatúry som nezistila mieru validity a reliability.

Ďalším nástrojom v poradí je škála pripravenosti na opatrovanie (Preparedness for Caregiving Scale). Tento nástroj bol vytvorený na zistenie pripravenosti opatrovateľov pred zmenením prostredia, napríklad pri prepustení pacienta do domácej starostlivosti. V tomto prípade sú sestry v kľúčovej pozícii posúdiť pripravenosť príbuzných na opatrovanie pacienta v jeho prirodzenom prostredí. Tento nástroj však nemusí používať len sestra, slúži aj ako sebahodnotiaci nástroj pre budúcich opatrovateľov. Cieľová skupina sú opatrovatelia seniorov, ktorí náhle ochoreli, ľudí s exacerbovaným chronickým ochorením pred transportom do iného stupňa starostlivosti. Pozostáva z 8 otázok, na ktoré sú 4 možnosti odpovede, pričom posudzovaný odpovedá subjektívne. Každá odpoveď je očíslovaná 0- vôbec nepripravený, 4- veľmi dobre pripravený. Deviatu otázku je otvorená, tam môžu respondenti písať svoje názory. V hodnotení vyššie skóre znamená lepšiu pripravenosť na opatrovanie. Crombachov koeficient alfa sa pohybuje v rozmedzí od 0,88 po 0,93. Konštrukčná a obsahová validita boli preukázané medzi strachom opatrovateľa a nedostatkom zdrojov (vlastný preklad autora). Treba však zdôrazniť, že v slovenskej literatúre sa nenachádza táto škála. Neprešla tak procesom národnej validizácie. Za zmienku stojí aj to, že keď sa opatrovateľ cíti pripravený, nemusí to vždy byť tak.

Nástroj: Pracovanie s rodinou hospitalizovaných seniorov s demenciou (Working with Families of Hospitalized Older Adults with Dementia) je skôr pomôcka pre sestry starajúce sa o seniorov trpiacich demenciou. Bezprostredne sa však týka rodiny pacienta. V prípade hospitalizácie pacienta s demenciou sú príbuzní viac úzkostliví ako pri ostatných pacientov. Príbuzní seniora bývajú prekvapení, keď je chorý viac agitovaný, viac dezorientovaný v nemocničnom prostredí (vlastný preklad autora). V rámci tohto nástroja je vytvorený dotazník, ktorý napomáha získať dôležité informácie o seniorovi. Je tu 20 otázok, ktoré sa bezprostredne týkajú seniora s demenciou: ako chce byť oslovovaný, telefón na príbuzných, najobľúbenejší nápoj, čo rád je, či má protézu, pričom potrebuje pacient pomôcť. Takéto informácie môže naozaj poskytnúť len osoba, ktorá je pacientovi blízka. Sú tu navrhnuté tri prístupy ako zlepšiť starostlivosť a jej výsledky:

- 1) Zistiť informácie z rodinného prostredia o osobe seniora a jeho obvyklom fungovaní. Pomáha to personálu poskytnúť pacientovi s demenciou lepšiu starostlivosť.
- 2) Zahnúť rodinu do starostlivosti.
- 3) Poskytnúť rodine informácie o priebehu hospitalizácie (vlastný preklad autora).

Posúdenie preferencií rodiny na spolupráci u hospitalizovaných seniorov (Assessing Family Preferences for Participation in Care in Hospitalized Older Adults)- FPRI je nástroj, ktorý dáva odpoveď na otázku, akú spoluprácu uprednostňuje rodina na starostlivosti. Sestra je v unikátnej pozícii pracovať s rodinou pacienta ako partnerom, participovať na starostlivosti. Pretože približne 40 % seniorov trpí na komplikácie z hospitalizácie. Je to vlastne inštruktáž na meranie preferencií rodiny. Veci, ktoré rodina uprednostňuje môžu mať vplyv na schopnosti opatrovateľov, vrátane pochopenia pacientových potrieb. Zistíme teda, ako rodina rozumie pacientovým potrebám. Cieľová skupina je rodina hospitalizovaných pacientov (vlastný preklad autora). Dotazník je konštruovaný z 15 konštatovaní, na ktoré je priradená odpoveď áno, alebo nie. Šestnásť je voľný priečinok, kde môžu posudzovaní napísať svoje myšlienky. Iniciálne štúdie ukazujú, že FPRI efektívne identifikuje preferencie opatrovateľov.

Záver

Meracie a hodnotiace nástroje a škály sú dôležitý nástroj na zisťovanie objektívnych, po prípade na zobjektívnenie zistených informácií.

V mojom príspevku som spracovala problematiku meracích nástrojov a škál, ktoré môžu sestry (a nielen tie) využívať pri spolupráci s rodinou pacienta, u hospitalizovaných a klienta v ambulantnej a domácej starostlivosti. Chcela som priblížiť túto problematiku a poukázať na benefity, ktoré vyplývajú z používania meracích nástrojov a škál. V prvej časti práce sa venujem charakteristike meracích nástrojov a škál, čo prinášajú klinickým pracovníkom do praxe. Následne zdôrazňujem dôležitosť rodinného prostredia pri liečbe pacienta. V poslednej časti príspevku sa venujem vybraným meracím nástrojom. Uvádzam stručnú charakteristiku, cieľovú skupinu, krátky opis nástroja, ako sa vyhodnocuje. Pri nástrojoch, kde som mala dostupné informácie o validite a rialiabilite ich uvádzam. Treba však podotknúť, že som použila väčšinou nástroje, ktoré nemajú preklad na Slovensku, či Českej Republike. Verím, že poukávanie na benefity niektorých nástrojov zaistí ich častejšie používanie v praxi. Sestry budú používať nástroje a zľahčovať si tak svoju prácu.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BAER, L., BLAIS, M., A. *Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health*. 1st Ed. New York : Humana Press, 2010. 320p. ISBN 978-1-58829-966-6.

2. BÓRIKOVÁ, I., FÚROVÁ, A. 2003. Posudzovacie, hodnotiace a meracie škály a techniky v ošetrovateľskej praxi. In *Ošetrovateľstvo vo vnútornom lekárstve 1*. 1. vydanie. Martin : UK Bratislava, 2003. 10 – 74 s. ISBN 80-88866-28-6
3. BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K. 2007. Problematika meracích nástrojov v ošetrovateľstve. In *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ed. R. Bužgová, D. Jarošová. Ostrava : Ostravská univerzita, 2007. 13-18. ISBN 978-80-7368-230-9.
4. FAMILY APGAR [online]. September 2001. [cit.2011-09-22]. Dostupné na internete: <http://www.iprc.unc.edu/longscan/pages/measures/Baseline/Family%20APGAR.pdf>
5. PREPAREDNESS FOR CAREGIVING SCALE [online]. 2010. [cit.2011-09-22]. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_28.pdf
6. STAŇKOVÁ, M. 2001. *České ošetrovateľství 6: Hodnotící a měřící techniky v ošetrovateľské praxi*. 1. vydanie Brno : IDV PZ. 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
7. TABAKOVÁ, M., VÁCLAVÍKOVÁ, P. 2008 Zátáž opatrovateľa v domácom prostredí. In *Profese online* [online]. August 2008. [cit.2011-09-22]. Dostupné na internete: <http://www.pouzp.cz/text/cs/zataz-opatrovatela-v-domacom-prostredi.aspx>
8. THE FAMILY APGAR: A PROPOSAL FOR A FAMILY FUNCTION TEST AND ITS USE BY PHYSICIANS [online]. April 1994. [cit.2011-09-22]. Dostupné na internete: <http://www.neiu.edu/~circill/F494V.pdf>
9. WORKING WITH FAMILIES OF HOSPITALIZED OLDER ADULTS WITH DEMENTIA [online]. 2007. [cit.2011-09-22]. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_d10.pdf
10. ŽIAKOVÁ, K. et al. 2009. *Ošetrovateľstvo : teória a vedecký výskum*. 2. prepracované vyd. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2009. 323 s. ISBN 80-8063-304-2.

PATOLÓGIA RODINY V SÚČASNEJ SPOLOČNOSTI

Slavomír Laca

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá sociálno-patologickými prejavmi v rodinnom spoločenstve, ktoré sú príznačné pre dnešnú dobu. Súčasná spoločnosť čelí mnohým závažným problémom, ktoré ohrozujú jej stabilitu, ale aj stabilitu rodiny ako základnej bunky spoločnosti. Príčiny, ktoré vedú k rôznorodým prejavom sociálno-patologických javov, sú mnohoraké. Taktiež poukazujeme na normatívny aspekt rodiny, ktorý ovplyvňuje každodenné ľudské správanie a na sociálnu kontrolu, ako na mechanizmus presadzovania noriem v danej societe.

Kľúčové slová: Človek. Rodina. Sociálna patológia. Patologické javy. Spoločnosť.

Abstract

The contribution deals with socio-pathological manifestations in a family community, which is typical for our time. Contemporary society is facing many serious problems that threaten its stability, but also the stability of the family as the fundamental unit of society. The causes that lead to diverse manifestations of socio-pathological phenomena, are manifold. It also highlights the normative aspect of the family that affects everyday human behavior and social control as the mechanism for enforcement of standards in the society.

Key words: Man. Family. Social Pathology. Pathological phenomena. Society.

Úvod

Postavením rodiny, jej funkciami, potrebami, jej významom sa zaoberalo už mnoho domácich i zahraničných odborníkov, na tému rodina sa organizovali a neustále organizujú odborné semináre, konferencie, rodina je súčasťou spoločenských a právnych predpisov jednotlivých krajín i svetových spoločenstiev. Napriek týmto mnohým aktivitám nemôžeme tvrdiť, že rodina je v dnešnej dobe stabilná, že rodina ako taká má v dnešnej dobe všetky predpoklady plniť svoje jednotlivé funkcie a byť pozitívnym príkladom pre ďalšie generácie, ktoré si budú zakladať vlastné rodiny.

Sociálna patológia a patológia rodiny

Človek ako sociálna, ako sebauvedomujúca bytosť nemôže existovať v izolácii. Ľudské bytie je dané v prostredí, ktoré má nesmierny dopad na formáciu osobnosti človeka a na kvalitu jeho života. „*Sociálne prostredie tvoria javy, stavy, procesy a vzťahy, ktoré človeka obklopujú v rodine, sociálnej skupine, spoločenskej vrstve a celej spoločnosti. Ide o súhrn všetkých vplyvov ostatných ľudí a skupín, s ktorými sa jedinec v spoločnosti stretáva a ktoré tak silno pôsobia na priebeh edukačných procesov a jeho výsledky*“ (Průcha, In: Bargel, Mühlpachr, 2010, s. 22). Pre človeka je príznačné a charakteristické nadväzovanie vzťahov spolupráce s inými ľuďmi, rozvíjať pocit spolupatričnosti a vzájomnosti. Bez existencie prostredia a jednotlivých vzťahov človek nemôže naplno rozvíjať svoje bytie. Byť súčasťou prostredia, patriť do spoločnosti je súčasťou jeho sociálnej prirodzenosti.

Byť súčasťou sociálneho prostredia, patriť do rodiny a spoločnosti predpokladá aj žiť v zhode s istými pravidlami a hodnotami, ktoré by mali byť odrazom plurality názorov danej society, teda sú pre ňu typické či charakteristické a sú v zhode s cieľmi, ktoré societa chce dosiahnuť. V každej takejto societe však dochádza aj k zlyhávaniu jednotlivcov a skupín, ktoré ohrozujú stabilitu spoločenstva a vedú v nezdravým prejavom. Vtedy hovoríme o patológii. Pojem patológia vo všeobecnosti teda charakterizuje niečo choré, nezdravé, niečo, čo ohrozuje stabilitu, istotu, pokoj. Dotýka sa všetkých oblastí ľudského života, rôznych aspektov spoločnosti, rodiny, jednotlivca. V súvislosti so sociálnym životom človeka, s jeho existenciou v sociálnom prostredí, s jeho konaním, slobodným rozhodovaním, situáciou, v ktorej sa nachádza, hovoríme o sociálnej patológii.

Sociálnu patológiu (ang. social pathology, nem. Sozialpathologie) Ondrejko et al. (2009) charakterizuje ako súhrnný pojem, ktorým pomenujeme choré, nenormálne, či všeobecne nežiaduce spoločenské javy, kde zaraďuje aj sankcionované formy deviantného správania, ale aj štúdium príčin ich vzniku a existencie. K takýmto javom teda môžeme zaradiť agresiu, alkoholizmus, drogové závislosti, samovražednosť, prostitúciu, homosexualitu, rozvodovosť, nezamestnanosť, patologické hráčstvo, vojnu, násilie, ale aj novšie formy patologických prejavov, ku ktorým Mühlpachr (2008) začleňuje napr. extrémizmus, ktorý dnes predstavuje jednu z najväčších nebezpečenstiev a tiež rôzne druhy závislosti: netomániu – závislosť na internete, závislosť na televízii, sexuálnu závislosť, workoholizmus, či patologické nakupovanie a prejedanie sa. Marešová (2010) za najčastejšie sociálno-patologické javy dnešnej doby považuje alkoholizmus, toxikomániu, gamblerstvo a ostatné závislosti; členstvo v extrémistických skupinách a náboženských sektách, xenofóbiu a rasizmus; domáce násilie, chorobné prenasledovanie; šikanovanie v škole, na pracovisku (mobbing, bossing), v sociálnych a výchovných inštitúciách voči klientom týchto inštitúcií; prostitúciu, promiskuitu, účasť na pornoprodukcii, kupliarstvo,

komerčné sexuálne zneužívanie; vandalizmus vrátane sprejerstva, násilie na štadiónoch, pouličné násilie; asociálnosť šírená prostredníctvom internetu a na tzv. sociálnych sieťach, zneužívanie osobných údajov prístupných na internete, šírenie záznamov z fyzických útokov na vrstovníkoch, učiteľoch, handicapovaných osobách a pod.; samovraždy; korupciu, klientelizmus; vytváranie pouličných gangov detí a mladistvých; bezdomovecťvo.

E. Durkheim (1857-1917), francúzsky zakladateľ vedeckej sociológie, sociálnu patológiu považoval za vedu „o chorobách a nepriaznivých skutočnostiach, činoch a správani, ktoré sa odchyľujú od stanovených noriem, ale súčasne sú organickou súčasťou, komponentom života sociálnych celkov“ (Ondrejkoovič et al., 2009, s. 23). Významný český sociológ Bláha (In: Schavel, 2010, s. 55) použil termín sociálna patológia na zdôraznenie poruchy „sociálnych procesov a sociálnych zariadení, vo funkcii determinantov individuálnych a hromadných porúch“. Vo všeobecnosti teda môžeme vymedziť pojem sociálnej patológie v súvislosti so sledovaním, skúmaním, pozorovaním negatívnych sociálnych javov vyskytujúcich sa v societe.

Sociálno-patologické javy sa zväčša vyskytujú tam, kde dochádza k istým druhom problémov, záťažových situácii, ktoré vyvolávajú vnútorný tlak, nepokoj a človek viac-menej nedokáže takýto stav akceptovať, prispôbiť sa, resp. čeliť a nachádzať riešenia. Sociálna patológia je tak spätá s pojmom sociálny problém, ktorý definuje V. Lamser (In: Žilová, 2005, s. 42) ako „vývojové tendencie v ľudských vzťahoch a v spoločnosti, ktoré sú považované za ťaživé (problémové) a ktorým je nutné venovať pozornosť formou korektívnych a vyrovnávacích, ale zvlášť preventívnych opatrení“. Lamser (In: Levická, 2002, s. 63) ďalej tvrdí, „že o sociálnom probléme hovoríme až vtedy, keď problém presahuje osobnú situáciu, zasahuje väčší počet ľudí a vyžaduje riešenie“. Je chápaný ako záťažová situácia, ktorú je potrebné riešiť z pohľadu celej spoločnosti i každého jednotlivca. Na základe týchto charakteristík môžeme vymenovať niektoré faktory ovplyvňujúce vznik sociálno-patologických javov. Ide najmä o nefunkčnosť rodiny, keď dochádza k degradácii zaužívaných pravidiel, noriem i hodnôt, zdravotné problémy, smrť, zadlženosť, nezamestnanosť a iné.

Sociálno-patologické javy sa dotýkajú tak každého jednotlivca, rodiny, ako aj celej spoločnosti. Tým, že existujú, sú nebezpečné, predstavujú ohrozenie, nestabilitu celej society. Účinný spôsob v boji proti zlu, ktorý pomenúvame sociálno-patologickým javom, je najmä predchádzanie jeho vzniku, šíreniu, stupňovaniu, a to rešpektovaním spoločného dobra, čiže prijímaním a uplatňovaním takých noriem, pravidiel, vzorcov správania, ktoré budú zabezpečovať spoločný úžitok, spravodlivosť, dôstojnosť a humanizáciu každého ľudského bytia.

Patologické prejavy rodinného systému

Jedným z dôležitých systémov, kde takéto zlyhávanie vyvoláva ďalšie zhubné reakcie a kde sa najviac ukazujú nepriaznivé účinky týchto patologických prejavov je rodina.

Rodina predstavuje istý druh sociálneho systému. Sociálny systém podľa Eriksena (2008) je súbor sociálnych vzťahov, ktoré sa pravidelne aktualizujú a reprodukovujú v procese interakcie. Sociálny systém zdieľa aj normatívny systém s funkčným súborom sankcií, čiže ide o určitý druh zhody alebo vynútenej poslušnosti so zreteľom na to, čo sa v rámci systému a medziľudských interakcií deje, alebo čo by sa malo diať. Uspokojenie základných potrieb a zabezpečenie základných práv vplyva na kvalitu života ľudí (Hudáková, 2011, s.129). Rodinný systém je postavený na sociálnych vzťahoch jednotlivých jej členov, každý člen rodiny má svoje postavenie a svoje úlohy, ktoré by mal plniť. Platia, resp. mali by tu platiť isté pravidlá v rámci sociálneho statusu a spoločnej deľby práce. Zvláštnosť rodinného systému spočívajúci v prepojení verejných, sociologických, psychologických i čisto súkromných prvkov vyjadruje Možný (In: Sobotková, 2007) takto: Rodina je dnes vnímaná súčasne so svetom, ktorý ju obklopuje, ako racionálna, pragmatická, funkčne vertikálne hierarchizovaná, kultúrne obmedzujúca inštitúcia a zároveň ako zvláštny svet autenticity, emocionality, prirodzenej rovnosti a spontánnosti.

Rodina je základom, dôležitým elementom spoločnosti. Takto najvšeobecnejšie možno charakterizovať rodinu a takto ju charakterizovalo už niekoľko autorov. Musíme v podstate súhlasiť s takto formulovanou definíciou, ktorá vystihuje vzťah rodiny k spoločnosti, teda v ktorej existuje, a samozrejme tento vzťah smeruje aj od spoločnosti k rodine. Takýto vzťah je vyjadrením jednotlivých funkcií rodiny, ktoré sú nasmerované do jej vnútra, ale aj do k spoločnosti ako celku a povinnosťou spoločnosti je vytvárať priaznivé podmienky pre jej funkčnosť. Ide o pomer, ktorý vyjadruje vzájomnú spätosť dvoch inštitútov. Spoločnosť potrebuje funkčnú rodinu a rodina potrebuje funkčnú spoločnosť. Pre funkčnosť rodiny sú veľmi dôležité vzťahy medzi jej členmi, dôležité je to, ako si vedia pomáhať, ako akceptujú jednotlivé potreby svojich členov. Pozitívne sociálno-psychologické usporiadanie rodiny s primeraným ekonomickým zabezpečením je dobrou konšteláciou pre pozitívne smerovanie rodiny a zabezpečenie jej normality. Froma Walshová (In: Sobotková, 2007) rozlišuje štyri prístupy k normalite rodiny:

- 1) normalita ako zdravie a absencia patológie – rodina je normálna, ak žiadny člen rodiny nevykazuje symptómy poruchy,
- 2) normalita ako ideál – úspešnosť rodín sa vzťahuje k hodnotám ako je vernosť, porozumenie, tolerancia a pod., a k splneniu určitých úloh, napr. správna výchova dieťaťa. Veľký vplyv na obraz ideálnej rodiny majú teda sociálne, kultúrne a etické normy,

- 3) normalita ako priemer – rodina je normálna, pokiaľ jej fungovanie zodpovedá tomu, čo sa v spoločnosti považuje za typické, či štandardné,
- 4) normalita ako transakčný proces – pozornosť sa upriamuje na prebiehajúci proces v čase, čiže do úvahy sa berie sociálny a časový kontext rodiny.

Spoločenský vývoj po roku 1989 priniesol do našej spoločnosti tak dlho očakávanú slobodu, nové obzory, možnosti, ale aj zmeny, a to prakticky do všetkých oblastí života, teda aj do našich rodín. Musíme tvrdiť, že v každom ohľade ide o mnoho pozitívnych zmien, či už v oblasti hospodárstva, ekonomiky, politiky... Na druhej strane treba vidieť aj dôsledky týchto tzv. úspechov. Je treba si všimnúť prenikanie nových prvkov západného sveta, ktoré okrem pozitívneho razu prinášajú do tohto nášho sveta chaos, prevracanie hodnôt, nestabilitu, neistotu, zmätok. To, čo sa považovalo za prvoradé, a tým myslíme rodinu a jej stabilitu, sa chtiac-nechtiac odsúva do pozadia. Tradičná rodina, jej hodnoty a úlohy v nej pomaly, ale iste začínajú byť v rozklade. A to so všetkými negatívnymi dôsledkami tak, ako o tom hovorí Mühlpachar (In: Bargel, Mühlpachr, 2010, s. 20): *„nemanželské rodičovstvo, manželstvo ako ekonomicko-zmluvný vzťah, bezdetné manželstvá, predčasná „socializácia“ detí, rozvodovosť ako nástroj riešenia bežných konfliktov, neúplná rodina – výchova detí s absenciou mužského (otcovského) vzoru, rozpočtový neporiadok v rodine, strata autority v rodine, starnutie (pra)rodiča ako príťaž, umieranie v anonymnom prostredí, nepochopenie skutočného zmyslu ženskej a mužskej roly“.*

Rodina je základným socializačným subjektom. Má bezprostredný vplyv na ďalšie smerovanie a uplatnenie sa svojich najmladších členov rodiny, čiže detí v spoločnosti. Dieťa je veľmi vnímavé a svojich rodičov považuje za vzory, ich správanie a konanie považuje za správne a teda je prirodzené, že ich zvykne kopírovať. Možno tak očakávať, že dieťa bude prospešné pre spoločnosť v takom rozsahu, ako sú prospešní jeho rodičia. Okrem toho, rodina má vplyv na psychické rozpoloženie dieťaťa. Výchova dieťaťa vo funkčnej rodine podmieňuje jeho zdravý vývin. Dieťa, ktoré vyrastá v harmonickej rodine, v ktorej nachádza emočnú podporu, kde prejavy lásky, spolupatričnosti, vzájomného zdieľania radosti i starostí je súčasťou spolunažívania, je vybavené dostatočnou schopnosťou zdieľať každodenný život i v dospelom veku. *„Len ľudia, ktorí boli vo svojom detstve vyzbrojení pre záťaž budúceho sveta, môžu zvládnuť všetky ťažkosti a nároky a nájsť s druhými ľuďmi, blízkymi i vzdialenými spôsob spoluzitia“* (Koluchová, In: Mühlpachr, 2008, s. 147). Je však treba povedať, že emocionálna funkcia rodiny akoby zapadala do úzadia.

Konzumný spôsob života a jeho zabezpečovanie oberá hlavne mužov o rodinný život. Nedostatok času pre rodinu, nedostatok kontaktov s deťmi, možností prijímať a dostávať lásku ohrozuje mužov rôznymi patologickými prejavmi v ich rodinných vzťahoch. Ak chýba spolupráca zo strany mužov, ženy sa v takejto rodine cítia neslobodné a ukrátené o vlastné

formy seberealizácie. Preferovaním bohatstva a konzumného spôsobu života sa takto oslabuje úcta k materstvu a otcovstvu (Lenczová, 2005). Podobného názoru je aj Hrehová (2005), ktorá tvrdí, že v moderných rodinách dnes väčšinou chýba láskyplné pochopenie a vzájomná úcta. A práve táto absencia spôsobuje, že rodine chýba jednota, šťastie a rovnoprávnosť. Na tento nedostatok sa potom nabaľuje strata tak otcovskej ako aj materskej autority. Mnohí rodičia si nevedia poradiť s vlastnými deťmi už od puberty. Východiskom z tejto dilemy je návrat k pravým morálnym a kresťanským hodnotám. A práve dnešné rodiny akoby sa vymykali z hodnôt a princípov, ktoré po stáročia boli ich súčasťou. Nevera, nezáujem o manželského partnera, nezáujem o výchovu detí, trávenie času mimo rodiny, nízka reprodukcia, život partnerov bez manželského zväzku, to sú iba niektoré otázky nad dnešnými rodinami. Kresťanské ponímanie manželstva ako nezrušiteľnej inštitúcie, trvalosť rodiny na základe viery „Čo Boh spojil, človek nerozlučuje“ nepredstavuje v dnešnej dobe tak vysoko morálno-kresťanskú hodnotu. Stabilita rodiny už nie je tak vysokým kreditom. Rozvod manželstva sa stáva pre dnešnú spoločnosť prirodzeným aktom, formou vlastnej samostatnosti, obligátnym prejavom nechceného spolužitia. Ešte pred niekoľkými desiatkami rokov sa inštitút rozvodu chápal ako odchýlka od zaužívaného prejavu správania. Najmä rozvedené ženy boli často terčom posmechu, priam opovrhovania zo strany užšieho i širšieho prostredia. Rozvod nezapadal do zvykov a morálnych noriem spoločnosti. Nemôžeme úplne tvrdiť, že dnes takého prejavy nepoznáme, avšak miera tolerantnosti stúpla. Neúplná rodina z akýchkoľvek dôvodov sa často stáva dysfunkčným prvkom rodiny ako takej a zanecháva následky v podstate na všetkých jej členoch. Nižší príjem do domácnosti, zmena deľby práce v domácnosti, menšia sociálna podpora, stres, to sú faktory, ktoré môžu vyvolávať patologické zlyhávania jej jednotlivých členov a rodinu ako celok tak postihuje istý druh dysfunkcie. Výskumy ukazujú, že nízky ekonomický (ale aj kultúrny) štandard rodiny, funkcionálne poruchy rodiny, nepriaznivá emocionálna klíma i záporné rodičovské vzory majú bezprostredný vplyv na morálnu kvalitu dieťaťa, na jeho prejavy i vzťah k okoliu (Mühlpachr, 2008). Je len samozrejme, že dieťa, ktoré nenachádza v rodine lásku, porozumenie, podporu, sa ľahšie stáva ohniskom rôznych patologických javov. Všetky potreby, ktoré by dieťa malo dostať v rodine, tak nachádza na ulici, k kruhu tzv. kamarátov. U detí z nefunkčných rodín sa častejšie vyskytuje záškoláctvo, poruchy správania, drogové závislosti, protizákonná činnosť a pod.

Nemôžeme však tvrdiť, že úplná rodina je zárukou jej funkčnosti. Aj v úplných rodinách sa vyskytujú patologické prejavy, aj keď navonok vyzerá všetko v norme. Poznáme mnohé zlyhávania rodinného systému v podobe zanedbávanej výchovy, v horšom prípade v podobe týrania detí, či už fyzického, psychického, emocionálneho. Ide v podstate o necitlivý prístup k deťom zo strany rodičov, ich agresívne prejavy vyvolané

nezamestnanosťou, nedostatočnou finančnou situáciou, frustráciou, vlastnou nemohúcnosťou nájsť a mať zmysel života, alkoholizmom a mnohými inými faktormi. Takéto konanie teda súvisí s osobnosťou človeka, s jeho neschopnosťou čeliť životným situáciám primeraným a požadovaným spôsobom. Zvláštnym prípadom je sexuálne zneužívanie detí. Ako tvrdí Mühlpachr (2008), osoby, ktoré sexuálne zneužívajú svoje dieťa sú intelektuálne podpriemerní, z psychiatrického hľadiska sú hodnotení ako psychopati alebo anomálne osobnosti. Mnohí z nich sú alkoholici, užívatelia drog a dopúšťajú sa ďalších foriem patologických prejavov. Avšak nielen dieťa je v rodine zneužívané. S domácim násilím, či s domácim terorizmom sa stretávame bohužiaľ pomerne dosť často. Nejde pritom o rodiny s nižším vzdelaním a nižšou životnou úrovňou, naopak, k týmto prípadom dochádza skôr v rodinách s vyšším vzdelaním a vyššou životnou úrovňou (Šmolka, Mach, 2008). Domáce násilie sa prejavuje neprimeranými požiadavkami na partnera. Môže ísť o násilie tak zo strany muža ako aj ženy, ale častejšie sa vyskytuje v podobe násillia na žene. Domáce násilie sa prejavuje priamym fyzickým násilím, tiež psychickým, sexuálnym, sociálnym, ale aj ekonomickým násilím.

Ako vidíme, problémy v rodine sú stále aktuálne, jeden problém vyvoláva ďalší a je teda namieste uvažovať, či nie sme ľahostajní voči rôznym sociopatologickým prejavom, ktoré dnešnú rodinu postihujú, či máme dostatočne kvalitný, primeraný a vyhovujúci sociálny, ekonomický i normatívno-právny systém, či nezavrhuje sociálny život postavený na hodnotách ako je kultúra, priateľstvo, rovnosť, ale najmä právo na život a právo na dôstojný život a spravodlivosť. Rodina patrí bezpochyby do systému všeludských hodnôt, patrí do systému kresťanských hodnôt, ku ktorým sa Slovensko verejne hlási. Je pravda, že rodina má byť nezávislá inštitúcia, v každom ohľade spôsobilá a samozrejme aj povinná udržiavať si svoju situáciu tak, aby bola schopná riešiť všetky svoje problémy. Sú však životné okamihy, kedy si sama nevystačí. Ako podotýka v blahej pamäti Ján Pavol II. (1995), budúcnosť ľudstva prechádza cez rodinu. Aby rodina mohla plniť svoje poslanie, je nutné a naliehavé zaistiť jej pomoc a podporu. Spoločnosť a štát majú zabezpečiť nevyhnutnú pomoc, aj ekonomickú, aby rodina svoje problémy mohla riešiť čo najľudskejším spôsobom. Strieženec (2001, s. 62) k tomu dodáva, že *„vo funkčných zmenách rodiny za najpodstatnejšie pokladáme vytvorenie takých podmienok pre rodinu, aby čo najširší okruh sociálnych potrieb rodín mohol byť zabezpečovaný jej vlastnými silami. Predovšetkým pracovnými príjmami, adekvátnym poisťovacím systémom a pod.“* Je dôležité pre rozvoj spoločnosti a pre existenciu ďalších generácií vrátiť rodine základné všeludské hodnoty postavené na dlhoročných tradíciách, ktoré dokážu vrátiť „život“ rodine, rodinným vzťahom, a teda celej spoločnosti.

Záver

Zásadným problémom dnešnej doby je strata sociálneho cítenia a sociálneho rozmeru, ktoré kladú do popredia existenciu dôstojného rodinného systému – života, ktoré môže poskytnúť iba základná bunka spoločnosti teda rodina. Táto chaotická doba stavia na základoch, ktoré sú pomínuteľné a ktoré nemajú istú budúcnosť. Dnešná doba povyšuje individualizmus a pritom sa opomína, že človek nemôže existovať sám, pretože stačí okamih a celý život je obrátený naruby a preto je potrebné dávať do popredia zdravé rodinné spoločenstvo.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BARGEL, M. – MÜHLPACHR, P. et al. 2010. *Inkluze versus exkluze – dilema sociálnej patológie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2010. 184 s. ISBN 978-80-87182-12-3.
2. HUDÁKOVÁ, Z. 2011. Príčiny bezdomovectva a sociálne vylúčenie bezdomovcov. In *Zdravie, chudoba a sociálne vylúčenie z aspektu pomáhajúcej profesie*. Bratislava, 2011. 437 s. ISBN 978-80-89464-06-7. s. 129-134.
3. LACA, P. 2004. *S desatorom do Európskej únie*. In: Logos – Revue gréckokatolíkov na Slovensku, Prešov 2/2004, s. 6-9 ISSN 1335-5910.
4. LEVICKÁ, J. 2002. *Teoretické aspekty sociálnej práce*. Trnava: ProSocio, 2002. 283 s. ISBN 80-89074-39-1.
5. MAREŠOVÁ, A. 2010. Jaké společenské jevy jsou dnes označovány jako závažné sociálně patologické jevy? In *Sociální, ekonomické, právní a bezpečnostní otázky současnosti. (Česká a Slovenská republika na počátku nového milénia)*. Sborník 2. mezinárodní slovensko-české konference. Praha: Soukromá vysoká škola ekonomických studií, 2010. ISBN 978-80-86744-84-1, s. 295-301.
6. ONDREJKOVIČ, P. et al. 2009. *Sociálna patológia*. Bratislava: VEDA, 2009. 580 s. ISBN 978-80-224-1074-8.
7. SCHAVEL, M. et al. 2010. *Sociálna prevencia*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. 266 s. ISBN 978-80-89271-22-1.
8. ŽILOVÁ, A. 2005. *Úvod do teórie sociálnej práce (náuka o sociálnej práci)*. Badín: MENTOR, 2005. 130 s. ISBN 80-968932-1-1.

PROCES ADAPTÁCIE NA NEÚSPEŠNÉ TEHOTENSTVO V KONTEXTE RODINY

Mária Lehotská

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá problematikou adaptácie rodiny v postabortívnom období a v situácii perinatálnej straty. Osobitná pozornosť je venovaná problematike neúspešného tehotenstva ako traumatickej udalosti v kontexte rodiny. Autorka prezentuje rôzne prístupy k procesu adaptácie na traumatické udalosti. Zdôrazňuje potrebu vnímania neúspešného tehotenstva ako kolaboratívneho problému vyžadujúceho si interdisciplinárnu spoluprácu, nakoľko adaptácia na túto bolestnú udalosť predstavuje proces (mení sa v čase) a ovplyvňuje každého člena rodiny. Zdôrazňuje úlohu sestier a pôrodných asistentiek v podpore zdravého smútenia, ako aj v prevencii a včasnom záchyte maladaptívnych porúch. Na základe výsledkov výskumu hodnotí reálne možnosti sestier a pôrodných asistentiek pri uplatnení špecifických ošetrovateľských intervencií v prevencii maladaptívnych porúch u žien a ich rodín s perinatálnou stratou.

Kľúčové slová: Perinatálna strata. Postabortívny syndróm. Adaptačná teória. McGillovej konceptuálny ošetrovateľský model. Kontextuálny model rodinného stresu. Kolaboratívny problém.

Abstract

The paper deals with problems of adaptation of the family in post abortive period and perinatal loss. Particular attention is paid to the issue of a failed pregnancy as a traumatic event in the context of the family. The author presents different approaches to the process of adaptation to traumatic events. She underlines the need to perceive failure of pregnancy as a problem that requires collaborative interdisciplinary cooperation, since adaptation to this painful event is the process (changing over time) and affects each family member. She emphasizes the role of nurses and midwives in promoting healthy mourning, as well as in prevention and early detection of mal adapting disorders. Based on the results of research she evaluates the real possibility of nurses and midwives in the application of specific nursing interventions in the prevention of mal adapting disorders in women and their families with a perinatal loss.

Key words: Perinatal loss. Post abortion syndrome. Theory of adaptation. McGill's conceptual nursing model. Contextual model of family stress. Collaborative problem.

Adaptácia na traumatické situácie v živote predstavuje vysoko individuálnu a multifaktoriálne podmienenú skutočnosť. Jedným z priekopníkov výskumu v tejto oblasti bol Hans Selye, ktorého teória stresu a adaptácie sa stala všeobecne akceptovanou.

Sely (1945) bol presvedčený, že jedinci reagujú na stres celkovým adaptačným syndrómom. Celková adaptačná reakcia je aktivovaná autonómnym nervovým systémom a zapája sa aj endokrinný systém.

„Adaptácia je reakcia na zmeny vo vnútri organizmu alebo mimo jeho hraníc. Okrem procesov asimilácie vyžaduje adaptácia mobilizáciu organizmu“ (Janosikova, Daviesová, 1999, s. 532).

Bio-psycho-sociálny výskum dokazuje, že emocionálny stav jedinca môže inhibovať, respektíve akcelerovať jeho obranné mechanizmy proti širokému rozsahu porúch. Tieto skutočnosti posilňujú holistický prístup k podpore, obnoveniu a udržaniu zdravia (Janosiková, Daviesová, 1999).

Problematike adaptácie sa v svojich prácach venovali aj mnohé teoretičky ošetrovateľstva. Najznámejší je Royovej adaptačný ošetrovateľský konceptuálny model. Royová pri formovaní svojej teórie bola ovplyvnená Bertalanffyho teóriou systémov a Helsonovou adaptačnou teóriou.

Z adaptačnej teórie prevzala myšlienku, že ľudské správanie je v zásade prispôsobivé a že úrovne adaptácie sa u ľudí menia v závislosti od podmienok.

Podľa Royovej sestra koná ako vonkajšia sila tak, aby modifikovala stimuly ovplyvňujúce adaptáciu. Spravidla manipuluje s ohniskovými stimulmi (v našom prípade bolesť strata dieťaťa – ošetrovateľské intervencie priamo súvisiace s plodom/novorodencom), pretože sú primárnou príčinou správania. Ak nemožno manipulovať s ohniskovými stimulmi, využívajú sa kontextuálne, respektíve reziduálne stimuly (špecifické ošetrovateľské intervencie, psychoterapia, psychologická podpora, využitie konziliárnych služieb). Výsledkom je adaptívna alebo neefektívna reakcia, ktorá poskytuje spätnú väzbu o tom, ako osoba reaguje na predchádzajúci podnet, či je možné ďalší stimul zvládnuť podobným spôsobom (Kubicová, 2005).

Potrebu pomôcť jedincov v procese adaptácie ako dôležitú súčasť podpory, ochrany a prinávratenia zdravia nachádzame aj v prácach H. Peplau, M. E. Levin, R. Mercer, ale aj mnohých ďalších významných teoretických ošetrovateľstva.

Rámec pre identifikáciu ošetrovateľských diagnóz súvisiacich s narušenými adaptačnými vzorcami poskytuje aj NANDA taxonómia. NANDA International, taxonómia II má dokonca deviatu diagnostickú doménu zameranú na problematiku zvládania záťaže (vyrovnávania sa so životnými udalosťami) a odolnosti voči stresu, čo predstavuje vo vzťahu k adaptácii na neúspešné tehotenstvo špecifickú oblasť ošetrovateľskej diagnostiky.

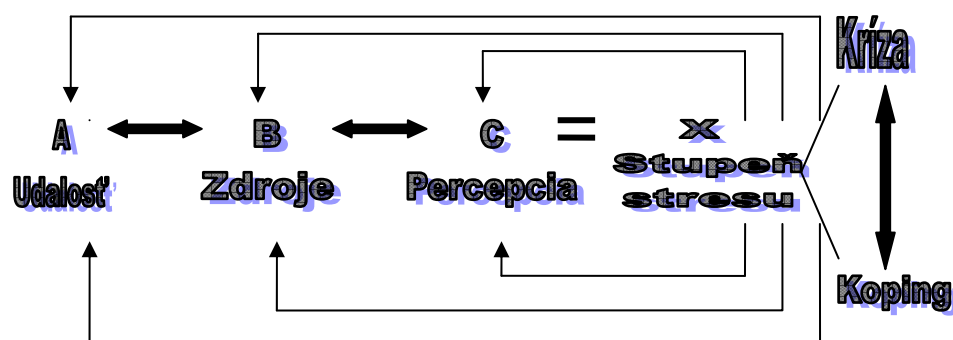
Počnúc rokom 1980 odborná aj laická literatúra (predovšetkým zahraničná, v našej odbornej literatúre tento rozmer neustále absentuje) začala venovať zvýšenú pozornosť aj problematike neúspešného tehotenstva ako bolestnej strate, a nie iba jednoduchej pôrodnickej udalosti. Neúspešné tehotenstvo a adaptácia na takúto udalosť sa tak stáva kolaboratívnym problémom, ktorý nie je možné považovať za vyslovene „pôrodnický“ či „psychiatrický“, ale vyžadujúci si interdisciplinárnu spoluprácu.

V súvislosti s možnosťami ošetrovateľstva pri adaptácii na perinatálnu stratu sa predovšetkým v anglosaskej odbornej literatúre stretávame s využitím McGillovej konceptuálneho ošetrovateľského modelu a Kontextuálneho modelu rodinného stresu (udalosť vyžaduje adaptáciu oboch partnerov, prípadne aj ďalších členov rodiny).

Centrálnym konceptom **McGillovej ošetrovateľského modelu** je zdravie. Zdravie je vnímané ako dynamický proces, ktorý zahŕňa subkoncepty kopingu a vývoja. Koping predstavuje problém riešiaci prístup, ktorého emocionálnou odpoveďou je pocit zvládnutia situácie. Vývoj zahŕňa aktivity na rozpoznanie, mobilizáciu, optimalizáciu potenciálu a zdrojov vyplývajúcich z individuálneho, rodinného alebo širšieho kontextu. Rodina je miestom kde sa jedinec učí o zdraví a predstavuje jedinečný priestor pre ošetrovateľské intervencie (Feeley, Gottlieb, 2000, Lang, 2002).

Kontextuálny model rodinného stresu (Obr. 1) poukazuje na potrebu vnímania stresových udalostí rodinou ako celkom, ale aj jej jednotlivými členmi. Zdôrazňuje dôležitosť posúdenia individuálnych, rodinných a komunitných zdrojov, ich významu v determinácii zdravia jednotlivých členov rodiny, ale aj rodiny ako systému. Postupne bol model modifikovaný viacerými autormi na Model rodinnej adjustácie a adaptácie. Výsledkom tohto modelu je podľa autorov stav adaptácie, bonadaptácie alebo maladaptácie, ktorý vyúsťuje do rodinnej resiliencie, respektíve schopnosti vrátiť sa na predošlý stupeň zdravia (McCubbin et al., 1993, Patterson, 1988 in Lang, 2002).

„Stanovenie rodinného profilu predstavuje dynamické zhromažďovanie a analýzu údajov o rodinnej štruktúre a jej funkciách“ (Kadučáková, 2008, s. 73).



Obrázok 1 Schematické znázornenie Kontextuálneho modelu rodinného stresu (Spracované podľa: Lang, 2002).

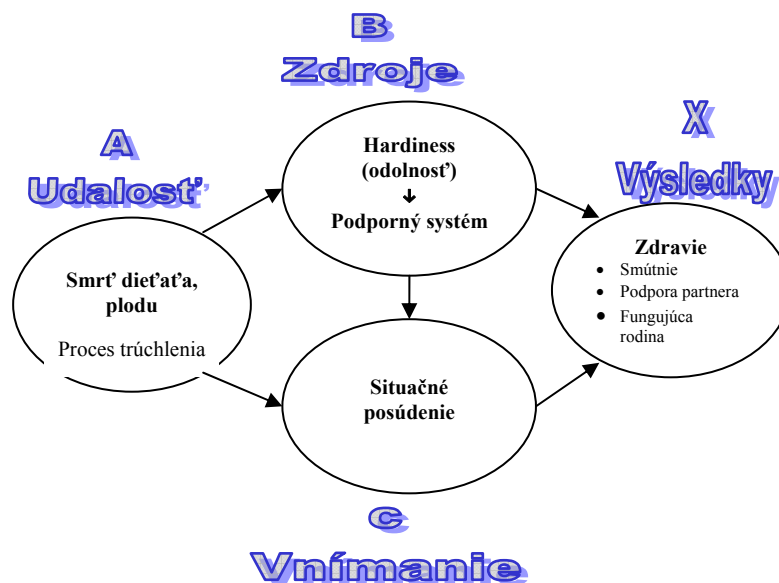
„Monitorovanie kvality predpokladá zavedenie štandardov ošetrovateľskej starostlivosti do praxe, vytvorenie podmienok na kontrolu kvality, sledovanie výsledkov, poskytovanie informácií a hodnotenie“ (Závodná, 2005, s.183).

V tejto súvislosti sa stretávame so snahou o vytvorenie štandardizovaných postupov pre zdravotníckych profesionálov v starostlivosti o rodiny, ktoré majú skúsenosť s neúspešným tehotenstvom. Samozrejme je nevyhnutné, aby vytvorené štandardizované postupy boli podporené empirickým výskumom. Problém adaptácie na neúspešné tehotenstvo sa tak stáva predmetom intenzívneho výskumu mnohých profesionálov z oblasti ošetrovateľstva, pôrodnej asistencie, pôrodnictva, psychiatrie, psychológie, sociálnej práce, teológie, bioetiky a ďalších príbuzných disciplín.

Lang (2002) poukazuje na potrebu podporných ošetrovateľských intervencií, ktoré by mali byť zamerané predovšetkým na dôkladné posúdenie rodiny vo vzťahu k perinatálnej strate, na spoločné hľadanie možných podporných zdrojov (interných aj externých) a na identifikáciu ich potrieb. Všetky intervencie majú za cieľ pomôcť rodine zvládnuť stratu, optimalizovať zdravie a znovu získať pocit osobného rastu.

„Medzera v odbornej literatúre sa musí nevyhnutne stať oblasťou ošetrovateľského výskumu. Porozumenie rodičovským skúsenostiam v tejto situácii je nevyhnutným predpokladom pre správne smerovanie výskumu, stanovenie štandardných postupov a primeraných humánnych ošetrovateľských intervencií“ (Armentrout, 2005, s. 2.).

Ariela Lang (2002) v svojej dizertačnej práci „Explanatory Model of Health in Bereaved Parents Post Fetal/Infant Death“ modifikáciou McGillovej konceptuálneho ošetrovateľského modelu, Kontextuálneho modelu rodinného stresu a výsledkov výskumu vytvorila jedinečný model zobrazujúci proces smútenia rodičov po strate dieťaťa (Obr.2).



Obrázok 2 Model procesu fyziologického smútenia rodičov po strate dieťaťa (Spracované podľa: Lang, 2002).

Proces trüchlenia nasledujúci po smrti dieťaťa, potrate alebo inej forme perinatálnej straty je vnímaný ako **stresogénna udalosť (Faktor A)**.

Faktor B predstavujú **interné** (oddolnosť – hardiness) a **externé zdroje**, ktoré prispievajú k zvládnutiu záťaže. Interné zdroje sú v kontexte perinatálnej straty definované ako osobnostné vlastnosti charakterizované pocitom osobnej kontroly nad životnými udalosťami, aktívnou orientáciou na zvládnutie straty, a snahou udržať tento pocit aj po traumatickej udalosti (Lang et al., 2001, Lang, 2002).

Externé zdroje predstavujú širší podporný systém (rodina, priatelia, zdravotnícky profesionáli...). Súčasťou podporného systému by sa nevyhnutne mala stať aj sestra, respektíve pôrodná asistentka a poskytovať, alebo sprostredkovať špecifické ošetrovateľské intervencie zamerané na inštrumentálnu, emocionálnu, i hodnotovú podporu.

Posudzovanie (Faktor C) je vnímané ako dynamický a kontinuálny proces, ktorý postihuje meniaci sa charakter pôsobiacich stresorov i osobných a externých zdrojov (Folkman, Lazarus, 1986, Lang, 2002).

Zdravie (Faktor X) Vo finálnej fáze smútenia by si mali byť rodičia navzájom oporou, začať rozpoznať nové šance a naučiť sa žiť so stratou tak, že emocionálnu energiu investujú do vzťahu, aktivít a nových cieľov. Indikátorom zdravia je fungujúce, partnerstvo/rodina (Rando, 1991, Lang, 2002).

Nutnosť interdisciplinárnej spolupráce vyplýva aj z vnímania smútenia ako dynamického procesu prebiehajúceho v čase a z potreby uvedomenia si, že maladaptívne prejavy sa môžu objaviť u ktoréhokoľvek člena rodiny.

Ošetrovateľskú diagnostiku a na ňu nadväzujúcu starostlivosť o rodinu by mala zabezpečovať rodinná sestra, u komunity komunitná sestra. Pre komunitnú starostlivosť je dokonca vypracovaný klasifikačný systém OMAHA, ktorý využíva v súčasnosti 22 štátov (Marečková, 2006, Vöröšová, 2007).

V jednotlivých doménach klasifikácie problémov sa objavujú aj oblasti špecifické pre problém neúspešného tehotenstva a následne adaptácie na túto životnú udalosť, akými sú: zármutok, koping, emocionálna stabilita, podpora. Spomínané dve kategórie sestier však zatiaľ nie sú v našom kontexte etablované. Vzhľadom na uvedené skutočnosti, socio-kultúrne podmienky, zaužívané postupy na pracoviskách, reálne možnosti ošetrovateľstva, kompetencie sestier a pôrodných asistentiek v podmienkach SR sa reálne stretávame s absenciou zdravotníkov v podpornom systéme rodiny s perinatálnou stratou. *„Jednou z predpokladaných príčin absencie zdravotníkov v podpornom systéme je aj fakt, že už na úrovni vzdelávania sú veľmi vážne nedostatky, ktoré sa týkajú problematiky pripravenosti na zvládanie záťažových situácií. Študenti (ošetrovateľstva, pôrodnej asistencie, medicíny,*

psychológie...) dostávajú neucelené informácie a niektoré informácie úplne absentujú“ (Moraučíková, Lehotská, 2007, s. 378).

Vo výskume realizovanom v r. 2010 (Lehotská, 2010) sme sledovali mieru uplatnenia špecifických ošetrovateľských intervencií v prevencii maladaptívnych porúch u žien a rodín s anamnézou neúspešného tehotenstva. Miera skúseností pacientok so sledovanými intervenciami z hľadiska percentuálneho podielu dosahovala len 40-60 %, čo predstavuje ich značnú absenciu. Ako najmenej uplatňované intervencie boli pacientkami hodnotené práve intervencie týkajúce sa zabezpečenia kontaktu s rodinou, sledovania psychického stavu matky a ostatných členov rodiny, ako aj zabezpečenia smútočných rituálov.

Absencia niektorých špecifických intervencií môže súvisieť aj s percepciou prenatálneho života pôrodnými asistentkami. Ako uvádza Matulníková (2008, s. 29) „*pôrodné asistentky už v prenatálnych kurzoch v menšej miere venujú pozornosť a čas psychosociálnym oblastiam, vplyvu rodiny a vytváraniu si vzťahu k prenatálnemu dieťaťu.*“

Pre skvalitnenie starostlivosti o ženy a rodiny so skúsenosťou neúspešného tehotenstva považujeme za nevyhnutnosť prehodnotiť súčasne pretrvávajúci biomedicínsky prístup k starostlivosti zameraním sa predovšetkým na primárnu prevenciu maladaptívnych porúch a aplikáciu prvkov EBN (Ošetrovania založeného na dôkazoch) do praxe. Na to je však potrebné prekonať určité tradičné, zaužívané spôsoby starostlivosti a predovšetkým postoje sestier a ostatných členov zdravotníckeho tímu.

V snahe reálne sa priblížiť spomínaným cieľom by sme za prínos pre prax považovali:

- Dostať do povedomia zdravotníckej verejnosti psychologický rozmer starostlivosti o ženu s neúspešným tehotenstvom. Naplnenie tejto snahy predpokladá participovať na organizovaní odborných podujatí na tému perinatálnej straty, prezentovať výsledky podporené výskumom na odborných fórach, publikovať tieto výsledky a skúsenosti.
- Po vzore zahraničia organizovať školiace aktivity pre profesionálov pracujúcich so smútiacimi rodičmi a v perinatálnej paliatívnej starostlivosti. Nevyhnutné je ich kontinuálne vzdelávanie, ako aj vytvorenie curricula pre pregraduálne vzdelávanie zdravotníckych profesionálov.
- Integrovať do starostlivosti „support care“ prostredníctvom štandardizovaných postupov, internetových portálov pre rodičov a telefonickým poradenstvom.
- Za nevyhnutnosť považujeme informovať rodičov v spolupráci s pracoviskami, kde sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť bezprostredne po strate, ako aj prezentovaním problému v populárno-náučných periodikách.
- Prínosom pre smútiacich rodičov môže byť zakladanie svojpomocných skupín pod odborným dohľadom profesionálov, v ktorých členstvo by bolo umožnené na báze dobrovoľnosti.

Zoznam bibliografických odkazov

1. ARMENTROUT, D. C. 2005. *A Grounded theory of parents bringing their infant forward in their daily lives following the removal of life support and subsequent infant death* : dizertačná práca. Texas : The University of Texas of Biomedical Sciences at Galveston. 2005.
2. BOSS, P. 2002. Family stres. In *Handbook of marriage and the family*. M.B. SUSSMAN, M. K. STEINMETZ (Ed.). New York : Plenum Press, 2002. pp. 695-723.
3. FEELEY, N. - GOTTLIEB, L. N. 2000. Nursing approaches for working with family strengths and resources . In *Journal of Family Nursing*. 2000. vol. 6, no. 1, p. 9-24.
- Podľa: LANG, A. 2002. *Explanatory Model of Health in Bereaved Parents Post Fetal/Infant Death* : dizertačná práca. Montreal : Univerzita v Montreale. 2002. p.257.
4. FOLKMAN, S. et al. 1986. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. In *Journal of Personality and Social Psychology*. ISSN 0022-3514, 1986, vol. 50, no. 3, pp. 992-1003.
5. JANOSIKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1. slov. vydanie. Martin : Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
6. KADUČÁKOVÁ, H. 2008. Podpora zdravia v rodine. In *Ošetrovateľstvo a zdravie II*. Trenčín : FZ TU Alexandra Dubčeka, 2008. EAN 9788080753. s. 70-75.
7. KUBICOVÁ, Ľ. 2005. Ošetrovateľský model Royovej. In: *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin : Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4. 119-124 s.
8. LANG, A. et al. 2001. Weathering the storm of perinatal bereavement via hardinewss. In *Death Studies*. ISSN 0748-1187, 2001, vol. 25, no.1, p. 497-511.
9. LANG, A. 2002. *Explanatory Model of Health in Bereaved Parents Post Fetal/Infant Death*. (Dizertačná práca). Montreal : Univerzita v Montreale. 2002. p.257.
10. LEHOTSKÁ, M. 2010. *Možnosti ošetrovateľstva pri adaptácii na neúspešné tehotenstvo*. (Dizertačná práca). Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 2010. s. 161.
11. MATULNÍKOVÁ, Ľ. 2008. Percepčia prenatálneho života pôrodnými asistentkami. In *Prenatálne dieťa*. ISSN 1337-7744, 2008, roč. 1, č. 1, s. 29-34.
12. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
13. McCUBBIN, H. et al. 1993. Family schema, paradigms, and paradigms shifts: Components and processes of appriaisal in family adaptation to stress. In *Cognitive coping families, and disability*. Ed. TURNBULL, A. P. et.al. Baltimore : Paul H. Brooks Publishing Co. 1993. 239-255.

14. MORAUČÍKOVÁ, E., LEHOTSKÁ, M. 2007. Podpora smútiacej rodiny z pohľadu ošetrovateľstva. In *Ružomerské zdravotnícke dni- zborník*. Ed. J. Svorad. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita, 2007, s. 378-382.
15. PATTERSON, J. M. 1988. Families experiencing stress I. The family adjustment and adaptation response model II. Applying the FAAR model to health-related issues for intervention and research. In *Family Systems Medicine*. 1988, Vol 6, no. 2, pp. 202-237. Podľa: LANG, A. 2002. *Explanatory Model of Health in Bereaved Parents Post Fetal/Infant Death* : dizertačná práca. Montreal : Universita v Montreale. 2002.
16. RANDO, T. A. 1991. Parental adjustment to the loss of a child. In *Children and death*. Ed. PAPADATOU, D., PAPADATOS, C. New York : Hemisphere Publishing Corporation, 1991. p. 223- 253.
17. VŔRŔŠOVÁ, G. 2007. Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovateľstve. Martin : Osveta. 2007. 113 s. ISBN 978-80-8063-242-7.
18. ZÁVODNÁ, V. 2005. Filozofia zmeny v ošetrovateľstve. In *Ošetrovateľstvo – teória*. Ed. FARKAŠOVÁ, D. Martin : Osveta, 2005. 176-185 s. ISBN 80-8063-182-4.

EDUKÁCIA PACIENTOV S ASTMOU BRONCHIÁLE

Marcela Ižová, Jana Ozaniaková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Sestry v špecializovaných ambulanciách sa zameriavajú na edukáciu pacientov v užívaní liekov, v úprave životosprávy, v diétnom režime, na potrebu pravidelných kontrol v odbornej ambulancii a ďalšie odporúčenia v ochorení. V príspevku autorky poukázali na problematiku informovanosti pacientov o ochorení a dodržiavanie životného štýlu pacienta trpiaceho ochorením astma bronchiále. Na zber empirických dát bol použitý neštandardizovaný dotazník. Vzorku tvorilo 126 pacientov z ambulantnej zdravotnej starostlivosti v mestách Ružomberok, Žilina, Stropkov, Zvolen. Z výsledkov v skúmanom súbore pacientov vyplýva, že väčšina pacientov má dostatok informácií ohľadom ochorenia. Negatívnym zistením bolo, že pacienti nerealizujú opatrenia v súvislosti so selfmonitoringom pri astme bronchiále. Edukačné pôsobenie sestry je zamerané na akútne i chronicky chorých v špecializovanej ambulancii. Jeho cieľom je zabrániť komplikáciám ochorenia, pacienta usmerniť, zamerať sa na prevenciu.

Kľúčové slová: Edukacia. Pacient. Astma bronchiále. Selfmonitoring

Abstract

Nurses in specialized clinics focus on patient education in the use of drugs in the treatment regimen, the diet, the need for regular checks on the professional clinic and other recommendations in the disease. In this article the authors raised the issue of patient information on diseases and compliance with lifestyle disease patient suffering from asthma. To collect empirical data was used non-standardized questionnaire. Sample consisted of 126 patients from outpatient care in the town of Ružomberok, Žilina, Stropkov, Zvolen. The results in the examined group of patients shows that most patients have enough information regarding the disease. A negative finding was that patients fail to measure due to the self-monitoring in asthma. Educational activity is aimed at nurses acute and chronically ill in a specialist clinic. Its aim is to prevent complications of the disease, patient guidance, focus on prevention.

Key words: Education. Patient. Asthma. Selfmonitoring

V edukácii pacientov je dôležité zdôrazniť ich vlastný podiel na zlepšovaní a udržiavaní zdravotného stavu. Je dôležité ich naučiť sa s ochorením vyrovnáť a vnútorne ho prijať, pri liečbe spolupracovať, komplikáciám predchádzať, a tým manažovať a monitorovať svoje ochorenie (Schmidtová, 2004).

Vzhľadom k tomu, že existuje veľké množstvo vonkajších i vnútorných rizikových faktorov, ktorými sú napríklad prach, roztoče, peľ a iné, človek ich ovplyvniť môže len veľmi málo. Na vzniku astmy bronchiale sa nepodieľajú vždy len genetické faktory, ale aj životné prostredie a životný štýl človeka. Veľa ľudí zabúda pri rýchlom životnom tempe na oddych, šport, správny životný štýl, čo sa samozrejme odzrkadľuje na našom organizme. Poznať, ktoré faktory sa dajú zmeniť a ktoré nie, je dôležitým krokom ako si môže človek zlepšiť svoj zdravotný stav. V spoločnosti často dochádza k podceňovaniu prevencie a zásad pri astme bronchiale. Astma bronchiale sa považuje za veľmi závažné ochorenie, ktoré môže komplikovať kvalitu života astmatika pri nedodržiavaní zásad.

Cieľom prieskumu bolo zistiť informovanosť pacientov o ochorení astma bronchiale a dodržiavanie životného štýlu astmatika.

Ciele:

- Zistiť úroveň vedomostí o ochorení astma bronchiale.
- Zhodnotiť informácie astmatika pri astmatickom záchvate.
- Posúdiť dodržiavanie životného štýlu astmatika.
- Zistiť návrhy od pacientov – astmatikov na zlepšenie kvality života a spôsob prístupu k informáciám o ochorení.

Metodika a charakteristika prieskumnej vzorky

Na zistenie údajov sme použili neštruktúrovaný dotazník. Dotazník bol anonymný a dobrovoľný. Výsledky sme vyhodnotili v číslach, v percentách, v tabuľkách a v grafoch. Výber pacientov bol zámerný a cielený. Dotazník bol rozdáný ambulantným pacientom – astmatikom, ktorí už trpia týmto ochorením. Všetci pacienti boli oboznámení s cieľom a so spôsobom vyplnenia dotazníka. Prieskumu sa zúčastnilo 126 pacientov z celkového počtu 132. Návratnosť dotazníka bola 95,45 %.

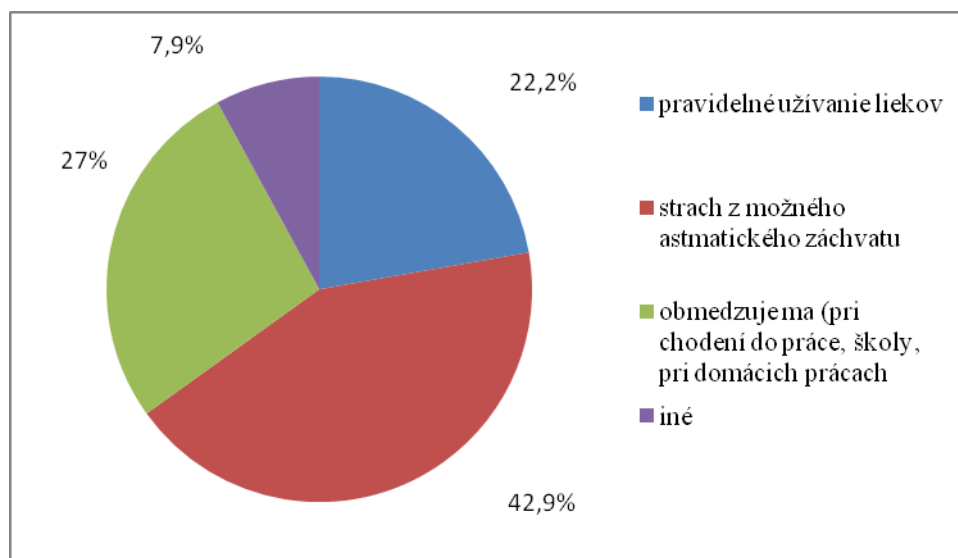
Realizácia

Zber údajov sme realizovali v mesiacoch november, december 2010. Rozdali sme 131 dotazníkov do odborných alergologických ambulancií v Ružomberku, Žiline, Stropkove a Zvolene.

Interpretácia výsledkov

Najviac pacientov a to 104 (82,5 %), ktorí trpia astmou bronchiálne je vo veku od 1 – 15 rokov pacientov. Pozitívne zistenie bolo, že pacientov, ktorí pravidelne navštevujú odbornú – alergologickú ambulanciu bolo 98 (77,8 %). Medzi najčastejšie odpovede týkajúcej sa frekvencie pravidelnosti návštev boli 1x do roka, 4x do roka, 1x do mesiaca, 2x do roka, 3x do mesiaca, 4-5x ročne a tiež podľa objednania.

Najväčšie obmedzenia v bežnom živote majú pacienti v súvislosti s pravidelným užívaním liekov - 28 pacientov (22,2 %), zo strachu z možného astmatického záchvatu - 54 pacientov (42,9 %). Ďalšie možnosti sú vyjadrené v grafe č.1. Pacienti konkrétne uviedli možnosť iné a to, že im najviac prekážajú nočné záchvaty, chôdza do kopca, bacily, vyparovanie vôni, námaha, kašeľ ale aj reakcia okolia pri sťaženom dýchaní a kašli.



Graf 1 Najväčšia prekážka v bežnom živote

Medzi najčastejšie zásady astmatika podľa pacientov patrí: užívanie liekov (80 pacientov), pohyb a cvičenie (38 pacientov), pravidelné kontroly u lekára (36 pacientov), správna životospráva (29 pacientov). Ostatné odpovede pacientov sú prezentované v tabuľke č.1.

Tabuľka 1 Najčastejšie zásady astmatika

Odpovede	Počet odpovedí
Užívanie liekov	80
Pohyb a cvičenie	38
Pravidelné kontroly	36
Životospráva	29
Nefajčiť	27
Vyhýbanie alergénom	18

Odpovede	Počet odpovedí
Prechádzky	8
Vyhýbanie sa stresu	8
Hygiena – dutiny ústnej, po prechádzke, celého tela	8
Chrániť pred chladom, umývať si ruky, v ničom sa neobmedzovať, redukovať váhu, večer vetrať, viesť si denník astmatika	6
Nepiť alkohol	3
Plávať	3
Správna aplikácia inhalátorov	3
Čistota v domácnosti	2
Pozitívny psychický stav	2

Diskusia

Prieskum ukázal, že 104 (82,5 %) pacientov trpí ochorením astma bronchiale od 0 – 15 rokov, čo je dosť dlho s diagnostikovaným ochorením. Veľmi pozitívny výsledok nám vyšiel pri **návštevnosti odbornej alergologickej ambulancii**. Vyjadriť sa 98 (77,8 %) pacientov, že navštevujú odbornú alergologickú ambulanciu pravidelne. Edukácia pacienta s astmou bronchiálne poskytuje komplexný prístup k riešeniu pacientových problémov, individuálny prístup k pacientovi, ovplyvnenie kognitívnych, psychomotorických a afektívnych zručností, samostatnosť a zodpovednosť v selfmonitoringu ochorenia, minimalizáciu rizika vzniku akútnych a chronických komplikácií, adaptáciu na zmenu životného štýlu, zlepšenie kvality života, spätnú väzbu a príp. reedukáciu (Zuzáková, 2008). Pacienti uvádzajú, že majú dostatok **informácií o ochorení astma bronchiale**, čo uviedlo 90 (71,4 %) pacientov. Je to určite pozitívny výsledok. Pacienti sa v jednej z otázok mohli vyjadriť, či dostávajú informácie o každom inhalovanom lieku. Môžeme povedať, že 112 (88,9 %) pacientov má dostatok **informácií o každom svojom inhalovanom lieku**. „*Na zlepšení zdravotného stavu pacientov s respiračnými ochoreniami sa môže podieľať aj správne používanie inhalačných sprejov*“ (Rusiňáková, 2002, s. 25). Najväčšou prekážkou, pacienti pri astme bronchiale uviedli **strach z možného astmatického záchvatu**. K tejto odpovedi sa vyjadriť 54 (42,9%) pacientov. Väčšina pacientov vie zásady, ktoré musia dodržiavať, vyšlo nám to z výsledkov prieskumnej časti.

Väčšina pacientov vedela napísať **príznaky pri astmatickom záchvate**. Medzi najčastejšie príznaky označili: kašeľ, vyjadriť sa 67 pacientov, dýchavica 42 pacientov, sťažené dýchanie 38 pacientov a piskoty 28 pacientov. Príznaky, ktoré pacienti sami napísali sa zhodujú aj s odbornou literatúrou, ktorá uvádza, že typickými príznakmi sú dýchavica,

piskoty na hrudníku, pocit zovretia na hrudi, dráždivý kašeľ (Salajka, 2005). Pozitívny výsledok nám vyšiel, že sa astmatický záchvat za posledný mesiac nevyskytol u 58 (46 %) pacientov. U 28 (22,2 %) pacientov sa astmatický záchvat vyskytol jedenkrát do mesiaca. Dva až trikrát do mesiaca sa vyskytol astmatický záchvat u 14 (11,1 %) pacientov.

Pri dodržiavaní životného štýlu, je nesmierne dôležité **pravidelné užívanie liekov**. Z výsledkov zistených z prieskumu, kde sa vyjadrilo 81 (64,3 %) pacientov nám vyšlo, že pacienti užívajú lieky každý deň. Odkladanie a zanedbávanie liečby pri astme vedie k zápalu, k zmenám a prestavbám dýchacích ciest (Pružinec, 2002). Za najvhodnejší šport pacienti označili **plávanie**. Vyjadrilo sa 77 (61,1 %) pacientov. Plávanie, ktoré pacienti označili za najvhodnejší šport sa zhoduje aj s odbornou literatúrou, ktorá uvádza, že vhodnými športmi pre astmatikov sú predovšetkým (plávanie, vodné pólo, veslovanie) (Kayserová, 2011). Negatívnym zistením bolo, že až 103 (81,8 %) pacientov si nevedie **denník príznakov** astmy. Pri ochorení astma bronchiale je dôležité, aby si pacienti viedli denník príznakov astmy, aby mali samotní pacienti aj lekár prehľad o priebehu ochorenia. Ďalším prekvapivým výsledkom bolo nevyužívanie dychových cvičení v rámci priaznivého ovplyvnenia liečby. K nevyužívaniu **dychových cvičení** sa vyjadrilo 74 (52,9 %) pacientov. „*V rámci kúpeľnej liečby, klimatoterapie alebo speleoterapie sa aplikujú rehabilitačné a dychové cvičenia, sporadicky joga alebo relaxačné techniky*“ (Szabová, 2003, s.27). Pozitívnym výsledkom v prieskume bolo vyjadrenie pacientov **k dodržiavaniu hygieny dutiny ústnej** po aplikácii ústnych inhalátorov. K možnosti, dodržiavam, vyplachujem si ústa vodou sa vyjadrilo 87 (69 %) pacientov. Pri nedodržiavaní hygieny dutiny ústnej po aplikácii inhalačnej liečby kortikosteroidmi patrí orofaryngeálna kandidóza. Predísť jej môžeme výplachom ústnej dutiny po inhalácii a použitím nadstavca (Valentová, 2008). Vyjadrenie: „*Sprchujem sa niekedy, keď prídem z prechádzky*“ sa vyjadrilo 55 (43,7 %) pacientov. **Sprchovanie** po prechádzke alebo pobyte vonku sa spája aj so zásadami, ktoré by mal astmatik dodržiavať. Pacient by sa mal po príchode domov osprchovať, pretože sa zachytáva peľ v šatách a vo vlasoch (Košturiak, 2007).

Zdrojom informácii o **ochorení astma bronchiale** označili lekára, k tejto možnosti sa vyjadrilo 90 (71,4 %) pacientov. Je to pozitívny výsledok, že pacienti dostávajú informácie o ochorení astma bronchiale od svojho lekára. V prieskume nám vyšiel aj zaujímavý prípad, keď pacienti uviedli, že brožúrky o astme bronchiale im poskytuje lekár, k čomu sa vyjadrilo 46 (36,5 %) pacientov a druhá väčšina, že majú k možnosti dostať brožúry v čakárni, k tomu sa vyjadrilo 42 (33,3 %) pacientov. Najčastejšími návrhmi, ktoré by pacienti privítali bola **väčšia dostupnosť letákov a brožúr**. Ako ďalší návrh, ktorí pacienti uviedli bol, že by privítali, aby vo všetkých spoločenských priestoroch boli **nefajčiarske miestnosti**. Pacienti

majú záujem o informácie týkajúce sa tohto ochorenia, ktoré by im pomohli zvýšiť ich kvalitu života.

Pre skvalitnenie vedomostí pacientov s astmou bronchiale je dôležitá edukácia. Pomocou nasledujúcich návrhov, by sa mohla zvýšiť kvalita života astmatikov.

- Sestra v odbornej ambulancii poskytne informácie pacientom o správnej technike inhalovania liekov, dychovej gymnastike, vysvetlí pacientom dôležitosť vedenia denníka príznakov astmy.
- Sestra vypracuje edukačné karty pre pacientov.
- Sestra v spolupráci s firmami zaoberajúce sa propagáciou brožúr, letákov a iného materiálu umiestni dostatok edukačného materiálu do odborných ambulancií pre pacientov a rodinných príslušníkov.
- Sestra poučí pacientov/rodinných príslušníkov o zásadách astmatika, o dôležitosti hygieny dutiny ústnej, o pravidelnom sprchovaní po pobyte vonku, prvej pomoc pri astmatickom záchvate.
- Sestra vysvetlí pacientom rozhovorom dôležitosť pravidelných kontrol v imuno – alergologickej ambulancii.
- Sestra oboznámi pacienta s možnosťou kúpeľnej liečby na skvalitnenie života s astmou bronchiale v ambulancii.

Sestra, vykonávajúca edukačnú činnosť, by sa mala zameriavať na prehĺbovanie svojich vedomostí v rámci danej problematiky, prostredníctvom, ktorých by vedela pacientov dôkladne pripraviť na život s astmou. Nesmieme zabúdať ani na rodinných príslušníkov žijúcich s astmatikom v jednej domácnosti. Rodina s chorým jedincom „*sa dostáva do situácie, ktorá vyžaduje zmenu doterajšieho spôsobu života, preberanie nových rol a plnenie nových špecifických úloh. Ak má rodinný systém zostať zachovalý rodina musí neustále reagovať na meniace sa vonkajšie a vnútorné podmienky – adaptovať sa* (Kadučáková, 2011, s.157). Rodinní príslušníci, by mali poznať čo potrebuje a čo poškodzuje pacienta so životom s astmou.

Zoznam bibliografických odkazov

1. KADUČÁKOVÁ, H. 2011. Zdroje odolnosti v rodine pri starostlivosti o chronicky choré dieťa. In: ČÁP, J – ŽIAKOVÁ, K. Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2011. s. 152-159. ISBN 978-80-89544-00-4
2. KAYSEROVÁ, H. *Astma a šport*. (online) [2011-2-7]. Dostupné na: http://www.eastma.sk/astma_a_sport.html

3. KOŠTURIÁK, R. : *Štyri ročné obdobia*. Brožúra. Bratislava: MSD, 2007, 27 s
4. PRUŽINEC, P. 2002. *Moja alergia*. Bratislava : Bonus, 2002. 148 s. ISBN 80-968491-3-1.
5. RUSIŇÁKOVÁ, E. a kol. 2002. *Význam edukácie pacientov s inhalačnou sprejovou liečbou*. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2002, č. 3, s. 25.
6. SALAJKA, F. a kol. : *Asthma bronchiale – Doporučený diagnostický a liečebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Brožúra. Praha. Společnost všeobecného lékařství, 2000, 16 s.
7. SCHMIDTOVÁ, A. 2004. *Astma bronchiale*. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2004, č. 4, s. 28-29.
8. SZABOVÁ, M. 2003. *Pohybom proti astme*. Bratislava: Liečreh Gúth, 2003. 142 s. ISBN 80-88932-03-3.
9. VALENTOVÁ, I. – BELEJOVÁ, H. 2008. *Čo by mala sestra vedieť pri liečbe antiastmatikami*. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2008, č 1-2, s. 19-20.
10. ZUZÁKOVÁ, E. *Konkretizace obsahu edukačního procesu u pacienta s astma bronchiale*. (On line: 2008-01-08) [cit. 2011-09-09]. Sestra. 1/2008. Dostupné na internete: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/konkretizace-obsahu-edukacniho-procesu-u-pacienta-s-astma-bronch-340575>

Kontakt:

PhDr. Marcela Ižová, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: izova@ku.sk

IDEA PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO W DZIAŁALNOŚCI HANNY CHRZANOWSKIEJ

Izabela Ćwiertnia

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego-Wydział Zdrowia i Nauk
Medycznych, Stowarzyszenie Pielęgniarek Rodzinnych w Polsce

„Verba docent, exempla trahunt” – „słowa uczą, przykłady pociągają”

Streszczenie

Celem pracy jest prezentacja wybitnej postaci polskiego pielęgniarstwa Hanny Chrzanowskiej, twórczyni idei pielęgniarstwa rodzinnego w holistycznym podejściu do pacjenta oraz jej ogromny wkład w rozwój pielęgniarstwa w otwartej opiece zdrowotnej.

Wykorzystując metodę biograficzną Floriana Znanieckiego i Williama Tomasa dla celów tej pracy dokonuję analizy biografii jednostki na tle społecznej rzeczywistości, jej indywidualny bieg życia w społecznym i historycznym kontekście. Metoda biograficzna utożsamiana z wykorzystaniem dokumentów osobistych zwłaszcza autobiografii, wspomnień będzie zawierać też materiały zaliczane do nie standaryzowanych, opartych na obserwacji zwykłej, swobodnych wywiadach, pamiętnikach.

Materiały dotyczące życia jednostki, a zawierające bogatą informację otrzymałam ze sprawozdań, dokumentów z okresu szkolnego, zawodowego, publicystycznego. Stosując w niniejszej pracy metodę biograficzną. Do bezpośrednich źródeł należeć będą dokumenty H. Chrzanowskiej, oraz publikacje w środkach przekazu. Źródła pośrednie odnajdę w literaturze o badanej osobie. Skorzystam także ze źródeł zastanych (pamiętnika i listów H Chrzanowskiej, listów współpracowników, chorych niepełnosprawnych ich rodzin do H Chrzanowskiej, opublikowanych wcześniej wspomnień i wywołanych (wywiady, obserwacje).

Abstract

The objective of this paper is to present Hanna Chrzanowska, who was an outstanding representative of Polish nursing and the author of family nursing concept within a holistic attitude toward a patient. She significantly contributed to the development of nursing in the outpatient medical care.

A biographic method by Florian Znaniecki and William Thomas was applied in order to analyse the biography of an individual in the aspect of social reality as well as her individual life course with respect to the social and historical context. The biographic method is often understood as a research concept based on personal documentations, especially

autobiography and memories. However, it would also include non-standardised materials based on casual observations, free interviews and memoirs.

All materials concerning the life of Hanna Chrzanowska were obtained from reports, school records, documents gathered during her professional activity and journalistic documentation. According to the biographic methodology, Hanna Chrzanowska documents and journalistic publications comprised the direct sources. Literature publications about the studied person were the indirect sources of information. Also, already existing sources (i.e. the memoirs and letters by Hanna Chrzanowska, letters by her cooperatives, letters by the disabled and their families to Chrzanowska, already published memoirs) as well as induced sources (i.e. interviews and observations) were taken into consideration.

Wprowadzenie

Lata dwudzieste minionego wieku to okres intensywnego rozwoju profesjonalnego pielęgniarstwa w Polsce. Nowo powstałe szkoły pielęgniarstwa kształcały wybitne nestorki pielęgniarstwa. Wśród nich Hannę Chrzanowską, która podejmując pracę instruktorki pielęgniarstwa społecznego w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarstwa i Higienistek w Krakowie, rozwija ideę pielęgniarstwa rodzinnego. Poznane podczas stypendiów zagranicznych formy organizacyjne przenosi na grunt polski. Opracowuje program kształcenia teoretycznego i praktycznego w pielęgniarstwie społecznym uwzględniając aktualne potrzeby i oczekiwania społeczne.

Widząc dalej i szerzej, posiadając wiedzę z przeprowadzonych badań, dostrzega braki w opiece nad obłożnie chorymi pozostającymi przez długi czas w domu. Oprócz zadań profilaktycznych uświadamiających rodziny i społeczeństwo o zagrożeniach chorobami zakaźnymi oraz opieki nad kobietą ciężarną i noworodkiem, organizuje nowy dział opieki nad rodziną tzw. pielęgniarstwo domowe. W czasie wojny i pokoju, chory, potrzebujący w jego naturalnym środowisku jakim jest dom i rodzina było największą troską Hanny Chrzanowskiej.

Na różnych etapach pracy zawodowej w trakcie długoletniej służby człowiekowi wprowadzała idee pielęgniarstwa rodzinnego organizując pielęgniarstwo społeczne, domowe, parafialne, środowiskowe. Hanna Chrzanowska zainicjowała i wprowadziła nowoczesne formy opieki nad chorym w domu, wczaso-rekolekcje, w tym wspierający rodzinę wolontariat. Prowadziła kursy przygotowujące opiekunów chorych do sprawowania właściwej opieki nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi. Dostrzegała konieczność współpracy między profesjonalistami świadczącymi opiekę nad chorymi, podkreślając jednak samodzielność zawodową pielęgniarek pozwalającą na dyspozycyjność dla chorego. Dbała

o integrację środowiska pielęgniarskiego współorganizując Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych, prowadząc współpracę międzynarodową. Będąc redaktorem czasopisma dbała o wysoki poziom pisma pozwalający na permanentne kształcenie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek. Zwraçała uwagę na holistyczne podejście do chorego, obejmujące nie tylko dolegliwości fizyczne ale i psychiczne i duchowe. Można śmiało powiedzieć, że wyprzedziła swój czas. Obecnie proponowane rozwiązania jako nowatorskie wdrażane przy kolejnych reformach, Ona zaproponował 60 lat temu.

Dlatego celem mojej pracy jest prezentacja wybitnej postaci polskiego pielęgniarstwa Hanny Chrzanowskiej, twórczyni idei pielęgniarstwa rodzinnego w holistycznym podejściu do pacjenta oraz jej ogromny wkład w rozwój pielęgniarstwa w otwartej opiece zdrowotnej.

Wykorzystując metodę biograficzną Floriana Znanieckiego i Williama Tomasa dla celów tej pracy dokonuję analizy biografii jednostki na tle społecznej rzeczywistości, jej indywidualny bieg życia w społecznym i historycznym kontekście. Metoda biograficzna utożsamiana z wykorzystaniem dokumentów osobistych zwłaszcza autobiografii, wspomnień będzie zawierać też materiały zaliczane do nie standaryzowanych, opartych na obserwacji zwykłej, swobodnych wywiadach, pamiętnikach.

Materiały dotyczące życia jednostki, a zawierające bogatą informację otrzymałam ze sprawozdań, dokumentów z okresu szkolnego, zawodowego, publicystycznego. Stosując w niniejszej pracy metodę biograficzną (life history method) dokonam klasyfikacji źródeł danych wg. Denzina tzw. źródeł bezpośrednich (primary) i pośrednich (secondary). Do bezpośrednich należeć będą dokumenty H Chrzanowskiej, oraz publikacje w środkach przekazu. Źródła pośrednie odnajdę w literaturze o badanej osobie. Skorzystam także ze źródeł zastanych (pamiętnika i listów H Chrzanowskiej, listów współpracowników, chorych niepełnosprawnych ich rodzin do H Chrzanowskiej, opublikowanych wcześniej wspomnień) wywołanych (wywiady, obserwacje). [1,2,3].

Idea pielęgniarstwa rodzinnego

Idea pielęgniarstwa rodzinnego obejmuje troską każdą osobę i rodzinę jako całość. Wspiera rodzinę w realizacji jej podstawowych funkcji poprzez dostarczanie wiedzy i umiejętności w zaspakajaniu potrzeb zdrowotnych w zdrowiu i chorobie. Pielęgniarka: społeczna, domowa, środowiskowa, rodzinna, (nazwa ewaluuje w czasie przeobrażeń systemowych otwartej opieki zdrowotnej w Polsce jednak zawsze skierowana na rodzinę i jej członków), podejmuje wiele ról w realizacji idei pielęgniarstwa rodzinnego. W empatycznej postawie jest nauczycielem-edukatorem, doradcą, ekspertem-konsultantem, rzecznikiem

pacjenta –rodziny wobec innych instytucji. Pielęgniarka rodzinna rozpoznając problemy zdrowotne pacjentów, nawet samotnie prowadzących gospodarstwo domowe, dokonuje zawsze w kontekście rodziny bliższej i dalszej. Celem idei pielęgniarstwa rodzinnego, realizowanego poprzez przemyślany, systematyczny, zindywidualizowany proces pielęgnowania jest przygotowanie pacjenta do samo opieki oraz jego rodzinę do sprawowania opieki nieprofesjonalnej. W wypadku deficytów w pielęgnacji i opiece, pielęgniarki zaspakajają te potrzeby przy współpracy z innymi instytucjami, wolontariatem. Zadaniem pielęgniarki ma być zatem ochrona życia i zdrowia, które mają swój początek w rodzinie, a także wspomaganie rodziny w czasie choroby jej członka, z której czerpie siły w walce z chorobą .[4,5].

To właśnie rodzina, jako podstawowa grupa każdego społeczeństwa, jest miejscem pierwotnej socjalizacji. Umożliwia rozwój i trwanie wszystkim jej członkom, sprzyja zaspakajaniu potrzeb biologicznych, psychicznych i duchowych. W dużym stopniu od jej zasobów duchowych i materialnych zależą losy jej członków wpisane w historię wielkiej grupy społecznej jaką jest naród.

Wpływ rodziny Hanny Chrzanowskiej na wybór drogi życiowej

W rodzinie Wandy i Ignacego Chrzanowskich jako drugie dziecko przyszła na świat w dniu 7 X 1902 Hanna Chrzanowska. Duży wpływ na wybór drogi życia, profesji, postawy społecznej Hanny Chrzanowskiej miała jej rodzina nuklearna i poszerzona. Przodkowie „po mieczu” to wybitne jednostki o historycznych nazwiskach i różnorodnych talentach. Wśród nich są: Ciszowscy, Dmochowscy, Lelewel, Sienkiewicz.[6]. W troskliwym wychowaniu córki, Ignacy Chrzanowski (profesor historii literatury polskiej) rozbudził nie tylko zainteresowania historią, literaturą, malarstwem, muzyką, ale kształtował takie przymioty jak: szacunek dla drugiego człowieka, rzetelność i uczciwość w działaniu, tolerancyjność. ...”Bardzo wcześnie nasze porozumienie i nasza przyjaźń rozkwitła na tle porozumienia w świecie artystycznym, utworów literackich, którymi ojciec nasycił całe moje dzieciństwo. Był fanatykiem obowiązku przede wszystkim patriotycznego”...[7]. Te postawy życiowe, które profesor Ignacy Chrzanowski przekazywał swoim dzieciom, otrzymał od swoich rodziców w domu rodzinnym. Hanna Chrzanowska w swoim pamiętniku stwierdza ...”dobroć mojego ojca, dobroć cudowna, była na pewno dalszym ciągiem dobroci tego domu . Była to dobroć w stosunku do drugiego człowieka, konkretnego tego właśnie bliźniego”... [7]. Ogromny wpływ na Jej postawę miała też rodzina ze strony matki. Antenci po kądzieli to ród protestancki osiadły w Polsce w XVII w. Wywodzą się z niego przemysłowcy, pedagodzy, mecenas sztuki,

działacze zasłużeń dla Warszawy, uczestnik Powstania Styczniowego 1863r., wybitna pielęgniarka, a także młodzi powstańcy walczący w Powstaniu Warszawskim.

Dziadek Hanny Chrzanowskiej, Karol Szlenkier założył mały szpital dla dzieci robotników pracujących w jego fabrykach oraz szkołę dla dzieci rzemieślników pracujących na Woli. Te przedsięwzięcia jak i postawy społeczne najbliższych miały bezpośredni wpływ na kształtowanie się wrażliwości społecznej H. Chrzanowskiej o czym wspomina w swym pamiętniku ...”moi dziadkowie ze strony macierzystej byli najautentyczniejszymi filantropami Wyrosłam w atmosferze pomocy drugim i tzw. wówczas dobroczynności jako najnaturalniejszej aurze”...[7]. Obie rodziny Szlenkierów i Chrzanowskich zgodnie przekazywały Hannie wartości humanistyczne, bez żadnych „sprzeczności”. Doceniała to pisząc po latach „Dzieciństwo moje tak bardzo szczęśliwe, było szczęśliwsze jeszcze przez to, że obie moje rodziny: ojcowska i macierzyńska – miały każda na swój sposób bardzo wysoki zmysł społeczny” ...[7].

Zofia Szlenkierówna młodsza siostra matki Hanny (ur. 7. IX. 1882r. zm. 2. X. 1939r.) była „wierną” uczennicą prekursorki pielęgniarstwa świeckiego Florencji Nightingale[8]. Dla H. Chrzanowskiej była osobą, która wywarła największy wpływ na późniejsze jej zainteresowania społeczne i wybór zawodu pielęgniarki. Naukę w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa H. Chrzanowska ukończyła 30.06.1924 roku i została dopuszczona do dyplomu, który zdała z wynikiem bardzo dobrym w dniu 26.04.1926r., otrzymując prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa i używania tytułu pielęgniarki dyplomowanej.

Kilkakrotnie wyjeżdżała na stypendia zagraniczne w celu zapoznania się z funkcjonowaniem pielęgniarstwa społecznego. Po powrocie do kraju podejmuje pracę w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarstwa w Krakowie [9].

Chrzanowska przyjmując rolę pedagoga była świadoma, że oprócz przygotowania merytorycznego, zawód nauczycielski stawia wysokie wymagania etyczne ludziom, którzy go podejmują. Dlatego w swojej pracy pedagogicznej H. Chrzanowska otrzymała wartości w domu rodzinnym i w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, a więc miłość do człowieka, otwarcie na jego potrzeby, tolerancję dla innych postaw światopoglądowych, wiarę w dobro, uczciwość, poszanowanie zawodu, starała się przekazać uczennicom. Swoim humanitarnym postępowaniem wobec słuchaczy kierowała ich uwagę na potrzeby chorego, potrzebującego. Korzystając z doświadczeń zdobytych podczas stypendiów zagranicznych opracowała i wprowadziła w tok kształcenia pielęgniarstwo społeczne w teorii i praktyce. Ówczesne pielęgniarstwo społeczne w praktyce zajmowało się higieną zapobiegawczą, obecnie rozumianą jako profilaktyka. Ówczesna pielęgniarka społeczna obecnie rodzinna uczy rodziny i społeczeństwo jak żyć, aby być zdrowym i jak postępować w przypadku choroby, by jej nie szerzyć. Na zajęciach szkolnych wyjaśniała, że pielęgniarstwo jest pracą bardzo

szeroką do której są potrzebne tak jak w innych działach wysokie kwalifikacje, a praca w pielęgniarstwie społecznym wymaga dodatkowo dużej samodzielności [10,11,12,13,14].

Idee pielęgniarstwa rodzinnego w działalności redakcyjnej i pedagogicznej

W ciągu całego okresu sprawowania funkcji naczelnego redaktora, H. Chrzanowska opublikowała na łamach czasopisma czterdzieści dwa artykuły. Wliczając do jej twórczości redaktorskiej, prowadzenie kroniki pielęgniarstwa, przeglądu pism krajowych i zagranicznych, napisała ponad sześćdziesiąt różnych, dłuższych i krótszych opracowań. Przytaczając informacje na temat pielęgniarstwa z krajów Europy Zachodniej (Anglii, Belgii), podawała przykłady postępowej działalności tam istniejących struktur pielęgniarstwa, jednocześnie prezentowała własne stanowisko w danej sprawie mówiąc „daleka jestem od chęci wiernego przejmowania zagranicznych wzorów. Pragnę jedynie pobudzić naszą myśl, rozszerzyć jej horyzonty dla ulepszenia metod naszych prac, czy pogłębienia zasad organizacyjnych”... [10].

Podręcznikiem autorstwa wyłącznie H. Chrzanowskiej było „Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej”. Pierwsze wydanie tego podręcznika ukazało się nakładem Polskiego Związku Wydawnictw Lekarskich w 1960r”. Był to pierwszy polski podręcznik do nauki pielęgniarstwa społecznego. Do tego czasu jedynym źródłem wiedzy z zakresu pielęgniarstwa społecznego były „Wytyczne prace pielęgniarki społecznej”- zbiór artykułów drukowanych w miesięczniku „Pielęgniarka Polska” W porównaniu do wyżej wymienionego cyklu artykułów, zawartość podręcznika była znacznie zmodyfikowana, a dzięki temu dostosowana do nowej sytuacji i potrzeb.

Podręcznik „Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej” składał się z dwóch części: ogólnej i szczegółowej.

W części ogólnej H. Chrzanowska omawiała pojęcie pielęgniarstwa społecznego, zaznajamiała ze specyfiką opieki leczniczo – zapobiegawczej w otwartej opiece zdrowotnej. Określała charakterystyczne cechy roli pielęgniarki społecznej. Bardziej szczegółowo zostały one omówione w drugiej części podręcznika. Opisywała w nim poszczególne formy pracy w otwartej opiece zdrowotnej, charakter pracy pielęgniarki, jej zadania i rolę.

Kolejno przedstawiała rolę i pracę pielęgniarki w opiece nad matką i dzieckiem w poradni dla kobiet, dzieci, w żłobkach, przedszkolach, szkołach, udział pielęgniarki w walce z chorobami wenerycznymi i zakaźnymi, chorobami społecznymi, rolę pielęgniarki w pracy w poradni zdrowia psychicznego, w pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu. Omawiała rolę pielęgniarki w zapewnieniu właściwych warunków pracy w zakładach pracy, udzielaniu pierwszej pomocy, propagowaniu oświaty zdrowotnej. W szczególności ulubionym

przez siebie działo pracy, pielęgniarstwie domowym autorka książki przedstawiła istotę i bazę pracy pielęgniarki w domu chorego, przykłady przewlekle chorych, niepełnosprawnych. Zapoznaje czytelnika z pracą pielęgniarki przyszpitalnej. W ostatnim rozdziale podręcznika omówiona została współpraca pielęgniarek z innymi pracownikami służby zdrowia, a także profesjonalistami z poza resortu służby zdrowia [15].

Na szczególną uwagę zasługuje przedstawiona współpraca pielęgniarki z pracownikiem socjalnym. Rozwinięcie tego tematu pojawiło się w czwartym, zmienionym wydaniu tego podręcznika, który ukazał się w 1973 roku pod redakcją H. Chrzanowskiej i K. Skobyłko. Wprowadzenie zmian do treści podręcznika było spowodowane przemianami, jakie zachodziły w organizacji otwartej opieki zdrowotnej w latach siedemdziesiątych, kiedy na miejsce pielęgniarstwa domowego wprowadzono pielęgniarstwo środowiskowe. Pielęgniarstwo środowiskowe objęło swą działalnością profilaktykę, oświatę zdrowotną oraz opiekę nad chorym w domu [16].

Za pośrednictwem artykułów publikowanych w czasopiśmie „Pielęgniarka Polska”, przez okres dziesięciu lat wpływała na rozwój pielęgniarstwa i kształt postaw etycznych pielęgniarek. W swych publikacjach udzielała rad i wskazówek np. jak należy zbierać wywiad, dokonywać wnikliwej obserwacji środowiska, uczyła form rozpoznania, układania planu postępowania i realizowania go. Przestrzegała przed zrutynizowaniem w podejściu do chorego, potrzebującego. Uzasadniała jak bardzo ważną cechą w pracy jest elastyczność. Kształtowała umiejętność radzenia sobie w różnych trudnych sytuacjach. Zaznajamiała również z głównymi zasadami przeprowadzenia wywiadu. Zwracała uwagę na konieczność ostrożności i delikatności w postępowaniu. Według jej wskazówek pierwszy wywiad nie powinien być wywiadem w ścisłym tego słowa znaczeniu. Powinien być raczej zaznajomieniem się z rodziną. Każdy następny wywiad znajdzie punkt wyjścia w poprzednim. Mając w pamięci treść poprzednich wywiadów, zaznajomiona pielęgniarka z typem osobowości chorego wie co w rodzinie jest słabą stroną, na co należy położyć nacisk. [17].

Na podstawie przeprowadzonej ankiety wśród pielęgniarek w ośrodkach zdrowia, dotyczącej pracy pielęgniarek społecznych w odniesieniu do chorego w domu stwierdziła brak opieki ze strony pielęgniarek nad obłożnie chorymi w ich miejscu zamieszkania. Postanawia przyjść z pomocą szukając nowych rozwiązań [7].

Podczas międzynarodowego Kongresu Pielęgniarek w Brukseli zapoznaje się funkcjonowaniem pielęgniarstwa domowego w innych krajach.

Okres drugiej wojny światowej przerwał systematyczną pracę pedagogiczną H. Chrzanowskiej. Pomimo bolesnych doświadczeń osobistych (śmierć Zofii Szlenkierówny, śmierć ojca w obozie w Sachsenhausen, mord polskich oficerów w Katyniu a wśród nich

brata dr filozofii Bogdana Chrzanowskiego), prowadzi intensywne prace na rzecz uchodźców ich rodzin: organizuje posiłki, ukrywa Żydów, szuka rodzin zastępczych dla sierot.

Po wojnie ponownie podejmuje prace dydaktyczną w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek w Krakowie. Opracowała i wprowadziła do programu szkolenia teoretycznego i praktycznego pielęgniarstwo domowe. W egzekwowaniu wiadomości stawiała swym uczennicom duże wymagania. Oceniała zarówno działalność praktyczną, jak i moralną postawę zawodową. W wielu przypadkach zachęcała do podejmowania własnych pomysłów w rozwiązywaniu problemów chorego, które były omawiane wspólnie na ćwiczeniach np. każda z uczennic otrzymywała opis problemów określonego środowiska. Chociaż niektóre z tych problemów były zbieżne, to jednak różne czynniki, np. większa zamożność jednego, a ubóstwo drugiego determinowało inne drogi ich właściwego rozwiązania. Każda z uczennic H. Chrzanowskiej musiała wybrać optymalny wariant rozwiązania dla przedstawionego środowiska. Pozostałe uczennice oceniały koleżankę, a także przedstawiały inne możliwości rozwiązania danej sprawy. Była to również okazja do podejmowania świadomego obowiązku bez nakazu i przymusu. Przy każdym spotkaniu z uczennicami uwrażliwiała je na indywidualne podejście do chorego, na rozważne analizowanie jego trudnej sytuacji, zalecała ostrożność w podejmowaniu decyzji w sprawie umieszczenia chorego w zakładzie w którym pozbawiony jest prywatności.

Omawiała z uczennicami często sprawy nie ściśle związane z pielęgnacją chorego, ale problemy stosunku dorosłych dzieci do starych rodziców, pozycję człowieka starego w rodzinie, ewentualne konflikty w środowisku domowym, wychodząc z założenia, że problemy te stanowią tło, na którym toczy się szczęśliwe, lub tragiczne życie człowieka. „Takie wielopłaszczyznowe ujęcie opieki było dla nas – uczennic ważną nauką, że stan psychiczny i somatyczny znajdują się w ścisłym związku, a problemy socjalne zintegrowane są z całą egzystencją człowieka”...[18]. Dalej uczennice wspominają: „Hanna uczyła nas, że istota pielęgniarstwa polega na objęciu opieką całego człowieka”...[19] Świat chorych nie ogranicza się do cielesnych dolegliwości, ciąży na nim i przeszłość i terażniejszość z brzemieniem bólu psychicznego, częstokroć silniejszego niż niemoc i ból fizyczny. Uwrażliwiała nas w ten sposób na niedolę ludzką tak materialną, jak i duchową”...[19]. Dbała, aby zapewnić ciągłość opieki nad pacjentem pozostającym w swoim naturalnym środowisku.

Wraz z reorganizacją Krakowskiej Szkoły Pielęgniarek, zainicjowaną i rozwiniętą przez H. Chrzanowską opiekę nad przewlekle chorymi w dziale pielęgniarstwa domowego, dyrekcja szkoły zmuszona była ograniczyć. To spowodowało, że objęci opieką pacjenci i ich rodziny pozostali pozbawieni nie tylko ciągłości ale w ogóle opieki pielęgniarskiej. Również w tym czasie (w marcu 1950r.), ustawa o terenowych organach jednolitej władzy państwowej

anulowała w praktyce ustalenia ustawy o opiece społecznej. W latach 1953 - 1970 „przeważał pogląd , że ustrój socjalistyczny zapewniając wszystkim obywatelom pracę usuwa niejako automatycznie ubóstwo i nędzę, wskutek czego działalność pomocy społecznej nie ma właściwej racji bytu. Pogląd ten w konsekwencji przyczynił się do zahamowania rozwoju pomocy społecznej”...[20]

Idea opieki nad chorymi w pielęgniarstwie parafialnym

Hanna Chrzanowska rozmyślając nad tym problemem, o czym pisze w pamiętniku, przeniknęła Ją myśl: „...my pomagamy nieść krzyż Chrystusowi”...[7]. Dzięki tej refleksji postanowiła, opiekę nad chorymi zrealizować przy pomocy i wsparciu struktur katolickiego kościoła krakowskiego. Liczyła na znalezienie chętnych kobiet, które można przyuczyć do wykonywania najprostszych zabiegów pielęgnacyjnych, „...Byle chorzy nie cierpieli więcej niż muszą, byle nie leżeli w brudzie i zaduchu, w zaniedbaniu ciała i duszy”...[7]. Przy ogromnym wsparciu i pomocy wikarego ks. Karola Wojtyły i proboszcza parafii mariackiej w Krakowie ks. F. Machaya, który udostępnił część swojej jadalni przy ul. Szpitalnej, na potrzeby realizowania się idei pielęgniarstwa rodzinnego pod nazwą „pielęgniarstwo parafialne”[7] zorganizowała nowoczesną opiekę pielęgniarską .

Wraz z przyjęciem przez ks. Karola Wojtyłę sakry biskupiej w 1958r ożywiła się praca w diecezji, także na polu opieki nad chorymi. Po raz pierwszy nowo mianowany biskup w 1960r odwiedził, wraz z H. Chrzanowską 35 chorych. „...Od tej pory do końca swego biskupstwa w Krakowie był wierny temu zwyczajowi. Podczas wizytacji parafialnych odwiedzał zawsze najciężej chorych w ich domach...”[21].

H. Chrzanowska nakreśliła w 1963r. wytyczne pielęgniarki parafialnej. Według niej jest ona pracownicą parafii, która wypłaca jej pobory i ubezpiecza. Pracuje na pełnym etacie, lub w ściśle określonym wymiarze godzin. Dzięki temu nie jest to praca tzw. ochotnicza, na marginesie. W zakres jej kompetencji wchodzi zabiegi pielęgniarstwa przy chorym oraz edukacja, aktywizacja rodziny w miarę jej możliwości. Pielęgniarka parafialna ściśle współpracuje z opiekunką parafialną. Do jej zadań należy: „rozmowa, drobna pomoc w domu”...[22] oraz zajmowanie się „bezmiarem spraw i bied ludzkich” ...[22], takich jak „ubóstwo, liczne rodziny, dzieci opuszczone, środowisko alkoholików, środowisko nierzędu”..[22]. Udzielając pomocy w wcześniej wymienionych problemach musi współpracować z wieloma instytucjami np.: z „Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Ośrodkiem Adopcji, komitetami przeciwalkoholowymi”...[22]. Zakres czynności i kompetencji opiekunki parafialnej jest bardzo zbliżony do współczesnych zadań pracownika socjalnego. Dlatego śmiało można powiedzieć, że H Chrzanowska była jedną z wielu prekursorów pracownika socjalnego. Nakreśliła styl i formy współpracy między pielęgniarką parafialną, a

opiekunką parafialną. „Opiekunka parafialna zgłasza pielęgniarce każdego obłożnie chorego, natomiast, pielęgniarka zgłasza opiekunce te przypadki, w których jest potrzebna pomoc materialna, oraz wszelkie sprawy środowiskowe nie dotyczące bezpośrednio chorego, ale zauważone podczas pracy”...[22] Do zadań obydwu należy troska o rozwój duchowy swych podopiecznych.

Zgłoszenia przewlekle chorych, czy „trudnych” środowisk do objęcia opieką, wpływały różnymi drogami. Zależnie od warunków, zgłoszenia były pozostawiane w skrzynce przy kancelarii parafialnej, bądź od kogoś z rodziny, czy znajomych. Opiekunka bierze chorego pod opiekę bez względu na jego wyznanie i przekonania. Kryterium opieki nie stanowią także warunki materialne. Opiekunka informuje, że za swe usługi nie pobiera od nich żadnego wynagrodzenia, będąc pracownicą parafii. Natomiast na potrzeby parafialnej opieki mogą wpływać ofiary.[23].

Zainicjowała opiekę nad chorymi umierającymi. H. Chrzanowska zalecała, aby „oswajać” chorych (i nie tylko chorych) z myślą o śmierci. Traktować ją jako coś naturalnego, nie jako zaskoczenie. „Tak często wśród najbliższych chorego osób panuje zmowa milczenia.

A przecież każdy ciężko chory pragnie poważnej rozmowy, nurtuje go wiele pytań, obaw. Długotrwałe kontakty z chorymi uczą, że najczęściej takie rozmowy uspokajają ich, dodają otuchy”...[24].Warto w tym miejscu zaznaczyć, że było to nowatorskie podejście H Chrzanowskiej do zagadnień chorych terminalnie i problemu śmierci. Dopiero na większą skalę tym problemem w Polsce zajął się ruch hospicyjny dwadzieścia lat później. Stale szukała także pań – ochotniczek do parafialnego zespołu charytatywnego, urzędowała dla nich krótki, wprowadzający kurs, aby im przekazać podstawowe wiadomości z zakresu opieki nad ludźmi chorymi i ich potrzebami.

W tym celu opracowała 3- miesięczny kurs, około 300 godzin wykładów i ćwiczeń, z zakresu udzielania pierwszej pomocy, elementarnych zabiegów pielęgniarstwa i farmakologii. Podobne kursy są prowadzone obecnie przez hospicjum dla chętnych wolontariuszy do pracy przy chorych. Dla osób pracujących przy chorych wygłaszała pogadanki, referaty. W jednym z referatów poruszała ważny temat stanu psychicznego ludzi przewlekle chorych. Zaznaczała, że oprócz indywidualnych cech jakie posiada każda jednostka ludzka można wyodrębnić wspólne cechy kształtujące się pod wpływem choroby u chronicznie chorych. Do najważniejszych zaliczała: „obserwacja i interpretacja własnych objawów chorobowych, ograniczanie wrażeń i zubożenie procesu myślenia, egocentryzm, wyostrowany krytycyzm wobec otoczenia, poczucie bezużyteczności, dążenie do wolności” ...[24]. Wśród wymienionych cech popartych licznymi przykładami na szczególną uwagę zasługuje dążenie do wolności, do niedawna zupełnie nie szanowane i nie rozumiane przez

społeczność ludzi zdrowych. „Jak to rozumieć? - pyta H. Chrzanowska i równocześnie w tym samym wykładzie udziela odpowiedzi. „Otóż wolność chorego chronicznie, stale ‘przykutego’ do łóżka, wolność fizyczna jest z natury rzeczy ograniczona. Chory może być wolny tylko wewnętrznie. Niektórzy chcą być wolni całkowicie tzn. chcą mieć warunki życiowe zupełnie uzależnione od siebie.(...)Walka chorego z dolegliwościami, jest przejawem dążenia do wolności. Są chorzy, którzy obmyślają urządzenia, (...) udogodnienia nie dla samej wygody, ale żeby skrepowanie chorobą było jak najmniejsze (...) i ażeby wyzwolić się od opieki innych i być jak najbardziej samodzielny”...[24]. Autorka referatu uwrażliwiała swych słuchaczy na zrozumienie chorych dążących do jak najdalej idącej samodzielności przy równoczesnym zadbanie o konieczny sprzęt i udogodnienia dla niepełnosprawnych. Innym problemem na który, H. Chrzanowska zwróciła uwagę, była izolacja społeczna chorego.

Ograniczenie wrażeń, egocentryzm ma swoje źródło w izolacji społecznej niepełnosprawnych i chronicznie chorych. Nie do pomyślenia było w latach pięćdziesiątych czy sześćdziesiątych wyjść na spacer z osobami niepełnosprawnymi. Nie tylko z przyczyn architektonicznych, czy braku wózków inwalidzkich, bo są one i dziś, ale przede wszystkim z powodu bariery psychicznej opiekunów i samych chorych. Ciężała na nich nieufność, stygmatyzacja niezawiniony wstyd. Z drugiej strony chęć ujżenia ludzi i świata. W swej wypowiedzi przytacza H. Chrzanowska rozmowę z pewną od lat unieruchomioną przez chorobę kobietą, do której przyszły małe dzieci. Na ich widok chora powiedziała „ja dwadzieścia lat nie widziałam dziecka”...[24].

Chory, niepełnosprawny pozostający stale w domu widzi ciągle to samo. „Te same cztery ściany, ten sam sufit jeśli leży na wznak. Wiosnę widzi tylko w postaci przyniesionych przez kogoś kwiatów. A wie o zimie bo mu palą w piecu i czasem przez okno widzi śnieg. Stałe obcowanie z tymi samymi ludźmi prowadzi do „zubożenia procesów myślenia. Nie znaczy to żeby to myślenie było nie prawidłowe, tylko jest zacieśnione”. Przyczyną tego jest nie tylko otoczenie w sensie fizycznym, ale też w wymiarze personalnym. Ten sam krąg osób. Chory nie zaznaje żadnych nowych wrażeń, żadnych niespodzianek. Zna doskonale reakcje każdego człowieka, który się do niego zbliża. Wie co powiedzą, co zrobią”...[24]. Dlatego, oprócz teoretycznego przedstawienia problemu H. Chrzanowska nakreśliła program zmian, apelowała do słuchaczy „naszym ważnym obowiązkiem jest rozszerzać ten krąg” [24]. Każda osoba, która przychodzi z zewnątrz sprawia, że krąg codziennych wrażeń chorego ulega poszerzeniu. „Musimy dostarczyć nie tylko samych siebie, w tym wypadku naszej wizyty, dobra, które płynie przez nasze ręce, ale organizować mu pomoc z zewnątrz. Dostarczać choremu pośrednio, czy bezpośrednio lektury. Mobilizować inne osoby by do niego przychodziły. Te kontakty z innymi są niesłychanie ważne, szczególnie z osobami młodymi”...[24]. Spotkania z ludźmi młodymi, zdrowymi pragną starsi, niepełnosprawni,

często korzystając z ich pomocy. Szczególnego spotkania z młodzieżą oczekują ich rówieśnicy unieruchomieni okrutnym doświadczeniem choroby. Dla nich Hanna Chrzanowska poszukiwała opiekunów wśród ludzi młodych. Prosiła o możliwość kontaktu z klerykami w seminarium, klasztorach. Prowadziła w seminarium i kilku klasztorach pogadanki na temat chorych i opieki nad nimi. Zainteresowani klerycy zaczęli odwiedzać chorych, wozić na spacer, pomagali rozwiązywać wiele spraw, przeprowadzali remonty i malowania mieszkań, od lat zaniedbanych. Nawiązały się długoletnie przyjaźnie. Wielu kleryków już po święceniach jako kapłani nadal utrzymują kontakty z zaprzyjaźnionymi chorymi. Często swoją mszę św. prymicyjną odprawiali w domu chorego.[25].

Wraz z powstaniem Duszpasterstwa Akademickiego, najpierw przy parafii św. Anny i u oo. Dominikanów w Krakowie, a następnie przy innych krakowskich klasztorach i parafiach, Hanna Chrzanowska rozpoczęła z nimi stały kontakt i współpracę. Spotykała się ze studentami, opowiadała im o chorych i ich potrzebach. Organizowała w razie konieczności krótkie kursy przygotowawcze. Współpraca Hanny Chrzanowskiej z młodzieżą zaowocowała odwiedzinami u chorych, niesieniem pomocy w zależności od potrzeb, wspólnymi spacerami, rozmową, pomocą w nauce. Dzięki pomocy przyjaciół, studentów kilku chorych ukończyło nie tylko szkoły średnie, ale i wyższe studia.

O tym, jak ważne były i są takie wzajemne spotkania ludzi młodych zdrowych i chorych wiedziała H. Chrzanowska, dlatego organizując w kolejnych parafiach pielęgniarstwo parafialne zwracała się do księży proboszczów o informacje i dane o chorych – młodych. Jedną z nich, Elżbieta Łaba od dziecka walczyła z chorobą, która odebrała jej normalne dzieciństwo, możliwość nauki w gronie rówieśników, przyjaźń i miłość. W ostateczności w wyniku schorzenia została skazana po wielu operacjach na cierpienie fizyczne i psychiczne, „przykuta” do wózka inwalidzkiego. W swojej autobiograficznej książce, wywiadach, wspomina spotkanie z Hanną Chrzanowską w wyniku którego jej życie, mimo postępującej choroby i unieruchomienia bardzo się zmieniło. „Niespodziewanie podeszła do mnie starsza pani, pozdrowiła mnie i zapytała o nazwisko, po czym sama się przedstawiła. Była niezwykle miła i cierpliwa, jak się później o tym przekonałam, bo przyjąłem ją z dużą rezerwą, a nawet z dozą nieuprzejmości. (...) Pani Chrzanowska powiedziała mi o sobie kilka słów, że jest pielęgniarką (dopiero po latach dowiedziałam się, że była twórczynią pielęgniarstwa parafialnego), że szuka chorych- głównie samotnych, starszych, ale również młodych. Zarówno jednym, jak i drugim wraz ze swoimi współpracownikami niesie pomoc i opiekę. Zapytała mnie, czy chciałabym, żeby odwiedzali mnie młodzi ludzie, studenci. Pamiętam, że zachowałam się wtedy jak kretynka. Powiedziałam:

- Nie wierzę, żeby komuś chciało się przyjeżdżać taki kawał drogi akurat do mnie. Co to za atrakcja tracić kilka godzin dla takiej jak ja osoby? W ogóle nie wierzę ludziom, bo zbyt dużo złego mi wyrządzili, zbyt dużo upokorzeń spotkało mnie z ich strony. Jakoś trudno mi wyobrazić sobie, że istnieje taka młodzież, o jakiej pani mówi..
- Ale chciałabyś, żeby przychodzili?
- Oczywiście, że chciałabym! Ale musieliby to być ludzie naprawdę młodzi, bo starzy działają mi na nerwy. I tu po raz drugi zachowałam się jak kretyńka, bo zapomniałam o wieku mojej rozmówczyni." ...[26].

Rozumiejąc sytuację chorych latami pozostających w swoich mieszkaniach, sama odczuwając dobrodziejstwo przyrody, pragnęła zorganizować dla swoich podopiecznych, choć krótki wypoczynek poza miejscem zamieszkania także po to, aby rodzina stale opiekująca się chorym domownikiem mogła odpocząć. Dzięki licznym kontaktom zorganizowała wczaso-rekolekcje dla chorych. Pierwsze w Otwocku, a następnie w 1964r w Domu Rekolekcyjnym xx. Salwatorianów w Trzebin. H. Chrzanowska od początku nadała wczaso- rekolekcjom w Trzebinie specyficzny styl i nastrój pogody, ogólnej miłości, radości i życzliwości, żadnych sztywnych ram, nakazów milczenia, powagi. Rozumiała i wyjaśniała nie jednemu rekolekcjonście, że chorzy, którzy w swych domach mają aż za dużo czasu na milczenie i refleksje potrzebują oprócz konferencji i modlitwy kontaktu z drugim człowiekiem, aby mogli „nagadać się do woli z ludźmi, którzy wreszcie chcieli z nimi gadać i chcieli ich słuchać, i wyśmiać się na tyle, żeby wystarczyło, bo potem czas będą liczyć od rekolekcji do rekolekcji”. ...[27]. Dlatego H Chrzanowska zapraszała do Trzebini wielu ciekawych ludzi umiejących dać radość i nadzieję. Stałym gościem, odwiedzającym chorych na tych wczaso – rekolekcjach był ksiądz kardynał Karol Wojtyła.[21]

„Tam, wśród doskonałej atmosfery, nie czułam się niepotrzebna, a przeciwnie, byłam wdzięczna, że mnie namówiono na wyjazd. Jeszcze raz serdecznie dziękuję”.[28]. „Ta atmosfera musi działać na każdego, roztopiając lodowe okowy wokół serc bardzo samotnych, wśród świata obojętnych, nieraz niechętnych ludzi. Wspaniała młodzież, bardzo ofiarni kierowcy aut, pozwalają nam chorym, zwłaszcza samotnym, odczuć ulgę, że jednak ktoś pomoże, nie zawiedzie! Wszystko to razem to potężny łyk optymizmu”...[29]. „Gdy mi zaproponowano Trzebinę, wpadłam w wewnętrzny popłoch i rozterkę. Jechać – nie jechać? Jechać – to znaczy spotkać szereg nowych twarzy, narażać się na wiele spojrzeń, pytań, rozmów. To znaczy – po kilku latach nie opuszczania pokoju pokazać się światu w postaci siedzącego w fotelu kaleki. Jednak z grzeczności zgodziłem się. Ponowne zetknięcie ze światem było przeżyciem mocnym wprawdzie, lecz mocnym w znaczeniu najbardziej pozytywnym. Przede wszystkim nikt się nikomu nie przyglądał i nikt niczemu się nie dziwił. Wśród chorych ani jednej twarzy smutnej i przygnębionej, przeciwnie: nastrój radosnego

podniecenia, wzajemnych powitań tych, którzy już tutaj byli, wesołe rozmowy życzliwość. To mobilizuje. Popatrz, też chorzy jak ty, a przecież się nie załamują”...[28] „W atmosferze tamtych dni odnalazłam wiarę w dobroć ludzką”....[28].W jednym z listów p. Eugenia. powiedziała: ‘Gdybym nie zachorowała, nie poznałabym tylu dobrych i szlachetnych ludzi.(...). I w tym chyba zawiera się to, co odczuwamy wszyscy, mający szczęście i możliwość zetknięcia się osobiście z dziełem Pani Chrzanowskiej.(...) Trzeba by ileś tam lat nie wyjść z czterech ścian mieszkania, ileś tam lat nie zaznać oddechu otwartej przestrzeni i obcowania z ludźmi, być wyłączonym poza nawias normalnego życia, aby docenić rozkosz przebywania na łonie natury. Wielką ulgę przynosi myśl, że pod naszą nieobecność w domu odpoczną nieco ci, co się nami na co dzień opiekują i którym już od tylu lat jesteśmy ciężarem”...[29].

Podsumowanie

Zgodnie z życzeniem H. Chrzanowskiej, jej odejście w dniu 29 kwietnia 1973 r. w niczym nie zakłóciło rozpoczęte przedsięwzięcie realizacji idei pielęgniarstwa rodzinnego. Jej współpracownicy, następczyni, wiernie kontynuowały jej dzieło.

Pomimo wielu trudności, stałych reform otwartej opieki zdrowotnej, środowisko pielęgniarek broniąc swojej samodzielności zawodowej broni idei pielęgniarstwa rodzinnego dla lepszej opieki nad chorymi i wsparcia ich rodzin. Przykład Hanny Chrzanowskiej jest dla współczesnych pielęgniarek rodzinnych wyzwaniem i zadaniem. Sama otrzymała od swoich najbliższych piękny przykład miłości bliźniego, troski o jego potrzeby, który przekazała swoim uczennicom i następczyniom. Sama pełniąc obowiązki pielęgniarki z najwyższym profesjonalizmem dała przykład jak realizować ideę pielęgniarstwa rodzinnego w pracy z chorym i jego rodziną w domu.

Konieczność rozwoju tej dziedziny medycyny jest szczególnie ważna dla współczesnych społeczeństw ze względów demograficznych i kulturowych. Wzmocniona pozycja pielęgniarki rodzinnej istotnie poprawi realizację priorytetowych działań zawartych w międzynarodowych dokumentach, deklaracjach.[30].

Piśmiennictwo

1. WŁODAREK J., ZIÓŁKOWSKI M., Metoda biograficzna w socjologii, Warszawa – Poznań: PWN 1990.
2. SZTUMSKI J., Wstęp do metod i technik badań społecznych, Warszawa: PWN 1984.
3. RUMUN A., Hanna Chrzanowska 1902 – 1973, w: Bejze B., Chrześcijaństwo tom III, Warszawa ATK 1978.
4. KRAWCZYŃSKA-BUTRYN Z., Rodzinny kontekst zdrowia i choroby, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa, 1995.

5. KRAWCZYŃSKA-BUTRYN Z., Funkcjonowanie rodziny a choroba. Analiza socjologiczna, Lublin 1987.
6. ADAMCZEWSKI J., Krakowskie rody, Kraków: Alpha 1994.
7. CHRZANOWSKA H., Pamiętnik, maszynopis.
8. SZENAJCH W., Florencja Nightingale i Zofia Szlenkierówna, Warszawa: Lekarski Instytut Naukowo Wydawniczy 1946.
9. CHRZANOWSKA H., Życiorys napisany 3X1972r, oryginał i odpis (w posiadaniu Komisji Historycznej KSPiPP w Krakowie).
10. CHRZANOWSKA H., O pielęgniarstwie i szpitalnictwie, Pielęgniarka Polska 1938, nr 1.
11. CHRZANOWSKA H., Szpitale Londyńskie, Pielęgniarka Polska 1938, nr 2.
12. MATOGA H., Byłam uczennicą Hanny Chrzanowskiej, Źródło 1997
13. PERKOWSKA U., Hanna Chrzanowska instruktorka Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek Alma Mater 1998, nr 8, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
14. BOGDAL W., Nauczycielka wielu pokoleń, Pielęgniarka i Położna 1973, nr 10.
15. CHRZANOWSKA H., Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej, Warszawa: PZWL 1960.
16. CHRZANOWSKA H., SKOBYŁKO K., Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej, Warszawa:PZWL 1973.
17. SZLENDAK – CHOLEWIŃSKA Z., Wspomnienie, ustna wypowiedź byłej bliskiej współpracownicy H. Chrzanowskiej, złożona autorce w czerwcu 2000.
18. BOGDAL W., Pamięci Hanny Chrzanowskiej, Źródło 1996, nr 38.
19. RUMUN A., Pamięci Hanny Chrzanowskiej, Źródło 1997, nr 50.
20. GÓRA W., Tradycje opieki i pomocy społecznej w Polsce, w: Praca socjalna 2, Rok IV 1989.
21. BONIECKI A., Kalendarium życia Karola Wojtyły, Kraków: Znak 1983.
22. CHRZANOWSKA H., Współpraca opiekunki parafialnej z pielęgniarką parafialną, maszynopis (w posiadaniu Archiwum Kurii Metropolitalnej Krakowskiej).
23. CHRZANOWSKA H., Regulamin parafialnej opiekunki chorych, maszynopis, (w posiadaniu Archiwum Kurii Metropolitalnej Krakowskiej).
24. CHRZANOWSKA H., Psychika ludzi przewlekle chorych, referat, maszynopis (w posiadaniu Komisji Historycznej KSPiPP w Krakowie).
25. RIS J., ustna relacja chorej korzystającej z pomocy kleryków wyjeżdżającej na wczaso-rekolekcje do Nowej Wsi, złożona autorce w maju 2000.
26. ŁUBIŃSKA E., Salamandra, Kraków-Wrocław: Wydawnictwo Literackie 1986.
27. KNABIT I., Benedyktyńskie źródła duchowości H. Chrzanowskiej, w: Kubik K., Promieniowanie posługi, Kraków: nakład własny 1999.

28. Listy opiekunów, chorych i przyjaciół do Hanny Chrzanowskiej, (całość w posiadaniu Komisji Historycznej KSPiPP w Krakowie).
29. Listy opiekunów i chorych do Aliny Rumun, (całość w posiadaniu Komisji Historycznej KSPiPP w Krakowie).
30. KOCHANIAK H., Opieka nad zdrowiem osób starszych, w Kulik B., Latański M., Zdrowie Publiczne, Lublin: wyd. Czelej 2002.

PROBLÉMY RODINNÝCH PRÍSLUŠNÍKOV GERIATRICKÉHO PACIENTA S DEMENCIOU

Katarína Zrubáková¹, Zuzana Dubná²

¹Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, ²Nemocnica v Dubai

Súhrn

Demencia je chronické progredujúce ochorenie, ktorého výskyt stúpa vekom, podľa Topinkovej (2005) postihuje 20-40 % osôb po 80 roku života. V pokročilých štádiách si vyžaduje takmer celodennú starostlivosť inej osoby, najčastejšie blízkych príbuzných alebo ústavnú liečbu. Starostlivosť o demenčného pacienta je veľmi zaťažujúca a výrazne zasahuje do osobného, spoločenského a pracovného života opatrojúcich, čomu sa venujeme aj v príspevku. Príspevok je rozdelený na dve časti. V prvej časti stručne charakterizujeme demenciu- klinický obraz, diagnostiku, liečbu a prognózu. Druhú časť tvorí kazuistika, kde približujeme reálne problémy rodinných príslušníkov psychiatricky chorého geriatrického pacienta v domácom prostredí. V diskusii porovnávame vlastné zistenia a závery s dostupnou odbornou literatúrou.

Kľúčové slová: Demencia. Geriatrický pacient. Rodinní príslušníci. Gerontopsychiatrická liečba.

Resumé

Dementia is a progress, chronic illness, which is rise with the age; according Topinkova (2005) 20-40 % of population in the age after 80 suffers with illness. In advanced phases, human is demanding with all-days care by other person, most often by near relation or constitutional treatment. Care of dement human is very exhausting and markedly undercurrent into a private, social and working life of person which is looking after ill person. This problem is describing in contribution – has 2 parts. In the first part we are characterizing, what is a dementia – clinical picture, diagnostic, treatment and prognosis. The second part involve casuistic, where is a description of all real problems by family members which are taking care of mental- ill geriatric patient at home. In discussion we are comparing own discoveries and conclusion with available literature.

Keys word: Dementia. Geriatric patient. Near relation. Gerontopsychiatry treatment.

Úvod

Intelektové poruchy sú v staršom veku veľmi časté, preto sa radia aj k štyrom, veľkým geriatrickým syndrómom. Predstavujú veľký problém pre pacienta, neskôr pre rodinných príslušníkov, ale aj zdravotníckych a sociálnych pracovníkov. Ich účinná liečba je výzvou pre geriatriciu. Čo vo svojom príspevku potvrdzuje aj Krajčík (2009, In Morley 2004) ktorý uvádza, že medzi najdôležitejšie oblasti gerontologického a geriatrického výskumu patria: 1. zhoršovanie kognitívnych funkcií, 2. depresia, 3. znížená pohyblivosť, 4. výživa- poruchy výživy, 5. možnosti ovplyvnenia starnutia...

Rovnako aj Hanzlíková (2002, 2004) zaraďuje zmätenosť, demenciu a Alzheimerovu chorobu ako najčastejšie zdravotné problémy seniorov v domácom prostredí.

Poruchy kognitívnych funkcií, respektíve poruchy pamäte rozdeľujeme do troch skupín: na ľahké poruchy poznávacích funkcií, na demencie a na amnestické syndrómy (Kalvach a kol., 2008). Práve druhej skupine je venovaný príspevok.

Cieľ príspevku

Cieľom príspevku je prezentovať demenciu ako ochorenie, problémy s ním súvisiace a prostredníctvom kazuistiky rozobrať problémy starostlivosti o geriatrického pacienta s demenciou v domácom prostredí.

Demencia

Demencia je bežným ochorením staršieho veku a vzniká z viacerých progresívnych organických ochorení mozgu. *Syndróm demencie je charakteristický viacnásobnými kognitívnymi deficitmi, ktoré zvyčajne zahŕňajú zhoršenie pamäti spojené so znížením schopností vykonávať denné aktivity a často so zmenou osobnosti a zmenami správania sa* (Hegyi, Krajčík, 2010, s. 464). Ochorenie má často negatívnu prognózu, kognitívne zmeny sú nezvratné, progresívne a chronické (Hegyi, Krajčík, 2004).

Kafka (2004, s. 239) definuje demenciu ako „*poruchy pamäte a intelektu, ktoré sú vyvolané poruchou mozgu difúzneho charakteru.*“ Spočiatku ide o poruchy krátkodobej pamäte a postupne sa narušuje aj dlhodobá pamäť, pridávajú sa poruchy myslenia, nepresnosť, nekritickosť (Touhy, Jett, 2010).

Demencia prebieha v troch štádiách:

1. štádium ľahkej demencie, ktoré sa vyznačuje zmenami správania, znížením pamäťových schopností. Pri hodnotení funkčného stavu prostredníctvom MMSE je hodnota okolo 20.
2. štádium stredného rozvoja ochorenia, MMSE je okolo 10, pamäť je úplne narušená, sú prítomné poruchy myslenia a správania.

3. štádium ťažkého stupňa, MMSE je menej ako 10, myslenie je takmer neprítomné, porozumenie obmedzené, pacient má výrazné poruchy správania, celkového psychického života a vyžaduje si osobitnú starostlivosť (Kafka, 2004, Topinková, 2005).

Schuler, Oster (2010, s. 332) uvádzajú... *pre diagnózu demencie musí byť okrem poruchy pamäti prítomná aspoň jedna ďalšia porucha a to:*

- *porucha abstraktného myslenia, obmedzená súdnosť,*
- *porucha orientácie, porucha iných vyšších kognitívnych funkcií,*
- *zmena osobnosti.*

Všetky príznaky musia trvať dlhšie ako šesť mesiacov.

Diagnostika demencie

Pre určenie diagnózy je potrebné dôkladne poznať históriu zdravotného stavu pacienta, realizovať fyzickú prehliadku, zhodnotiť úroveň sebaopatery, mentálny stav a kognitívne schopnosti (najčastejšie s využitím nástrojov ako IADL test, ADL Barthelovej test, MMSE a CCT test) a realizovať vhodné laboratórne vyšetrenia (Hegyi, Krajčík, 2010). Kafka (2004) uvádza ešte neuropsychiatrické vyšetrenie a doplňujúce vyšetrenia- EKG, RTG hrudníka, CT hlavy resp. MR.

Dôležité je získať informácie o zdravotnom stave:

- prítomnosť iných psychiatrických ochorení, problémov (hlavne depresia, delírium, schizofrénia),
- prítomnosť metabolických, endokrinných ochorení, kardiovaskulárnych⁶, pľúcnych, infekčných ochorení a ochorení vyžadujúcich si dlhodobú analgetickú liečbu, prípadne výskyt chronickej bolesti,
- informovať sa o traumách, úrazoch, hlavne hlavy,
- informovať sa o konzumácii alkoholu, užívaní liekov, rizikové sú tricyklické antidepresíva, neuroleptiká (Topinková, 2005, Hegyi, Krajčík, 2010).

Liečba demencie

Liečba demencie závisí od štádia ochorenia. Pri diagnostikovaní ochorenia, v počiatočnom štádiu je dôležité citlivo informovať pacienta. Do procesu liečby zapojiť aj rodinných príslušníkov a poskytnúť im primerané informácie o zameraní liečby a starostlivosti. V ostatných štádiách ochorenia je liečba zameraná na farmakologické a nefarmakologické liečebné postupy. Nefarmakologická liečba je orientovaná na - podporu

⁶ Potvrnilo sa, že existuje vzťah medzi výškou krvného tlaku a demenciou, demencia často vzniká po cievnej mozgovej príhode. Dlhodobé longitudinálne štúdie potvrdili, že nižší výskyt demencie je u liečených hypertonikov, oproti neliečených (Minibergerová, Dušek, 2006, s.25)

pamäte, formálne kognitívne tréningové programy, spomínanie, orientáciu v realite, terapiu kognitívnej stimulácie, muzikoterapiu, arteterapiu, zooterapiu. V súčasnosti v špecializovaných zariadeniach využívajú doplnkové terapie ako masáž a použitie levanduľového oleja, ktoré pozitívne vplýva na správanie pacienta (Kalvach a kol. 2008).

Účelom farmakologickej liečby je zmiernenie príznakov, resp. predĺženie intervalu, kým pacient nie je úplne odkázaný na pomoc inej osoby, ústavnú starostlivosť. Medzi najčastejšie využívané medikamenty patria: inhibítory acetylcholinesterázy, neuroleptiká, antidepresíva (Hegyí, Krajčík, 2010).

Problémy rodinných príslušníkov v starostlivosti o geriatrického pacienta s demenciou

Rodinní príslušníci, v niektorých prípadoch opatrovatel' sú dôležitými členmi tímu starajúceho sa o geriatrického pacienta s demenciou. Sú zvyčajne dennodenne v kontakte s chorým, čo so sebou prináša aj problémy a obmedzenia, hlavne v druhom a treťom štádiu ochorenia.

Pidrman, Kolibáš (2005, s. 44) uvádzajú „Mimoriadna záťaž opatrovateľov je daná dvomi na sebe závislými zdrojmi:

- objektívne- záťaž, ktorá je daná faktickou starostlivosťou o pacienta,
- subjektívne- odráža emočné reakcie opatrovateľa na starostlivosť, adaptáciu na permanentnú záťaž, ktorej je vystavený.

Objektívny zdroj záťaže

Opatrujúci člen rodiny musí reagovať na veľké množstvo prejavov chorého. Medzi najčastejšie a najviac obťažujúce patria:

- výčitky, verbálne útoky chorého,
- fyzická agresia,
- chronické nezhody, zlé prispôsobovanie sa chorého požadovanému režimu,
- blúdenie chorého,
- pasivita pri sebaobslužných výkonoch a aktivitách denného života,
- podozrievavosť a obviňovanie,
- narušenie cirkadiálneho rytmu (Pidrman, Kolibáš, 2005, Topinková, 2005).

Subjektívny zdroj záťaže

Na zvládanie starostlivosti má veľký vplyv osobnosť a možnosti rodinného príslušníka. Medzi rizikové faktory zo strany opatrovateľa pre kontakt s chorým patria:

- negatívne skúsenosti rodinného príslušníka,

- žena ako opatrovateľ je viac stresovaná ako muž,
- veľmi blízky opatrovateľ (najčastejšie manžel, manželka) je vysoko stresovaný,
- nízka podpora zo strany ostatných členov rodiny,
- nedostatočné vedomosti o demencii a starostlivosti o takto chorého pacienta,
- zlý vzťah k chorému,
- depresia alebo iné psychické problémy,
- zlý telesný stav opatrovateľa.

Behaviorálne a psychické symptómy demencie vo väčšine prípadov predstavujú pre opatrovateľa ďaleko náročnejší problém než samotný kognitívny deficit⁷.

Problémy rodiny geriatrického pacienta s demenciou v domácom prostredí- kazuistika

Definovanie problému

V predchádzajúcej časti príspevku sme prezentovali možné problémy liečby a starostlivosti o dementného pacienta, z ktorých nám vyplynuli nasledovné otázky a ciele.

1. Aké najčastejšie problémy (zdravotné, psychické, sociálne, ekonomické...) majú rodinní príslušníci starajúci sa o gerontopsychiatrického pacienta v domácom prostredí?

Čiastkové problémy

1. Závisí závažnosť problémov od dĺžky starostlivosti?
2. Vedie dlhodobá starostlivosť o geriatrického pacienta s demenciou k syndrómu vyhorenia?

Cieľ

- Zistiť aké problémy majú členovia rodiny polymorbídneho gerontopsychiatrického pacienta.
- Porovnať zvládanie problémov u rodinného opatrovateľa muža a ženy.
- Zistiť mieru zvládania záťaže u rodinných príslušníkov.

Objekt prípadu

Objektmi kazuistiky sú:

- 86 ročná pacientka, u ktorej bola v lete 2011 potvrdená demencia v strednom štádiu rozvoja ochorenia,
- 62 ročná dcéra pacientky,
- 64 ročný zať.

Použité metódy

Hlavná metóda: kazuistika- obsahuje anamnézu, katamnézu, analýzu, interpretáciu a diskusiu.

⁷ Pidrman, Kolibáš (2005) uvádzajú: stres opatrovateľa = ochorenie opatrovateľa = liečba opatrovateľa.

Doplňujúce metódy:

- neštruktúrovaný rozhovor s rodinnými príslušníkmi,
- pozorovanie- chovanie pacientky a reakcie rodinných príslušníkov počas priebehu starostlivosti,
- analýza dokumentácie- na doplnenie údajov o zdravotnom stave pacientky,
- funkčné testy- AIDL, ADL, MMSE,
- dotazník BM- Burnout Measure (miera vyhorenia) autorskej dvojice A. Pines a E. Aronson- použitý opakovane u rodinných príslušníkov (Křivohlavý, 1998).

Anamnéza

86 ročná pacientka žijúca s o rok mladším manželom v rodinnom dome, v malej dedine bez možnosti komunitných služieb a zdravotného strediska⁸. Niekoľko mesiacov (približný začiatok na jar v roku 2010) postupné zhoršovanie pamäte, ktoré v lete tohto roku sa ešte zvýraznilo, pacientka začala byť agresívna, nepozná príbuzných, neadekvátne sa správa má narušený cirkadiálny rytmus. Bolesť hlavy neudáva, úraz hlavy nebol zistený. Pri neurologickom vyšetrení (júl 2011) objektívne zistená dezorientácia v čase, priestorová orientácia v norme, reč plynulá, okohybné poruchy, chôdza s antalgickým úklonom doprava, bolesti v Th-L chrbtici, chronické. Diagnostický záver- AS cerebri, demencia v strednom štádiu, odporučené psychiatrické vyšetrenie.

Osobná anamnéza: polymorbídna pacientka so základným vzdelaním, ktorá v minulosti pracovala v miestnom JRD (jednotnom roľníckom družstve).

Diagnostikované ochorenia: Ischemická choroba srdca, Arteriálna hypertenzia, As cerebri, stav po i.m, po cholecystektómii, Vertebroalgický syndróm, osteoporóza, coxarthróza, chronická gastritída, demencia, kognitívne poruchy.

Lieková anamnéza: pacientka užíva: Haloperidol 1,5 mg. 1-0-2, Gopten 2 mg. 1-0-0, Digoxín 125 mg. 1-0-0, Coronal 5 1-0-0, Helicid 20 mg. 1-0-0, Venter 1g. 1-1-1, Costi 10 mg. 1-1-1, Rhefluin ½-0-0, Euphyllin 200 mg. 1-0-1, Plaquenil 200 mg. 1-0-0, Tanakan 1-1-0, Anopyrín 100 mg, Tramal, Novalgin, Neurol podľa potreby

Katamnéza

Pacientka má od roku 1972 diagnostikovanú Ischemickú chorobu srdca a hypertenziu. V roku 1975 pre problémy s chrbticou- VAS, postmenopauzálna osteoporóza odchádza na invalidný dôchodok. Trpí chronickou bolesťou. Je po infarkte myokardu (1995). K lekárovi a do odborných ambulancií chodí so zaťom a dcérou, ktorá má strednú zdravotnícku školu a pracuje, už ako dôchodkyňa v stomatologickej ambulancii Pacientka je dispenzarizovaná v

⁸ Praktický lekár je vo vedľajšej dedine vzdialenej 7 km, k špecialistom dochádza v doprovide dcéry do okresného mesta vzdialeného 15 km.

internej, reumatologickej, neurologickej ambulancii. V minulosti liečená pre problémy so zrakom- cataracta senilis. V dokumentácii viackrát zaznamenané ošetrované úrazy, poranenia v dôsledku pádu. Naposledy v auguste 2011, kedy mala početné hematómy na trupe, tvárovej časti a fracturu dvoch prstov pravej ruky.

Od jari v roku 2010 blízki príbuzní spozorovali zmeny správania sa pacientky a poruchy pamäte. Počiatkové prejavy boli sporadické- nepoznala niektorých príbuzných, strácala veci. V roku 2011 sa problémy prehĺbili, vyžaduje si takmer 24 hodinovú starostlivosť príbuzných, dozor nad užívaním liekov, pomoc pri aktivitách denného života.

Analýza a interpretácia

V anamnéze a katamnéze sme čiastočne rozobrali problémy pacientky, ich priebeh a históriu vzniku. Nakoľko pacientka nemá zabezpečenú odbornú starostlivosť, je v domácom prostredí, starajú sa o ňu rodinní príslušníci- dcéra, zať, výnimočne syn a manžel. Vyžaduje si pravidelnú- najskôr len dennú, v súčasnosti takmer 24 hodinovú starostlivosť.

V marci 2010 pri prvom kontakte s rodinou, v dome pacientky sme zistili tieto pozitívne a negatívne faktory u chorej a rodiny.

Negatívne faktory u pacientky- vek (↑ ako 80 rokov), polymorbidita, polyfarmácia, dlhodobá analgetická liečba pre chronickú bolesť, kardiovaskulárne ochorenia, nízke vzdelanie, absencia záľub a koníčkov podporujúcich kognitívne funkcie, neschopnosť vykonávať niektoré aktivity denného života (AIDL 35- závislosť, Barthelovej test bol 90 ľahká závislosť).

Pozitívne faktory u rodiny- pozitívny prístup rodiny, striedavá starostlivosť, záťaž nie je len na 1 opatrovateľovi, zdravotnícke vzdelanie dcéry, ochota pomáhať u zaťa, pomerne dobrá ekonomická situácia.

Negatívne faktory- sklon k nadmernej starostlivosti, veľká citová zaangažovanosť u dcéry, sociálne obmedzenia u zaťa.

Negatívne faktory prostredia- bariéry v dome- riziko pádu a úrazu, absencia sociálnych a zdravotníckych služieb.

Druhý polrok 2010- ochorenie má progredujúci charakter, pacientka nepozná niektorých príbuzných, občas je dezorientovaná, vyžaduje si dohľad rodinných príslušníkov. Cez týždeň sa o ňu počas dňa stará zať, poobede ho nahrádza manželka. Víkendy tam trávia spoločne. Na členoch rodiny poznať známky únavy a určité psychické zmeny (nervozita u zaťa, depresívne chovanie u dcéry). U opatrovateľov sme preto využili BM dotazník, výsledok- rozmedzie hodnôt 3- 3,9⁹. Okrem starostlivosti o matku a svokru rodina vykonáva v domácnosti všetky domáce práce, stará sa o záhradu a dom.

⁹ Čo značí, že je potrebné ujasniť si svoj rebríček hodnôt, odporúča sa zamyslieť nad životom a prácou, nad zmysluplnosťou života.

Začiatok roku 2011- stav chorej bez výrazných zmien, obdobne sú na tom i rodinní príslušníci.

V lete 2011 nastáva zhoršenie psychického stavu pacientky- AIDL- 5 bodov, Barthelovej test 75 bodov u neurológa vykonaný MMSE test- 9 bodov. U pacientky sa evidentne prejavujú známky stredného štádia ochorenia- dezorientácia v čase, priestore, poruchy pamäte, blúdenie, poruchy rytmu spánku a bdenia- čo je zaťažujúce pre rodinu, pacientka počas noci nespí a vyrušuje ostatných- preto bol ordinovaný Neurol a Haloperidol. U dcéry a jej manžela evidentne pozorujeme známky únavy a nedostatok spánku. Z dôsledku dlhodobej starostlivosti sa zhoršil aj ich zdravotný stav- zať má problémy s bedrovým kĺbom, nehojacu ranu na pravej dolnej končatine, dcéra trpí poruchami spánku a oslabenou imunitou. Pri testovaní BM dotazníkom hodnoty v rozmedzí 4- 4,9¹⁰.

Diskusia

Starostlivosť o chorého s demenciou kladie vysoké nároky na najbližších príbuzných. Stretávame sa tu s celou radou problémov, ktoré súvisia so starostlivosťou- nedostatočná, nevhodná starostlivosť, ktorá môže zhoršiť klinické prejavy chorého alebo primeraná resp. nadmerná starostlivosť- býva spojená s vyššou chorobnosťou opatrovateľa (Pidrman, Kolibáš, 2005) a môže viesť až k syndrómu vyhorenia. Pri rozbere nášho prípadu, kde sme si stanovili určité problémy a ciele sme zistili nasledovné:

Hlavný problém: **Aké najčastejšie problémy (zdravotné, psychické, sociálne, ekonomické...) majú rodinní príslušníci starajúci sa o gerontopsychiatrického pacienta v domácom prostredí?** Problémy rodinných príslušníkov sú rôzne, závisia od osobnosti opatrovateľa, vedomostí o ochorení, dĺžkou trvania starostlivosti, počtu pomáhajúcich a pohlavia (Zrubáková, Herinková 2010). V našom prípade mali rodinní príslušníci najskôr problémy psychické- hlavne dcéra pacientky, ktoré vyplynuli z osobnostnej zmeny chorej (dobrosrdečná žena sa stala agresívnou, panovačnou, vyžadujúcou si starostlivosť). Neskôr sa pridali sociálne problémy- izolácia, strata záujmu o kontakty so známymi, obmedzenie spoločenských aktivít. V súčasnosti sú opatrovatelia ohrození syndrómom vyhorenia, u zaťa, ktorý sa stará o pacientku častejšie sa zhoršil zdravotný stav- diagnostikovaná coxarthróza, ulcus cruris. Finančné problémy sú menej výrazné.

Závisí závažnosť problémov od dĺžky starostlivosti?

Staranie sa rodinného príslušníka je „normálne“ vydržateľné 1 rok, inak hrozí nebezpečenstvo a syndróm vyhorenia (Sorge ,2001). Aj Pidrman, Kolibáš (2005) uvádzajú,

¹⁰ Považujeme prítomnosť syndrómu psychického vyčerpania za potvrdenú

čím je starostlivosť namáhavejšia a dlhšia, tým sú problémy výraznejšie, opatrovatelia sú vyčerpaní telesne, ale aj psychicky v súvislosti s degradáciou osobnosti pacienta a stereotypom starostlivosti. Naši opatrovatelia sa intenzívne starajú o pacientku takmer dva roky. Na začiatku starostlivosti boli plní odhodlania pomôcť, v súčasnosti je starostlivosť pre nich záťažou, zať sa vyjadril, že pobyt v dome chorej považuje za trest dokonca za „galeje“.

Vedie dlhodobá starostlivosť o geriatrického pacienta s demenciou k syndrómu vyhorenia? Nedostatočná, ako aj nadmerná záťaž škodí a môže viesť k zníženiu schopnosti opatrovateľa poskytovať starostlivosť na potrebnej a hlavne bezpečnej úrovni. Zvýšená emocionálna záťaž môže byť jednou z príčin vzniku syndrómu vyhorenia. Preto je potrebné, aby opatrujúci myslel tiež na seba (Tošnerová, 2008). Podobne i Schuler., Oster (2010) uvádzajú: v prípade demencie v strednom a pokročilom štádiu sa často staráme o nepravého, viac ako dementný pacient majú problémy rodinní príslušníci. Pri rozbere prípadu boli opatrovatelia najskôr len ohrození syndrómom vyhorenia, neskôr sa u nich prejavovali aj evidentné príznaky o čom svedčia hodnoty BM dotazníka. Ak ich správanie porovnáme s vývojom syndrómu vyhorenia, tak sa nachádzajú vo fáze frustrácie¹¹.

Návrhy pre prax

Na základe rozboru prípadu, spracovaných poznatkov z odbornej literatúry navrhujeme nasledovné:

1. poskytnúť laickým opatrovateľom informácie o priebehu ochorenia, možnostiach pomoci, praktické rady pri riešení problémov. Okrem poradenstva a poskytnutia informácií zabezpečiť aj písomný materiál alebo odkázať na internetové stránky, ktoré sú venované tomuto ochoreniu.
2. venovať pozornosť problémom rodiny pri každej návšteve, či už v nemocnici alebo v domácom prostredí- všímať si hlavne psychický stav, únavu, príznaky vyhorenia.
3. používať v praxi vhodné nástroje na hodnotenie záťaže a vyčerpania u domácich opatrovateľov ako aj hodnotenie zdravotného, psychického stavu chorého, rovnako aj úroveň jeho sebaopateru a aktivity denného života.
4. zlepšovať koordináciu a kontinuitu sociálnych a zdravotníckych služieb.
5. vytvoriť podmienky na uľahčenie poskytovania starostlivosti respektíve rozšíriť terénne, ambulantné a komunitné služby. Zlepšiť koordináciu zdravotníckych a nezdravotníckych pracovníkov pri starostlivosti o gerontopsychiatrického pacienta a jeho opatrovateľa.
6. rozvíjať odľahčovacie a respitné služby.

Záver

¹¹ Pri hodnotení sme použili fázy 1. nadšenie, 2. stagnácia, 3. frustrácia, 4. apatia, 5. vyhorenie (Křivohlavý, 1998)

Demencia je ochorenie pre ktoré je charakteristické, že na začiatku, pri oznámení diagnózy predstavuje stres pre pacienta a neskôr pre rodinných príslušníkov. Pretože rodinní príslušníci sa najčastejšie venujú starostlivosti, sú dôležitým členom tímu. Preto je nevyhnutná pomoc zo strany zdravotníckych a sociálnych pracovníkov, aby ich starostlivosť bola účelná, ale aj bezpečná- neboli ohrození syndrómom vyhorenia. Medzi možné stratégie pomoci patria kvalitné terénne, ambulantné, komunitné služby, respitné služby a adekvátne vybavené zariadenia sociálnych služieb.

Zoznam bibliografických odkazov

1. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2002. Úloha ošetrovateľstva v ochrane komunitného zdravia. Bratislava : UK, 2002, 175 s. ISBN 80-2231-53-46
2. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. 1.vyd. Martin : Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80-6315-57
3. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2004. *Geriatría pre praktického lekára*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2004, 298 s. ISBN 80-89171-06-0
4. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatría*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2010. 608 s. ISBN 978- 80- 89171-73-6
5. KALVACH, Z. a kol. 2008. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
6. KAFKA, J. a kol. 2004. *Mentálne zdravie, psychiatria a ošetrovateľstvo*. Košice: Mercury, 2004, 286 s. ISBN 80-89203-01-9
7. KRAJČÍK, Š. 2009. Zhoršovanie kognitívnych funkcií ako jedna z kľúčových oblastí výskumu v dnešnej gerontológii. In *Geriatría*. ISSN 1335- 1850. 3/2009, s. 99.
8. KŘIVOHLAVÝ, J. 1998. *Jak nestratiť nadšenie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 131 s. ISBN 80-7169-551-3
9. MININGEROVÁ, L., DUŠEK, J. 2006. *Vybrané kapitoly z psychológie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno : NCONZO, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4
10. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. 2005. *Zmeny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80- 7262- 363 X
11. Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults, Nursing Best Practice Guideline. Registered Nurses Association of Ontario, 2003. 93 s.
12. SCHULER, M., OSTER. P. 2010. *Geriatría od A do Z*. Praha: Grada, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4
13. SORGE, M. Sprevádzanie rodín ťažko chorých. In *Dobrovoľná činnosť v hospici*. Konferencia Mistelbach. Rakúsko. 15.-16. 11. 2001

14. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-72623-656
15. TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. [citované 2008-09-10] Dostupné na internete: [http://www.pecujici.cz/priruckykestazeni.shtml?cmd\[814\]=c-1-p%F%EDru%E8ka%](http://www.pecujici.cz/priruckykestazeni.shtml?cmd[814]=c-1-p%F%EDru%E8ka%)
16. TOUHY, T., JETT, K. 2010. *Gerontological nursing. Healthy aging*. Mosby Elsevier, 2010. 483 s. ISBN 978-0-323-05701-1
17. ZRUBÁKOVÁ, K., HERINKOVÁ, A. 2010. Rodina v procese sprevádzania onkologicky chorého. In: *Zdravotnícke štúdie*. ISSN 1337-723X. č. 2, ročník III, 2010, s.51- 56.

Kontakt

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva

nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: katarina.zrubakova@ku.sk

MOTYWACJA PIELĘGNIAREK W ODDZIAŁACH INTENSYWNEJ TERAPII I PROPOZYCJE ULEPSZEŃ SYSTEMU MOTYWACYJNEGO

Anna Felińczak¹, Katarzyna-Judyta Bolanowska³, Ewa Kuriata¹, Mariola Seń^{1,2}

¹Zakład Organizacji i Zarządzania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Krakowska Akademia i. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych.

³Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, studia II st., Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, pielęgniarka OAiT Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Streszczenie

Skuteczność realizacji funkcji kierownika jest w znacznym stopniu uzależniona od doboru właściwych instrumentów motywacyjnych. Od kilkunastu lat stosuje się w Polsce politykę mającą na celu ograniczenie wynagrodzeń, dlatego szpitale powinny przyjąć strategię kształtowania płac na drodze różnorodnych oddziaływań motywacyjnych. System motywacyjny w placówce powinien być budowany przez pracodawcę nie według jakiegoś powszechnie obowiązującego wzorca, ale przez poznanie swojego personelu i wypracowanie adekwatnego dla tego personelu systemu motywowania.

Celem niniejszych badań było określenie, czy pielęgniarki w oddziałach intensywnej terapii uważają system motywacyjny w swojej placówce za dobry i zbadanie jakich zmian systemu oczekują.

Grupę badawczą stanowiły pielęgniarki pracujące w klinikach anestezjologii i intensywnej terapii w dwóch dużych szpitalach we Wrocławiu. Na tych oddziałach pracuje ok. 140 osób. Narzędziem był formularz ankietowy (N=100).

Wyniki. Aż 88 osób na 100 uważa, że system motywacji stosowany w ich miejscu pracy wymaga poprawy. Pielęgniarki wymieniały postulaty co do konstrukcji systemów motywacyjnych.

Wnioski. Dyrekcje szpitali powinny pilnie zwrócić uwagę na opracowanie lub dopracowanie systemów motywacyjnych opartych na: dostosowaniu wysokości wynagrodzenia do wymagań miejsca pracy; opracowaniu systemu premii; zwiększeniu dostępności szkolenia się; dofinansowaniu szkolenia zawodowego; dbałości o przyjazną atmosferę pracy. Dyrekcje szpitali powinny też czynić działania w celu polepszenia relacji między personelem. Dyrekcje

powinny umożliwić uzyskiwanie dodatkowych zleceń na terenie szpitala, w którym pielęgniarki są zatrudnione. Dyrekcje powinny rewaloryzować wynagrodzenie pielęgniarek.

Słowa kluczowe: Praca-satysfakcja. Personel medyczny-postawy pielęgniarek. Wynagrodzenie pielęgniarek.

Abstract

Background. Appropriate instruments of motivation make leaders' job efficient. Reforms of the health care system in Poland conducted during the last decades limit remuneration and force hospitals to build strategies of differentiated motivational systems. The last should not be built according to uniform standard but should be adjusted to actual personnel's needs by thorough surveying of workers and finding appropriate instruments of motivation.

Objectives. Assessment of motivational systems by nurses working in intensive care wards. Finding of postulated changes.

Material and Methods. An anonymous survey was conducted among 140 nurses working in intensive care wards in big hospitals in Wroclaw. 100 answers were collected.

Results. Of 100 interviewed 88 declares that system of motivation in their hospitals should be improved. Nurses enlisted postulated changes.

Conclusions. Hospital managers should focus on reworking of the systems of motivation basing them on adjusting of remuneration to the level of demands, establishing of system of bonuses; making further professional education more available; giving financial help for further professional education, taking care for friendly working environment. Measures should be taken to enhance interpersonal relations between workers. Nurses should be given opportunity to get additional charges in their hospitals rather than seek for work in other organizations. Remuneration of nurses should be valorized.

Key words: Job Satisfaction HF 5549.5.J63. Attitude of Health Personnel. Nurses WY 87. Salaries and Fringe Benefits. Of nurses WY 77.

Wprowadzenie

Skuteczność realizacji funkcji kierownika jest w znacznym stopniu uzależniona od doboru właściwych instrumentów motywacyjnych. Każdy pracownik posiada motywację, choćby minimalną, która sprawia, że w ogóle przychodzi do pracy. Minimalna motywacja może jednak nie wystarczyć do sprawnego realizowania celów organizacji.

Istnieją trzy źródła wyznaczające cele i kierunki ludzkiej aktywności: system potrzeb człowieka, zadania stawiane przez innych, zadania stawiane samemu sobie. Współcześnie

za najbardziej wartościowe uznaje się teorie motywacji, które uwzględniają różnorodność potrzeb człowieka. Dobry system motywacyjny powinien zaspokajać różnorodne potrzeby, a nie koncentrować się na wyszukaniu jakiegoś jednego czynnika, który dobrze motywuje. Przykładowo według teorii Bittel'a motywująco działają: pieniądze, sprawiedliwe traktowanie, dzielenie odpowiedzialności [1]. Dobry system motywacyjny to taki, w którym pracownik odczuwa równowagę pomiędzy tym, co z siebie daje w pracy a tym, co otrzymuje od pracodawcy. Większość autorów uważa, że to poczucie równowagi daje pracownikowi satysfakcję i skłania do zaangażowania w osiągnięcie celów organizacji.

Warunki odczuwania satysfakcji z pracy przez pracowników wymieniane w podręcznikach zarządzania to: 1. sprawiedliwy system płac, 2. względnie wysoka płaca, 3. rzeczywista możliwość awansu, 4. troskliwe, aktywne i zaangażowane kierownictwo, 5. interesujące i zróżnicowane zadania, 6. wyzwania, 7. odpowiedni stopień społecznej interakcji wśród pracowników.

Restrukturyzacja organizacji, jaka dokonuje się w Polsce w ostatnich czasach, sprawia, że stają one przed zadaniem budowania nowego systemu wynagradzania. Systemu, który będzie „złotym środkiem” między satysfakcją pracownika, a zadowoleniem pracodawcy. Płaca jest dla pracownika komunikatem, w jakim stopniu ceni się jego pracę. Natomiast pracodawca chcąc ponieść jak najmniejsze koszty, pragnąłby wypłacać jak najmniejsze pensje, dlatego właśnie organizacja musi przyjąć strategię kształtowania płac na drodze różnorodnych oddziaływań motywacyjnych.

Od kilkunastu lat obserwuje się w Polsce u personelu medycznego niezadowolenie z wysokości wynagrodzenia, choć niektóre badania wskazują, że jest ono dzisiaj mniejsze niż 5-8 lat temu [2,3]. Strajki są drastycznym wyrazem niezadowolenia, jednak brak strajków nie oznacza, że w systemie ochrony zdrowia dzieje się dobrze. W nawiązaniu do teorii Adamsa, zdaniem Goodmana i Fiedmana [4], osoby, które czują się zbyt nisko nagradzane względem innych osób, próbują zmniejszyć tę nierówność, np. ograniczając swój wkład (tzn. redukując wysiłek), zwiększając wynagrodzenie (występując o podwyżkę), zniekształcając pierwotną proporcję (nakładów w stosunku do wyników) w drodze racjonalizacji, próbując wpłynąć na zmiany jednego lub drugiego składnika u siebie (w odpowiedniej proporcji u innych), wyłączając się z gry, albo zmieniając obiekt porównań. Są to zachowania niekorzystne dla organizacji.

Należy zauważyć, że stopień odczuwanej przez człowieka satysfakcji zależy w dużej mierze od niego samego, jego oczekiwań, potrzeb i możliwości ich zaspokojenia w miejscu pracy. Oznacza to, że system motywacyjny w placówce powinien być budowany przez pracodawcę nie według jakiegoś powszechnie obowiązującego wzorca, ale przez poznanie

swojego personelu i wypracowanie odpowiedniego dla tego personelu systemu motywowania.

Badanie poziomu satysfakcji z pracy nie jest proste. Satysfakcja może na przykład płynąć z poczucia sensowności wykonywanej pracy a więc jest w pewnym stopniu niezależna od działań pracodawcy. Armstrong [5] zwraca uwagę na to, że przeprowadzone badania wcale nie potwierdziły istnienia specjalnie silnego i co więcej – pozytywnego – związku między satysfakcją a efektami, ponieważ wydajny pracownik niekoniecznie odczuwa satysfakcję, a usatysfakcjonowany pracownik niekoniecznie wydajniej pracuje. Niektórzy uważają nawet, że to raczej satysfakcja wynika z dobrych efektów, a nie odwrotnie.

Celem niniejszych badań było określenie, czy pielęgniarki w oddziałach intensywnej terapii uważają system motywacyjny w swojej placówce za dobry i zbadanie jakich zmian systemu oczekują.

Materiał i metody

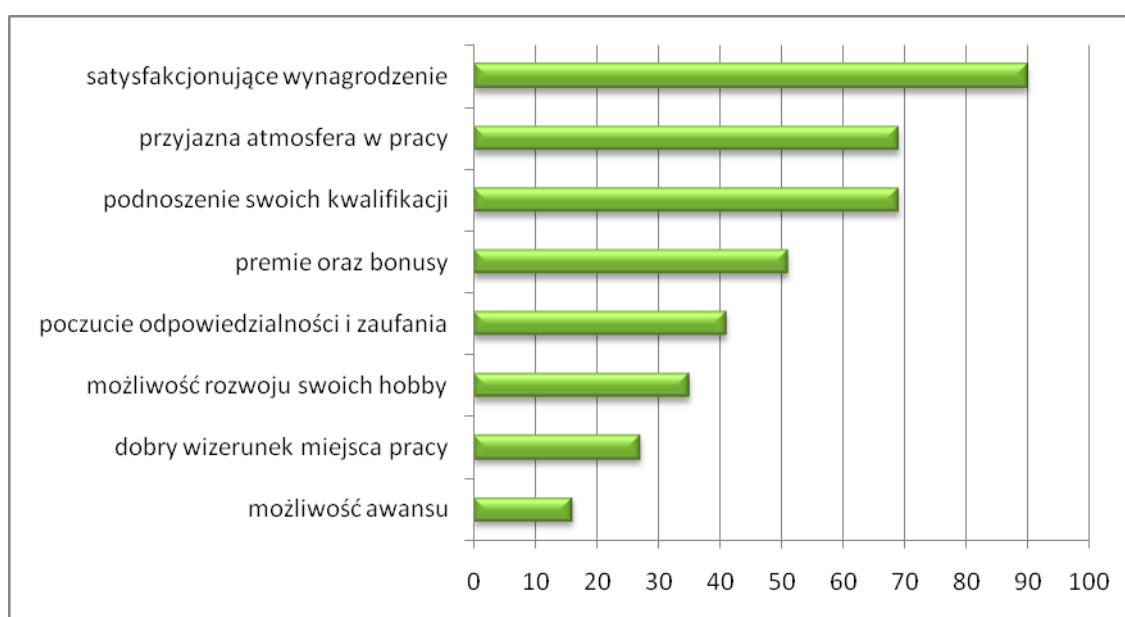
Badania przeprowadzono na przełomie 2010 i 2011 roku, w dwóch szpitalach we Wrocławiu, na Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Były to Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego oraz Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1. W badaniach posłużono się samodzielnie opracowanym kwestionariuszem ankietowym zawierającym pytania dotyczące: zadowolenia z poszczególnych aspektów codziennej pracy zawodowej, stresu zawodowego, zdarzeń traumatycznych, wypalenia zawodowego.

Zebrano 100 wypełnionych formularzy ankietowych od około 140 pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii (7 mężczyzn, 93 kobiety). Średni wiek badanych wynosił 33 lata (odch. std. 8,4 ; min. 23 lata; max 55 lat). Dla celów porównań statystycznych podzielono badanych na osoby do 35 lat włącznie (62 osoby) i powyżej 35 lat (38 osób). Średni staż pracy badanych wynosił 10 lat (odch. std. 9; min. 1 rok; max.30 lat) z przewagą osób o stażu do 5 lat (49 osób). Do celów badań podzielono badanych na tych, którzy mają staż pracy do 5 lat (49 osób) i staż dłuższy niż 5 lat (51 osób). Wykształcenie było zróżnicowane, do celów porównań podzielono badanych na tych, którzy ukończyli studia wyższe (64 osoby) i pozostałych (36 osób). Większość badanych pełniło stale lub okresowo funkcje inne niż pielęgniarka odcinkowa. Na umowę o pracę zatrudnione były 84 osoby, na umowę-zlecenie 16 osób. Trzydzieści trzy osoby pracowały w więcej niż 1 placówce. Zmiany w pracy u badanych trwają po 12 godzin (zmiana dzienna, zmiana nocna), na krótkie dyżury pracują jedynie zatrudnione w SPSK pielęgniarki instrumentariuszki. Duża grupa osób dojeżdża z odległych części miasta bądź z okolicznych miejscowości. Dojazd do pracy zajmuje 85 osobom mniej niż godzinę, zaś 15 osobom 1-2 godzin. Najdłuższy czas dojazdu do pracy wynosi 120min (2 godziny).

Wyniki

Aż 88 osób na 100 uważa, że system motywacji stosowany w ich miejscu pracy wymaga poprawy.

Badani mieli wybrać spośród zaproponowanych ośmiu czynników motywujących cztery, które ich zdaniem są najskuteczniejsze. Wyniki pokazują, że pielęgniarki chciałyby być motywowane: satysfakcjonującym wynagrodzeniem (90%), przyjazną atmosferą w pracy (69%) i możliwością podnoszenia swoich kwalifikacji (udziałem w szkoleniach, kursach, wyjazdach – 69%). Czynnikiem motywującym, na którym najmniej zależy personelowi oddziałów intensywnych terapii są: możliwość awansu (16%) i dobry wizerunek miejsca pracy (27%). Wyniki przedstawia wizualnie rycina 1.



Ryc. 1. Część pielęgniarek uznających dany czynnik za motywujący

Fig. 1. Share of nurses who consider a particular factor as positively motivating

Pielęgniarki mogły również opisać jakie działania, ich zdaniem, powinien podjąć ich pracodawca. Najczęściej sugerowane pracodawcy działania to:

1. zadbanie o poprawę komunikacji między poszczególnymi szczeblami pracowników, także między tymi wyższymi – ordynator, oddziałowa, dyrekcja, a niższymi – lekarze, pielęgniarki, salowe, poprzez organizowanie np.: zajęć integracyjnych, szkoleń wyjazdowych, imprez pracowniczych;
2. motywować swój personel/podwładnych do współpracy a nie rywalizacji; bardziej szanować swój personel za wykonywaną ciężką pracę; stosować pozytywną krytykę; w razie niedociągnięć omawiać problemy z osobami zaangażowanymi;

3. zaprzestać niesprawiedliwej oceny, ostrego nieuzasadnionego krytycyzmu i ingerencji w mało istotne kwestie codziennej pracy personelu; dotrzymywać obietnic o premiach i nagrodach;
4. poprawić motywację finansową – pensja powinna być adekwatna do wykształcenia, „ciężkości” oddziału i zakresu obowiązków oraz do pełnionych dodatkowych funkcji;
5. zapewnić na oddziale odpowiednią ilość personelu, w stosunku do liczby pacjentów i stawianych personelowi wymogów (dodatkowe funkcje, dodatkowe obowiązki);
6. wypracować i zarządzić jednolity system postępowania: określić dokładny i sprawiedliwy zakres obowiązków zmiany nocnej i dziennej;
7. zatrudnić na stanowisko pielęgniarki interwencyjno-zabiegowej dodatkową pielęgniarkę (tak jak jest osobny lekarz interwencyjny!);
8. zadbać o porządne zabezpieczenie oddziałów w sprzęt, środki do ochrony własnej personelu, środki do pielęgnacji i leczenia pacjentów (dobrej jakości i odpowiedniej ilości);
9. poprawić system wdrażania do pracy: organizować częstsze szkolenia wewnątrz-oddziałowe z zakresu obsługi sprzętu i z postępowania w sytuacjach nagłych (ZNK, intubacja);
10. przeszkolić personel adekwatnie do stawianych mu wymagań (personel odpowiedzialny za dializy przeszkolony do filtracji, personel neurologiczny – do pacjentów neurologicznych itd.);
11. ułatwiać pracownikom zdobywanie dalszych kwalifikacji: organizować kursy i szkolenia w miejscu pracy; informować o odbywających się konferencjach; dofinansowywać kształcenie się (studia, specjalizacje, kursy); przydzielać urlopy szkoleniowe proporcjonalne do ilości odbywających się zajęć;
12. zadbać o to, by personel miał możliwość wypoczynka i pożywienia się w czasie pracy w godziwy sposób: udostępnić odpowiedni pokój socjalny, założyć stołówkę pracowniczą;
13. umożliwić spotkania z psychologiem i zadbać o zorganizowanie zajęć, szkoleń i warsztatów z komunikacji międzyludzkiej, z komunikacji z pacjentem; warsztatów uczących metod radzenia sobie ze stresem, metod relaksacji.

Omówienie wyników

Z badań wynika, że aż 88 % badanych uważa, że system motywacji stosowany w ich miejscu pracy wymaga poprawy. Wiele osób dopisało na marginesie arkusza, że „systemu motywacyjnego nie ma wcale”, a premie i bonusy, jeśli w ogóle są przyznawane, to niesprawiedliwie.

Badania własne wykazały podobną strukturę czynników motywacyjnych jak inne prace opisujące pielęgniarki; są również zbieżne ze współczesnymi teoriami motywacji.

W badaniu Tomaszewskiej (N=50, Warszawa, 2009 rok) pielęgniarki miały możliwość zaznaczenia jednego, najbardziej dla nich motywującego czynnika: 30 % wybrało „możliwość rozwoju zawodowego”, 22 % wybrało „wynagrodzenie”, a 22 % „warunki pracy” [6]. Autorkę zastanawia fakt, że czynniki pozaekonomiczne mają większe znaczenie niż czynniki stricte ekonomiczne. Sądzi ona, że takie podejście do zawodu pielęgniarki podyktowane jest systemem wartości, który jest „wpisany w ten zawód”. Autorka uważa, że rozwój zawodowy daje poczucie poprawy jakości świadczonych usług oraz wzrost odpowiedzialności zawodowej, co jest naturalną potrzebą dla osób pracujących w zawodzie pielęgniarki.

W niniejszym badaniu podobne trzy czynniki ujawniły się jako najważniejsze. Najwięcej pielęgniarek (90 %) chciałoby być motywowanych satysfakcjonującym wynagrodzeniem, a dwa kolejne czynniki przez nie wymieniane, to: przyjazna atmosfera w pracy (69 %) i możliwość podnoszenia kwalifikacji (69%). Niewykluczone, że o ich kolejności zadecydowała struktura wieku (duża część pielęgniarek młodych stażem w moich badaniach). Bez względu na to, jak uszeregujemy trzy najważniejsze czynniki motywujące pielęgniarki do efektywnej pracy, wymieniane przez respondentów w badaniach własnych, wszystkie te czynniki powinny stanowić o kierunku prac nad opracowaniem skutecznego systemu motywacyjnego badanych placówek.

Możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych, uznana za jeden z najważniejszych czynników motywujący przez 69 % badanych, jest wciąż dyskutowana. Personel od lat uważa możliwość uczestniczenia w doskonaleniu zawodowym i dofinansowanie szkolenia przez pracodawcę zarówno za ważne jak i trudno dostępne. W przekrojowych badaniach METE (2003/2004, N=424) 80 % polskich pielęgniarek szpitalnych uznało uczestnictwo w dalszym szkoleniu zawodowym za bardzo ważne lub ważne zaś tylko 30 % badanych uznało, że ma faktycznie bardzo dobrą lub dobrą możliwość uczestnictwa w dalszym szkoleniu zawodowym [7]. Należy mniemać, że dyrekcje szpitali są świadome zapotrzebowania personelu na rozwój zawodowy, jednak z różnych przyczyn ograniczają możliwość uczestnictwa personelu w różnych formach szkoleń i kursów.

W badaniach Kosińskiej i Pilarz [8] pielęgniarki biorące udział w szkoleniach podyplomowych wymieniały jako najważniejsze wartości zawodowe:

- taktowne, sprawiedliwe i wyrozumiałe relacje z przełożonymi;
- warunki pracy, czyli dobrze wyposażone stanowisko pracy, spokojna atmosfera;
- altruizm, rozumiany jako wspomaganie, wspieranie i troszczenie się o innych;
- bezpieczeństwo (pewność miejsca pracy i zatrudnienia);
- dobre kontakty ze współpracownikami.

Również ta lista wskazuje na to jak ważne są pozamaterialne bodźce motywujące pielęgniarki do pracy. Wyniki obecnych badań są zbieżne z powyższymi. Zbieżność dotyczy też faktu, że możliwość awansu znalazła się najniżej w rankingu czynników motywujących, była wymieniona tylko przez 16 % badanych przez nas pielęgniarek. Zdaniem Kosińskiej i Pilarz brak chęci pełnienia roli lidera wiąże się z cechami osobowości charakterystycznymi dla grupy zawodowej pielęgniarek. Autorki przypuszczają, że postawa taka wynika z wysokiego poziomu ugodowości.

Wyniki badań własnych do refleksji. Pomimo, że teorie motywacji i opinie personelu są z pewnością znane dyrekcjom szpitali, przytoczona lista postulatów personelu jest długa a odsetek niezadowolonych z obecnych systemów motywacyjnych wysoki. Uwarunkowania tego stanu rzeczy muszą być złożone.

Wnioski

Dyrekcje szpitali powinny:

1. pilnie zwrócić uwagę na opracowanie lub dopracowanie systemów motywacyjnych opartych na: dostosowaniu wysokości wynagrodzenia do wymagań miejsca pracy; opracowaniu systemu premii; zwiększeniu dostępności szkolenia się; dofinansowaniu szkolenia zawodowego; dbałości o przyjazną atmosferę pracy.
2. czynić działania w celu polepszenia relacji między personelem.
3. umożliwić uzyskiwanie dodatkowych zleceń na terenie szpitala, w którym pielęgniarki są zatrudnione.
4. starać się o rewaloryzację wynagrodzenia pielęgniarek.

Piśmiennictwo

1. BITTEL L.R.: Krótki kurs zarządzania. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
2. BOLANOWSKA K.J.: Satysfakcja z pracy personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach o profilu chirurgicznym Akademickiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu. Praca dyplomowa. Wrocław 2009. (dane nieopublikowane)
3. BOLANOWSKI W., WASZKIEWICZ L.: Work satisfaction in hospital medical personnel in Poland. Polish Environmental Studies 2006, 15(2B, part 1): s.98-101.
4. GOODMAN P.S., FRIEDMAN A.: An examination of Adam's Theory of Inequity. Administrative Science Quarterly. 1971(10): s.271-288 [za:] Griffin R.W.: Podstawy Zarządzania Organizacjami. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996: s. 474.
5. ARMSTRONG M.: Zarządzanie zasobami ludzkimi. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.
6. TOMASZEWSKA T.M.: Motywacja w pracy pielęgniarki. PFED Magazyn Edukacyjny Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii 8/III/2009: s.1-3.
7. BOLANOWSKI W., WASZKIEWICZ L. Attendance to continuous education in hospital personnel in Poland. In: Nina Gozdek, Marian Sygit. Health Promotion – Theoretical and Practical Aspects. Werset, Lublin 2005, pp 162-170.
8. KOSIŃSKA M., PILARZ Z.: Satysfakcja pielęgniarek z pracy zawodowej i jej uwarunkowania. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin-Polonia, Vol.LX, Suppl.XVI, 236 sectio D, 2005: s.46-53.

VPLYV ALERGICKÉHO OCHORENIA DIEŤAŤA NA VZŤAHY V RODINE

Helena Kadučáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Resumé

Osobnosť každého dieťaťa, nielen v zdraví ale i v chorobe, je rovnako individuálna, svojbytná a jedinečná ako osobnosť každého dospelého človeka. Cieľom práce bolo zistiť vplyv alergického ochorenia dieťaťa na vzťahy v rodine. Prostredníctvom štandardizovaného *Dotazníka zdravia a spokojnosti*, kde bola použitá len subškála *Parent-child interactions*, sme zisťovali vzťahy medzi rodičmi a deťmi v štyroch dimenziách výchovy - v inkonzistencii rodičovskej výchovy, v rodičovskom záujme, v rodičovskej kontrole a vo vrelosti rodičov. Vzorku tvorilo 35 detí, (z toho 19 dievčat 16 chlapcov), u ktorých bolo diagnostikované chronické alergické ochorenie. Na základe analýzy získaných dát, sa zistilo, že deti s alergickým ochorením pociťujú od rodičov zvýšenú kontrolu a pociťujú vyššiu mieru inkonzistencie rodičovskej výchovy. Ďalej sa zistilo, že záujem a vrelosť rodičov je vyššia u dievča ako u chlapcov. Identifikovanie vzťahov a výchovy rodičov v rodine z pohľadu chorého dieťaťa môže byť východiskom pre adekvátne prispôsobenie sa rodiny individuálnym potrebám dieťaťa, čím sa pozitívne ovplyvní kvalita života chorého dieťaťa.

Kľúčové slová: Choré dieťa. Vplyv ochorenia. Vzťahy v rodine.

Resumé

Personality of each child, not just in health but also in disease, is as an individual, distinctive and unique as the personality of each adult. The objective of this work was to identify the impact allergic disease in child family relationships. Through a standardized questionnaire and health satisfaction, which was used subscale *Parent-child interactions*, were identified relationships between parents and children in the four dimensions of education - inconsistencies in parenting, parental interest, parental control and warmth of their parents. Sample consisted of 35 children, (of which 19 girls 16 boys) who were diagnosed with allergic disease. Based on the analysis of the data revealed that children with allergic disease suffer from increased parental control and experience greater parenting inconsistency. It was also found that parents' warmth and interest is higher among girls than boys. Identifying relationships and education of parents in the family from the perspective of

sick child can be the basis for appropriate adaptation to the individual needs of the family child, thus positively influence quality of life of sick child.

Key words: Sick child. The impact of the disease. Family relations.

Úvod

Chronické alergické ochorenia sa stávajú stále významnejším zdravotným problémom modernej spoločnosti, nakoľko ich výskyt v detskej populácii stále stúpa. Diagnóza chronického alergického ochorenia sa a netýka len samotného dieťaťa, ale aj jeho rodiny a blízkeho sociálneho okolia. Rodina prežíva fyzickú, psychickú, sociálnu alebo finančnú záťaž. Mení sa štruktúra rodiny a táto veľká zmena opäť ovplyvňuje celkovú funkciu rodiny a role jednotlivých členov rodiny. Podľa Vymětala (2003) základnou univerzálnou psychosociálnou potrebou chronicky chorého dieťaťa v rodine a spoločnosti je potreba bezpodmienečnej akceptácie zo strany najbližších ľudí, teda úplné prijatie dieťaťa a pozitívny vzťah týchto osôb k dieťaťu, ktoré tieto kvality musia prejavovať tak, aby ich dieťa skutočne zreteľne vnímalo. Potreba rodičov vytvoriť a udržiavať vhodné, príjemné prostredie pre život dieťaťa mala by byť prirodzená a stať sa mimoriadnou príležitosťou na upevnenie rodiny.

Cieľ práce

Cieľom práce bolo zistiť vplyv alergického ochorenia dieťaťa, vplyv pohlavia dieťaťa a vplyv veku rodičov na vzťahy v rodine v dimenziách inkonzistencii rodičovskej výchovy, v rodičovskom záujme, v rodičovskej kontrole a vo vrelosti rodičov. Miera jednotlivých vzťahov rodine bola skúmaná z pohľadu chorého dieťaťa.

Súbor

Vzorku respondentov tvoril súbor 35 detí (19 dievčat 16 chlapcov). Do skúmaného súboru boli zaradené detí vo veku 11-14 rokov, u ktorých bolo diagnostikované chronické alergické ochorenie.

Metodika

Na zber empirických dát bola použitá subškála - Parent-child interactions zo štandardizovaného „Dotazníka zdravia a spokojnosti“. Subškála sa v 24 položkách zameriavala na vzťahy medzi rodičmi a deťmi v štyroch dimenziách výchovy – inkonzistenciu výchovy, rodičovský záujem, rodičovskú kontrolu a rodičovskú vrelosť.
inkonzistenciu výchovy

Reliabilita dimenzií týkajúca sa zisťovaných premenných (Cronbachova alfa) bola nasledovná:

inkonzistencia rodičovskej výchovy	0,560
rodičovský záujem	0,598
rodičovská kontrola	0,705
rodičovskú vrelosť	0,649

Respondenti pomocou dotazníka hodnotili správanie rodičov na štvorbodovej frekvenčnej škále (1 - nikdy, 2 - málokedy, 3 - občas, 4 - často).

Miera jednotlivých aspektov výchovy je vyjadrená priemerným skóre. Na kvantitatívnu analýzu dát sme použili t-test a analýzu rozptylu. Po overení štatistickej významnosti sme porovnali aritmetické priemery jednotlivých aspektov rodičovskej výchovy z hľadiska aktuálne vybratej premennej.

Výsledky a interpretácia

Vplyv alergického ochorenia na vzťahy v rodine

Vo výsledkoch štatistickej analýzy z hľadiska vplyvu alergického ochorenia na vzťahy v rodine sú štatisticky významné rozdiely v premenných: rodičovský záujem, rodičovská kontrola a vrelosť rodičov (tab.1).

Tabuľka 1 Celkové priemery jednotlivých dimenzií rodičovskej výchovy u chorých detí

Premenná	Počet	Priemer	SD	p
Inkonzis. rodičovskej výchovy	35	2,15	0,64	0,150
Rodičovský záujem	35	3,01	0,52	0,000
Rodičovská kontrola	35	2,79	0,60	0,030
Rodičovská vrelosť	35	3,54	0,39	0,000

SD (smerodatná odchýlka), p(štatistická významnosť)

Dimenzie rodičovskej výchovy z hľadiska pohlavia detí

Tabuľka 2 Analýza rozptylu: vplyv pohlavia detí na hodnoty jednotlivých dimenzií rodičovskej výchovy

Vzťahy v rodine	F (3; 354)	p
Inkonzis. rodičovskej výchovy	1,099	0,350
Rodičovský záujem	14,903	0,000
Rodičovská kontrola	2,032	0,109
Rodičovská vrelosť	13,682	0,000

Pri hodnotení vplyvu pohlavia dieťaťa na hodnoty jednotlivých dimenzií rodičovskej výchovy sa zisti štatisticky významne dve premenné: rodičovský záujem a rodičovská vrelosť (tab.2).

Tabuľka 3 Priemery jednotlivých dimenzií rodičovskej výchovy z hľadiska pohlavia detí (chlapec/dievča)

	P	SD	P	SD	P	SD	P	SD
Počet	Inkonzis. rodič. výchovy	Inkonzis. rodič. výchovy	Rodič. záujem	Rodič. záujem	Rodičovská kontrola	Rodičovská kontrola	Rodičovská vrelosť	Rodičovská vrelosť
16 (Ch)	2,13	0,634	2,82	0,526	2,72	0,666	3,46	0,404
19 (D)	2,18	0,655	3,18	0,454	2,85	0,533	3,62	0,368

V dimenziách rodičovský záujem a rodičovská vrelosť boli namerané vyššie priemerné skóre u dievčat ako u chlapcov (tab.3)

Vzťah rodičov k deťom z hľadiska závažnosti neskorých komplikácií

Tabuľka 4 Analýza rozptylu: vplyv závažnosti neskorých následkov u detí na vzťahy v rodine

Vzťahy v rodine	F (3; 85)	p
Inkonzis. rodičovskej výchovy	0,306	0,821
Rodičovský záujem	0,847	0,472
Rodičovská kontrola	1,795	0,154
Rodičovská vrelosť	0,327	0,806

Z hľadiska závažnosti komplikácií sa nezistili signifikantné rozdiely vo vzťahoch v rodine

Tabuľka 5 Priemery jednotlivých dimenzií rodičovskej výchovy z hľadiska závažnosti neskorých následkov u detí (0 - bez následkov, 1 – nízka, 2 – stredná, 3 – vysoká závažnosť neskorých následkov)

		P	SD	P	SD	P	SD	P	SD
Závažnosť následkov	Počet	Inkonzis. rodič. výchovy	Inkonzis. rodič. výchovy	Rodič. záujem	Rodič. záujem	Rodičovská kontrola	Rodičovská kontrola	Rodičovská vrelosť	Rodičovská vrelosť
0	9	2,20	0,683	3,10	0,492	2,93	0,542	3,52	0,391
1	12	2,06	0,711	2,95	0,534	2,72	0,574	3,61	0,385
2	8	2,12	0,528	2,91	0,594	2,68	0,658	3,51	0,377
3	6	2,24	0,445	2,89	0,486	2,50	0,753	3,54	0,477

Nezistili sa žiadne významné štatistické rozdiely v jednotlivých dimenziách rodičovskej výchovy z hľadiska závažnosti neskorých následkov (tab.5)

Vplyv veku rodičov na výchovu a vzťah k deťom

Tabuľka 6 Analýza rozptylu: vplyv veku rodičov na hodnoty jednotlivých vzťahov v rodine

Vzťahy v rodine	F (3; 85)	p
Inkonzis. rodičovskej výchovy	0,472	0,702
Rodičovský záujem	2,383	0,075
Rodičovská kontrola	0,369	0,776
Rodičovská vrelosť	1,990	0,122

Ako vyplýva z tab. 6 nezistila sa štatistická významnosť medzi vekom rodičov a vzťahmi v rodine

Tabuľka 7 Priemery jednotlivých dimenzií rodičovskej výchovy z hľadiska veku rodičov detí

(1 – do 34 rokov, 2 – od 35 do 39 rokov, 3 – od 40 do 45 rokov)

vek	Počet	P	SD	P	SD	P	SD	P	SD
		Inkonzis. rodič. výchovy	Inkonzis. rodič. výchovy	Rodič. záujem	Rodič. záujem	Rodičovská kontrola	Rodičovská kontrola	Rodičovská vrelosť	Rodičovská vrelosť
1	16	2,23	0,539	3,02	0,560	2,81	0,666	3,69	0,260
2	8	2,21	0,700	2,96	0,549	2,81	0,660	3,44	0,474
3	11	2,03	0,649	2,87	0,477	2,69	0,547	3,52	0,365

Nezistili sa žiadne signifikantné rozdiely v priemernom skóre z hľadiska veku rodičov a dimenziami rodičovskej výchovy (tab.7).

Rodina je pre dieťa najdôležitejšie výchovné spoločenstvo, v ktorom prebieha primárna socializácia, kde sa dieťa postupne orientuje v danom sociokultúrnom prostredí osvojuje si základné kultúrne návyky, formy sociálnej komunikácie, sociálne roly primerané veku a spoločenské normy a hodnoty (Matulníková 2009, s.449).

Pri chronickom ochorení dieťaťa je významná compliance dieťaťa nakoľko výchovnými postojmi v rodine je ovplyvnené prežívanie ochorenia dieťaťa. Dobré vzťahy sú predpokladom jeho uzdravovania. Pre ďalší vývoj ochorenia je dôležitý nielen výchovný postoj rodičov, ale aj vzťahy medzi všetkými členmi a stabilné domáce prostredie (Fendrychová, Klimovič, 2005). Môžeme konštatovať, že dieťa a jeho ochorenie sú v istej miere ovplyvňované svojimi rodičmi. Tým ako sa k nemu správajú, ale aj tým ako sa správajú k sebe navzájom. Stabilita rodinného prostredia, a teda aj výchovy, dodáva dieťaťu pocit istoty.

V našom súbore detí sa preukázal vyšší rozdiel v záujme a vo vrelosti rodičov. Záujem rodičov detí, ktoré majú za sebou úspešnú liečbu, môže byť odôvodnený strachom a

zároveň snahou o to, aby sa dieťa po návrate do každodenného života zapájalo do rôznych aktivít ako zdravé deti. Na to, aby sa dieťa čo najrýchlejšie zotavilo a udržalo si v rámci svojich možností svoj dobrý zdravotný stav – fyzický i psychický, potrebuje dostatok lásky od svojich najbližších. Láska prejavovaná verbálne i non-verbálne a je potrebná pre všetky deti. Možno to, že chronicky choré deti vnímajú prejavy náklonnosti a vrelosti rodičov viac ako deti zdravé, súvisí s ich vyššou potrebou starostlivosti v období hospitalizácií, akútneho obdobia ochorenia prípadnej relapsu ochorenia. Rodičia, ktorí sú dlhú dobu vystavení strachu o svoje vlastné dieťa, začnú vnímať svoj vzťah k nemu inak.

Deti po odznení akútnej fázy ochorenia sa cítia viac kontrolované ako deti zdravé. Dá sa to interpretovať vyšším strachom rodičov o ich deti. Pre jednotlivých členov rodiny práve ochorenie dieťaťa môže byť spúšťačom emocionálnych, behaviorálnych i somatických symptómov stresových reakcií (Slezáčková, 2009). Z toho vyplýva, že týmto ťažkým obdobím je poznačená celá rodina - výchova, postoje rodičov a vzájomné vzťahy v rodine. Ženy sú slabšie, citlivejšie a zraniteľnejšie pohlavie. V našich výsledkoch je záujem a vrelosť rodičov vyššia práve u ženského pohlavia. V rámci našej kultúry ženy boli a sú považované za emocionálnejšie a vnímajú rodinný život viac v jeho bezprostrednej a živej realite, postihujú ho priamo v jeho základných vzťahoch. Muži naopak akoby ho hodnotili a posudzovali z abstraktnejšej pozície logickej operácie abstrahovania a kategorizovania skôr v jeho účinkoch ako v jeho bezprostrednom prežívaní (Mydlíková, et al., 2005, s. 52), čo potvrdzujú aj výsledky našej štúdie.

Z praxe by sme mohli predpokladať, že so stúpajúcim rizikom závažnosti následkov ochorenia dieťaťa bude klesať inkonzistencia výchovy a stúpať záujem, kontrola a vrelosť rodičov, nakoľko tieto deti si vyžadujú od rodiny väčšiu starostlivosť a pozornosť. Výsledky štúdie ukazujú, že vplyv tejto premennej na jednotlivé aspekty výchovy je štatisticky nevýznamný. Aby sa potvrdilo, že závažnosť neskorých následkov má vplyv na výchovu a vzťahy v rodine, bolo by potrebné pomocou kvalitatívneho výskumu zamerať sa na fungovanie rodiny.

Podobne by bolo potrebné, zistiť či má vek rodičov vplyv na výchovu detí všeobecne bez ohľadu na ochorenie. Nakoľko výsledky v našej štúdii sa neukázali ako štatisticky významné. Je všeobecne známe, že rodičia a ich výchovné ciele či spôsob výchovy sú ovplyvňované ich skúsenosťami z vlastnej pôvodnej rodiny, tradíciou, postojmi, osobnosťou rodičov a pod. To znamená, že aj určitá zrelosť, prichádzajúca napríklad vekom vplyva na výchovu v rodine, a teda aj na vzťahy medzi jej členmi.

Záver

Proces výchovy je celoživotným procesom, ktorého produktom je systém rolí, internalizácia postojov hodnôt a správania, v súlade so spoločenskými a kultúrnymi normami, ktorými sa deti budú riadiť. Je známe, že čím ďalej, tým viac, je v rámci liečby a starostlivosti o tieto deti, pozornosť venovaná práve kvalite života chorých jednotlivcov a ich rodín. Alergické ochorenie je naozaj veľkou záťažou pre celú rodinu. Preto na ňu nesmieme zabúdať a mali by sme sa snažiť o pomoc a podporu nielen v oblasti pedagogickej, sociálnej ale aj zdravotnej a najmä humánnej. Nie je ľahké vžiť sa do role rodiča či dieťaťa, ich aktuálnej situácie, ale práve takéto výskumy a štúdie nám umožňujú nahliadnuť do života týchto rodín.

Zoznam bibliografických odkazov

1. MATOUŠEK, O. 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.
2. MATULNÍKOVÁ, L. 2009. Aplikácia ekologickej teórie v Mercerovej modely dosiahnutia materskej roly In *Ošetrovatel'stvo 21. storočia v procese zmien*. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2009. s. . 448-453. ISBN 978-80-8094-554-1.
3. MYDLÍKOVÁ, E.- GABURA, J. - SCHAVEL, M. 2005. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava : ASSP, 2005. 67 s. ISBN 80-968713-1-5.
4. RUISELOVÁ, Z. 2006. *Štýly zvládania záťaže a osobnosť*. Bratislava : Ústav experimentálnej psychológie, SAV, 2006. 128 s. ISBN 80-88910-23-4.
5. SLEZÁČKOVÁ, A. (2009). *Posttraumatický rozvoj u rodičov onkologicky nemocných dětí v kontextu pozitivní psychologie*. Disertační práce, 2009. Brno : FF MU.
6. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
7. VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha : Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
8. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. Praha : Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

Kontakt

doc. PhDr. Bc. Helena Kadučáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

ul. Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: helena.kaducakova@ku.sk

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S HYPERKINETICKOU PORUCHOU

Michaela Vicáňová¹, Silvia Gabčíková²

¹Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

²Harmónia - zariadenie pre seniorov, domov sociálnych služieb a útulok, Žilina

Abstrakt

V súčasnosti je hyperkinetická porucha jednou z najdiskutovanejších tém z oblasti detskej psychiatrie. Postihnutie značne zasahuje do života dieťaťa, jeho rodiny a vzťahov medzi rodinnými príslušníkmi. Príspevok sa zameriava na opísanie ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa s hyperkinetickou poruchou. Podáva návrh optimálnych riešení na odstránenie najčastejších problémov vyskytujúcich sa pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: Dieťa. Hyperkinetická porucha. Ošetrovateľská starostlivosť. Intervencie sestry.

Abstract

Hyperactivity disorder is nowadays one of the most discussed topics in the field of child psychology. This kind of an infliction strongly influences life of a child, the whole family and all the relationships among family members. The aim of this work is to describe nursing care of a child with hyperactivity disorder disease. It suggests optimal solutions to eliminate mostly appearing problems when nursing care is provided.

Key words: Child. Hyperactivity disorder. Nursing care. Interventions.

„Hyperkinetická porucha je najčastejšou poruchou psychického vývinu v detskom veku. Porucha má chronický priebeh, často pretrváva od detstva do adolescencie.“ (Šuba 2009, s. 116).

Porucha je charakterizovaná kombináciou nadmerne aktívneho správania a výraznou nepozornosťou. Správanie je zle ovládateľné a pre poruchu pozornosti je charakteristická neschopnosť trvale sa sústrediť na úlohu. Zmeny správania sa objavujú vo všetkých situáciách a sú trvalé (Medzinárodná klasifikácia chorôb - 10 revízia, 2006). V priebehu vývoja dieťaťa sa porucha prejavuje v podobe deficitu kognitívnych a perцепčne motorických

funkcií, v oblasti regulácie afektov, emotivity a v sociálnom prispôsobení. Porucha je rizikovým faktorom pre vývoj porúch správania, ktoré majú charakter sociálnej maladaptácie (Malá 2008). Pre hyperkinetickú poruchu je špecifické, že začína vždy v rannom štádiu vývoja dieťaťa, medzi piatym a siedmym rokom života. V klinickom obraze bývajú mnohokrát pridružené aj iné abnormality ako nedbalosť, sklon k úrazom, disciplinárne rozpory, vzťah k dospelým s častým postrádaním spoločenských zábran, chýbanie obozretnosti, neoblúbenosť v kolektíve, sociálna izolácia (Medzinárodná klasifikácia chorôb - 10 revízia, 2006).

Hyperkinetická porucha je podmienená pôsobením viacerých príčin. Významnú úlohu zohrávajú genetické faktory. Hyperkinetická porucha má dedičný podklad, môže sa teda preniesť z jednej generácie na druhú. Zhodnotením mnohých výskumov sa zistilo, že hyperkinetická porucha má až 80% dedičný základ a vonkajšie faktory ako výchova, životné prostredie dieťaťa a biologické faktory, napríklad priebeh tehotenstva zohrávajú omnoho menšiu rolu (Goetz, Uhlíková 2009). Ďalšími vnútornými príčinami podieľajúcimi sa na etiológii poruchy sú neuroanatomické štruktúrne rozdiely v častiach mozgu: nucleus caudatum, pravý frontálny lalok, bazálne ganglia a cerebellum. Okrem neuroanatomických zmien v centrálnom nervovom systéme sú pri hyperkinetickej poruche významné aj abnormality neurofyziológie mozgu. V častiach mozgu nucleus caudatum a vo frontálnej oblasti dochádza ku zníženému krvnému prietoku, rovnako aj metabolická aktivita vo frontálnom laloku je u postihnutých detí menšia (Munden, Arcelus 2008). Tretími abnormalitami v centrálnom nervovom systéme, ktoré sa podieľajú na vzniku hyperkinetickej poruchy sú zmeny v neurochémii mozgových štruktúr, ktoré majú súvis s dopamínom, noradrenalínom a sérotonínom. Tieto látky prenášajú impulzy a signály a tak riadia mnoho činností ako sústredenie pozornosti, udržiavanie koncentrácie pozornosti a učenia, prijímanie informácií, kontrola pohybovej aktivity, koordinácia pohybu, posilňovanie pamäťových spojov. Zmeny hladín majú celkovo vplyv na pozornosť, pocity, myslenie a činnosti (Drtílková 2007, Paclt 2007). Medzi vonkajšie faktormi môžeme zaradiť negatívne vplyvy okolia na organizmus. Ide o prenatálne a perinatálne komplikácie a úrazy, požívanie psychoaktívnych látok matkou počas priebehu tehotenstva a ich toxikologické vplyvy na štruktúry mozgu (v našich podmienkach najčastejšie alkohol a kanabinoidy). Správny vývoj a funkcia mozgu sú závislé najmä na dostatočnom prísune kyslíka. Niektoré časti (stratium a podkôrové štruktúry - bazálne ganglia) sú na nedostatok kyslíka viac citlivé ako iné a pri nedostatočnom okysličení utrpia väčšie poškodenie. Významným faktorom porúch okysličenia mozgu sú závažné infekcie matky počas tehotenstva a komplikovaný pôrod (Munden, Arcelus 2008, Goetz, Uhlíková 2009). Pri psychosociálnych aspektoch je mylná domnienka, že hyperkinetická porucha môže byť spôsobená nedostatočnou výchovou, spôsob výchovy

však môže skomplikovať symptómy. Negatívne pôsobia disharmonické, nestabilné vzťahy v rodine, zanedbávanie, neprimerané tresty, neusporiadaný režim dňa (Drtílková 2007).

Diagnóza hyperkinetickej poruchy sa stanovuje veľmi ťažko, symptómy sú rôzne podľa veku, situácie a podmienok. Dôležitým diagnostickým vodítkom je, aby prejavy poruchy boli potvrdené v dvoch sociálnych prostrediach a to zvyčajne v prostredí rodiny a školy (Stárková 2008). Diagnóza sa skladá z informácií zapísaných v osobnej, psychiatrickej, rodinnej a sociálnej anamnéze (Drtílková 2007, Paclt 2007, Munden, Arcelus 2008). Anamnestickým základom je osobná anamnéza, v ktorej sa zaznamenajú problematické a rizikové tehotenstvo, komplikovaný pôrod, zlý zdravotný stav matky, požívanie alkoholu a drog počas tehotenstva. Pri vyšetrení dieťaťa sa zisťujú aj ďalšie aspekty zdravotného stavu dieťaťa (nehody, úrazy hlavy, záchvaty, chronické ochorenia - epilepsia, astma, poruchy funkcie pečene a obličiek) (Dulcan, Martini 2004, Munden, Arcelus 2008). V rodinnej anamnéze lekár posúdi duševné zdravie rodičov, rodinných príslušníkov, zistí prítomnosť hyperkinetickej poruchy, alebo depresie v rodine. V sociálnej anamnéze sa hodnotí bývanie, zamestnanie rodičov, respektíve nezamestnanosť, starostlivosť rodičov o dieťa, sociálna podpora a kontakty medzi rodinnými príslušníkmi, interakcia dieťaťa v spoločenstvách, v triede, školských kluboch, výskyt problémov, alebo napätia, ktoré sa môže vyskytnúť v rodine, kvalita vzťahov v rodinnom kruhu, využívanie sociálnych služieb (Munden, Arcelus 2008). Pri diagnostike hyperkinetickej poruchy je nevyhnutné aj fyzikálne a psychiatrické vyšetrenia. Psychiatrické vyšetrenie prebieha vo forme rozhovoru, hry. Ide vlastne o pozorovanie. Pri vyšetrení lekár sleduje správanie dieťaťa v priebehu aktivít, hodnotí úspešnosť, vytrvalosť pri plnení úloh, rôzne prejavy a reakcie. Dôležitý je podporný rozhovor s rodičmi zameraný na doterajší vývoj dieťaťa, jeho správanie, reakcie, záujmy, zručnosti, nedostatky. Spoločne sa preberá spôsob výchovy, systém odmien a trestov, atmosféra a vzťahy v rodine. Fyzikálnym vyšetrením sa preskúma telesná schránka so zameraním na možné somatické choroby (Dulcan, Martini 2004, Drtílková 2007). Informácie o dosiahnutej vývojovej úrovni a špecificky oslabených častí podáva psychodiagnostika, ktorá pozostáva z klinických rozhovorov s deťmi a rodičmi, záznamu pozorovania dieťaťa a zhodnotenia školského výkonu od materskej školy až k súčasnému dňu. V testovej časti sa používajú testy, škály, dotazníky pre deti, rodičov, či učiteľov (Paclt a kol., 2007).

V klinickom obraze sú pre hyperkinetickú poruchu základnými symptómami porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Nasledujú somatické príznaky, poruchy kognitívnych funkcií problémy v sociálnej a emocionálnej oblasti (Muntau 2009, Goetz, Uhlíková 2009, Paclt a kol., 2007, Munden, Arcelus, 2008).

V rámci terapie hyperkinetickej poruchy sa podávajú psychofarmaká – psychostimulanciá, ktoré ovplyvňujú systémy neuroprenášačov dopamínu a noradrenalínu,

tricyklické antidepresíva, nootropiká (Paclt a kol., 2007, Goetz, Uhlíková 2009, Munden, Arcelus, 2008). Významným prvkom terapie je psychoterapia, rodinná terapia a individuálna terapia. Hyperkinetická porucha je často zdrojom konfliktov medzi rodičmi a deťmi, ďalšími členmi rodiny. Psychoterapia sa zameriava na upokojenie rodinnej situácie a pokúsenie sa o obnovenie funkčných a podporujúcich vzťahov. Ďalším zameraním je modifikácia správania, ktorá zlepšuje študijný výkon, redukuje špecificky vyhradené problémy správania a potláča symptómy, ktorým napomáhajú stimulácia. Vytvára sa plán modifikácie správania. Rodičia a učitelia si musia naučiť špecifické techniky v správaní sa k týmto deťom a uplatňovať ich v praxi (Dulcan, Martini 2004). Medzi najviac prospešné techniky v psychoterapii patrí kognitívno-behaviorálna terapia. Deti sa učia zvládať stratégie riešenia sociálnych a študijných problémov, pripomínajú sa im pravidlá a chvália sa za úspechy. Dieťa riadi svoje správanie, rodičia sa učia pristupovať k dieťaťu, pomáhať mu zvládať bežné denné situácie. Pre konkrétnu rodinu sa musí vybrať konkrétny postup, ktorý určí psychoterapeut. Dôležité je pozitívne posilňovanie, ide o tzv. pozitívnu podporu. Rodičia potrebujú popísať čo najpodrobnejšie deťom, čo od nich očakávajú, vysvetliť dôsledky žiadúceho správania, odmeniť správne správanie, nereagovať na nežiaduce správanie, pomôcť deťom dosiahnuť správne správanie plánovaním situácie (Munden, Arcelus 2008, Goetz, Uhlíková 2009). Rodinná terapia hyperkinetickej poruchy sa považuje za záležitosť celej rodiny. Nehľadajú sa príčiny, ale zameriava sa na zlepšenie komunikácie, porozumenia medzi členmi rodiny, nachádzajú sa vlastné riešenia problémov. Pomocou individuálnej práce môže dieťa odhaliť svoje myšlienky, pocity, vzťahy, skúsenosti v súkromí, bez nebezpečenstva, že rozhnevá rodiča (Munden, Arcelus 2008).

Ošetrovateľská starostlivosť

Práca sestry v rámci pedopsychiatrie je náročná, pri poruchách správania zvlášť, pretože deti nevnímajú poruchu ako niečo, čo by bolo potrebné liečiť. Sestra preberá povinnosti rodičov, spolupracuje pri výchove a vzdelávaní, prevádza terapeutické činnosti a zaisťuje pre dieťa i voľnočasové aktivity. Nevyhnutne spolupracuje s rodinou dieťaťa. Dieťaťu poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť zameranú na uspokojovanie potrieb. V rámci tejto starostlivosti dôsledne pozoruje dieťa, zaznamenáva a ústne odovzdáva zistené poznatky o reakciách dieťaťa na ciele ošetrovateľské intervencie. Hodnotí spoločenské návyky, emočnú reaktivitu, náladu, správanie vzhľadom k veku dieťaťa. Pozoruje jeho správanie pri zamestnávaní, hre, jeho vzťah ku autoritám, schopnosť podriaďiť sa a adaptovať sa. Potrebné je tiež poznanie pozitívnych a negatívnych posunov v dodržiavaní hygienických návykov, stravovaní, obliekaní, prebádanie kvality spánku, porúch reči, výskyt enurézy, účinkov liekov a iných. Proces liečby nie je zameraný len na odstraňovanie

symptómov, alebo rehabilitáciu, ale je zároveň výukovým procesom. Dieťa je vhodné výchovne zamestnávať. Nevyhnutné je dbať na zaistenie bezpečnosti dieťaťa, pretože sestra ručí za bezpečnosť hyperkinetických pacientov počas celých 24 hodín (Lengyeová 2008, Radimský 2001). Ošetrovateľská starostlivosť býva prerušovaný instabilitou dieťaťa, jeho nepokojom, preto si títo pacienti vyžadujú veľkú trpezlivosť, pevné hranice a pozitívne prijatie sestrou (Kafka a kol. 2004).

Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u hyperkinetického pacienta sa sestra zameriava na problémové oblasti pacienta, ktorými sú výživa, vylučovanie, spánok, bezpečnosť a istota, orientácia, vnímanie a poznávanie, sebaúcta, socializácia, komunikácia a vzťahy s rodičmi.

Výživa

U detských pacientov je potrebné sledovať príjem potravy a tekutín. Môžu sa vyskytnúť tráviace ťažkosti, ktoré sa odvíjajú od vnútorného prežívania konkrétneho problému. Najdôležitejším zásahom je snaha o psychický komfort, problémy bývajú však spôsobené i nesprávnymi stravovacími návykmi (Lengyeová 2008). Pri riešení problémov v oblasti výživy má sestra vykonávať tieto intervencie: zistiť a zaznamenať výšku a hmotnosť dieťaťa, pozorovať a monitorovať kontinuálne príjem potravy, tekutín, zabezpečiť dohľad pri prijímaní potravy a tekutín, prediskutovať s dieťaťom alebo rodičom stravovacie zvyklosti vrátane preferovaných jedál, prípadne neznášateľných jedál, určiť psychogénne faktory, ktoré pôsobia na výber jedla, znížiť príjem vlákniny v strave, pretože navodzuje častý pocit sýtosti (Tomagová a kol. 2003, Doenges, Moorhouse 2001).

Vylučovanie

U hyperkinetických detí býva často prítomná enuréza (pomočovanie), obzvlášť nočná (Drtílková, 2007). Enuréza sa môže ako porucha hodnotiť, až keď dieťa dosiahne piaty rok života a ak sa vyskytne aspoň dva razy za mesiac (Kafka 2004). Dieťa sa pomočuje, pričom na močových orgánoch nenachádzame žiadne zmeny. Enuréza má tendenciu prejavovať sa v noci a u niektorých detí sa môže vyskytnúť každú noc. Môžu ju zmierniť jednotlivé opatrenia. Pred prijatím vhodných opatrení je potrebné zistiť etiológiu porúch vylučovania moču. Určia sa možné emocionálne príčiny (Janosiková, Daviesová 1999). Denná enuréza sa môže týkať rodinných vzťahov, únikom do regresívnych prejavov. Dieťa ňou môže reagovať na zmenu prostredia, stratu kamarátov, sťahovanie sa, závažné školské či rodinné problémy. Nočná enuréza je spojená s nesprávnym, alebo nedostatočným vyprázdnením močového mechúra, alebo s tuhým spánkom, kedy dieťa pomočenie neregistruje (Lengyeová 2008). U dieťaťa plánujeme tieto intervencie: obmedzovať resp. úplne vynechať tekutiny po večernom jedení, zmeniť návyky, vytvárať správne návyky vyprázdňovania močového mechúra, nacvičiť správny pitný a mikčový režim, podávať antidiuretiká podľa

ordinácie lekára, používať budiace akustické zariadenia reagujúce na začiatok mikcie, ponúknuť riešenie problému vo forme presne formulovaných zásad enuretického režimu, rozložiť príjem tekutín v priebehu dňa do predpoludňajších a skorých popoludňajších hodín, viesť ku poriadnemu a pokojnému vymočeniu pred spaním, dbať u dieťaťa na pravidelný spánkový režim, poučiť pacienta o dôležitosti pravidelného močenia vždy pri výskyte nutkania na močenie, vyhýbaní sa zámernému zdržiavaniu moču, pri každom močení dôkladne vyprázdniť močový mechúr, spolupracovať s rodinou a školou dieťaťa, edukovať rodinu a o režimových opatreniach pri starostlivosti o postihnuté dieťa (Lengyeová 2008, Poskočilová 2006, Gurková, Žiaková, Čáp a kol. 2009).

Spánok

Pri hyperkinetickej poruche ide najčastejšie o predĺžené zaspávanie, nepokojný spánok s opakovanými prebudeniami, zmenu dĺžky spánku, zvýšenú dennú spavosť a parasomnie, z ktorých sú najčastejšie enuréza, somnolencia, bruxizmus a somnambulizmus (Adamík a kol.2007). Tieto problémy sa dajú odstrániť po odobratí anamnézy od rodičov a po pozorovaní dieťaťa (Lengyelová 2008). Pri riešení problémov vo vzorci spánok je možné plánovať nasledujúce intervencie: monitorovať spánok dieťaťa, realizovať vhodnú telesnú aktivitu počas dňa, redukovať príjem jedla a tekutín v neskorších popoludňajších a nočných hodinách, odporučiť vyprázdnenie sa pacienta pred uložením do postele, redukovať nadmernú psychickú stimuláciu vo večerných hodinách, zistiť a realizovať predspánkové zvyklosti (vplyv svetla, obľúbená hračka počas, pri zaspávaní, rozprávanie rozprávok a príbehov pred spaním), podporovať realizáciu relaxačných techník (teplý kúpeľ, muzikoterapia), venovať pozornosť interakcii medzi rodičmi a dieťaťom a citovej podpore, ktorá sa dieťaťu dostáva, zistiť ako a či a ako často dieťa trpí enurézou, zabezpečiť blízku osobu počas zaspávania, zabezpečiť bezpečnosť dieťaťa, zabrániť počas dňa rušivým činiteľom, ktoré môžu zhoršovať spánok(strašidelné, agresívne, rozprávky, napäté situácie), vytvoriť vhodné prostredie na spánok, odstrániť, alebo znížiť pôsobenie rušivých faktorov (Lengyeová 2008, Tomagová a kol. 2003, Gurková, Žiaková, Čáp a kol. 2009).

Bezpečnosť a istota

Pri diagnóze hyperaktivity, či poruchy pozornosti by sme mali pamätať na bezpečnosť dieťaťa, pretože veľmi často dochádza ku rôznym úrazom. Bezpečnosť je potrebné vnímať vo vzťahu telesného a duševného bezpečia (Lengyelová 2008). Na oddelení by podlaha nemala byť kĺzavá podlaha, nevyhnutnosťou je dostatok svetla cez deň i v noci, aby pacient na každý svoj krok videl (Poskočilová 2006). Sestra realizuje tieto intervencie: zabezpečí pokojné prostredie, zabezpečí bezpečnosť dieťaťa a okolia, dohliada na bezpečnosť prostredia, zhodnotí vývojovú úroveň, schopnosť rozhodovať sa, úroveň poznávacích

schopností a obratnosti, posúdi hrubú a jemnú motorickú koordináciu, určí pomôcky k zlepšeniu bezpečnosti prostredia a individuálnej bezpečnosti, hovorí s rodičmi o ich starostiach pri starostlivosti o dieťa a jeho výchove ku poslušnosti (Tomagová a kol. 2003, Doenges, Moorhouse 2001).

Vnímanie, poznávanie

Narušená schopnosť učenia znamená zhoršenie jedného, alebo viacerých kognitívnych procesov, medzi ktoré patrí pozornosť, pamäť, vizuálna percepcia, písaná, alebo hovorená reč (Janosiková, Daviesová 1999). Dieťa vydrží dávať pozor len krátku chvíľu, pobieha od jednej činnosti ku druhej, každý podnet ho v práci a pri učení rozruší. Intervencie, ktoré sestra vykonáva pri narušenom myslení sú: pochváli dieťa nielen za dobrý výkon, ale aj za snahu, chváli každý záujem o spoluprácu, zaraďuje pri práci rôzne rehabilitačné a relaxačné techniky, vzbudí u dieťaťa záujem o to, čo sa má naučiť, záujem dieťaťa povzbudzuje pochvalou, vykonáva s dieťaťom prácu krátko a často, trénuje kognitívne funkcie v spolupráci so špeciálnym pedagógom (Tomagová a kol. 2003, Poskočilová 2006). Pri poruchách pamäte sestra vykonáva nasledujúce intervencie: uspokojuje telesné potreby, odporučí a realizuje relaxáciu, edukuje pacienta o vhodných technikách na zlepšenie pamäti, odporučí a naučí techniky tréningu pamäti, minimalizuje rozptýlenie, upraví denný režim s priestorom na učenie, časté zmeny činnosti, nedopustí, aby sa dieťa naučilo niečo nesprávne, prezentuje konkrétne informácie v logickom poradí (Malá 2002, Gurková, Žiaková, Čáp a kol. 2009, Poskočilová 2006)

Sebaúcta

Postihnutie môže mať veľký vplyv na sebaúctu dieťaťa. Sebaúcta je vytvorená z vlastného sebaobrazu a reakcií dôležitých ľudí a z ich ocenení. (Janosiková, Daviesová 1999). U postihnutých detí je spravidla nízka, pretože sa vidia v negatívnom svetle a cítia sa iní ako ostatní. Prítomné emocionálne problémy, úzkosť, depresia bývajú tiež spojené s nízkym sebavedomím (Lengyelová 2008). Sestra v ošetrovateľskej starostlivosti plánuje tieto intervencie: zabrániť pocitom menejcennosti, chrániť dieťa pred trápnyimi, alebo opakujúcimi zážitkami neúspechu, zdôrazňovať silné stránky dieťaťa, nezdôrazňovať jeho chyby, snažiť sa nájsť uplatnenie tam, kde môže dieťa vyniknúť, pochváliť dieťa pri každom úspechu, informovať rodičov o dôležitosti vhodného prístupu ku dieťaťu (trpezlivý prístup, pochváliť za úspech), učiť rodičov, aby čo najviac podporovali nezávislosť, povzbudiť, pochváliť, oceniť už aj snahu, nie až dosiahnutý výsledok, akceptovať dieťa, také, aké je a zároveň mu pomôcť zmeniť sa (Šlasaiová, Hosák, Micháľková 2004, Poskočilová 2006, Leifer 2004).

Socializácia

Hyperkinetické dieťa má problémy v sociálnych vzťahoch. Narušené sú vzťahy s vrstovníkmi, neschopnosť naviazať primerané vzťahy, nedostatok zodpovednosti ku druhým vedie tiež ku narušeným sociálnym vzťahom (Munden, Arcelus 2008). Pri sociálnej izolácii dieťaťa môže sestra plánovať tieto činnosti: získať dôveru a ochotu dieťaťa zapojiť sa do aktivít, získať podporu a spoluprácu členov rodiny, poskytnúť dostatok informácii rodine a blízkym o odlišnostiach v starostlivosti, začleňovať dieťa do kolektívu detí na oddelení, pozorovať, zaznamenať kontinuálne, prejavy sociálnej adjustácie - vzťahy so spolupacientmi, začlenenie do skupiny, prijatie dieťaťa skupinou, vzťahy s ošetrovateľským personálom, nacvičovať sociálne prijateľné správanie, posilňovať sociálne fungovanie, nájsť metódy na zvýšenie aktivity s vrstovníkmi (Šlasaiová, Hosák, Micháľková 2004, Tomagová a kol. 2003, Gurková, Žiaková, Čáp a kol. 2009, Beer a kol. 2005).

Komunikácia

Potrebné je rozlíšiť dôvod poruchy komunikácie, býva prítomná artikulačná neobratnosť. Dieťa zle vyslovuje, komolí slová, nahrádza ich predvázaním, používaním gest (Poskočilová 2006, Lengyeová 2008). Sestra vykonáva tieto intervencie: dopraje čas na vyjadrenie, prispôsobuje komunikáciu komunikačným schopnostiam dieťaťa, používa krátke, jednoduché vety, prístupuje láskavo, otvorene, priateľsky, hovorí pokojne, eliminuje rušivé vplyvy okolia, zapojí členov rodiny do terapeutických aktivít, vyjadruje empatiu (Šlasaiová, Hosák, Micháľková 2004, Tomagová a kol. 2003)

Vzťahy s rodičmi

Významným faktorom pri práci s pacientom s poruchou správania je miera jeho uspokojenia v rodine (Poskočilová 2006). Dieťa má cítiť, že ho majú v rodine radi a sú mu ochotní pomáhať. Dôležité je podporiť pozitívny vzťah rodičov ku dieťaťu, ktorí ťažko znášajú ustavičné sťažnosti, dieťa im začne prekážať. Dochádza ku častým vzájomným nedorozumeniam. Rodina by sa mala naučiť starať sa o svojho člena, vyrovnáť a ventilovať svoje negatívne pocity, napätie, zlosť (Janosiková, Daviesová 1999, Lengyeová 2008). Plánovanie ošetrovateľských intervencií sa zameriava na: spoluprácu s rodinou a školou dieťaťa, informovanie rodičov o dôležitosti vhodného prístupu k dieťaťu (pozitívny, trpezlivý prístup, podmieňovať správanie, netrestať fyzickými trestami), informovanie rodičov o dodržiavaní ordinovanej terapie v domácom prostredí, o pravidelných pedopsychiatrických ambulantných kontrolách podľa ordinácie, vychovávanie rodičov v súvislosti so znalosťami deficitu, viesť, poučiť o poradenstve, informovanie rodičov o možnosti podporných skupín, zistenie ako vnímajú situáciu rodičia a čoho sa obávajú, posúdenie interakciu medzi rodičmi a dieťaťom, ukázanie rodičom, ako sa najlepšie starať sa o dieťa, aby sa prirodzene rozvíjalo (Tomagová 2003, Doenges, Moorhouse 2001, Leifer 2004).

Hyperkinetická porucha má významný vplyv na život dieťaťa a jeho rodiny. Pôsobí na školské výsledky, vykonávanie činností, vytváranie a budovanie vzťahov, výskyt somatických ťažkostí, má negatívnu odozvu na psychickú, sociálnu, somatickú oblasť a narúša vývoj dieťaťa. Úprava hyperkinetickej poruchy má význam pre zmiernenie ťažkostí a optimálny rozvoj osobnosti dieťaťa.

Zoznam bibliografických odkazov

1. ADAMÍK, P. a kol. 2007. Vzťah hyperkinetickej poruchy a porúch spánku v detstve. In *Psychiatria pre prax*. ISSN 1335-9584, 2007, roč. 8, č. 6, s. 292-294.
2. BEER, M. D. - PEREIRA, S. M. - PATON, C. 2005. *Intenzívni péče v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
3. DOENGES, M. E. - MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001, 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
4. DRTÍLKOVÁ, I. 2007. *Hyperaktivní dítě*. Praha: Gálen, 2007. 87 s. ISBN 978-80-7262-447-8.
5. DULCAN, M. K. - MARTINI, D. R. 2004. *Detská a dorastová psychiatrie*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2004. 280 s. ISBN 80-88952-12-3.
6. GOETZ, M. – UHLÍKOVÁ, P. 2009. *ADHD - Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Gálen, 2009. 160 s. ISBN 978-80-7262-630-4.
7. GURKOVÁ, E. - ŽIAKOVÁ, K. - ČÁP, J. a kol. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, 2009. 243 s. ISBN 978-80-8063-308-0.
8. JANOSIKOVÁ, H. E. – DAVIESOVÁ, J. L. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
9. KAFKA, J. a kol. 2004. *Mentálne zdravie, psychiatria a ošetrovateľstvo*. Košice: Mercury-Smékal, 2004. 286 s. ISBN 80-89203-01-9.
10. LEIFER, G. 2004. *Úvod do pôrodnického a pediatrického ošetrovateľstva*. Praha: Grada Publishing, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
11. LENGELYOVÁ, A. 2008. Ošetrovanie detských pacientov v psychiatrii. Podľa: LIZÁKOVÁ, L. - VRANAIOVÁ K. a kol. 2008. *Psychiatrické ošetrovateľstvo*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, 2008. 130 s. ISBN 978-80-8084-387-8.
12. MALÁ, E. - PAVLOVSKÝ P. 2002. *Psychiatrie - učebnice pre zdravotní sestry a ďalší pomáhajúci profesie*. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
13. MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA CHORÔB - 10 REVÍZIA 2006. *Duševné poruchy a poruchy správania*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.

14. MUNDEN, A. – ARCELUS, J. 2008. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-430-4.
15. MUNTAU A. C. 2009. *Pediatric*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 608 s. ISBN 978-80-247-2525-3.
16. PACLT, I. a kol. 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4.
17. POSKOČILOVÁ, K. 2006. Dětská a dorostová psychiatrie. Podľa: MARKOVÁ, E. a kol., 2006. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
18. STÁRKOVÁ, L. 2008. Metylfenidát v léčbě ADHD - 10 let ambulantních zkušeností s léčbou. In *Psychiatria pre prax*. ISSN 1335-9584, 2008, roč. 9,č. 6, s. 295-299.
19. ŠLAISOVÁ, I. - HOSÁK, L. – MICHÁLKOVÁ, V. 2004. *Ošetrovateľství v psychiatrii*. Hradec Králové: Nucleus HK 2004. 91 s. ISBN 80-86225-51-8.
20. ŠUBA, J. 2009. Nové možnosti liečby ADHD na Slovensku. In *Psychiatria pre prax*. ISSN 1335-9584, 2009, roč. 10, č. 3, s. 116-120.
21. TOMAGOVÁ, M. – ONDREJKA, I. - GAŠOVÁ E. 2003. Dieťa s hyperkinetickou poruchou. In *Sestra: odborný časopis pre ošetrovateľstvo*. ISSN 1335-9444, 2003, roč. 2, č. 12, s. 26-27.

Kontakt

PhDr. Michaela Vicáňová
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok

Register autorov

B

Běhalová Hana, 6
Białas Krzysztof, 15
Bolanowska Katarzyna-Judyta,
236

C

Cepuch Grażyna, 126
Cetlová Lada, 6

Ć

Ćwiertnia Izabela, 209

D

Dubná Zuzana, 225

F

Felińczak Anna, 15, 236
Forys Zofia, 15

G

Gabčíková Silvia, 252

H

Herinková Anna, 78
Hudáková Zuzana, 41, 88

I

Ižová Marcela, 202

J

Jastrabíková Veronika, 170

K

Kadučáková Helena, 245
Kober Lukáš, 98
Kozień Katarzyna, 126
Krátká Anna, 49
Kuberová Helena, 56
Kuriata Ewa, 236

L

Laca Peter, 93
Laca Slavomír, 186
Lehotská Mária, 194

M

Madeja Małgorzata, 70
Magerčiaková Mariana, 170
Moraučíková Eva, 110

N

Nad' Martin, 160
Naďová Monika, 160
Nováková Helena, 49
Novyzedláková Mária, 41, 88

O

Ozaniaková Jana, 202

P

Pasek Małgorzata, 30, 70

S

Señ Mariola, 15, 236
Simočková Viera, 154
Stančiak Jaroslav, 6
Strážiková Iveta, 136
Strojek Monika, 30

Š

Šenkárová Zuzana, 180
Šupínová Mária, 147

T

Tebeláková Mária, 117

V

Verešová Jarmila, 104
Vicáňová Michaela, 252
Virgulová Jana, 63

W

Winklerová Eva, 104

Z

Zrubáková Katarína, 78, 225

Názov : Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie
RODINA V ZDRAVÍ A CHOROBE

Recenzenti : prof. dr. hab. Božena Zboina (Poľsko)
Mgr. Zlatica Dorková, PhD. (Česká republika)
PhDr. Mária Lehotská, PhD. (Slovensko)
PhDr. Bc. Mariana Magerčiaková, PhD. (Slovensko)
PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD. (Slovensko)

Redakcia: PhDr. Marcela Ižová, PhD., PhDr. Michaela Vicáňová

Vydalo : VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku

Počet strán : 263

Náklad : 100 výtlačkov

Vydanie : prvé

Formát : A 4

Vydané : 2011

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

ISBN 978-80-8084-778-4